



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

**Porto Alegre (RS)
2025**

AUTORIDADES MUNICIPAIS

SEBASTIÃO MELO

Prefeito Municipal

BETINA WORM

Vice-Prefeita

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FERNANDO RITTER

Secretário Municipal de Saúde

JAQUELINE CÉSAR ROCHA

Secretária-adjunta

CAROLINA WEBER

Secretária-adjunta

FERNANDA FERNANDES

Diretora-geral

FLAVIA GOULART

Chefe de Gabinete

VIVIANE GOULART

Assessoria Parlamentar

KELMA NUNES SOARES

Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação

CAROLINA ZENI

Assessoria de Comunicação

VÂNIA FRANTZ

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

DENISE TESSLER SOLTOF

Diretoria de Regulação

ALINE MEDEIROS

Diretoria de Vigilância em Saúde

PAULO ROBERTO FONTOURA

Diretoria do Fundo Municipal de Saúde

JORGE HELENO BRASIL
Diretoria Administrativa

TATIANE MARTINS DOS SANTOS
Diretoria de Contratos

FERNANDA FERNANDES - interina
Diretoria de Atenção Hospitalar e de Urgência

MARCOS SLOMPO
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

TATIANA RAZZOLINI BREYER
Hospital de Pronto Socorro

GRAZIELA ROSSONI VIECELI
Auditoria Técnica em Saúde

ROIBISON PORTELA MONTEIRO
Ouvidoria do SUS

MARIA INÊS BOTHONA FLORES
Conselho Municipal de Saúde

FERNANDA SILVA DA SILVA
Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas

COORDENADORIAS DE SAÚDE

CRISTIANE JOVITA BARBOSA PEIXOTO
Coordenadoria de Saúde Leste

DEISE ROCHA RÉUS
Coordenadoria de Saúde Oeste

MIRELA BASTIANI PASA
Coordenadoria de Saúde Sul

FERNANDA CHASSOT
Coordenadoria de Saúde Norte

GRUPO DE TRABALHO CONDUTOR

Conforme a Portaria SEI nº 33011099/2025, compuseram o Grupo de Trabalho Condutor para a construção do Plano Municipal de Saúde 2026–2029: Alessandra Saldanha Ribeiro, Alex Elias Lamas, Ana Paula de Lima, Annelise Barreto Krause, Caroline Ceolin Zacarias, Cláudia Loss Reck, Daiana Saccol, Daniel Dourado Ramos, Daila Alena Raenck da Silva, Elisandra Klesener de Souza, Elmo Raupp Behenck Viegas, Fernanda de Mello Chassot, Gilnei Luiz da Silva, Giovana Dornelles, Gisele Martins Gomes, Graziela Rossoni Viecei, Ismael Eggers, José Luiz Soares Mansur, Júlio César Alves Fortes, Kelma Nunes Soares, Leonel Augusto Moraes Almeida, Leonardo Rodrigues, Livia Disconsi Wolitz de Almeida, Lizandra Ferrari Guimarães, Marcos Antonio Slompo, Maria Inês Bothona Flores, Maria Letícia de Oliveira Garcia, Marta Xavier Fadrique, Mateus Aranda, Patrícia Conzatti Vieira, Pedro Santos Coelho de Souza, Rafael Lucena dos Santos, Roibison Portela Monteiro, Ruth Alves de Avila, Tatiana Razzolini Breyer e Tatiane Martins dos Santos.

Colaboradores: Camila Vargas Sanguiné, Cristhiane de Souza Silveira, Larissa Costa Nolasco, Luís Antônio Duarte Coelho, Manoela Diel Lisboa, Matheus Ferreira Drumond e Yamilet Nunes de Quadros.

Lista de Figuras

Figura 1: Mapa de Localização do Município de Porto Alegre.....	44
Figura 2: Mapa da Região Metropolitana de Porto Alegre.....	44
Figura 3: Mapa de localização dos municípios de 1ª CRS e da 10ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul.....	45
Figura 4: Distritos Sanitários, Orçamento Participativo de Porto Alegre.....	46
Figura 5: Mapa das Coordenadorias de Saúde.....	47
Figura 6: Geosaúde - Coordenadorias de saúde e Territórios.....	50
Figura 7: Mapa da proporção de pessoas de raça negra por Distrito Sanitário - IBGE 2022.....	57
Figura 8: Índice de Fecundidade Geral por ano, de 2015 a 2022.....	58
Figura 9: Mapa do Índice de Envelhecimento* por Distrito Sanitário, Porto Alegre, IBGE 2022.....	72
Figura 10: Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) por cor ou raça, segundo ano de diagnóstico, Porto Alegre, 2015 - 2024.....	107
Figura 11: Fluxo de rastreamento e monitoramento de câncer de colo e câncer de mama nos serviços de saúde SUS em Porto Alegre.....	159
Figura 12: Estado nutricional em 2024 por Unidade de Saúde (A), considerando os quartis de prevalência de obesidade.....	315
Figura 13: Organograma dos serviços da rede de assistência farmacêutica.....	428
Figura 14: Georreferenciamento dos serviços da RAPS distribuídos nos territórios.....	445
Figura 15: Mapa Estratégico PMPA.....	529
Figura 16: Mapa Estratégico SMS.....	530
Figura 17: Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas - SISNAD.....	595
Figura 18: Atores da Política Nacional sobre Drogas.....	596
Figura 19: Mapeamento das Organizações não Governamentais (OSCs) registradas no Cadastro do Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas.....	600

Lista de Quadros

Quadro 1: Coordenadorias e Serviços Referência da Atenção Primária à Saúde dos Povos Indígenas em Porto Alegre, 2025.....	211
Quadro 2: Estabelecimentos Prisionais em Porto Alegre/RS.....	226
Quadro 3: EAPP nos estabelecimentos de regime fechado em Porto Alegre/RS.....	226
Quadro 4: Lista das 20 Unidades de Saúde com maior número de pessoas com cadastro no e-SUS (período 2020-2025), com nacionalidade exceto brasileira, em Porto Alegre.....	237
Quadro 5: Unidades de Saúde que mais notificaram risco (médio, alto, crítico) no período entre 2022-2025 no Município de Porto Alegre.....	321
Quadro 6: Demandas do Distrito Centro PMS 2026-2029.....	326
Quadro 7: Demandas do Distrito Sanitário Cristal PMS 2026-2029.....	332
Quadro 8: Demandas do Distrito Sanitário Cruzeiro PMS 2026-2029.....	336
Quadro 9: Demandas do Distrito Sanitário Glória PMS 2026-2029.....	340

Quadro 10: Demandas do Distrito Sanitário Leste PMS 2026-2029.....	345
Quadro 11: Demandas do Distrito Sanitário Nordeste PMS 2026-2029.....	347
Quadro 12: Demandas do Distrito Sanitário Eixo Baltazar PMS 2026-2029.....	352
Quadro 13: Demandas do Distrito Sanitário Norte PMS 2026-2029.....	355
Quadro 14: Demandas do Distrito Sanitário Norte PMS 2026-2029.....	359
Quadro 15: Demandas do Distrito Sanitário Humaitá-Navegantes PMS 2026-2029....	363
Quadro 16: Demandas do Distrito Sanitário Ilhas PMS 2026-2029.....	366
Quadro 17: Demandas do Distrito Sanitário Lomba do Pinheiro PMS 2026-2029.....	369
Quadro 18: Demandas do Distrito Sanitário Partenon PMS 2026-2029.....	372
Quadro 19: Demandas do Distrito Sanitário Restinga PMS 2026-2029.....	375
Quadro 20: Demandas do Distrito Sanitário Extremo Sul PMS 2026-2029.....	378
Quadro 21: Demandas do Distrito Sul PMS 2026-2029.....	382
Quadro 22: Demandas do Distrito Centro Sul PMS 2026-2029.....	385
Quadro 23: Ambulatórios Especializados (AEs) por Coordenadoria de Saúde.....	403
Quadro 24: Equipamentos disponíveis ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar..	414
Quadro 25: Hospitais de Porto Alegre.....	416
Quadro 26: Hospitais de Porto Alegre por Tipo e Natureza Jurídica.....	417
Quadro 27: Relação de vacinas no Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE.....	421
Quadro 28: Plano de Ação Estratégico, CAF 2026-2029.....	429
Quadro 29: Serviços da Rede de Atenção Psicossocial por Coordenadoria de Saúde....	443
Quadro 30: Situação das habilitações de serviços da RAPS, em agosto de 2025.....	446
Quadro 31: Serviços da rede de urgência exceto porta de entrada dos hospitais.....	453
Quadro 32: Localização das bases do Samu em Porto Alegre.....	461
Quadro 33: Centros Especializados em Reabilitação - CER tipo II, habilitados, em POA:.....	472
Quadro 34: Serviços de atendimento na especialidade em modalidade única.....	472
Quadro 35: Impactos generalizados e substanciais observados sobre perdas e danos atribuídos às mudanças climáticas.....	502
Quadro 36: Diretrizes da Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador (2025).....	527
Quadro 37: Relação de bens imóveis vinculados à SMS em 2024 (SEI 24.0.000091069-0).....	535
Quadro 38: Residências Multiprofissionais vinculadas a SMS.....	545
Quadro 39: Residências Médicas vinculadas à SMS.....	546
Quadro 40: Capacitações COMAD.....	599
Quadro 41: Diretriz, Objetivos e Metas para PMS.....	603
Quadro 42: Ações SMS do Plano Plurianual 2026-2029.....	608

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Variação populacional por distrito sanitário do município de Porto Alegre 2010 - 2022.....	52
Gráfico 2: Proporção por sexo na população de Porto Alegre.....	52
Gráfico 3: Pirâmide etária da população de Porto Alegre por sexo - IBGE 2022.....	53
Gráfico 4: Distribuição do número de Nascidos Vivos(NV) Porto Alegre, 2001- 2024..	57
Gráfico 5: Distribuição de cadastros do e-SUS, no município de Porto Alegre por sexo.....	59
Gráfico 6: Cadastros Individuais e-SUS por cor ou raça no município de Port.....	60
Gráfico 7: Informações sociodemográficas do e-SUS - Orientação sexual no município em 2025.....	60
Gráfico 8: Informações sociodemográficas do e-SUS - Identidade de gênero no município de Porto Alegre.....	61
Gráfico 9: Informações sociodemográficas do e-SUS - Deficiência no município em 2025 no município de Porto Alegre.....	61
Gráfico 10: População Idosa (60+) por Sexo - 2010 e 2022.....	63
Gráfico 11: Índice de Envelhecimento por cor ou raça - 2010 e 2022.....	64
Gráfico 12: População por cor ou raça no Total da População e na População Idosa em 2022.....	64
Gráfico 13: População Idosa em Situação de Rua, de 2021 a 2024.....	65
Gráfico 14: Distribuição das internações hospitalares na faixa etária de 60 anos e mais, segundo grupo de causas (capítulo CID-11), em Porto Alegre, entre os anos de 2018 e 2024.....	66
Gráfico 15: Internações de Pessoas Idosas 2022, 2023 e 2024.....	66
Gráfico 16: Distribuição das internações hospitalares na faixa etária de 60 anos e mais por doenças do aparelho circulatório, segundo capítulo CID-10, em Porto Alegre, entre os anos de 2018 e 2024 e sua distribuição por cor ou raça.....	67
Gráfico 17: Distribuição das internações hospitalares na faixa etária de 60 anos e mais por diabetes mellitus, segundo capítulo CID-10, em Porto Alegre, entre os anos de 2018 e 2024.....	67
Gráfico 18: Distribuição das internações hospitalares na faixa etária de 60 anos e mais por neoplasias, segundo capítulo CID-10, em Porto Alegre, entre os anos de 2018 e 2024.....	68
Gráfico 19: Distribuição das internações hospitalares na faixa etária de 60 anos e mais por doenças do aparelho respiratório, segundo capítulo CID-10, em Porto Alegre, entre os anos de 2018 e 2024.....	68
Gráfico 20: Distribuição de tipos de violência contra pessoas idosas entre os anos de 2021 a 2024.....	69
Gráfico 21: Acidentes de trânsito por faixa etária, de 2021 a 2024.....	70
Gráfico 22: Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, 2014 - 2023*.....	74
Gráfico 23: Número de óbitos por ano em moradores de Porto Alegre e proporção do total dos óbitos por sexo por ano, de 2001 a 2024.....	75
Gráfico 24: Proporção do total dos óbitos por faixa etária em 2006, 2012, 2018 e 2024..	76

Gráfico 25: Proporção do total dos óbitos por sexo e cor ou raça, de 2001 a 2024.....	77
Gráfico 26: Razão da proporção do total dos óbitos por sexo e cor ou raça, de 2001 a 2024.....	78
Gráfico 27: Proporção do total dos óbitos de homens negros por faixa etária em 2006, 2012, 2018 e 2024.....	78
Gráfico 28: Coeficiente de mortalidade por cor ou raça, por 1.000 habitantes, Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2023.....	79
Gráfico 29: Proporção do total dos óbitos dos 8 principais capítulos do CID10 da causa básica de óbito por sexo e cor ou raça, de 2006 a 2024.....	81
Gráfico 30: Proporção do total dos óbitos dos 8 principais capítulos do CID10 da causa básica de óbito por sexo e cor ou raça em 2006.....	81
Gráfico 31: Proporção do total dos óbitos dos 8 principais capítulos do CID10 da causa básica de óbito por sexo e cor ou raça em 2024.....	82
Gráfico 32: Proporção do total dos óbitos por causas externas (Capítulo 20) por sexo e cor ou raça, de 2006 a 2024.....	82
Gráfico 33: Número de óbito pelos principais capítulos da causa básica de óbito, de 2006 a 2024.....	83
Gráfico 34: Número de casos novos de tuberculose e coeficiente de incidência (casos por 100 mil habitantes), Porto Alegre, 2020 - 2024.....	85
Gráfico 35: Número de casos novos de tuberculose distribuídos por sexo, Porto Alegre, 2020 - 2024.....	86
Gráfico 36: Coeficiente de incidência (casos por 100 mil habitantes) de tuberculose distribuído por cor ou raça, Porto Alegre, 2020 - 2024.....	87
Gráfico 37: Número de casos novos de tuberculose distribuídos por faixa etária, Porto Alegre, 2020 - 2024.....	87
Gráfico 38: Taxa de casos novos de tuberculose encerrados pelo desfecho de cura, Porto Alegre, 2020 - 2024.....	88
Gráfico 39: Número de casos novos de tuberculose e percentual de casos em TDO, Porto Alegre, 2020 - 2024.....	89
Gráfico 40: Número e proporção de testes confirmatórios de HTLV, segundo sexo e cor ou raça, Porto Alegre, 2024.....	93
Gráfico 41: Taxa de detecção de gestante HIV (por mil nascidos vivos), taxa de detecção de AIDS, taxa de detecção de HIV, taxa de detecção de AIDS em menores de 5 anos e coeficiente de mortalidade por AIDS (por 100 mil habitantes), Porto Alegre, 2015 - 2024.....	94
Gráfico 42: Número de casos de HIV e AIDS registrados no Sinan, Porto Alegre, 2015 - 2024.....	95
Gráfico 43: Taxa de detecção de HIV e AIDS por 100 mil habitantes, Porto Alegre, 2015 - 2024.....	95
Gráfico 44: Distribuição percentual de casos de HIV e AIDS, segundo cor ou raça, Porto Alegre, 2015 - 2024.....	96
Gráfico 45: Taxa de detecção de HIV e AIDS, segundo cor ou raça, Porto Alegre, 2015 - 2024.....	96
Gráfico 46: Distribuição percentual de casos de HIV e AIDS, segundo sexo, Porto Alegre, 2015 - 2024.....	97
Gráfico 47: Distribuição percentual de casos de HIV e AIDS, segundo faixa etária, Porto Alegre, 2015 - 2024.....	98

Gráfico 48: Distribuição percentual de casos de HIV e AIDS, segundo método de diagnóstico, Porto Alegre, 2015 - 2024.....	99
Gráfico 49: Coeficiente de mortalidade por AIDS (por 100 mil habitantes), Porto Alegre, 2015 - 2024.....	100
Gráfico 50: Número de casos e taxa de detecção de gestantes com infecção pelo HIV (por 1.000 nascidos vivos), Porto Alegre, 2015 - 2024.....	101
Gráfico 51: Número de crianças infectadas e taxa de transmissão vertical do HIV (percentual), Porto Alegre, 2015 - 2024.....	102
Gráfico 52: Número de casos e taxa de detecção de sífilis adquirida por 100 mil habitantes, segundo ano de diagnóstico, Porto Alegre, 2015 - 2024.....	105
Gráfico 53: Distribuição percentual de casos notificados de sífilis adquirida no sexo masculino e feminino e sífilis em gestante, segundo ano de diagnóstico, Porto Alegre, 2015 - 2024.....	106
Gráfico 54: Distribuição percentual de casos de sífilis adquirida segundo cor ou raça e ano de diagnóstico, Porto Alegre, 2015 - 2024.....	107
Gráfico 55: Distribuição percentual de casos de sífilis adquirida segundo faixa etária e ano de diagnóstico, Porto Alegre, 2015 - 2024.....	108
Gráfico 56: Número de Casos e taxa de detecção de sífilis gestacional (por 1.000 nascidos vivos), Porto Alegre, 2015 - 2024.....	110
Gráfico 57: Número de casos e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), Porto Alegre, 2015 - 2024.....	110
Gráfico 58: Número de casos e taxa de detecção de hepatite A, Porto Alegre, 2020 - 2024.....	112
Gráfico 59: Número de casos de hepatite A por sexo, Porto alegre, 2020 - 2024.....	113
Gráfico 60: Número de casos de hepatite A por faixa etária, Porto alegre, 2020 - 2024...	113
Gráfico 61: Número de casos de hepatite A por cor ou raça, Porto alegre, 2020 - 2024..	113
Gráfico 62: Número de casos por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2024.....	114
Gráfico 63: Número de casos e taxa de detecção de hepatite B, em Porto Alegre, 2020 - 2024.....	115
Gráfico 64: Número de casos por faixa etária.....	115
Gráfico 65: Número de casos de hepatite B por sexo, Porto alegre, 2020 - 2024.....	115
Gráfico 66: Taxa de detecção de hepatite B segundo cor ou raça (por 100mil hab), Porto Alegre, 2020 - 2024.....	116
Gráfico 67: Número de casos por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2024.....	116
Gráfico 68: Número de casos e taxa de detecção de hepatite C, Porto alegre, 2020 - 2024.....	117
Gráfico 69: Cascata da hepatite C, Porto Alegre, 2023.....	117
Gráfico 70: Número de casos de hepatite C segundo sexo, Porto alegre, 2020 - 2024....	118
Gráfico 71: Número de casos de hepatite C por faixa etária, Porto alegre, 2020 - 2024...	118
Gráfico 72: Taxa de detecção de hepatite C segundo cor ou raça (por 100 mil hab), Porto alegre, 2020 - 2024.....	119
Gráfico 73: Número de casos de hepatite C por Distrito sanitário, Porto Alegre, 2024....	

Gráfico 74: Número de casos de toxoplasmose gestacional, Porto Alegre, 2020 - 2024.
120

Gráfico 75: Número de casos notificados de toxoplasmose gestacional por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2024..... 120

Gráfico 76: Número de casos de toxoplasmose congênita, Porto Alegre, 2020 - 2024....
121

Gráfico 77: Número de casos de toxoplasmose congênita por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2024..... 121

Gráfico 78: Número de casos de Mpox Notificados e Confirmados de Residentes em Porto Alegre, de 2022 - 2024..... 123

Gráfico 79: Série histórica de casos de dengue notificados, confirmados e autóctones, Porto Alegre, 2010 - 2024..... 124

Gráfico 80: Casos confirmados de dengue e taxa de incidência por 100.000 habitantes, Porto Alegre, 2013, 2016, 2019, 2022 - 2024..... 125

Gráfico 81: Distribuição dos casos de dengue por cor ou raça, Porto Alegre, 2022, 2023 e 2024..... 126

Gráfico 82: Distribuição dos casos confirmados de esporotricose em Porto Alegre, 2022 - 2024..... 129

Gráfico 83: Distribuição dos casos de Leishmaniose Visceral Notificados, Confirmados e Descartados em Porto Alegre, 2010 - 2023..... 130

Gráfico 84: Distribuição dos casos de Leishmaniose Visceral Autóctones Notificados, Confirmados e Descartados de Residentes em Porto Alegre de acordo com a entrada, 2010 - 2023..... 131

Gráfico 85: Distribuição dos casos de leptospirose notificados e confirmados em residentes de Porto Alegre, 2015 - 2024..... 132

Gráfico 86: Distribuição dos casos confirmados de leptospirose em residentes de Porto Alegre, por coordenadoria de saúde, 2015 a 2024..... 133

Gráfico 87: Número de casos notificados e confirmados de coqueluche por ano de início de sintomas, Porto Alegre, 2010 - 2024..... 135

Gráfico 88: Número de casos confirmados de sarampo em residentes de Porto Alegre, 2015 - 2025..... 136

Gráfico 89: Distribuição dos casos suspeitos de meningite em Porto Alegre de 2015 - 2024..... 137

Gráfico 90: Distribuição dos casos de meningites notificados (total), confirmados e descartados em Porto Alegre de 2015 - 2024..... 137

Gráfico 91: Distribuição dos casos de meningite notificados, confirmados e descartados de residentes em Porto Alegre, por Coordenadoria de Saúde, 2015 - 2024
138

Gráfico 92: Distribuição dos casos de doença meningocócica em residentes em Porto Alegre, 2015 - 2024..... 138

Gráfico 93: Casos de SRAG associada à COVID-19 e SRAG não especificada, entre residentes de Porto Alegre, de 2019 - 2024..... 142

Gráfico 94: Casos de SRAG associada à influenza, outro vírus respiratório e outro agente etiológico, entre residentes de Porto Alegre, de 2019 - 2024..... 142

Gráfico 95: Casos de óbitos associados à SRAG por COVID-19 e SRAG não especificada, entre residentes de Porto Alegre, de 2019 - 2024..... 143

Gráfico 96: Casos de óbitos associados à influenza, outro vírus respiratório e outro agente etiológico, entre residentes de Porto Alegre, de 2019 - 2024.....	143
Gráfico 97: Agregado de casos de SRAG por classificação final, dos anos 2019 - 2024, distribuídas entre os meses do ano.....	144
Gráfico 98: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal, Porto Alegre, 2022 - 2024.....	149
Gráfico 99: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal por sexo, Porto Alegre, 2022 - 2024.....	149
Gráfico 100: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal por tipo de violência, Porto Alegre, 2022 - 2024.....	150
Gráfico 101: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal por faixa etária, Porto Alegre, 2022 - 2024.....	150
Gráfico 102: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal por distrito sanitário, Porto Alegre, 2022.....	151
Gráfico 103: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal por distrito sanitário, Porto Alegre, 2023.....	151
Gráfico 104: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal por distrito sanitário, Porto Alegre, 2024.....	152
Gráfico 105: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal por cor ou raça, Porto Alegre, 2022 - 2024.....	152
Gráfico 106: Panorama da sinistralidade, Porto Alegre, 2022 - 2024.....	153
Gráfico 107: Quantitativo de vítimas fatais, Porto Alegre, 2022 - 2024.....	154
Gráfico 108: Faixa etária das vítimas fatais, Porto Alegre, 2022 - 2024.....	154
Gráfico 109: Situação das vítimas fatais, Porto Alegre, 2022 - 2024.....	155
Gráfico 110: Série histórica do rastreamento de mulheres com exames de mamografia alterados. Porto Alegre, 2020 - maio de 2025.....	160
Gráfico 111: Série histórica com a distribuição de casos de mulheres com exames de mamografia alterados por faixa etária, Porto Alegre, período de 2020 - maio de 2025....	161
Gráfico 112: Distribuição dos casos de mulheres com exames de mamografia alterados por cor ou raça da pele, Porto Alegre, 2020 - maio 2025.....	162
Gráfico 113: Distribuição dos casos de mulheres com exames de mamografia alterados por distrito de saúde, Porto Alegre, 2020 - maio 2025.....	163
Gráfico 114: Vinculação das mulheres com exames de mamografia alterados, com a Rede de Atenção Primária em Saúde, Porto Alegre, 2020 - maio de 2025.....	164
Gráfico 115: Acompanhamento das mulheres com exames de mamografia alterados, com a Rede de Atenção Primária em Saúde, Porto Alegre, 2020 - maio de 2025.....	165
Gráfico 116: Série histórica do rastreamento de mulheres com exames citopatológicos alterados, Porto Alegre, 2019 - maio de 2025.....	166
Gráfico 117: Série histórica com distribuição de usuárias com exames citopatológicos alterados por faixa etária, Porto Alegre, 2019 - maio de 2025.....	166
Gráfico 118: Distribuição de usuárias com exames citopatológicos alterados por cor ou raça. Porto Alegre, 2019 - maio de 2025.....	167
Gráfico 119: Distribuição dos exames citopatológicos alterados por distrito de saúde. Porto Alegre, 2020 - maio de 2025.....	168
Gráfico 120: Vinculação das mulheres com exames citopatológicos alterados com a	

Rede de Atenção Primária em Saúde. Porto Alegre, 2020- maio de 2025.....	169
Gráfico 121: Acompanhamento das mulheres com exames citopatológicos alterados na Rede de Atenção Primária em Saúde. Porto Alegre, 2020- maio de 2025.....	169
Gráfico 122: Fluxograma para notificação e monitoramento dos casos de doença falciforme no município de Porto Alegre, 2025.....	170
Gráfico 123: Critérios de vinculação considerados para o monitoramento dos casos de doença falciforme.....	171
Gráfico 124: Distribuição dos casos identificados de doença falciforme em valor absoluto e taxa de prevalência por 100.000 habitantes, por distrito de saúde, Porto Alegre, 2023 - 2024.....	172
Gráfico 125: Distribuição dos casos identificados de doença falciforme em valor absoluto e taxa de prevalência por 100.000 habitantes, por faixa etária, Porto Alegre, 2023 - 2024.....	172
Gráfico 126: Taxa de prevalência da doença falciforme por 100.000 habitantes, por cor ou raça da pele, Porto Alegre, 2023 - 2024.....	173
Gráfico 127: Número de casos X agravo, Porto Alegre 2023 - 2024.....	173
Gráfico 128: Porcentagem de vínculo pelo número de casos com APS.....	174
Gráfico 129: Número de internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde considerando as causas respiratórias, diabetes mellitus e causas circulatórias, Porto Alegre, 2024.....	176
Gráfico 130: Número de internações, reinternações e análise em percentual por doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus e doenças do aparelho respiratório. Porto Alegre, 2024.....	176
Gráfico 131: Número e proporção de internações por HAS e DM em relação às internações clínicas em Porto Alegre por ano.....	177
Gráfico 132: Distribuição e percentual de reinternadores por causas respiratórias no município de Porto Alegre, por CID-10, ano 2024.....	177
Gráfico 133: Distribuição e percentual de reinternadores por causas respiratórias, segundo faixa etária, município de Porto Alegre, ano 2024.....	178
Gráfico 134: Distribuição e percentual de reinternadores por causas respiratórias (CID-10 J30-J98) na faixa etária de 0 a 14 anos no município de Porto Alegre, ano 2024	178
Gráfico 135: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98) na faixa etária de 0 a 14 anos, segundo Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano de 2024.....	179
Gráfico 136: Distribuição e percentual de reinternadores por causas respiratórias na faixa etária de 0 a 14 anos, segundo cor ou raça, Porto Alegre, ano de 2024.....	179
Gráfico 137: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98) na faixa etária de 60 anos ou mais, segundo número de internações, Porto Alegre, ano de 2024.....	180
Gráfico 138: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98) na faixa etária de 60 anos ou mais, segundo causa da internação, Porto Alegre, ano de 2024.....	180
Gráfico 139: Distribuição e percentual de reinternadores por causas respiratórias, conforme a vinculação com a APS, município de Porto Alegre, ano 2024.....	181
Gráfico 140: Distribuição e percentual de reinternadores por diabetes (CID-10 E10-E14), por Distrito Sanitário, município de Porto Alegre, ano 2024.....	182

Gráfico 141: Distribuição e percentual de reinternadores por diabetes (CID -10 E10-E14), segundo faixa etária, município de Porto Alegre, ano 2024.....	182
Gráfico 142: Distribuição e percentual de reinternadores por diabetes, segundo cor ou raça, município de Porto Alegre, ano 2024.....	183
Gráfico 143: Distribuição e percentual de reinternadores por diabetes, conforme vinculação com a APS, município de Porto Alegre, ano 2024.....	183
Gráfico 144: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças do aparelho circulatório CID-10 I00-I99), segundo Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano 2024.....	184
Gráfico 145: Proporção de reinternadores por doenças do aparelho circulatório CID-10(I00-I99), por cor ou raça, Porto Alegre, ano 2024.....	185
Gráfico 146: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças do aparelho circulatório (CID-10 E10-E14), por faixa etária, município de Porto Alegre, ano 2024	185
Gráfico 147: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças do aparelho circulatório (CID-10 E10-E14) segundo o número de internações. Porto Alegre, ano 2024.....	186
Gráfico 148: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças circulatórias, segundo 10 principais CID- 10 de internação, município de Porto Alegre, ano de 2024..	186
Gráfico 149: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças do aparelho circulatório, conforme vinculação com a APS, município de Porto Alegre, ano 2024	187
Gráfico 150: Número total de Internações hospitalares por ano de 2020-2024.....	188
Gráfico 151: Proporção de Internações Hospitalares eletivas e emergência, 2020-2024.	188
Gráfico 152: Número de Internações Hospitalares mensais no período 2020-2024....	189
Gráfico 153: Distribuição mensal de internações no período 2022-2024.....	189
Gráfico 154: Distribuição mensal de internações no período 2022-2024.....	190
Gráfico 155: Distribuição mensal de internações no período 2022-2024.....	190
Gráfico 156: Proporção de Internações Hospitalares por sexo.....	190
Gráfico 157: Proporção de internações sensíveis à atenção primária.....	192
Gráfico 158: Proporção de internações sensíveis à atenção primária por faixa etária....	193
Gráfico 159: Internações por tipo de procedimento.....	195
Gráfico 160: Internações por tipo de procedimento.....	196
Gráfico 161: Quantidade de beneficiários a serem acompanhados X Quantidade de beneficiários acompanhados e percentual de acompanhamento do Programa Bolsa Família em Porto Alegre no período de 2020-2025 do E-gestor.....	207
Gráfico 162: Opção por informar orientação sexual no e-SUS em 2025.....	230
Gráfico 163: Opção por informar identidade de gênero no e-SUS em 2025.....	230
Gráfico 164: Perfil da população LGBTQI+ nos Cadastros Individuais do e-SUS por cor ou raça em 2025.....	231
Gráfico 165: Perfil da população LGBTQI+ nos Cadastros Individuais do e-SUS por faixa etária em 2025.....	232
Gráfico 166: Escolaridade da população LGBTQI+ nos Cadastros Individuais do e-SUS por escolaridade em 2025.....	232
Gráfico 167: da população LGBTQI+ nos Cadastros Individuais do e-SUS por situação no mercado de trabalho em 2025.....	233

Gráfico 168: Total de pessoas cadastradas no e-SUS 2020-2025 com nacionalidade exceto brasileira.....	235
Gráfico 169: Total de pessoas cadastradas no e-SUS 2020-2025 com nacionalidade exceto brasileira por Coordenadoria de Saúde em 2025.....	236
Gráfico 170: Número de imigrantes por sexo, por distrito sanitário no e-SUS em 2025..	237
Gráfico 171: Percentual de partos vaginais por tipo de hospital, Porto Alegre, 2014 a 2023.....	252
Gráfico 172: Percentual de partos cesáreos por tipo de hospital, Porto Alegre, 2014 a 2023.....	252
Gráfico 173: Coeficiente de Mortalidade Materna no Brasil, RS e Porto Alegre de 2010 a 2024.....	253
Gráfico 174: Coeficiente de Mortalidade Materna segundo cor ou raça em Porto Alegre no período de 2019 a 2024.....	254
Gráfico 175: Número e Razão de Exames Citopatológicos de Rastreamento realizados em mulheres de 25 a 64 anos de 2008 - 2024.....	255
Gráfico 176: Número e Razão de Mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos de 2008 - 2024.....	256
Gráfico 177: Indicador PICS - PIAPS, no município de Porto Alegre 2022-2025.....	263
Gráfico 178: Número de Nascidos Vivos em Porto Alegre de 2015 a 2024.....	278
Gráfico 179: Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) por 1.000 nascidos vivos(NV) no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, 2014 - 2023*.....	280
Gráfico 180: Série histórica do Coeficiente de Mortalidade Infantil em Porto Alegre.	280
Gráfico 181: Óbitos infantis por duração da gestação e período de ocorrência do óbito em Porto Alegre, 2020 a 2024.....	284
Gráfico 182: Coeficiente de Mortalidade Infantil por distrito de saúde em Porto Alegre no período de 2020 a 2024.....	285
Gráfico 183: Coeficiente de Mortalidade Infantil por faixa etária materna no período de 2020 a 2024.....	285
Gráfico 184: Proporção de consultas de pré-natal por cor ou raça em Porto Alegre, 2015 a 2024 - SINASC.....	288
Gráfico 185: Vinculação do binômio na unidade de saúde por coordenadoria nos anos 2023 e 2024 em Porto Alegre.....	289
Gráfico 186: Vinculação do binômio na unidade de saúde por coordenadoria de janeiro a maio do ano de 2025 em Porto Alegre.....	290
Gráfico 187: Percentual de notificações de violência na faixa etária de 0 a 9 anos por sexo feminino e masculino de 2020 à junho de 2025.....	294
Gráfico 188: Percentual de notificações por tipo de violência na faixa etária de 0 a 9 anos desde o ano de 2020 à junho de 2025.....	294
Gráfico 189: Proporção de nascidos vivos filhos de mães com idade entre 10 a 19 no período de 2015 a 2024.....	296
Gráfico 190: Proporção de nascidos vivos filhos de mães com idade entre 10 a 19 no período de 2015 a 2024, por cor ou raça.....	296
Gráfico 191: Percentual de notificações de violência por sexo, na faixa etária de 10 a 19 anos, de 2020 à junho de 2025, em Porto Alegre.....	299
Gráfico 192: Percentual de notificações por tipo de violência na faixa etária de 10 a 19	

anos, de 2020 à junho de 2025, em Porto Alegre.....	300
Gráfico 193: Número de notificações por tipo de violência na faixa etária de 10 a 19 anos, de 2020 à junho de 2025, em Porto Alegre.....	301
Gráfico 194: Cor ou raça e sexo dos socioeducandos atendidos pela FASE, nos Centros de Atendimento de Porto Alegre.....	304
Gráfico 195: Circunstância do óbito por causas externas em adolescentes de 10 a 19 anos, no período de 2020 a 2024, em Porto Alegre.....	309
Gráfico 196: Proporção dos tipos de ações PSE em Porto Alegre em 2024.....	312
Gráfico 197: Estado Nutricional por faixa etária em 2024.....	316
Gráfico 198: Cobertura Potencial Estimada da Atenção Primária à Saúde.....	390
Gráfico 199: Primeiras consultas realizadas nos AEs.....	404
Gráfico 200: Média mensal de pacientes em atenção domiciliar, em Porto Alegre, 2014-2024.....	409
Gráfico 201: Número total de novas admissões no Programa de Atenção Domiciliar, 2016 a 2024.....	410
Gráfico 202: Número total de novas admissões oriundas dos hospitais no Programa de Atenção Domiciliar, 2016 a 2024.....	411
Gráfico 203: Percentual de recém nascidos que realizaram a triagem auditiva neonatal, nos cinco hospitais SUS de Porto Alegre, nos anos de 2022, 2023 e 2024.....	437
Gráfico 204: Percentual de recém nascidos que realizaram teste do coraçõzinho nos cinco hospitais SUS de Porto Alegre nos anos de 2023 e 2024.....	438
Gráfico 205: Evolução de Pacientes Atendidos (2022-2024).....	455
Gráfico 206: Evolução Percentual de Desistências (2022-2024).....	455
Gráfico 207: Número de quirópteros encaminhados ao IPVDF pela Evantropo e número de quirópteros positivos entre 2007 e 2025.....	511
Gráfico 208: Número de capturas com Tityus serrulatus, entre julho de 2016 e Fevereiro de 2025, em Porto Alegre.....	512
Gráfico 209: Monitoramento das armadilhas entre 2023 e 2025.....	514
Gráfico 210: Monitoramento dos insetos transmissores das leishmanioses.....	515
Gráfico 211: Monitoramento dos triatomíneos.....	516
Gráfico 212: Identificação de escorpiões e amostras coletadas 2023-2024.....	516
Gráfico 213: Ações de desratização comunitária. 2023-2024.....	517
Gráfico 214: Número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho ocorridos em Porto Alegre/RS, 2022-2025* (N. 23.082).....	520
Gráfico 215: Número de notificações por faixa etária, de doenças e agravos relacionados ao trabalho ocorridos em Porto Alegre/RS, 2022-2025* (N. 23.082).....	521
Gráfico 216: Número de notificações por cor ou raça, de doenças e agravos relacionados ao trabalho ocorridos em Porto Alegre/RS, 2022-2025* (N. 23.082).....	522
Gráfico 217: Número de notificações por sexo, de doenças e agravos relacionados ao trabalho ocorridos em Porto Alegre/RS, 2022-2025* (N. 23.082).....	522
Gráfico 218: Número de notificações por escolaridade, de doenças e agravos relacionados ao trabalho ocorridos em Porto Alegre/RS, 2022-2025* (N. 23.082).....	523
Gráfico 219: Número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho ocorridos em Porto Alegre/RS, 2022-2025* (N. 23.082).....	523
Gráfico 220: Número de atendimentos em Terapia Ocupacional realizados no Cerest,	

em Porto Alegre/RS, 2022 a 2025 (N.424).....	524
Gráfico 221: Número de atendimentos de psicologia realizados no Cerest, em Porto Alegre/RS, 2023 a 2025 (N.320).....	525
Gráfico 222: Número de atendimentos de psiquiatria realizados no Cerest, em Porto Alegre/RS, 2023 a 2025 (N.187).....	526
Gráfico 223: Número de atendimentos médicos realizados no Cerest, em Porto Alegre/RS, 2022 a 2025 (N.1.563).....	527
Gráfico 224: Histórico de receita e gastos em ASPS, 2013-2024.....	563
Gráfico 225: Histórico de despesa total e ASPS e despesa com recursos próprio, 2013-2024.....	563
Gráfico 226: Histórico da disponibilidade de caixa líquida, 2013-2024.....	564
Gráfico 227: Número de protocolos de Ouvidoria registrados por ano, de 2021 a 2024..	585

Lista de Tabelas

Tabela 1: Crescimento demográfico de Porto Alegre 2000 - 2022.....	51
Tabela 2: Número de habitantes por Distrito Sanitário em 2000, 2010 e 2022 e variação entre 2022 e 2010.....	51
Tabela 3: Número de pessoas por sexo por Distrito Sanitário - IBGE 2022.....	53
Tabela 4: População de Porto Alegre por sexo e situação do domicílio, IBGE 1970-2022.....	54
Tabela 5: Número de moradores por distrito sanitário, por faixa etária, Censo 2022... 55	55
Tabela 6: Distribuição da população de Porto Alegre por cor ou raça e sexo, IBGE 2010 - 2022.....	55
Tabela 7: Distribuição da população de Porto Alegre por cor ou raça por distrito, IBGE 2022.....	56
Tabela 8: Número de pessoas e proporção por raça negra por Distrito Sanitário - IBGE 2022.....	56
Tabela 9: Número de Nascidos Vivos por idade da mãe por ano, de 2018 a 2024.....	58
Tabela 10: Número de cadastrados no e-SUS, no município por faixa etária e sexo, 2025.....	59
Tabela 11: Número de idosos e proporção por Distrito Sanitário, 2022.....	65
Tabela 12: Percentual de óbitos na faixa etária de 60 anos e mais, segundo cor ou raça, no período de 2022 a 2024, Porto Alegre.....	70
Tabela 13: Distribuição do coeficiente de mortalidade da faixa etária de 60 anos e mais, segundo Distrito de Saúde, no período de 2022 a 2024, Porto Alegre.....	70
Tabela 14: Distribuição da mortalidade proporcional da faixa etária de 60 anos e mais, segundo CID Descritivo, de 2022 a 2024, Porto Alegre.....	71
Tabela 15: Índice de Envelhecimento por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2022.....	72
Tabela 16: Série histórica dos Coeficientes de Mortalidade Geral (CMG) por 1.000 habitantes, Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2014 - 2023.....	79
Tabela 17: Número de casos novos de tuberculose distribuídos por Distrito de Saúde, Porto Alegre, 2024.....	85
Tabela 18: Número e proporção de cura de casos novos de hanseníase nos anos das coortes, por Coordenadoria de Saúde e Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2020 - 2024. 90	90

Tabela 19: Número e proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física 2, avaliados na cura nos anos das coortes, por Coordenadoria de Saúde e Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2020 - 2024.....	91
Tabela 20: Número e proporção de contatos avaliados de casos novos de hanseníase nos anos das coortes, por Coordenadoria de Saúde e Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2020 - 2024.....	91
Tabela 21: Número de casos de HIV e AIDS, por distrito de saúde de residência e sexo, Porto Alegre, 2024.....	100
Tabela 22: Número de partos realizados em gestante HIV, por cor ou raça por Coordenadoria de Saúde e Distrito Sanitário, 2024.....	102
Tabela 23: Número de casos de sífilis adquirida, por distrito de saúde de residência e sexo, Porto Alegre, 2024.....	109
Tabela 24: Número de casos de sífilis em gestantes, por cor ou raça, por Coordenadoria de Saúde e Distrito Sanitário, 2024.....	111
Tabela 25: Número de casos de sífilis congênita, por Coordenadoria de Saúde e Distrito Sanitário, 2024.....	111
Tabela 26: Casos confirmados de dengue por Distrito de Saúde, Porto Alegre, 2022 - 2025.....	125
Tabela 27: Leishmaniose Visceral em residentes no Município de Porto Alegre, 2016 - 2023.....	131
Tabela 28: Coeficiente de Letalidade por Leishmaniose Visceral em residentes no Município de Porto Alegre, 2010 - 2023.....	131
Tabela 29: Casos confirmados de leptospirose, óbitos pelo Agravado e Coeficiente de Letalidade em residentes do município de Porto Alegre, 2015 - 2024.....	133
Tabela 30: Número de casos notificados e confirmados de coqueluche por ano de início de sintomas, Porto Alegre, 2010 a 2024.....	134
Tabela 31: Casos Confirmados de doença meningocócica por faixa etária, Porto Alegre, 2015 - 2024.....	139
Tabela 32: Casos Confirmados de meningite por pneumococos por faixa etária, Porto Alegre, 2015 - 2024.....	139
Tabela 33: Casos Confirmados de meningite por hemófilo por faixa etária, Porto Alegre, 2015 - 2024.....	140
Tabela 34: Série histórica de cobertura vacinal no município de Porto Alegre em crianças menores de 1 ano, 2015 - 2024.....	145
Tabela 35: Série histórica da Cobertura Vacinal da Campanha contra a influenza no município de Porto Alegre, por ano e grupos prioritários, 2015 - 2024.....	146
Tabela 36: Doses Aplicadas contra COVID-19 monovalente, segundo faixa etária, 2021- 2024.....	147
Tabela 37: Série histórica da vacinação contra HPV no município de Porto Alegre, por sexo, 2015 - 2024.....	147
Tabela 38: Descritivo dos casos registrados no RCBP por média de idade, sexo, cor ou raça e tipo de câncer e Desvio Padrão (DP) Porto Alegre, 2023 e 2024.....	156
Tabela 39: Índice de desenvolvimento Sócio econômico de Porto alegre IDSE.....	198
Tabela 40: Taxa bruta de frequência escolar, segundo os grupos de idade - IBGE 2022.	199
Tabela 41: Taxa bruta de frequência escolar, segundo o sexo - IBGE 2022.....	199

Tabela 42: Taxa bruta de frequência escolar, segundo cor ou raça - IBGE 2022.....	200
Tabela 43: Taxa bruta de frequência escolar, segundo os grupos de idade, o sexo e a cor ou raça - IBGE 2022.....	200
Tabela 44: Condições ambientais gerais - IBGE.....	202
Tabela 45: Principais nacionalidades dos imigrantes nos cadastros no e-SUS.....	235
Tabela 46: Número de usuários cadastrados ativos nos Serviços Atendimento Especializado (SAEs) e Centro de Referência em Tuberculose (CRTB) em 2025.....	242
Tabela 47: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde realizadas nas US, por competência, nos anos de 2019 a 2024.....	262
Tabela 48: Dados de população estimada, cobertura de saúde bucal na atenção básica e cobertura de atenção básica, 2021-2025.....	265
Tabela 49: Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Coordenadoria Oeste..	265
Tabela 50: Dados de cobertura populacional de saúde bucal nos distritos da Coordenadoria Oeste.....	266
Tabela 51: Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Coordenadoria Leste...	266
Tabela 52: Dados de cobertura populacional de saúde bucal nos distritos da Coordenadoria Leste.....	266
Tabela 53: Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Coordenadoria Norte...	267
Tabela 54: Dados de cobertura populacional de saúde bucal nos distritos da Coordenadoria Norte.....	267
Tabela 55: Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Coordenadoria Sul.....	268
Tabela 56: Dados de cobertura populacional de saúde bucal nos distritos da Coordenadoria Sul.....	268
Tabela 57: Demanda reprimida de consultas especializadas, oferta de primeiras consultas, novas solicitações, tempo médio de espera para pacientes com alta prioridade (dias), tempo médio de espera geral (dias), em julho de 2025.....	269
Tabela 58: Oferta de primeiras consultas nos Centros de Especialidades Odontológicas, por especialidade, por ano.....	271
Tabela 59: Carga horária dos profissionais lotados nos Centros de Especialidades Odontológicas.....	271
Tabela 60: Distribuição do número de atendimentos odontológicos e desistências em saúde bucal na Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, Porto Alegre de 2021 a 2024.....	273
Tabela 61: Distribuição do número de atendimentos odontológicos e desistências em saúde bucal na UPA Moacyr Scliar, Porto Alegre de 2021 a 2024.....	273
Tabela 62: Nascidos vivos por distrito de Porto Alegre no período de 2015 a 2024...	279
Tabela 63: Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) em Porto Alegre conforme cor ou raça, 2014 - 2023.....	280
Tabela 64: Coeficiente de mortalidade infantil por Distrito Sanitário, Porto Alegre 2014 - 2023.....	281
Tabela 65: Mortalidade infantil por faixa etária de nascimento em Porto Alegre nos anos de 2020 a 2024.....	282
Tabela 66: Mortalidade infantil por peso de nascimento em Porto Alegre no período de	

2020 a 2024.....	283
Tabela 67: Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) por escolaridade materna, nos anos de 2020 a 2024, em Porto Alegre.....	285
Tabela 68: Mortalidade infantil por cor ou raça anos 2022, 2023 e 2024.....	286
Tabela 69: Causas de óbito infantil, por grupo CID, em Porto Alegre no ano de 2020 a 2024.....	287
Tabela 70: Causas de óbito infantil por evitabilidade em Porto Alegre (SEADE).....	287
Tabela 71: Número e proporção de consultas de pré-natal por cor ou raça em Porto Alegre, 2015 a 2024 - SINASC.....	287
Tabela 72: Fila de espera para consulta nas especialidades relacionadas ao neurodesenvolvimento infantil.....	291
Tabela 73: Nascidos vivos filhos de mães adolescentes por faixa etária e total de nascidos vivos de 2015 a 2023.....	297
Tabela 74: Idade materna dos nascidos vivos filhos de mães na faixa etária dos 10 aos 14 anos no período de 2020 a 2024.....	297
Tabela 75: Nascidos vivos filhos de mães adolescentes de 10 a 19 anos, por distrito de saúde, em Porto Alegre no ano de 2020 a 2024.....	298
Tabela 76: Nascidos vivos filhos de mães adolescentes de 10 a 19 anos por cor ou raça, em Porto Alegre, no ano de 2020 a 2024.....	298
Tabela 77: Bairros de residência dos socioeducandos da FASE oriundos do município de Porto Alegre no ano de 2023.....	303
Tabela 78: Faixa etária da população atendida pela FASE nos Centros de Atendimento de Porto Alegre RS.....	304
Tabela 79: Escolaridade da população atendida pela FASE, nos Centros de Atendimento de Porto Alegre RS, em agosto de 2023.....	304
Tabela 80: Causas de morte em adolescentes de 10 a 14 anos, no período de 2020 a 2024, em Porto Alegre.....	306
Tabela 81: Óbitos por causas externas em adolescentes de 15 a 19 anos, no período de 2020 a 2024, em Porto Alegre.....	307
Tabela 82: Causas dos óbitos por causas externas na faixa etária de 15-19 anos, no período de 2020 a 2024, em Porto Alegre.....	307
Tabela 83: Óbitos por cor ou raça em adolescentes de 10 a 19 anos, no período de 2020 a 2024, em Porto Alegre.....	308
Tabela 84: Óbitos por cor ou raça em adolescentes de 10 a 19 anos em Porto Alegre no período de 2020 a 2024.....	308
Tabela 85: Mortalidade na faixa etária 10 - 19 anos por distrito de saúde, no período de 2020 a 2024, em Porto Alegre.....	309
Tabela 86: Número de escolas por Coordenadoria de Saúde e Distrito Sanitário.....	311
Tabela 87: Cenário Atual das US de APS.....	388
Tabela 88: Composição das equipes.....	390
Tabela 89: Histórico da cobertura de ACS, 2020 - 2024.....	391
Tabela 90: Número de equipes de saúde da família por Distrito Sanitário de maio de 2024 a junho de 2025.....	392
Tabela 91: Total de Atendimentos Individuais realizados nos serviços de Atenção Primária à Saúde, por categoria profissional de 2020 a 2025*.....	393
Tabela 92: Visitas Domiciliares realizadas nos serviços de Atenção Primária à Saúde,	

por ACS e ACE 2020 a 2025*.....	394
Tabela 93: Indicadores do Programa Estadual de Incentivo à APS, por quadrimestre nos anos 2024-2023.....	396
Tabela 94: Total de leitos hospitalares SUS por tipo, Porto Alegre-RS, 2025*.....	418
Tabela 95: Total de leitos hospitalares NÃO SUS por tipo, Porto Alegre-RS, 2025*....	418
Tabela 96: Capacidade hospitalar instalada e capacidade operacional do HMIPV, 2025..	422
Tabela 97: Número de recém-nascidos triados para o teste do pezinho, no período ideal da coleta e emissão dos resultados, 2020-2024.....	432
Tabela 98: Proporção de coleta do Teste do Pezinho realizadas entre o 3º ao 5º dia de vida, por Distritos Sanitário e nos hospitais (2020 - 2024).....	433
Tabela 99: Número de primeiras consultas realizadas no HMIPV, para as doenças triadas por meio do Teste do Pezinho e a mediana da idade (dias) do recém-nascido no momento da realização da consulta, em 2023 e 2024.....	434
Tabela 100: Distribuição total do número de atendimentos e desistências nos Prontos Atendimentos, 2021-2024.....	453
Tabela 101: Distribuição do número de atendimentos e desistências em clínica médica nos Prontos Atendimentos, 2021-2024.....	455
Tabela 102: Distribuição do número de atendimentos e desistências em pediatria nos Prontos Atendimentos, 2021-2024.....	456
Tabela 103: Distribuição dos atendimentos nos Pronto Atendimentos, segundo a classificação de risco, 2021-2024.....	456
Tabela 104: Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental Cruzeiro do Sul 2021-2024.....	458
Tabela 105: Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental IAPI, 2021-2024.....	458
Tabela 106: Distribuição do número de atendimentos odontológicos e de desistências em Saúde Bucal no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul e na UPA Moacyr Sciliar, 2021-2024.....	459
Tabela 107: Número total de óbitos nos Pronto Atendimentos e UPA.....	460
Tabela 108: Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações, por quadrimestre de 2021 a 2024.....	462
Tabela 109: Distribuição do número e proporção de regulações* realizados pelo SAMU, segundo a causa, por quadrimestre de 2021 a 2024.....	463
Tabela 110: Distribuição do número e proporção de atendimentos das equipes de socorro* realizados do SAMU, segundo a causa, por quadrimestre de 2024.....	465
Tabela 111: Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis, 2021-2024.....	470
Tabela 112: Informações sociodemográficas - Deficiência.....	473
Tabela 113: Pactuações da Vigilância Sanitária realizada pela equipe de vigilância de alimentos por ano (2024-2023).....	488
Tabela 114: Número de Surtos de DTHA por ano - 2022-2025.....	491
Tabela 115: Pactuações da Vigilância Sanitária de serviços e produtos de interesse à saúde (alta complexidade) por ano (2024-2023).....	492
Tabela 116: Pactuações da Vigilância Sanitária de serviços e produtos de interesse à saúde (média complexidade) por ano (2024-2023).....	495

Tabela 117: Pactuações da Vigilância Sanitária de serviços e produtos de interesse à saúde de baixa complexidade por ano (2024-2023).....	496
Tabela 118: Ações de vigilância da Leishmaniose Visceral: coletas e encoleiramento em 2020 e em 2024.....	512
Tabela 119: Ações fiscalizatórias de 2019 - 2024.....	513
Tabela 120: Número de bens móveis vinculados à SMS em 2024.....	532
Tabela 121: Total de veículos próprios em uso pela DA-SMS.....	533
Tabela 122: Total de veículos próprios em uso pela DVS-SMS.....	533
Tabela 123: Total de veículos próprios em uso pelo SAMU-SMS.....	533
Tabela 124: Total de veículos locados em uso pela DA-SMS.....	533
Tabela 125: Trabalhadores vinculados ao Núcleo de Manutenção Predial.....	534
Tabela 126: Postos de trabalhos contratados.....	535
Tabela 127: Evolução da força de trabalho da SMS, por tipo de vínculo, período (2021-2024).....	542
Tabela 128: Recursos de orçamento total e empenhado, 2019 - 2024.....	566
Tabela 129: Série Histórica dos Recursos de emendas parlamentares federais 2020 - 2025.....	569
Tabela 130: Série histórica dos recursos de emendas parlamentares estaduais 2020 - 2025.....	570
Tabela 131: Série histórica dos recursos de emendas parlamentares municipais 2020 - 2025.....	570
Tabela 132: Auditorias concluídas, Ordens de Ressarcimento (OR) e de Bloqueios.....	575
Tabela 133: Despesas.....	578
Tabela 134: Programa de Metas 2025 - 2028.....	606

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AACD	Associação de Assistência à Criança Deficiente
ABNT NBR	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACLS	<i>Advanced Cardiovascular Life Support</i>
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AESC	Associação Educadora São Carlos
AHVN	Associação Hospitalar Vila Nova
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMS	Acesso Mais Seguro
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ARSH	Avaliação de Risco à Saúde Humana
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
ASSECOM	Assessoria de Comunicação
ASSEP	Assessoria de Ensino e Pesquisa
ASSEPLA	Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação
ATS	Auditoria Técnica em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BCG	Vacina da Tuberculose (Bacillus Calmette-Guérin)
BI	Business Intelligence
BIPAP	Pressão Aérea Positiva por Dois Níveis
BPM	<i>Business Process Management</i>
BVAPS	Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde
CADSUS	Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS
CAF	Coordenação de Assistência Farmacêutica
CAIST	Coordenação de Atenção à Infecções Sexualmente Transmissíveis
CAL	Coordenação da Assistência Laboratorial

CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Adulto	Centro de Atenção Psicossocial Adulto
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência
CASM	Coordenação de Atenção à Saúde Mental
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDS	Conselho Distrital de Saúde
CEACRI	Clínica Esperança Amparo e Criança
CEAP	Centro de Educação e Assessoramento Popular
CENSO	Conjunto dos Dados Estatísticos dos Habitantes de uma Cidade, Província, Estado, Nação
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro de Reabilitação
CEREPAL	Centro de Reabilitação de Porto Alegre
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEVS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGAL	Coordenação Geral de Apoio Laboratorial
CGP	Coordenação de Gestão de Pessoas
CGSIM	Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CICV	Comitê Internacional da Cruz Vermelha
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CIM	Coordenação de Infraestrutura e Manutenção
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CLS	Conselho Local de Saúde
CMCIH	Coordenação Municipal de Controle de Infecção Hospitalar
CMG	Coeficientes de Mortalidade Geral
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil

CMM	Coeficiente de Mortalidade Materna
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMU	Coordenadoria Municipal de Urgências
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
COFIN	Comissão de Orçamento e Financiamento
COMADPOA	Conselho municipal de Políticas sobre Drogas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSANS	Conselho Municipal de Segurança Alimentar
COVID-19	Doença do Coronavírus do ano de 2019
CP	Citopatológico
CPAP	Pressão positiva contínua das vias aéreas
CPES	Comissão Permanente de Ensino e Serviço
CRAI	Centro de Referência em Atendimento Infanto Juvenil
CRIE	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CRTB	Centro de Referência em Tuberculose
CRU	Central de Regulação de Urgência
CT	Comunidade Terapêutica PACTO
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
CURAME	Comissão para Uso Racional de Medicamentos
CV	Cobertura Vacinal
CVC	Cateter Venoso Central
DA	Diretoria Administrativa
DAHU	Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência
DANTS	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DAPS	Diretoria de Atenção Primária em Saúde
DC	Doença Crônica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DF	Doença Falciforme
DFMS	Diretoria Fundo Municipal de Saúde
DGMP	DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento
DM	Doenças Meningocócica
DMAE	Departamento Municipal de Água e Esgotos
DNCI	Doenças de Notificação Compulsória Imediata
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
DOPA	Diário Oficial de Porto Alegre
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DQ	Dependência Química
DR	Diretoria de Regulação
DS	Distrito Sanitário
DSEI	Distritos Especiais de Saúde Indígena
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
DTAs	Doenças Transmitidas por Alimentos
DTHAs	Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar
DVS	Diretoria de Vigilância em Saúde
EAD	Educação à Distância
EAP	Equipes de Atenção Primária
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECR	Equipe de Consultório na Rua
ED	Equipe de Desenvolvimento
EDUCAPOA	Educação a Distância da Prefeitura Municipal de Porto Alegre
EEI	Escola de Educação Infantil
EESCA	Equipes Especializadas em Saúde da Criança e do Adolescente
EESTA	Equipe de Estágios
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar
EMAT	Equipe de Materiais
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EMEI	Escolas Municipais de Educação Infantil
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

EPAT	Equipe de Patrimônio
EPTC	Empresa Pública de Transporte e Circulação de Porto
ERGON	Sistema Informatizado para a Gestão do Trabalho na Prefeitura de Porto Alegre
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESEFID	Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESMA	Equipe de Saúde Mental Adulto
ESP	Escola de Saúde Pública
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
E-SUS	Sistema de Informatização das ações realizadas na Atenção Básica
EVA	Equipe de Vigilância de Alimentos
EVANTROPO	Equipe de Vigilância de Antropozoonoses
EVDANT	Equipe de Vigilância de Doenças Não Transmissíveis
EVDT	Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis
EVEV	Equipe de Vigilância de Eventos Vitais
EVSA	Equipe de Vigilância em Saúde Ambiental e Águas
EVSPIS	Equipe de Serviços e Produtos de Interesse à Saúde
FA	Febre Amarela
FALA	Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação
FAN	Fundo de Alimentação e Nutrição
FASC	Fundação de Assistência Social e Cidadania
FASE	Fundação de Atendimento Socioeducativo
FD	Farmácia Distrital
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNCE	Ficha de Notificação Compulsória de Epizootias
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
GCC	Glória/Cruzeiro/Cristal

GERCON	Gerenciamento de Consultas
GERINT	Gerenciamento de Internações
GERPAC	Gerenciamento de Procedimentos de Alta Complexidade.
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GM/MS	Gabinete Ministro/Ministério da Saúde
GMAT	Sistema de Gestão de Materiais
GT	Grupo de Trabalho
GTT de Fito	Grupo Técnico de Trabalho de Fisioterapia
GTT	Grupo Técnico de Trabalho
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HiB	Haemophilus influenzae b
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMIPV	Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
HPS	Hospital de Pronto Socorro
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC FUC	Instituto de Cardiologia
ICP	Infraestrutura de Chaves Públicas
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IE	Instituição de Ensino
IES	Instituto de Ensino Superior
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IL-TB	Infecção Latente da Tuberculose
IMESF	Instituto Municipal da Estratégia da Saúde da Família
IMFA	Índice Médio de Infestação de Fêmeas do Aedes
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPA	Centro Universitário Metodista
IPCC	<i>Intergovernmental Panel on Climate Change</i>

IPVDF	Instituto de Pesquisas Veterinárias Desidério Finamor
IRAS	Infecções Relacionadas à Saúde
ISCMPA	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LABCEN	Laboratório Central de Porto Alegre
LABIN	Laboratório de Integração
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBTQI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexual Transgêneros, Queer, Intersexo e demais
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
LLE	Lei da Liberdade Econômica
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
LTA	Leishmaniose Tegumentar Animal
LV	Leishmaniose Visceral
LVC	Leishmaniose Visceral Canina
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MI Aedes	Monitoramento Integrado do Aedes
MI	Mortalidade Infantil
MPE	Ministério Público Estadual
MPF	Ministério Público Federal
MPP	Moradias Protegida Privada
MPRS	Ministério Público do Rio Grande do Sul
MS	Ministério da Saúde
NC	Não Classificado
NDE	Núcleo de Desenvolvimento Educacional
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NES	Núcleo de Economia em Saúde
NF	Núcleo de Fiscalização
NH	Núcleo de Habilitações

NHNI	Noroeste/Humaitá/Ilhas
NI	Núcleo de Imunizações
NIEM	Núcleo de Indústria e Eventos de Massa
NMP	Núcleo de Manutenção Predial
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
NSA	Núcleo de Saúde Ambiental
NV	Nascidos Vivos
NVRI	Núcleo de Vigilância em Radiações Ionizantes
NVRV	Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores
ObservaPOA	Observatório da Cidade de Porto Alegre
OGM	Ouvidoria-Geral do Município de Porto Alegre
OIE	Organização Mundial da Saúde Animal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organizações das Nações Unidas
OP	Orçamento Participativo
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OR	Ordens de Ressarcimento
OSC	Organização da Sociedade Civil
OSCs	Organizações Não Governamentais
OUVIDOR SUS	Ouvidoria do SUS
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PABJ	Pronto Atendimento Bom Jesus
PACS	Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul
PAIGA	Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente
PALP	Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro
PALS	<i>Pediatric Advanced Life Support</i>
PAS	Programação Anual de Saúde
PAVS	Programação de Ações de Vigilância à Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PCD	Pessoa com Deficiência

PEA	População Economicamente Ativa
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PES	Plano Estadual de Saúde
PESM	Plantões de Emergência em Saúde Mental
PET	Saúde Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PGE	Procuradoria Geral do Estado
PHTLS	<i>Prehospital Trauma Life Support</i>
PIA	População em Idade Ativa
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PIM-PIA	Programa Primeira Infância Melhor
PITS	Postos de Informação de Triatomíneos
PLAC	Plano de Ação Climática
PLANAD	Plano Nacional de Políticas Sobre Drogas
PLP	Partenon/Lomba do Pinheiro
PLS	Plano de Logística Sustentável
PMOC	Plano de manutenção Operação e Controle
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custo
PNH	Primata não humano
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
POCUS	<i>Point-of-Care Ultrasound</i>
POD	Programa de Oxigenoterapia Domiciliar
POF	Programa de Orçamentos Familiares
POL	Plano Operativo Local
PPA	Plano Plurianual Municipal
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PRIMURGE	Programa Multiprofissional em Urgência e Emergência
PRMMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
PROCEMPA	Companhia de Processamento de Dados de Porto Alegre
PROMETA	Programa de Metas
PSE	Programa Saúde na Escola
PSH	Programa Saúde do Homem
PSR	População em Situação de Rua
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
PVMM	Programa Viver Mais e Melhor
QUALIAIDS	Programa de Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em AIDS no SUS
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
REMAPS	Residência Multiprofissional em Atenção Primária
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
REPLAME	Relação Estadual de Plantas Medicinais
RES	Restinga/Extremo Sul

REVISPOA	Revista de Vigilância em Saúde de Porto Alegre
RGF	Relatório de Gestão Fiscal
RH	Recursos Humanos
RIS	Residência Integrada em Saúde
RLIT	Receita Líquida de Impostos e Transferências
RMM	Razões de Mortalidade Materna
RN	Recém-Nascido
ROI	Roteiro de Objetivos de Inspeções
RS	Rio Grande do Sul
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RT-PCR	Reação de Transcriptase Reversa Seguida de Reação em Cadeia da Polimerase
SAD	Serviço Ambulatorial Distrital
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SAPH	Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar
SARS-COV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus 2
SASISUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SCS	Sul / Centro-Sul
SE	Semana Epidemiológica
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SESC	Serviço Social do Comércio
SETEC	Secretaria Técnica
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIES	Sistema de Insumos Estratégicos

SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIHO	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer de Colo
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SITETB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose
SMAP	Secretaria Municipal de Administração e Patrimônio
SMDET	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Turismo
SME	Sistema de Monitoramento Estratégico
SMGOV	Secretaria Municipal de Governança Cidadã e Desenvolvimento Rural
SMIDH	Secretaria Municipal da Inclusão e Desenvolvimento Humano
SMPAE	Secretaria Municipal de Planejamento e Assuntos Estratégicos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMTC	Secretaria Municipal de Transparência e Controladoria
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SO	Sala de Observação
SOP	Sala de Observação Pediátrica
SR	Sala de Recuperação
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SRTN	Serviço de Triagem Neonatal
SSDP	Sociedade Sulina Divina Providência
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEPE	Superintendência de Serviços Penitenciários
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SVSA	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
SWALIS	<i>Surgical Waiting List Info System</i>
TANU	Triagem Auditiva Neonatal Universal
TB	Tuberculose
TCR	Receptor de Células T
TCU	Tribunal de Contas da União
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TI	Tecnologia da Informação
TR	Teste Rápido
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TV	Transmissão Vertical
UA	Unidade de Acolhimento
UAD	Unidade de Atenção Domiciliar
UDM	Unidade Dispensadora de Antirretrovirais
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNIRITTER	Universidade Ritter dos Reis
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Unidade de Saúde
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UVA	Unidade de Vigilância Ambiental
UVE	Unidade de Vigilância Epidemiológica
UVS	Unidade de Vigilância Sanitária

VIGIAGUA	Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
VigiAR	Programa de Vigilância às Populações Expostas aos Poluentes Atmosféricos
VigiDESASTRES	Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos Desastres
VigiPEQ	Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VISA	Vigilância Sanitária
Vispea	Populações Expostas a Agrotóxicos
VPC10	Vacina Conjugada Pneumocócica 10-valente

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	39
INTRODUÇÃO.....	41
1. ANÁLISE SITUACIONAL.....	43
1.1 Caracterização Geral Do Território.....	43
1.1.1 Bairros, Distritos Sanitários e Regiões do Orçamento Participativo.....	45
1.1.2 Mapas Temáticos.....	47
1.1.3 Territorialização da Atenção Primária à Saúde.....	49
1.1.4 Panorama Demográfico.....	51
1.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO.....	61
1.2.1 Panorama Epidemiológico.....	73
1.2.2 Doenças Imunopreveníveis.....	133
1.2.3 Panorama de Internações Hospitalares.....	188
1.3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	196
1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS, CICLOS DE VIDA E SAÚDE DAS POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS.....	207
1.4.1 Povos Indígenas.....	207
1.4.2 População Negra.....	214
1.4.3 População em Situação de Rua.....	218
1.4.4 População Privada de Liberdade no Sistema Prisional.....	225
1.4.5 População LGBTQI+.....	228
1.4.6 População de Imigrantes, Refugiados e Apátridas.....	233
1.4.7 Povos Ciganos.....	239
1.4.8 Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e a Tuberculose.....	240
1.4.9 Saúde da Mulher.....	249
1.4.10 Saúde do Homem.....	256
1.4.11 Saúde da População Idosa.....	258
1.4.12 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).....	259
1.4.13 Saúde Bucal.....	264
1.4.14 Saúde da Criança e do Adolescente.....	276
1.4.15 Saúde na Escola.....	310
1.4.16 Amamentação, Alimentação e Nutrição.....	313
1.4.17 Política Municipal de Acesso Mais Seguro.....	319
1.5 CARACTERIZAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS.....	323
1.5.1 Distrito Sanitário Centro.....	323
1.5.2 Distrito Sanitário Cristal.....	330
1.5.3 Distrito Sanitário Cruzeiro.....	335
1.5.4 Distrito Sanitário Glória.....	338
1.5.5 Distrito Sanitário Leste.....	343
1.5.6 Distrito Sanitário Nordeste.....	346

1.5.7 Distrito Sanitário Eixo Baltazar.....	348
1.5.8 Distrito Sanitário Norte.....	352
1.5.9 Distrito Sanitário Noroeste.....	356
1.5.10 Distrito Sanitário Humaitá-Navegantes.....	360
1.5.11 Distrito Sanitário Ilhas.....	364
1.5.12 Distrito Sanitário Lomba do Pinheiro.....	367
1.5.13 Distrito Sanitário Partenon.....	370
1.5.14 Distrito Sanitário Restinga.....	373
1.5.15 Distrito Sanitário Extremo Sul.....	377
1.5.16 Distrito Sanitário Sul.....	380
1.5.17 Distrito Sanitário Centro-Sul.....	384
1.6 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE.....	388
1.6.1 Atenção Primária à Saúde.....	388
1.6.2 Atenção Especializada.....	401
1.6.2.1 Transporte Sanitário Eletivo (TSE).....	405
1.6.3 Atenção Domiciliar.....	407
1.6.3.1 Programa de Oxigenoterapia Domiciliar.....	413
1.6.4 Atenção Hospitalar.....	415
1.6.4.1 Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas - HMIPV.....	419
1.6.4.2 Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre.....	424
1.6.5 Assistência Farmacêutica.....	425
1.6.5.1 Dimensão técnico-gerencial.....	427
1.6.5.2 Dimensão clínico-assistencial.....	427
1.6.6 Assistência Laboratorial.....	430
1.6.6.1 Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) – Teste do Pezinho.....	432
1.7 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	438
1.7.1 Rede de Cuidado Materno-Infantil - Rede Alyne.....	438
1.7.2 Rede de Atenção Psicossocial.....	440
1.7.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências.....	453
1.7.4 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.....	466
1.7.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	472
1.8 REGULAÇÃO.....	474
1.8.1 Regulação Ambulatorial.....	477
1.8.2 Regulação Hospitalar.....	478
1.9 VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	479
1.9.1 Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs) Porto Alegre.....	481
1.9.2 Vigilância Epidemiológica.....	482
1.9.3 Vigilância Sanitária.....	486

1.9.4 Vigilância Ambiental.....	501
1.9.5 Vigilância em Saúde do Trabalhador.....	517
1.9.5.1 Análise da Situação de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras de Porto Alegre no período de 2022 a 2025.....	518
1.9.5.2 Notificações de Doenças e Agravos Relacionados ao trabalho.....	520
1.9.5.3 Produção Ambulatorial Cerest Porto Alegre.....	523
1.10 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.....	528
1.10.1 Mapa Estratégico.....	528
1.10.2 Organograma.....	531
1.10.3 Infraestrutura Física.....	532
1.11 FORÇA DE TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	541
1.11.1 Força de Trabalho.....	541
1.11.2 Programas de Residência.....	543
1.11.3 Estágios.....	547
1.11.4 Educação em Saúde.....	549
1.12 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	556
1.12.1 Sistemas de Informação, Interoperabilidade, Banco de Dados e Ciência de dados.....	556
1.12.2 Infraestrutura em TI.....	558
1.12.3 Dashboards.....	560
1.13 SITUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA.....	562
1.13.1 Disponibilidade de Caixa Líquida.....	564
1.13.2 Composição dos gastos.....	566
1.13.3 Alterações no financiamento.....	567
1.13.4 Emendas Parlamentares.....	569
1.14 GESTÃO EM SAÚDE.....	570
1.14.1 Planejamento em Saúde.....	570
1.14.2 Auditoria em Saúde.....	574
1.14.3 Judicialização.....	575
1.14.4 Contratualização.....	580
1.14.5 Ouvidoria do SUS.....	582
1.14.6 Programa Nacional de Gestão de Custos.....	586
1.14.7 Participação e Controle Social.....	588
1.14.7.1 Problema Identificado.....	592
1.14.7.2 Causas Estruturais:.....	592
1.14.7.3 Causas Conjunturais:.....	592
1.14.7.4 Impactos:.....	592
1.14.7.5 Soluções Propostas para Reverter o Quadro Atual e Aproximar-se do Estado Desejado:.....	593
1.14.8 Comunicação em Saúde.....	601

2. DIRETRIZ, OBJETIVOS E METAS.....	602
3. PROGRAMA DE METAS (PROMETA).....	606
4. AÇÕES SMS PLANO PLURIANUAL 2026-2029.....	608
5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	617
REFERÊNCIAS.....	619
ANEXO A - PLANILHA DE OBRAS.....	634
ANEXO B - CALENDÁRIO DAS AÇÕES/CAMPANHAS DE COMUNICAÇÃO/EDUCAÇÃO-SMS.....	636
ANEXO C - PLANO PLURIANUAL.....	638
ANEXO D - 9º CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE.....	641
ANEXO E - 4º CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR.....	651
ANEXO F - 4º CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL.....	657

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026-2029 da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS) representa o principal instrumento de gestão e compromisso com a saúde pública da capital gaúcha. Construído sob uma metodologia rigorosa e alinhada à legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), este plano não é apenas um documento programático, mas um verdadeiro mapa estratégico que traduz a visão de futuro da assistência municipal.

A elaboração do PMS 2026-2029 foi um processo robusto e profundamente participativo. O trabalho iniciou-se com a formação de um Grupo Condutor (GC) multidisciplinar, englobando diretores, coordenadores, trabalhadores, estudantes, e representantes do controle social. As propostas de diretrizes, objetivos e metas foram consolidadas, garantindo o alinhamento estratégico com o Plano Plurianual (PPA) 2026-2029, a Lei Orçamentária Anual (LOA) 2026, e os direcionamentos da 9ª Conferência Municipal de Saúde 2023.

O PMS 2026-2029 para o quadriênio define uma visão clara: ser uma Secretaria orientada pela ciência, pelos dados e pela ética, promovendo um SUS resolutivo, sustentável e humanizado. O foco central do planejamento está na qualidade do cuidado preditivo e personalizado e na eficiência na gestão de recursos. Para isso, o plano investe em infraestrutura tecnológica e inovação. Objetivos estratégicos incluem a consolidação de um Ecossistema Integrado de Dados (Big Data), a criação de um Núcleo de Governança de Inteligência Artificial (IA) para apoiar decisões clínicas e gerenciais, e a expansão resolutiva da Telessaúde. O propósito é otimizar a Jornada do Paciente, garantindo que o cidadão certo acesse o serviço certo, no nível de atenção correto e no menor tempo possível. O desafio financeiro é explicitado no Eixo Norteador: fazer cada recurso público gerar o máximo valor em saúde, por meio de gestão ética, transparente e sustentável.

Este compromisso se torna ainda mais urgente diante da complexa realidade demográfica de Porto Alegre, que detém o maior índice de envelhecimento entre as capitais brasileiras, com 21,9% de sua população idosa em 2022. O plano reconhece o fenômeno da feminilização do envelhecimento e a maior

vulnerabilidade da população masculina ao acesso preventivo, resultando em um impacto desproporcional de doenças crônicas, demências, e agravos como depressão e risco de quedas na população idosa. A ampliação da resolutividade dos serviços de saúde, através de sistemas inteligentes de regulação e teleatendimento, visa responder a essa demanda crescente e de alta complexidade.

Em suma, o Plano Municipal de Saúde 2026-2029 da SMS consolida o planejamento como ferramenta indispensável para a efetivação dos princípios do SUS. Ele representa um balanço entre a valorização do trabalhador, a modernização tecnológica, e uma gestão fiscal inteligente. Acima de tudo, é um compromisso quadrianual com a evolução contínua dos serviços, orientando a gestão para a construção de uma trajetória onde a inovação e a sustentabilidade se unem para assegurar o bem-estar e a equidade em saúde para todos os porto-alegrenses.

Fernando Ritter
Secretário Municipal de Saúde

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde 2026-2029 da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS), seguiu a metodologia preconizada pela legislação do Sistema Único de Saúde, respeitando os princípios e diretrizes do planejamento em saúde.

A Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (ASSEPLA) propôs a sistemática de trabalho para elaboração do plano. Inicialmente através da formação de um Grupo Condutor (GC) designado, contando com a participação de diretores, coordenadores, trabalhadores, representantes do controle social além de estudantes, residentes e estagiários vinculados à SMS que contribuíram com a construção deste documento.

Foram realizadas 14 reuniões do Grupo Condutor para levantamento inicial de dados e informações técnicas no período de março a junho de 2025. Posteriormente, entre os meses de julho e agosto foram realizadas discussões descentralizadas sobre o diagnóstico situacional nas regiões da cidade organizadas por 17 distritos sanitários, envolvendo conselheiros de saúde, trabalhadores, usuários, lideranças, dentre outros interessados na política de saúde. Entre setembro a novembro com a análise situacional concluída foram realizadas reuniões do GC para propostas de diretrizes, objetivos e metas para o novo plano de saúde. Por fim, foram realizados os ajustes finais de consolidação e revisão do material produzido. Destaca-se neste período de elaboração do plano a participação permanente das diretorias, coordenações, trabalhadores, estudantes e controle social.

Como subsídios, foram utilizados documentos orientadores construídos nos diversos espaços de gestão e fóruns deliberativos no âmbito do SUS, tais como Plano de Governo da gestão 2025-2028, 9º Conferência Municipal de Saúde 2023, 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental, 4ª Conferência Municipal de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras, Plano Estadual e Plano Nacional de Saúde 2024-2027 dentre outros referenciados. O Plano Municipal de Saúde buscou alinhamento estratégico também com as ações definidas em instrumentos como: PROMETA 2025-2028, o Plano Plurianual de Governo (PPA) 2026-2029 e Lei Orçamentária Anual (LOA) 2026.

Dessa forma, o planejamento em saúde se consolida como uma ferramenta indispensável para a efetivação dos princípios do SUS, orientando a gestão

municipal na formulação de políticas públicas coerentes com as necessidades locais. O Plano Municipal de Saúde representa um compromisso com a continuidade das ações e a construção de uma trajetória de evolução dos serviços, permitindo identificar os avanços, corrigir os rumos e aperfeiçoar as estratégias de acordo com os importantes resultados obtidos ao longo dos anos.

Ao longo deste plano, as descrições epidemiológicas e das populações específicas serão apresentadas com a compreensão de que tais caracterizações estão em constante transformação. Além disso, reconhece-se que, na maioria das vezes, os efeitos dessas mudanças não podem ser alcançados ou modificados exclusivamente pela atuação dos serviços da saúde, mas dependem também da ação de diversos setores e atores que influenciam a vida das pessoas, podendo tanto promover condições dignas e saudáveis quanto contribuir para o agravamento das condições de saúde, o adoecimento da população e, no limite, a morte.

A seguir será apresentada a análise situacional e a diretriz, objetivos e metas para o próximo quadriênio.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

A análise da situação de saúde constitui etapa fundamental do processo de planejamento, uma vez que permite compreender de forma sistematizada o contexto demográfico, epidemiológico, socioeconômico e organizacional em que se insere a gestão da saúde no município. Esse diagnóstico é elaborado a partir da coleta, análise e interpretação de dados provenientes de fontes oficiais, registros dos serviços de saúde e contribuições do controle social, possibilitando identificar necessidades, potencialidades e desafios a serem enfrentados no próximo quadriênio.

Ao oferecer um retrato da realidade local, a análise situacional orienta a definição de prioridades estratégicas e subsidia a formulação de objetivos, metas e indicadores, assegurando que o Plano Municipal de Saúde esteja alinhado às reais demandas da população e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, busca-se garantir que as políticas e ações de saúde sejam construídas sobre bases concretas, com foco na equidade, na integralidade e na resolutividade da atenção.

1.1 Caracterização Geral Do Território

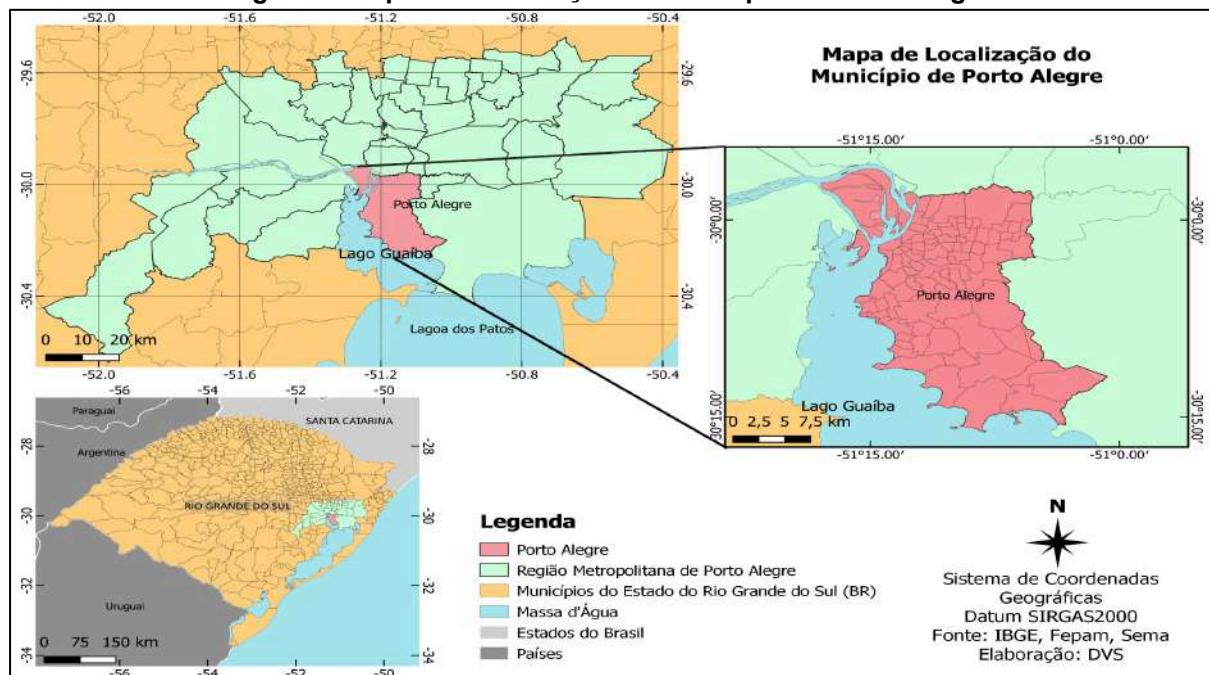
Porto Alegre possui uma área total de 496,68 Km². A capital gaúcha é dividida entre áreas urbanizadas, que ocupam 65% do seu território, e uma extensa área rural que é a segunda maior entre as capitais brasileiras.

Enquanto cidades limítrofes teremos Canoas ao norte, Cachoeirinha e Alvorada à nordeste, Viamão à leste e Eldorado do Sul pelo lado oeste, na margem oposta ao lago Guaíba. O lago apresenta uma superfície de 482,2 Km² e contorna a cidade em 70 km de orla fluvial, considerada a expressão geográfica mais marcante da capital gaúcha. Cerca de 44 Km² do território municipal corresponde ao arquipélago ali localizado. A bacia hidrográfica do Lago Guaíba, por sua vez, corresponde a uma área de 2.973,1 Km² e abrange outros 14 municípios.

Como exemplo da correlação entre as características territoriais e ecossistêmicas com a saúde humana podemos citar os impactos negativos na qualidade da água bruta decorrente das atividades agrícolas e por conta de efluentes industriais ou efluentes urbanos não tratados das cidades metropolitanas. Para o Plano de Bacia do Lago Guaíba, na região em questão, a qualidade das

águas é ‘mais crítica e com maior potencial de conflito’ justamente nas áreas de lazer e das captações para abastecimento público. (SEMA, 2016).

Figura 1: Mapa de Localização do Município de Porto Alegre



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

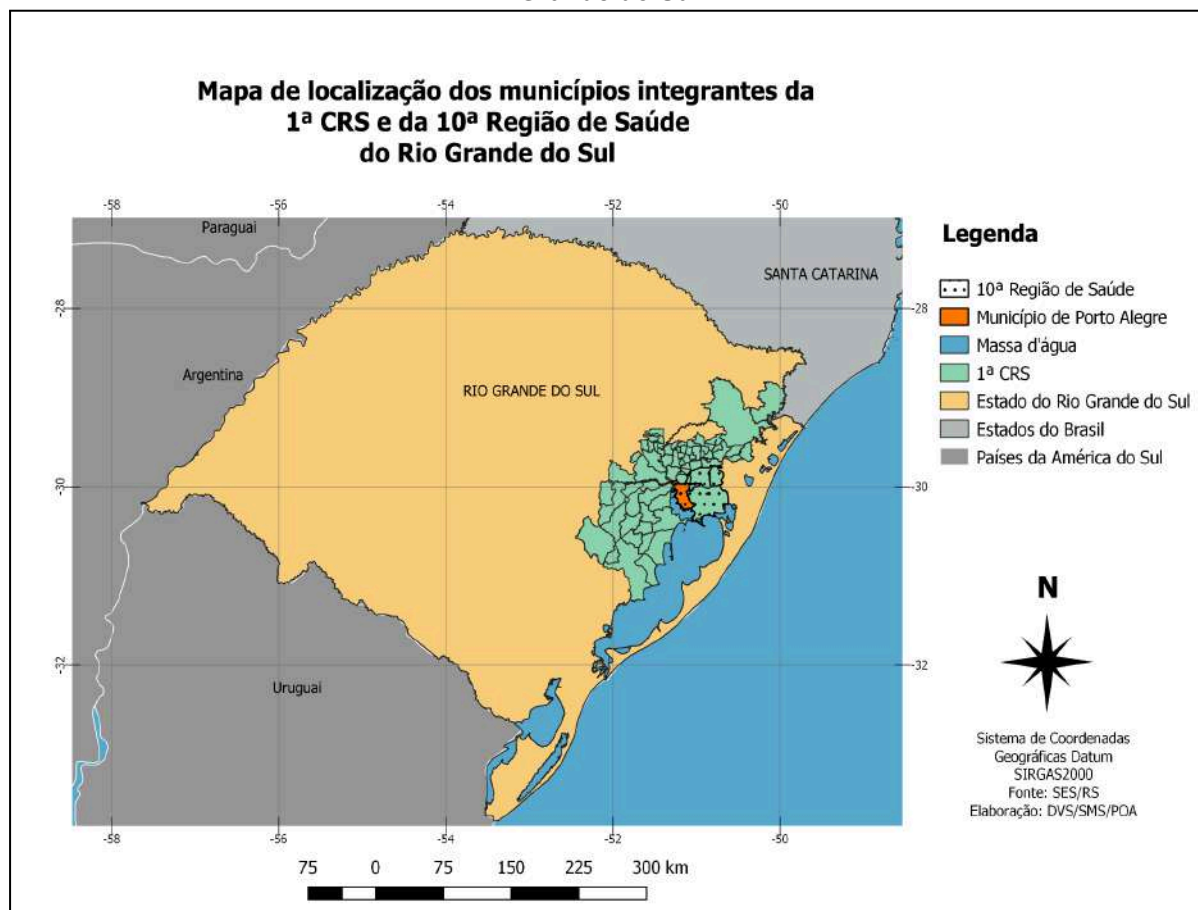
Figura 2: Mapa da Região Metropolitana de Porto Alegre



Fonte: Metroplan 2020.

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

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



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

1.1.1 Bairros, Distritos Sanitários e Regiões do Orçamento Participativo

No território municipal, a população está organizada em 94 bairros, conforme estabelecido pela Lei nº 12.112/2016, e distribuída em 17 Distritos Sanitários (DS).

As Regiões do Orçamento Participativo (OP) foram aprovadas pelo Conselho do Orçamento Participativo em 1997, compatível com o Plano Diretor (PPDUA, LC 434/99). O Orçamento Participativo de Porto Alegre estreita a relação da prefeitura com a população desde 1989.

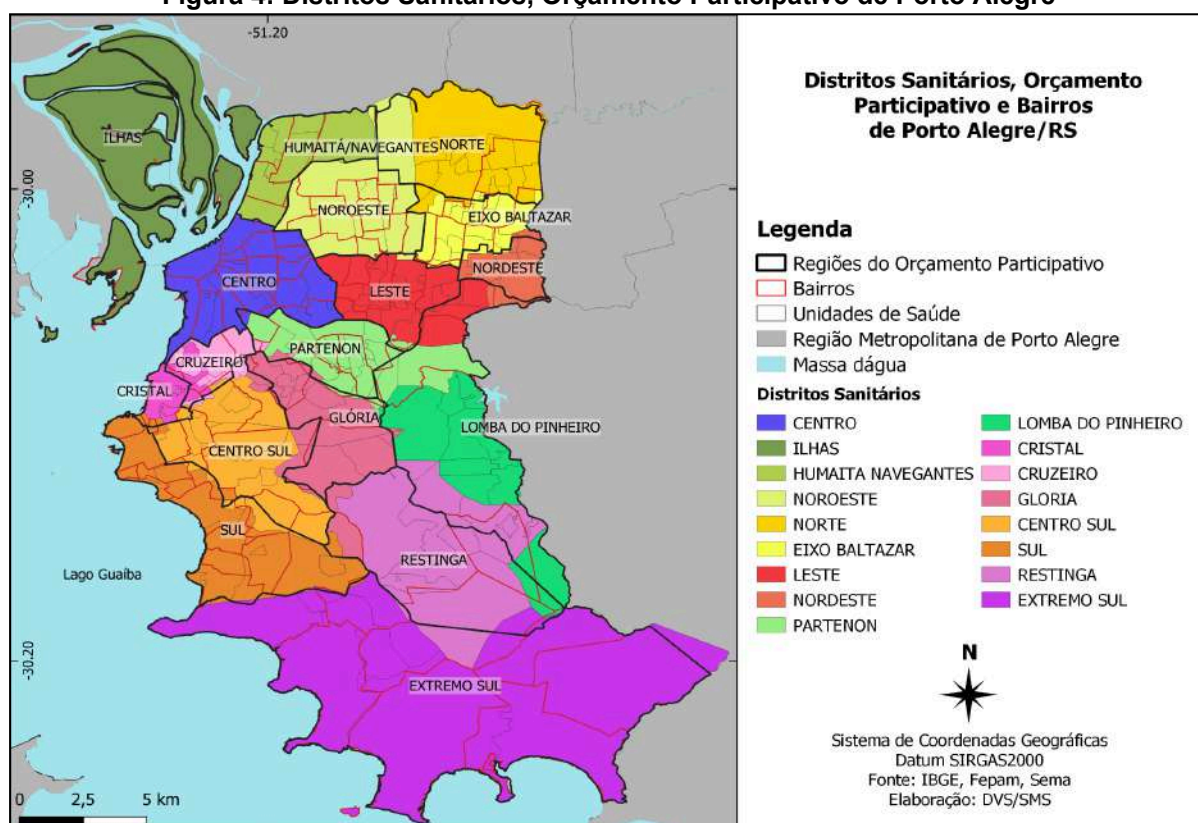
Conforme a ONU, a experiência é uma das 40 melhores práticas de gestão pública urbana no mundo. O Banco Mundial reconhece o processo de participação popular de Porto Alegre como um exemplo bem-sucedido de ação comum entre Governo e sociedade civil. [...]

O Orçamento Participativo (OP) é um processo pelo qual a população decide, de forma direta, a aplicação dos recursos em obras e serviços que serão executados pela administração municipal. Inicia-se com as reuniões preparatórias, quando a prefeitura presta contas do exercício passado e apresenta o Plano de Investimentos e Serviços (PI) para o ano seguinte (PMPA - SMGOV, 2025).

Os Distritos Sanitários possuem limites geográficos e população definidos com vistas a prever a regionalização dos serviços ofertados. O Decreto Federal nº 7.508/2011 define o território de saúde a partir de regiões, as quais devem conter, minimamente: “I - Atenção Primária; II - Urgência e Emergência; III - Atenção Psicossocial; IV - Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar; e V - Vigilância em Saúde” (BRASIL, 2011).

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

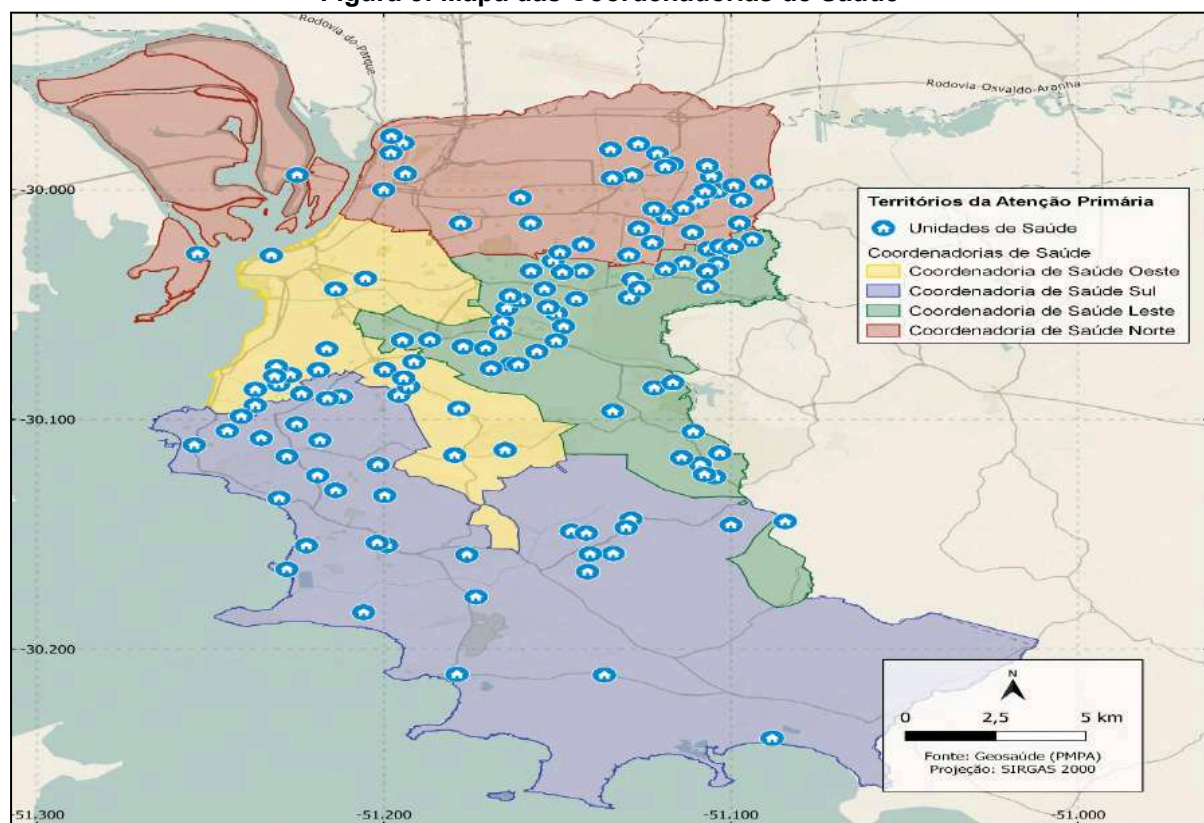
Figura 4: Distritos Sanitários, Orçamento Participativo de Porto Alegre



Fonte: IBGE, Fepam, SEMA por DVS.

A partir de 2020, elaborou-se uma nova configuração das Gerências Distritais da Atenção Primária à Saúde, passando para 4 Coordenadorias de Saúde: Leste, Norte, Oeste e Sul. Essas coordenações representam a estruturação de uma tríade fundamental para a saúde - RH qualificado, processos de trabalho instituídos e estrutura de equipamento em funcionamento além da articulação com o controle social.

Figura 5: Mapa das Coordenadorias de Saúde



Fonte: [Geo Saúde](#).

1.1.2 Mapas Temáticos

A cartografia é uma ferramenta estratégica para a atenção e vigilância em saúde pois permite a apresentação visual dos eventos no tempo e no espaço de acordo com sua priorização ou gravidade. A delimitação dos territórios geográficos e de saúde com o processamento e integração de dados permite:

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

Visando estimular e comunicar as análises pela sociedade e comunidade científica, considerando os mapas como repositório de dados para estudos e pesquisas na área da saúde, são elaborados mapas temáticos contendo as divisões territoriais de interesse. As diferentes camadas podem ser vistas separadamente ou de forma agregada para auxiliar no processo de planejamento das políticas de saúde em Porto Alegre.

Os mapas temáticos elaborados com os riscos e agravos de ordem da vigilância ambiental em saúde estão disponíveis nos seguintes endereços eletrônicos: [Mapas | Prefeitura de Porto Alegre](#).

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

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

Nesta perspectiva, a Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) produz e atualiza constantemente determinados mapas temáticos como forma de comunicação e planejamento sobre informações georreferenciadas de dados epidemiológicos, ambientais e sanitários da cidade de Porto Alegre.

As informações sobre as áreas territorializadas da cidade estão disponíveis nas publicações da [Secretaria Municipal de Saúde \(SMS\)](#) e [Prefeitura Municipal de Porto Alegre \(PMPA\)](#):

- [Onde está o Aedes](#) - Mapeamento das armadilhas de monitoramento;
- [Vigidesastres](#) - Mapeamento de multirrisco e vulnerabilidades de desastres;
- [Escorpião amarelo \(Tityus serrulatus\)](#) 2022 - 2023;
- [Leishmaniose Visceral canina e humana](#) 2010 - 2024;

- [Morcegos positivos para raiva](#);
- [Triatomíneos](#) (também conhecidos como barbeiros) - vetores na transmissão da doença de Chagas.

1.1.3 Territorialização da Atenção Primária à Saúde

Para organizar o geoprocessamento de dados e a territorialização no âmbito da saúde municipal, a SMS instituiu, por meio da Instrução Normativa 019/2022, o Comitê Municipal de Territorialização da Saúde (CMTS), que por sua vez é a instância responsável por definir e atualizar as áreas de atuação das Unidades de Saúde da Atenção Primária, além de apoiar tecnicamente o uso de dados geoespaciais na RAS. O CMTS é composto por representantes da Diretoria da Atenção Primária à Saúde (DAPS, coordenação do comitê), da Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (Assepla), da Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS), da área de Tecnologia de Informação e do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

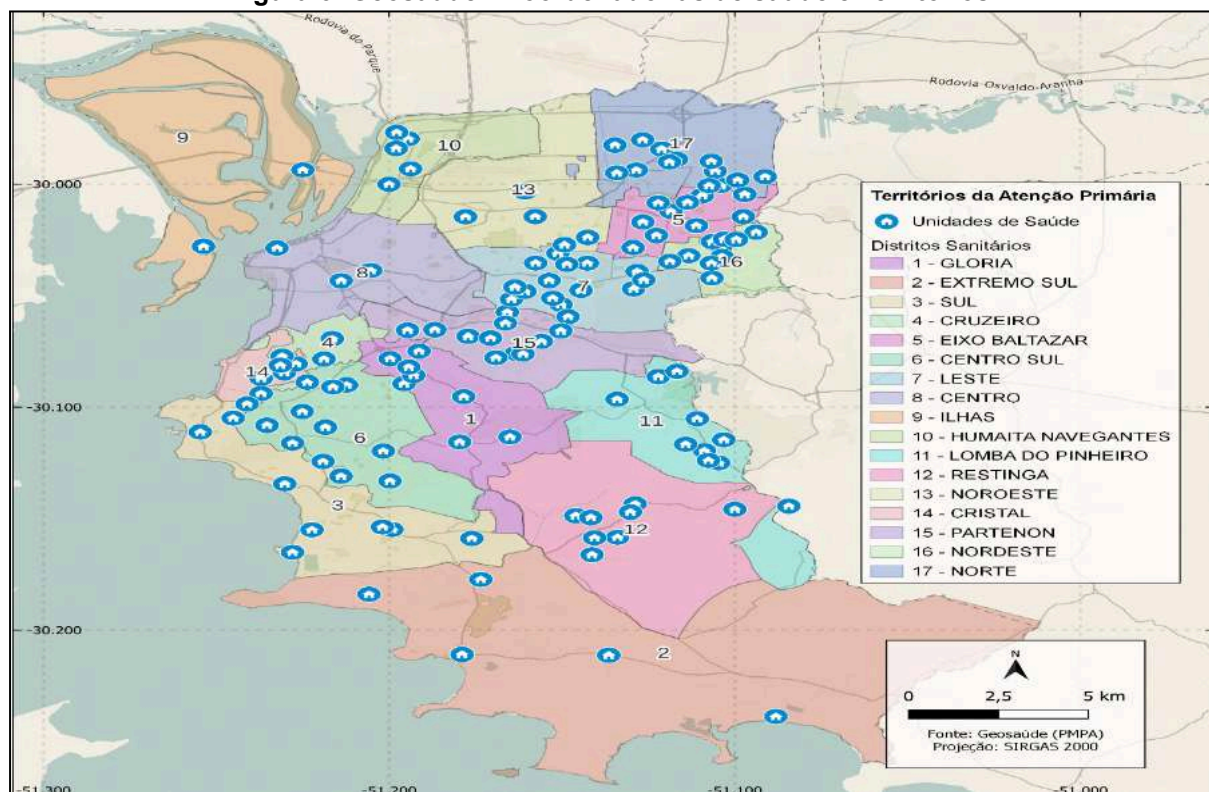
Conforme preconizado pela IN 019/2022, a SMS adota a seguinte organização hierárquica das divisões territoriais em saúde:

- território das Unidades de Saúde: Corresponde à menor divisão administrativa, definindo a área de atuação de uma Unidade de Saúde da Atenção Primária;
- distrito Sanitário: Delimitador geográfico que orienta a regionalização do cuidado, formado por um conjunto de territórios de Unidades de Saúde;
- coordenadoria de Saúde: A maior divisão administrativa, composta por um ou mais Distritos Sanitários, responsável pelo gerenciamento dos serviços de saúde em seu território;
- geosaúde.

Para a gestão e visualização desses territórios tanto pelo cidadão como pelos trabalhadores, a principal ferramenta institucional é o [Geosaúde](#), disponibilizado na carta de serviços da atenção primária junto de um catálogo dos endereços do município juntos de seu território (distrito/coordenadoria) e unidade de saúde de referência ([BVPAS](#)). Adicionalmente, para apoio na territorialização local nos serviços, ferramentas como o *MyMaps* são utilizadas para a criação de mapas customizados pelas próprias unidades de saúde, permitindo a visualização de áreas de equipes e a identificação de populações e demandas específicas em seu

território, com apoio do CMTS para tal criação. Ressalta-se que a ferramenta oficial de visualização de territórios da atenção primária é o Geosaúde, e quaisquer mapas temáticos a nível de unidade, distrito ou coordenadoria tem função exclusiva de organização interna dos serviços e não serve como embasamento para orientação do serviço de referência dos cidadãos.

Figura 6: Geosaúde - Coordenadorias de saúde e Territórios



Fonte: [Geo Saúde](#).

O processo de atualização das áreas de abrangência das Unidades de Saúde, detalhado na IN 19/2022, pode ser iniciado tanto pela Coordenadoria de Saúde quanto pela própria Unidade de Saúde e segue as seguintes etapas:

- a partir do GeoSaúde, gera-se um mapa da área atual e delimitações da proposta de alteração;
- a proposta é discutida com as Unidades de Saúde envolvidas, com os Conselhos Locais de Saúde e com o Conselho Distrital. Caso a alteração ultrapasse os limites de uma Coordenadoria de Saúde ou não haja consenso, a questão pode ser mediada pelo CMTS;
- havendo consenso, o novo mapa e as atas das reuniões dos conselhos são inseridos em um processo SEI, que é encaminhado ao CMTS-SMS para validação e efetivação das alterações.

1.1.4 Panorama Demográfico

A população residente do município vem apresentando variação negativa nas últimas duas décadas, conforme demonstrado na tabela abaixo. De acordo com o levantamento censitário de 2022, Porto Alegre possui 1.332.845 habitantes. Comparando-se com os dados do Censo de 2010 (1.409.351 habitantes), observa-se um decréscimo de 76.506 pessoas (IBGE, 2010; IBGE, 2022). Atualmente, Porto Alegre configura-se como a 11ª cidade mais populosa do país. Sua densidade demográfica, de 2.690,5 habitantes por km², representa a maior do Estado do Rio Grande do Sul. A estimativa populacional para 2024 é de 1.389.322 habitantes (IBGE-Cidades, 2025). Embora as estimativas sejam divulgadas anualmente, verifica-se que os resultados oficiais dos censos não corroboram essas projeções. Pelo contrário, a população oficialmente contabilizada em Porto Alegre é significativamente inferior àquela indicada pelas estimativas, o que pode acarretar erros relevantes no planejamento de políticas públicas durante os períodos intercensitários.

Tabela 1: Crescimento demográfico de Porto Alegre 2000 - 2022

Território	2000	2010	2022	Variação 2022 / 2010 (%)
Cidade de Porto Alegre	1.360.590	1.409.351	1.332.845	-5,4%
Total	1.360.590	1.409.351	1.332.845	-5,4%

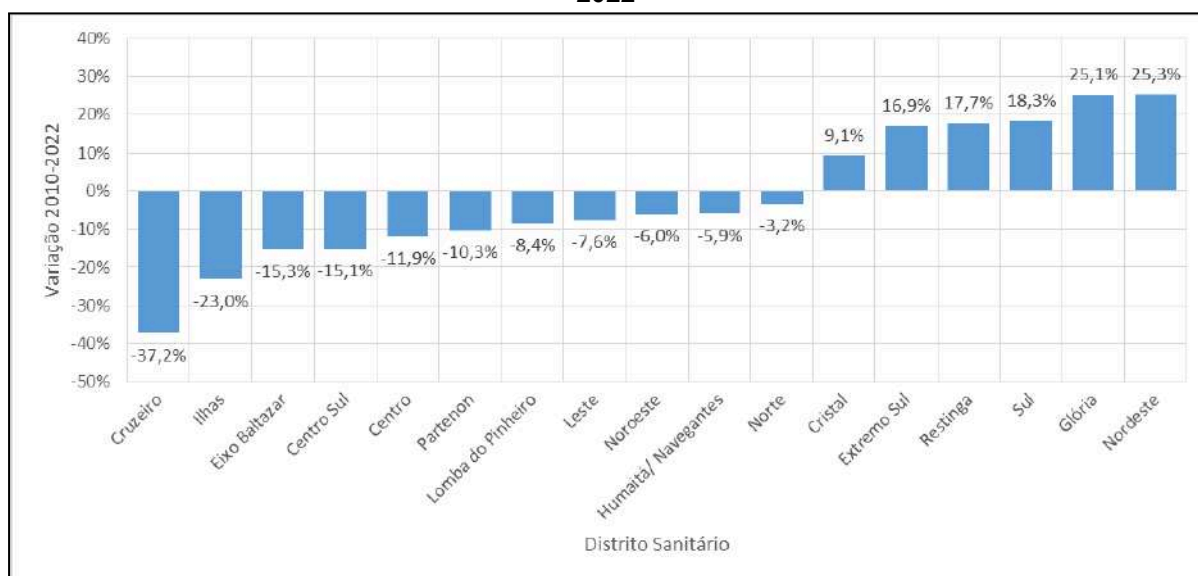
Fonte: IBGE - [Anuário Estatístico](#).

Tabela 2: Número de habitantes por Distrito Sanitário em 2000, 2010 e 2022 e variação entre 2022 e 2010

Distrito Sanitário	2000	2010	2022	Variação 2022/2010 (%)
Centro	266.896	276.799	243.744	-11,9
Centro Sul	109.869	110.889	94.108	-15,1
Cristal	29.943	27.661	30.189	9,1
Cruzeiro	70.075	65.408	41.078	-37,2
Eixo Baltazar	92.835	100.418	85.060	-15,3
Extremo Sul	29.666	34.873	40.765	16,9
Glória	44.387	42.286	52.916	25,1
Humaitá/ Navegantes	41.952	43.689	41.110	-5,9
Ilhas	4.619	8.330	6.411	-23,0
Leste	118.969	114.309	105.606	-7,6
Lomba do Pinheiro	55.084	62.315	57.068	-8,4
Nordeste	29.066	37.234	46.646	25,3
Noroeste	130.132	130.810	122.973	-6,0
Norte	90.120	91.366	88.403	-3,2
Partenon	120.792	118.923	106.730	-10,3
Restinga	54.993	60.729	71.485	17,7
Sul	68.192	83.312	98.554	18,3
Porto Alegre	1.360.590	1.409.351	1.332.845	-5,4

Fonte: IBGE - [Anuário Estatístico](#).

Gráfico 1: Variação populacional por distrito sanitário do município de Porto Alegre 2010 - 2022

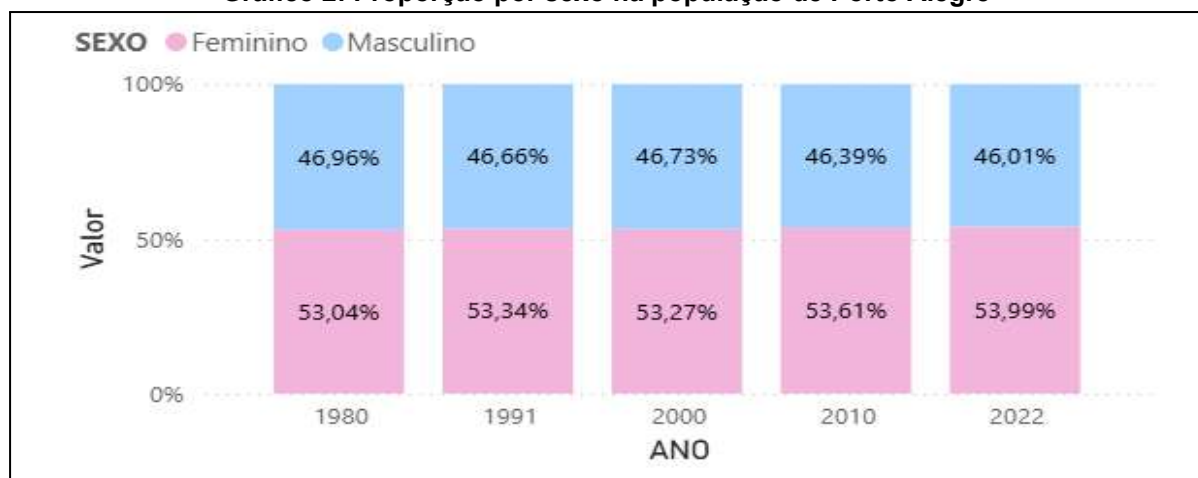


Fonte: IBGE - [Anuário Estatístico](#).

O gráfico e tabela acima demonstram a variação de crescimento por região percebendo-se uma redução em todas as áreas da cidade exceto nos distritos pertencentes a região sul da cidade e distrito nordeste, fato este percebido ao longo dos anos devido aos empreendimentos imobiliários com grande número de unidades habitacionais, exigindo um olhar para uma nova redistribuição dos serviços de saúde nestes territórios.

Do total de habitantes, 46,0% são homens e 54,0% mulheres, conforme critérios de coleta de dados do IBGE em 2022. A distribuição de residentes por sexo, de acordo com o Censo de 2010, era de 653.787 indivíduos do sexo masculino e 755.564 do sexo feminino, respectivamente 46,4% e 53,6% da população.

Gráfico 2: Proporção por sexo na população de Porto Alegre



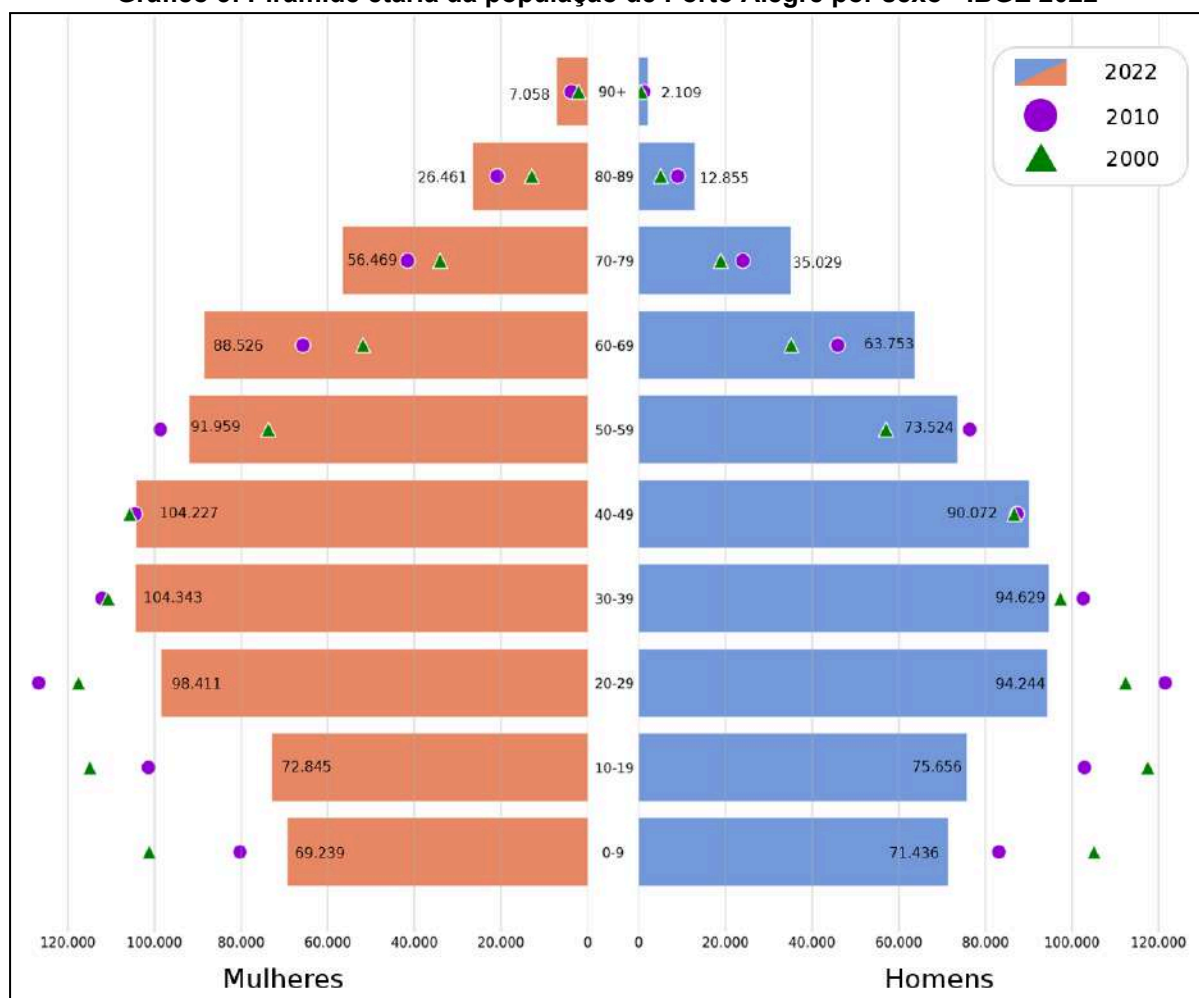
Fonte: IBGE - [Anuário Estatístico](#).

Tabela 3: Número de pessoas por sexo por Distrito Sanitário - IBGE 2022

Distrito Sanitário	Sexo feminino		Sexo masculino	
	n	%	n	%
Centro	136.616	56,1	107.027	43,9
Centro Sul	51.065	54,3	42.922	45,7
Cristal	16.317	54,2	13.815	45,8
Cruzeiro	22.179	54,1	18.853	45,9
Eixo Baltazar	45.837	53,9	39.223	46,1
Extremo Sul	21.137	52,0	19.543	48,0
Glória	28.061	53,0	24.855	47,0
Humaitá-Navegantes	21.901	53,3	19.209	46,7
Ilhas	3.206	50,2	3.185	49,8
Leste	56.806	53,8	48.800	46,2
Lomba do Pinheiro	30.057	52,7	27.010	47,3
Nordeste	24.412	52,4	22.173	47,6
Noroeste	67.921	55,2	55.048	44,8
Norte	47.073	53,3	41.325	46,7
Partenon	55.739	53,4	48.702	46,6
Restinga	37.799	52,9	33.686	47,1
Sul	53.064	53,8	45.487	46,2
TOTAL	719.191	54,1	610.863	45,9

Fonte: IBGE 2022.

Gráfico 3: Pirâmide etária da população de Porto Alegre por sexo - IBGE 2022



Fonte: [Panorama do Censo 2022 \(ibge.gov.br\)](https://panorama.do.censo2022.ibge.gov.br). Acesso em: 27/02/2025.

Tendo por base os dados do gráfico acima, observa-se que existe uma equivalência entre a população masculina e feminina na infância e na adolescência. Entretanto, o percentual de mulheres se amplia com o avanço das faixas etárias ao ponto de termos 60% da população do sexo feminino na faixa dos 70 anos de idade.

A atual pirâmide etária de Porto Alegre aponta para uma mudança demográfica já existente em países de maior renda. No processo brasileiro temos a sobreposição da carga de doenças infectocontagiosas. Ainda assim, percebe-se um acentuado crescimento da população idosa e uma necessidade de incremento de atenção por parte do sistema de saúde às doenças crônico-degenerativas. Vasconcelos e Gomes (2012) demonstram que esta transição, que se inicia na década de 70, tem processos distintos entre as várias regiões do País.

Maior acesso da população a redes gerais de água e esgotamento sanitário, maior acesso à atenção à saúde, campanhas de vacinação, entre outras ações da Saúde Pública, contribuíram decisivamente na redução dos níveis de mortalidade no país e, conseqüentemente, no aumento da esperança de vida da população brasileira. [...] O país encontra-se em transição, em rápido processo de envelhecimento, e novos desafios se apresentam, como ampliar e aprimorar a atenção à saúde dos idosos. É fundamental que na elaboração de políticas públicas para as áreas sociais especialmente para a área da Saúde -, seja levado em consideração o processo de transição demográfica no país com suas diferenças regionais (Vasconcelos e Gomes, 2012).

Tabela 4: População de Porto Alegre por sexo e situação do domicílio, IBGE 1970-2022

Tabela 4.1 População de Porto Alegre por sexo e situação de domicílio, IBGE 1970-2022														
Domicílio		Rural					Urbana						Total	
Sexo	Feminino		Masculino		Total		Feminino		Masculino		Total			
Ano	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1970	7.625	0,9	8.190	0,9	15.815	1,9	460.115	52,0	409.615	46,3	869.730	98,2	885.545	100
1980	5.139	0,5	5.488	0,5	10.627	0,9	591.766	52,6	523.085	46,5	1.114.851	99,1	1.125.478	100
1991	7.775	0,6	8.099	0,6	15.874	1,3	666.073	52,7	581.456	46,0	1.247.529	98,7	1.263.403	100
2000	19.917	1,5	19.934	1,57	39.851	2,9	704.853	51,8	615.886	45,3	1.320.739	97,1	1.360.590	100
2010	0	0	0	0	0	0	755.564	53,6	653.787	46,4	1.409.351	100	1.409.351	100
2022	0	0	0	0	0	0	719.538	53,9	613.307	46,0	1.332.845	100	1.332.845	100

Fonte: IBGE - [Anuário Estatístico](#) - Sobre a Cidade.

Na tabela acima, observa-se a transição ocorrida a partir de 2010 onde a cidade passa a ser reconhecida como apenas um território de domicílios urbanos e não mais domicílios rurais.

Tabela 5: Número de moradores por distrito sanitário, por faixa etária, Censo 2022

Distrito sanitário	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 ou mais	Total geral
Centro	7.202	7.789	7.449	8.754	15.362	20.239	39.034	34.713	31.477	32.801	38.674	243.495
Centro Sul	4.305	5.296	5.199	5.112	6.270	6.257	13.946	14.369	12.122	11.346	9.751	93.974
Cristal	1.613	1.914	1.867	2.012	2.292	2.258	4.230	4.093	3.551	3.262	3.024	30.115
Cruzeiro	1.940	2.473	2.411	2.642	2.950	2.969	5.576	5.729	5.025	4.822	4.494	41.032
Eixo Baltazar	4.306	5.057	4.866	4.954	5.846	6.324	12.797	12.673	10.922	9.697	7.587	85.030
Extremo Sul	2.414	2.825	2.704	2.709	3.067	2.994	5.547	5.633	5.164	4.377	3.172	40.607
Glória	2.917	3.591	3.495	3.418	3.741	3.700	7.901	7.819	6.525	5.466	4.329	52.901
Humaitá Navegantes	2.275	2.575	2.435	2.563	3.021	3.246	6.646	5.777	4.963	4.252	3.318	41.071
Ilhas	456	506	485	480	511	514	896	816	723	568	420	6.375
Leste	5.558	6.403	6.064	6.142	7.519	7.718	15.872	15.813	12.979	11.402	10.119	105.589
Lomba do Pinheiro	3.677	4.500	4.262	4.362	4.719	4.384	8.256	8.174	6.384	5.079	3.271	57.067
Nordeste	3.507	3.988	3.692	3.619	4.097	4.149	7.183	6.590	4.602	3.428	1.714	46.568
Noroeste	4.380	5.240	4.992	5.191	6.419	7.493	17.945	19.090	16.646	17.271	18.241	122.909
Norte	4.623	5.833	5.433	5.727	6.211	6.219	12.920	12.717	11.211	9.771	7.701	88.367
Partenon	5.366	6.478	6.302	6.705	8.816	8.445	15.207	14.114	12.406	11.153	9.426	104.418
Restinga	5.035	6.096	5.610	5.644	6.038	5.958	10.647	9.762	7.363	5.364	3.953	71.471
Sul	4.557	5.726	5.531	5.436	5.931	5.684	13.584	16.140	13.305	12.125	10.507	98.527
Total Geral	64.131	76.292	72.796	75.471	92.811	98.552	198.187	194.022	165.366	152.186	139.700	1.329.514

Fonte: IBGE 2022. O IBGE aplicou restrições aos dados do **Censo Demográfico 2022** para proteger a privacidade dos informantes. Nos setores com **menos de cinco domicílios particulares permanentes**, a maioria das variáveis foi **omitida**, mantendo-se apenas informações básicas como **identificação geográfica, número de domicílios e população** — as demais aparecem como “x”, procedimento já adotado no Censo 2010. Nos demais setores, para evitar que respostas individuais pudessem ser identificadas, o IBGE também **recodificou variáveis**, agrupando, por exemplo, as idades em **faixas de cinco anos**. Mesmo após esse tratamento, **células com frequências muito baixas (1 ou 2 casos)** foram substituídas por “x”. Por isso, **algumas tabelas não fecharão exatamente com os totais populacionais censitários**, já que parte dos dados foi suprimida ou agregada para **garantir o sigilo estatístico** dos respondentes, especialmente nas tabelas com dados apresentados por Distritos Sanitários. Fonte: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102136.pdf>.

Tabela 6: Distribuição da população de Porto Alegre por cor ou raça e sexo, IBGE 2010 - 2022

Censo		2010				2022			
Sexo	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres		
Cor ou raça	n	%	n	%	n	%	n	%	
Amarela	1.836	0,3	2.226	0,3	1.100	0,2	1.206	0,2	
Branca	513.703	78,6	602.956	79,8	445.479	72,6	535.772	74,5	
Indígena	1.611	0,3	1.697	0,2	1.288	0,2	1.420	0,2	
Parda	68.911	10,5	72.500	9,6	87.578	14,3	90.776	12,6	
Preta	67.715	10,4	76.175	10,1	77.847	12,7	90.349	12,6	
Total	653.776	100,0	755.554	100,0	613.292	100,0	719.523	100,0	

Fonte: IBGE - [Anuário Estatístico](#).

Tabela 7: Distribuição da população de Porto Alegre por cor ou raça por distrito, IBGE 2022

Distrito Sanitário	Amarela	Branca	Indígena	Parda	Preta	Total geral
Centro	650	216.718	107	15.168	10.409	243.053
Centro Sul	42	70.263	157	12.214	11.203	93.879
Cristal	9	19.788	42	5.544	4.717	30.101
Cruzeiro	22	26.753	56	7.021	7.124	40.976
Eixo Baltazar	30	57.025	41	12.308	15.551	84.955
Extremo Sul	16	30.085	193	6.757	3.563	40.615
Glória	25	35.286	137	8.747	8.657	52.851
Humaitá-Navegantes	28	29.123	40	6.886	4.968	41.044
Ilhas	3	4.731	13	1.191	446	6.384
Leste	114	73.715	83	15.068	16.491	105.471
Lomba do Pinheiro	7	33.332	139	12.297	11.236	57.011
Nordeste	7	26.482	83	9.808	10.159	46.540
Noroeste	246	110.503	26	7.075	4.892	122.743
Norte	19	63.225	52	12.586	12.423	88.305
Partenon	59	65.651	164	18.945	19.485	104.304
Restinga	7	38.238	199	15.302	17.684	71.430
Sul	90	78.622	223	10.908	8.558	98.401
Total geral	1.373	979.540	1.757	177.824	167.567	1.328.061

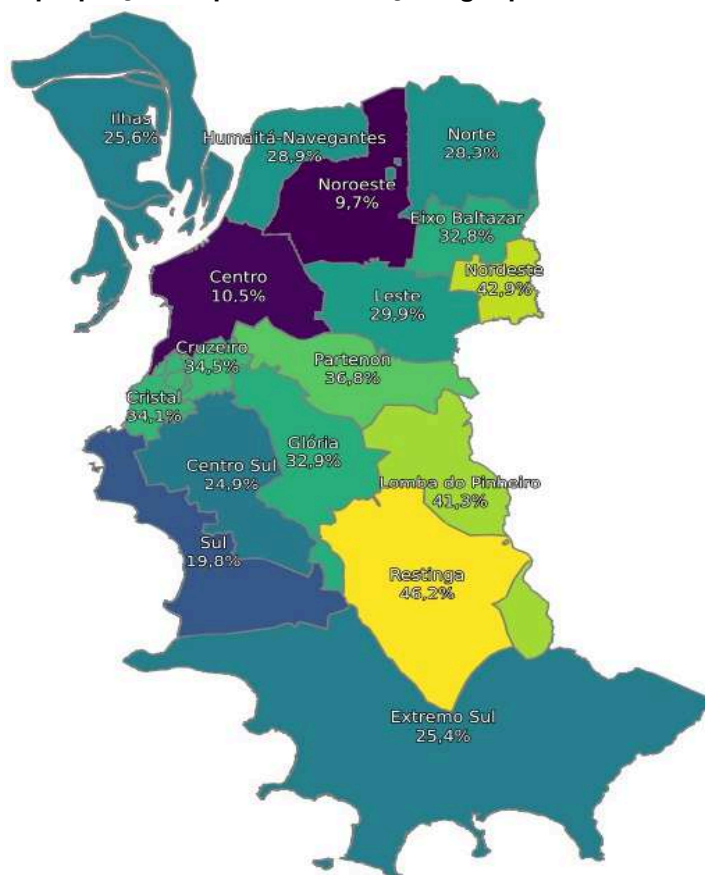
Fonte: IBGE 2022.

Tabela 8: Número de pessoas e proporção por raça negra por Distrito Sanitário - IBGE 2022

Distritos Sanitários	Pessoas Raça Negra	Pessoas Raça Negra %
Centro	25.578	10,5
Centro Sul	23.417	24,9
Cristal	10.261	34,0
Cruzeiro	14.145	34,4
Eixo Baltazar	27.859	32,8
Extremo Sul	10.320	25,3
Glória	17.403	32,9
Humaitá/Navegantes	11.854	28,8
Ilhas	1.637	25,5
Leste	31.559	29,9
Lomba Do Pinheiro	23.533	41,2
Nordeste	19.967	42,8
Noroeste	11.967	9,7
Norte	25.008	28,3
Partenon	38.430	36,0
Restinga	32.986	46,1
Sul	19.466	19,8
Total geral	345.391	25,9

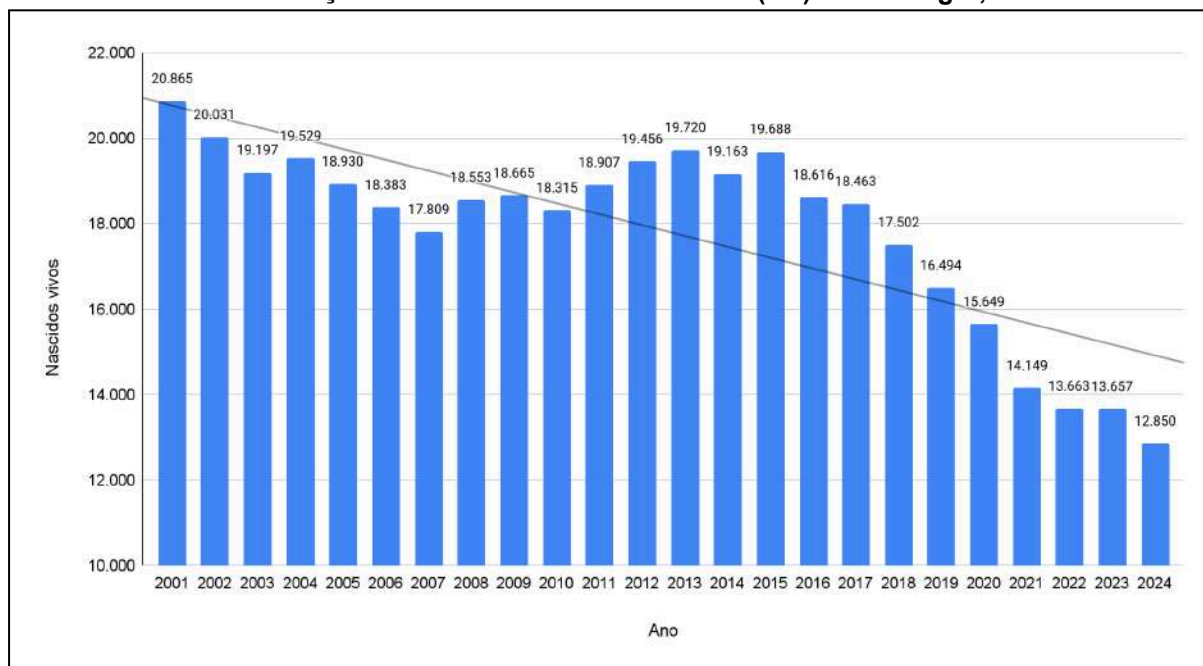
Fonte: IBGE 2022.

Figura 7: Mapa da proporção de pessoas de raça negra por Distrito Sanitário - IBGE 2022



Fonte: IBGE 2022.

Gráfico 4: Distribuição do número de Nascidos Vivos(NV) Porto Alegre, 2001- 2024



Fonte: Vitais/SINASC/EVEV/DVS. Atualização em 01/09/2025.

A partir de 2016, o gráfico mostra uma queda consistente nos nascimentos vivos em Porto Alegre, reduzindo cerca de 5 mil nascimentos.

No gráfico abaixo a proporção de nascidos vivos por faixa etária da mãe, demonstrando uma redução das gestações nas faixas etárias de mulheres mais jovens, diretamente relacionadas com uma melhor política pública de oferta ao planejamento familiar e uma melhor escolaridade dessas mulheres.

Tabela 9: Número de Nascidos Vivos por idade da mãe por ano, de 2018 a 2024

Ano	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
Faixa Etária materna (anos)	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10-14	67	0,4	53	0,3	46	0,3	39	0,3	33	0,2	24	0,2	26	0,2
15-19	1.695	9,7	1.575	9,5	1.415	9,0	1.084	7,7	904	6,6	851	6,2	739	5,8
20-29	7.344	42,0	6.933	42,0	6.819	43,6	6.154	43,5	5.984	43,8	6.082	44,5	5.850	45,5
30-39	7.517	42,9	7.024	42,6	6.506	41,6	6.027	42,6	5.798	42,4	5.760	42,2	5.382	41,9
40-49	873	5,0	905	5,5	859	5,5	840	5,9	941	6,9	936	6,9	850	6,6
50+	6	0,0	4	0,0	4	0,0	5	0,0	3	0,0	4	0,0	3	0,0
Total	17.502	100,0	16.494	100,0	15.649	100,0	14.149	100,0	13.663	100,0	13.657	100,0	12.850	100,0

Fonte: Vitasis/SINASC/EVEV/DVS. Atualização em 01/09/2025.

Figura 8: Índice de Fecundidade Geral por ano, de 2015 a 2022



Fonte: IBGE - [Anuário Estatístico](#).

O Índice de Fecundidade Geral (IFG) mede a frequência com que mulheres em idade reprodutiva (geralmente entre 15 e 49 anos) têm filhos em um determinado período, geralmente um ano. É calculado dividindo o número de nascidos vivos pelo número de mulheres nessa faixa etária e multiplicando por 1.000. Neste sentido, Porto Alegre com a redução de nascidos vivos e a estabilidade no número de mulheres nesta faixa etária vem apresentando uma redução do IFG na última década.

Perfil Sociodemográfico dos cadastros individuais do e-SUS

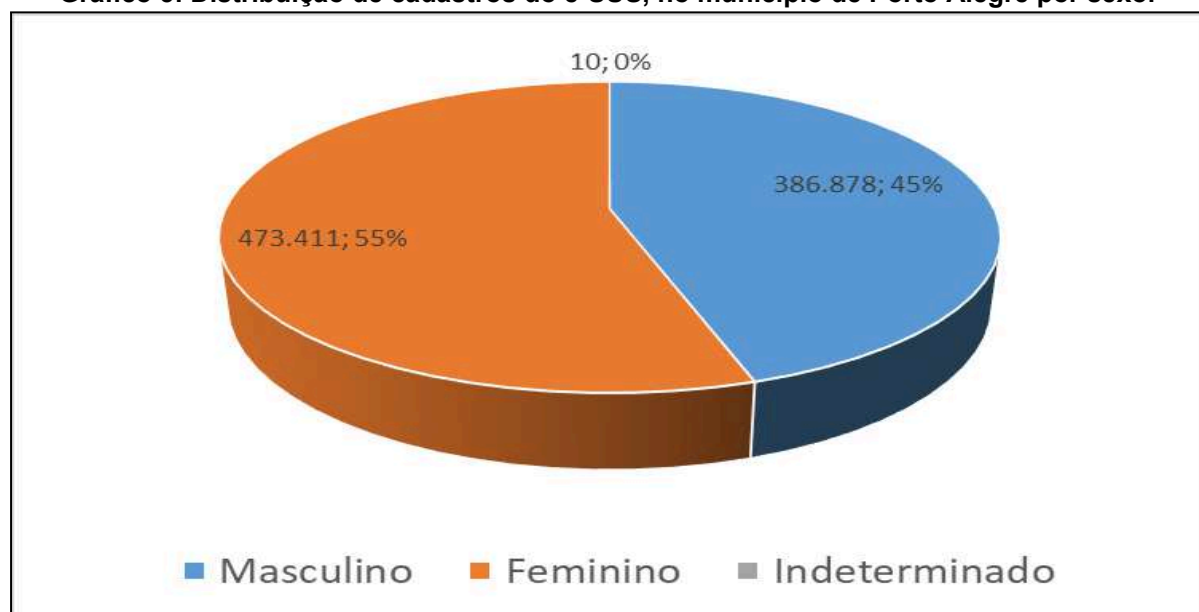
A partir dos relatórios disponibilizados pelo sistema e-SUS, com base nos registros locais, segue tabela e gráficos referente à população cadastrada nestes serviços de saúde da APS.

Tabela 10: Número de cadastrados no e-SUS, no município por faixa etária e sexo, 2025.

Faixa etária (anos)	Feminino	Masculino	Total Geral
0-9	57.464	54.868	112.332
10-19	53.960	54.944	108.904
20-29	60.787	74.367	135.154
30-39	56.570	68.444	125.014
40-49	49.000	59.465	108.465
50-59	42.514	55.455	97.969
60-69	36.907	51.867	88.774
70-79	20.645	33.012	53.657
80 ou mais	9.031	20.989	30.020
Total	386.878	473.411	860.289

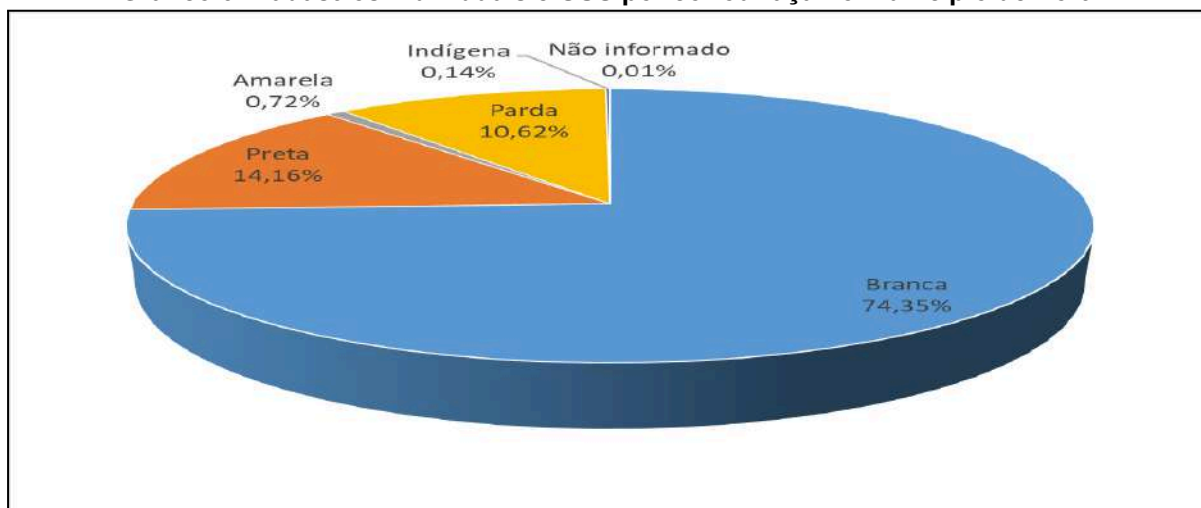
Fonte: Relatório de Cadastro Individual e-SUS (acesso em 20/08/2025).

Gráfico 5: Distribuição de cadastros do e-SUS, no município de Porto Alegre por sexo.



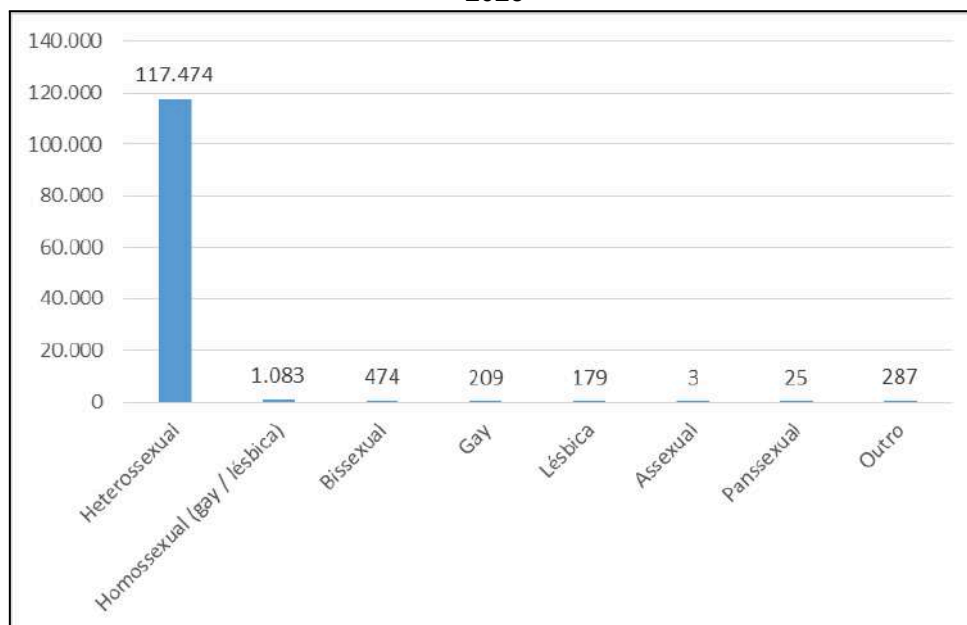
Fonte: Relatório de Cadastro Individual e-SUS (acesso em 20/08/2025).

Gráfico 6: Cadastros Individuais e-SUS por cor ou raça no município de Port



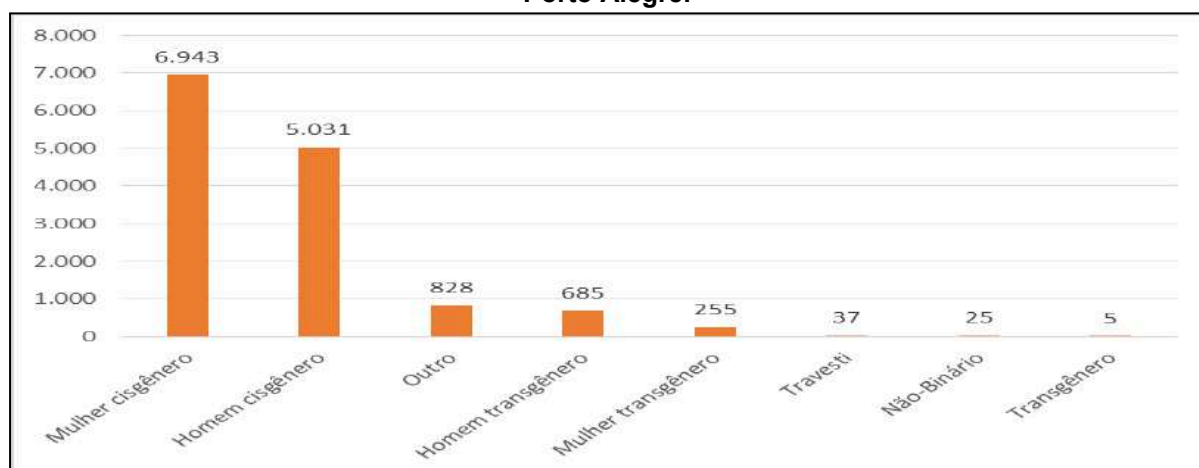
Fonte: Relatório de Cadastro Individual e-SUS (acesso em 20/08/2025).

Gráfico 7: Informações sociodemográficas do e-SUS - Orientação sexual no município em 2025



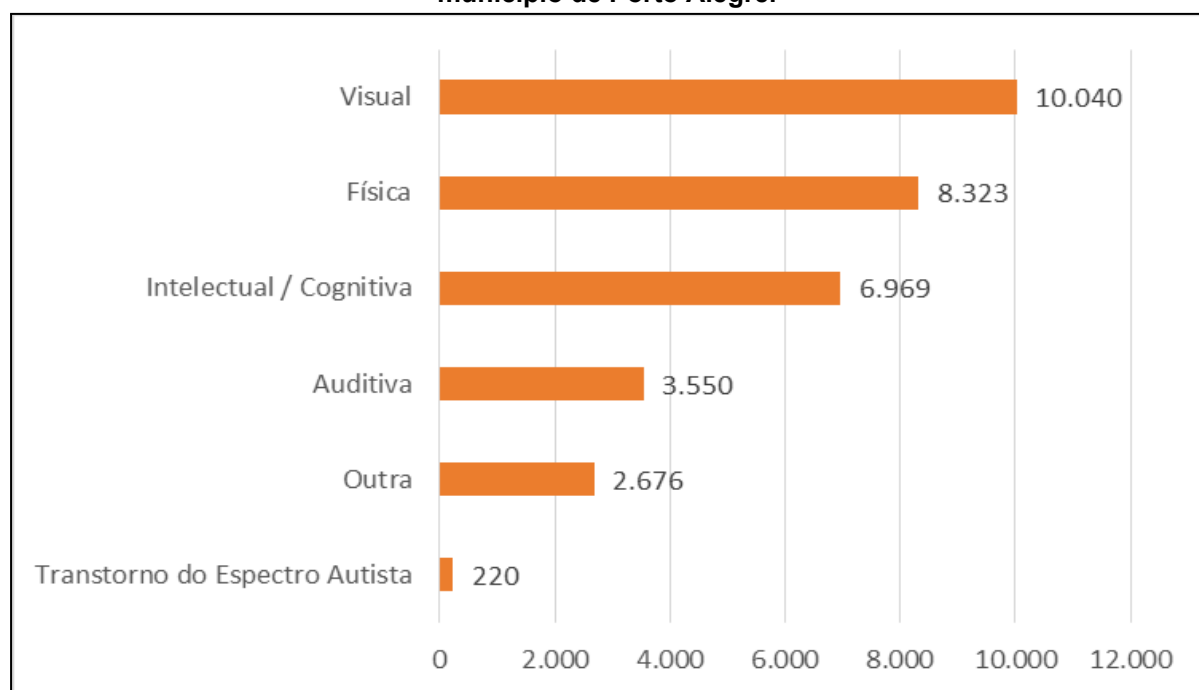
Fonte: Relatório de Cadastro Individual e-SUS (acesso em 20/08/2025). Obs: O e-SUS APS deixou de usar o termo homossexual (Gay/Lésbica) na ficha de cadastro individual em maio/2024 passando a incluir as opções "Gay", "Lésbica", "Assexual" e "Pansexual" inativando o termo homossexual.

Gráfico 8: Informações sociodemográficas do e-SUS - Identidade de gênero no município de Porto Alegre.



Fonte: Relatório de Cadastro Individual e-SUS (acesso em 20/08/2025).

Gráfico 9: Informações sociodemográficas do e-SUS - Deficiência no município em 2025 no município de Porto Alegre.



Fonte: Relatório de Cadastro Individual e-SUS (acesso em 20/08/2025).

1.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

A avaliação das condições de saúde de um município envolve a análise de diversos indicadores e fatores que influenciam o bem-estar da população. Esses indicadores podem ser de saúde, como taxas de mortalidade e morbidade, e também socioeconômicos, como renda, educação e saneamento básico.

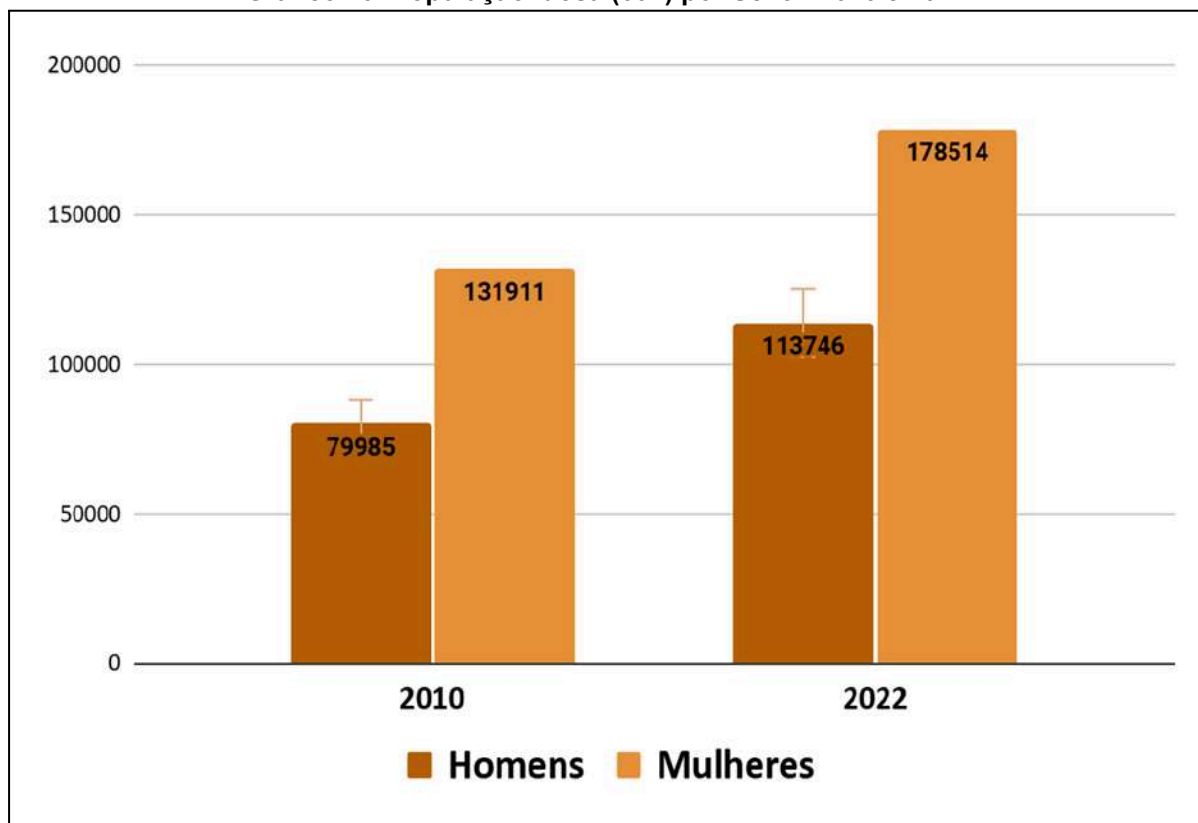
Perfil Demográfico da População Idosa em Porto Alegre

A população idosa no Brasil tem crescido aceleradamente, conforme se observa progressivamente nos Censos do IBGE. Em 1980, representava 6,1% do total da população, passando para 10,8% em 2010 e, posteriormente, alcançando 15,8% em 2022. Em Porto Alegre, esse crescimento é o maior entre as capitais, chegando a 21,9% em 2022 (IBGE).

Diante desse significativo aumento dessa população, que impacta nas políticas públicas, se evidencia o fenômeno da feminilização do envelhecimento no país, sendo o número de mulheres idosas superior ao dos homens, de forma ainda mais marcada entre as pessoas “super” idosas, que são aquelas com 80 anos ou mais de idade. Justifica-se essa desigualdade pela maior exposição masculina a situações de violência ou uso de substâncias psicoativas, álcool ou tabaco, em contrapartida, é a população que menos acessa serviços de saúde, principalmente relacionados à prevenção e promoção de saúde. Isto acarreta numa expectativa de vida maior da população feminina, que acaba por envelhecer em situação de solidão, depressão, tentativas de suicídio mal sucedidas, com agravamento das doenças crônicas já existentes ou relacionadas ao processo de envelhecimento, como demências, doenças cardíacas, sarcopenia (perda da massa muscular), que predispõe a perda de força e equilíbrio, risco de quedas frequentes, relacionadas à hospitalização e/ou risco de óbito.

Os gráficos a seguir demonstram esse processo de feminilização do envelhecimento:

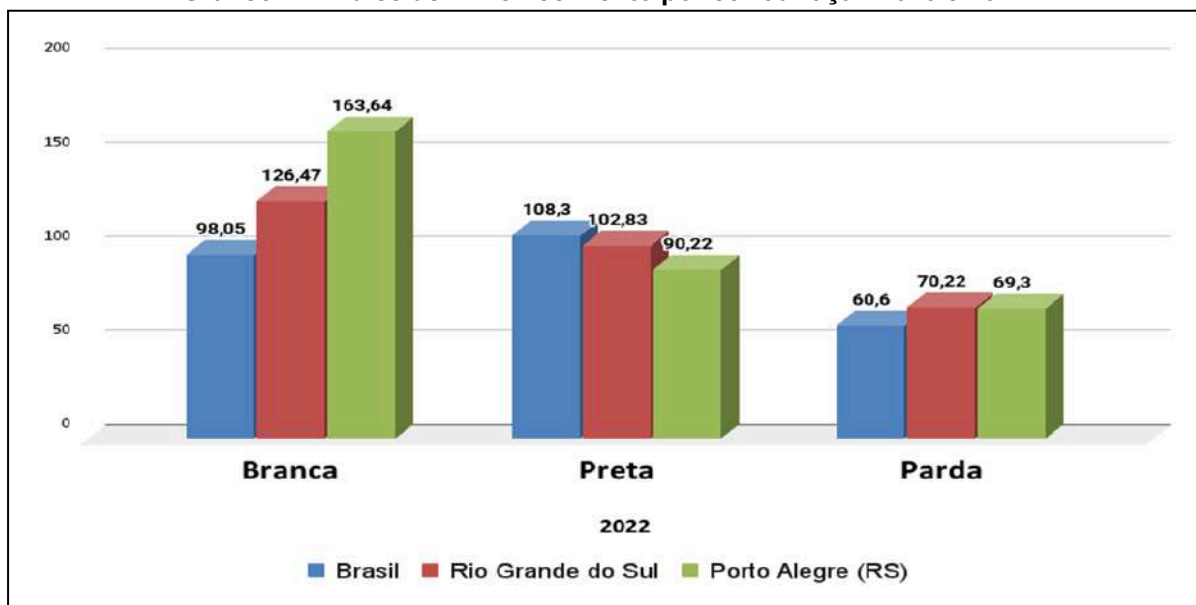
Gráfico 10: População Idosa (60+) por Sexo - 2010 e 2022



Fonte: IBGE – Censos Demográficos de 2010 e 2022.

Em análise da razão do índice de envelhecimento na capital, que resulta em 136,84, significando que para cada 100 crianças de 0 a 14 anos, há 136,8 pessoas idosas, comprovando, desta forma, que já existe em Porto Alegre mais pessoas com 65 anos ou mais (232 mil) do que crianças de 0 a 14 anos (224 mil). Entretanto, em comparação com a população preta ou parda, o índice de envelhecimento é mais baixo nessa população, o que evidencia a necessidade de políticas públicas que interfiram nos determinantes sociais de envelhecimento desta população, de acordo com suas especificidades, que inclui o racismo estrutural.

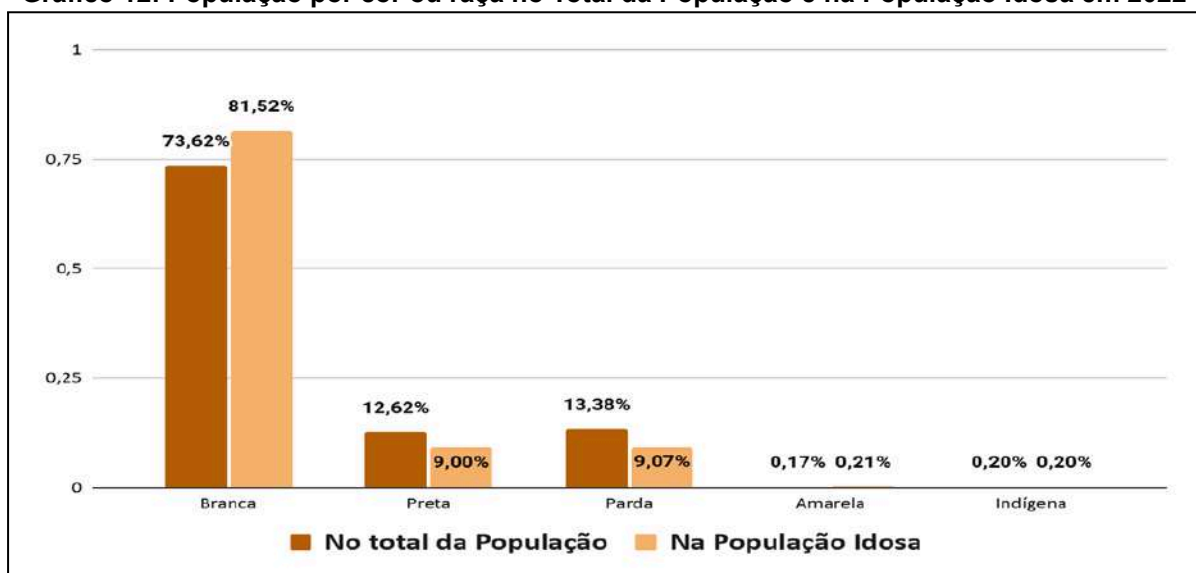
Gráfico 11: Índice de Envelhecimento por cor ou raça - 2010 e 2022



Fonte: IBGE – Censos Demográficos 2010 e 2022.

Em análise, percebe-se que as desigualdades raciais impactam nos índices de envelhecimento, resultando em diferenças menores entre o percentual das populações por cor ou raça em geral e no grupo de pessoas idosas. Porém, os percentuais se sobrepõem na população idosa estratificada por cor ou raça da população negra (preta e parda), evidenciando que não possuem a mesma expectativa de vida que a população branca.

Gráfico 12: População por cor ou raça no Total da População e na População Idosa em 2022

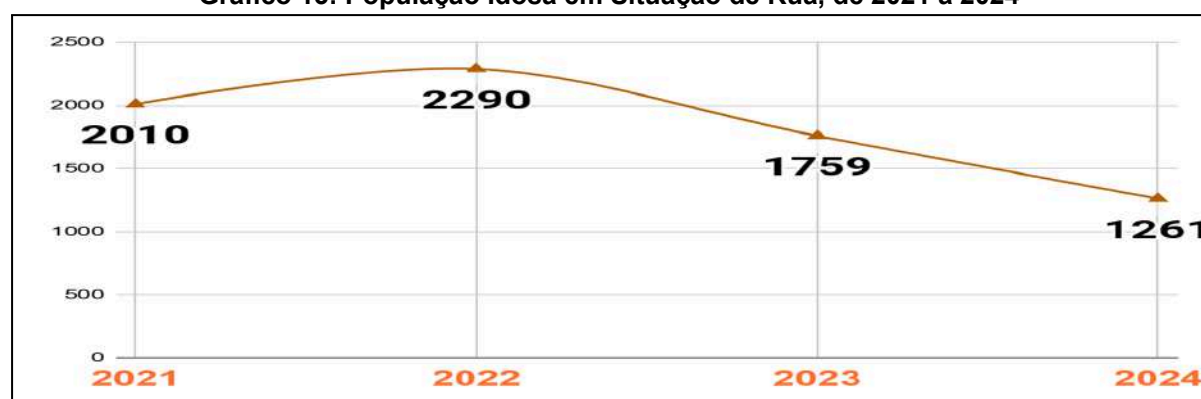


Fonte: IBGE 2022.

Outra característica importante da população idosa em Porto Alegre é que essas pessoas estão envelhecendo em situação de rua. Cerca de 1.261 pessoas

idosas vivem em situação de rua, alternando suas necessidades entre albergues, serviços da assistência social (Centros Pop) e consultório na rua, para demandas relacionadas à saúde. Salienta-se que há grande quantidade de dependentes de álcool e substâncias psicoativas dentro dessa população, além daqueles que apresentam dificuldade de adaptação às rotinas e normas de serviços de acolhimento institucional, como as Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPIS), tornando-se, portanto, um grande desafio para a implementação de políticas públicas voltadas à extinção dessa situação, de sobreviver na rua.

Gráfico 13: População Idosa em Situação de Rua, de 2021 a 2024



Fonte: Pentaho 7 - cubo e-SUS - Cadastro Individual.

Tabela 11: Número de idosos e proporção por Distrito Sanitário, 2022

Distrito Sanitário	N	%
Centro	71.475	24,5
Noroeste	35.512	12,2
Sul	22.633	7,8
Leste	21.521	7,4
Centro Sul	21.097	7,2
Partenon	20.579	7,1
Norte	17.472	6,0
Eixo Baltazar	17.202	5,9
Glória	9.795	3,4
Restinga	9.318	3,2
Cruzeiro	9.316	3,2
Lomba do Pinheiro	8.349	2,9
Humaitá Navegantes	7.570	2,6
Extremo Sul	7.549	2,6
Cristal	6.286	2,2
Nordeste	5.142	1,8
Ilhas	988	0,3
Total	291.804	100,0

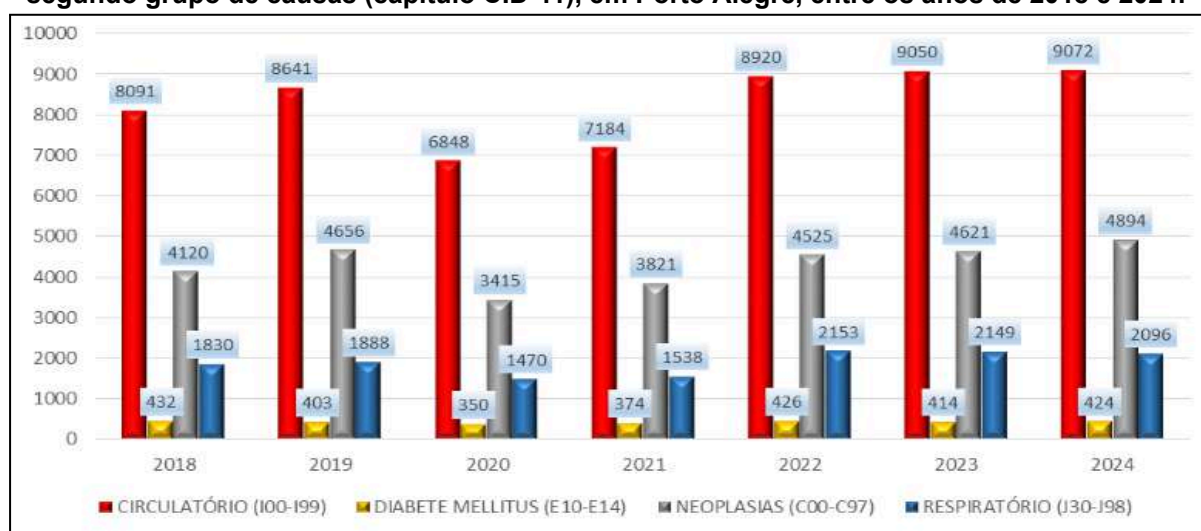
Fonte: IBGE, 2022.

Quanto à análise da distribuição da população idosa geral nos territórios de Porto Alegre, observa-se que a população idosa apresenta maior concentração na

área de atuação dos Distritos de Saúde Centro (24,5%) e Noroeste (12,2%). Em contrapartida, os distritos do Cristal, Nordeste e Ilhas têm a menor concentração de pessoas idosas, representando, juntos, 4,3% desta população.

Concomitantemente às transformações demográficas, as doenças crônico-degenerativas prevalecem como principal causa de internações hospitalares e mortalidade. As doenças do aparelho circulatório crescem e se mantêm como principal causa de internações de pessoas idosas. Também se destaca o crescimento de internações por neoplasias, sendo a segunda causa.

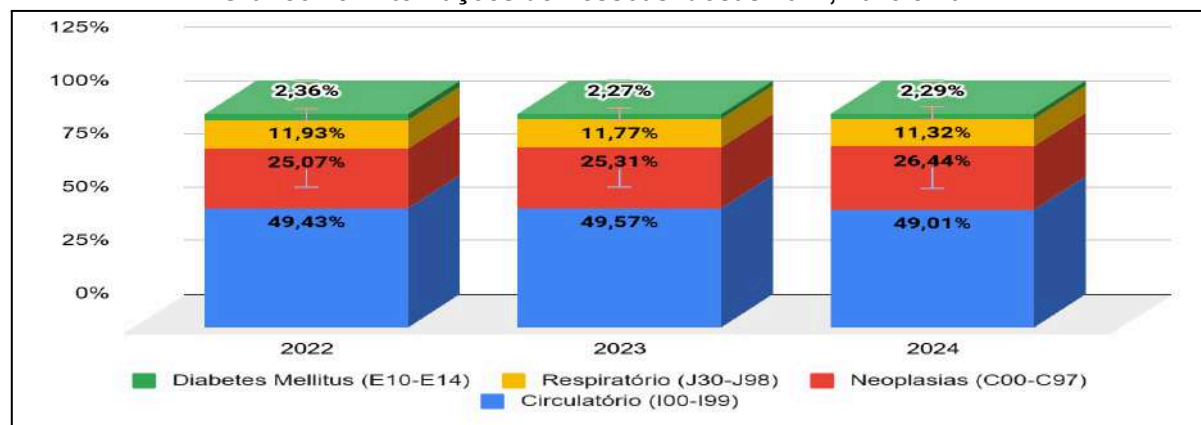
Gráfico 14: Distribuição das internações hospitalares na faixa etária de 60 anos e mais, segundo grupo de causas (capítulo CID-11), em Porto Alegre, entre os anos de 2018 e 2024.



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Atualizado em 21/05/2025.

Segue, no mesmo contexto, o percentual de internações na faixa etária de 60 anos ou mais por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em Porto Alegre, no período entre 2022-2024.

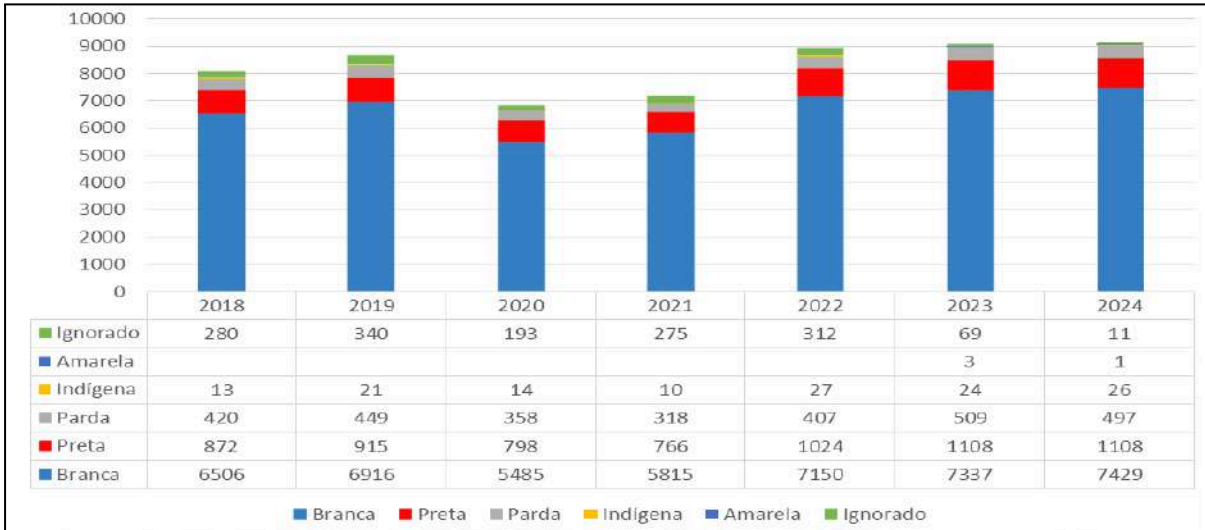
Gráfico 15: Internações de Pessoas Idosas 2022, 2023 e 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS.

No somatório dos anos 2022 a 2024, e em cada ano, as doenças do aparelho circulatório (CID I00-I99) despontam como principais causas, seguidas das neoplasias, doenças do aparelho respiratório e diabetes *mellitus*, nesta ordem.

Gráfico 16: Distribuição das internações hospitalares na faixa etária de 60 anos e mais por doenças do aparelho circulatório, segundo capítulo CID-10, em Porto Alegre, entre os anos de 2018 e 2024 e sua distribuição por cor ou raça

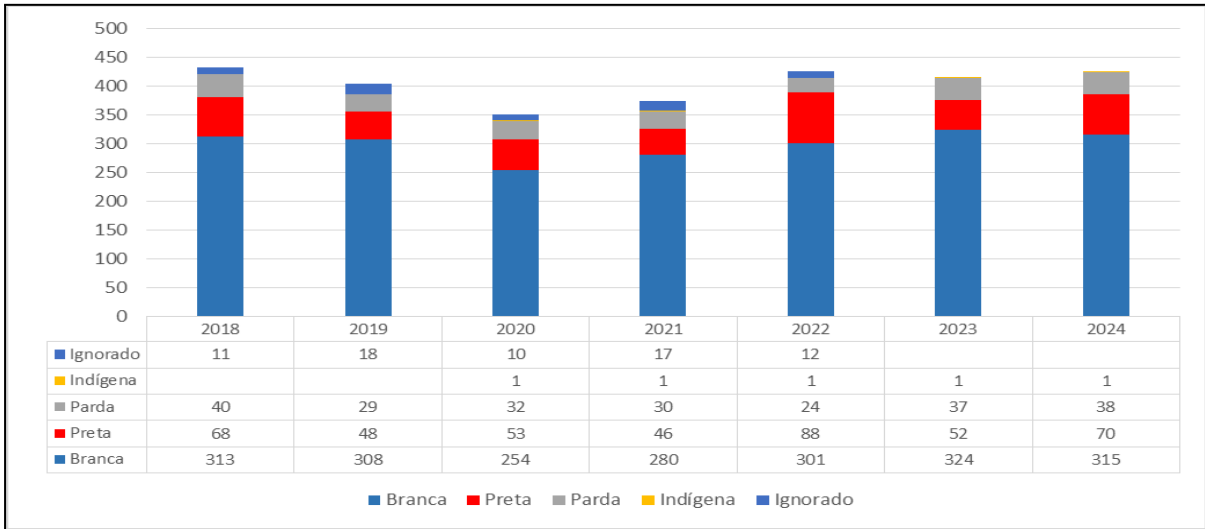


Fonte: AIH/EVDAENT/DVS/SMS. Atualizado em 21/05/2025.

O maior número absoluto e percentual nessa série é de “ignorado”, o que aponta para a precariedade da coleta de dados sobre cor ou raça em nossos serviços de saúde, o que deve ser qualificado para que se possa ter dados mais seguros e precisos sobre as condições de saúde da população idosa.

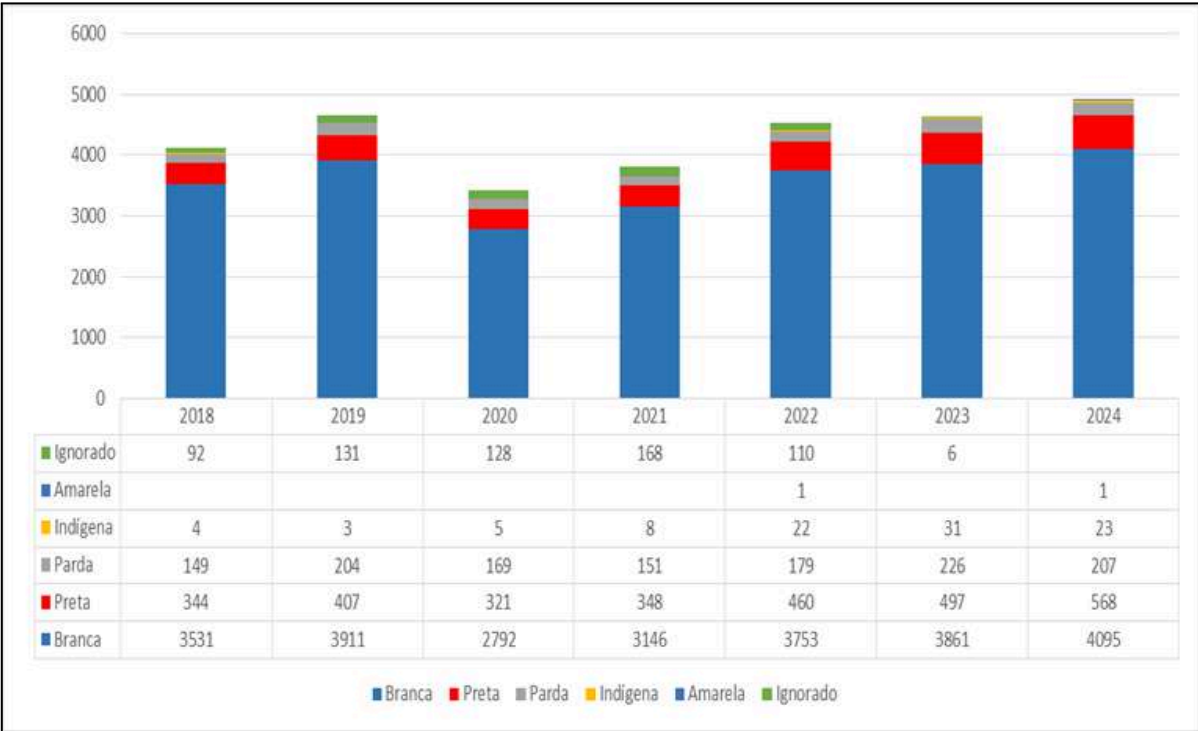
Também é importante o número de internações por diabetes *mellitus*, neoplasias e doenças do aparelho respiratório.

Gráfico 17: Distribuição das internações hospitalares na faixa etária de 60 anos e mais por diabetes mellitus, segundo capítulo CID-10, em Porto Alegre, entre os anos de 2018 e 2024



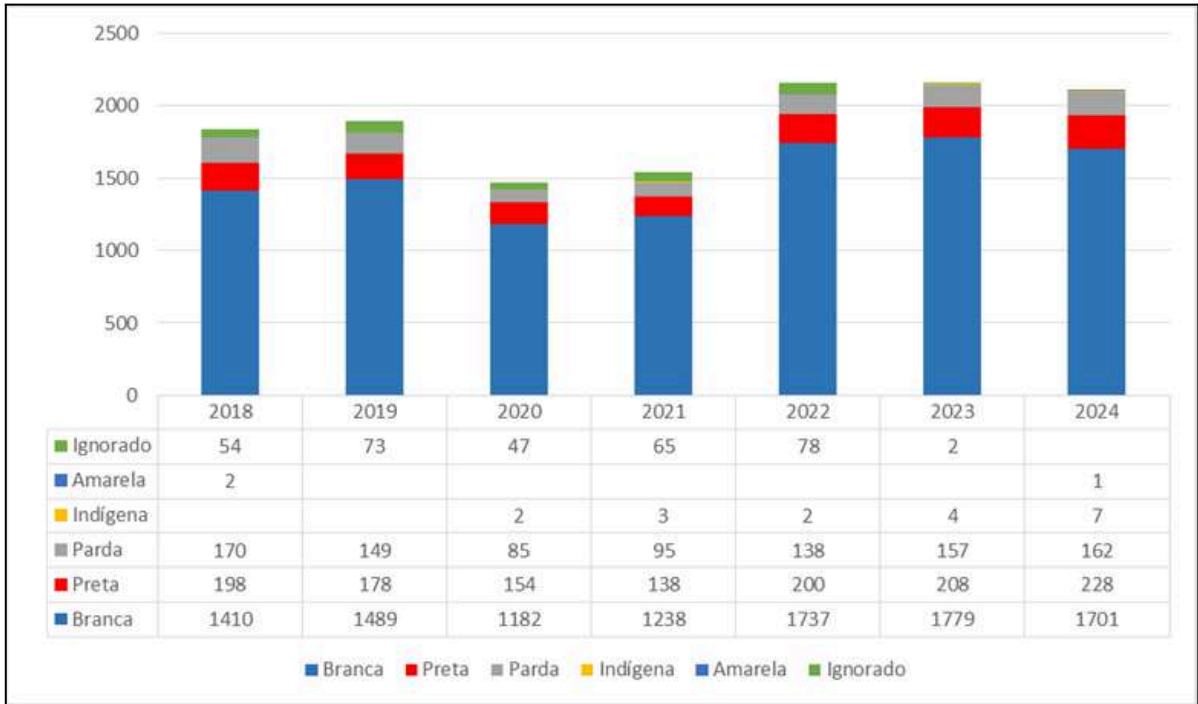
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Atualizado em 21/05/2025.

Gráfico 18: Distribuição das internações hospitalares na faixa etária de 60 anos e mais por neoplasias, segundo capítulo CID-10, em Porto Alegre, entre os anos de 2018 e 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Atualizado em 21/05/2025.

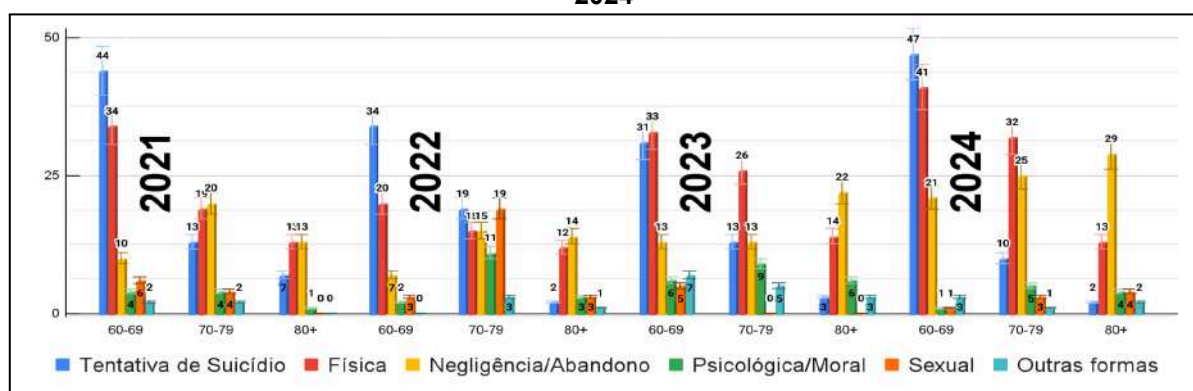
Gráfico 19: Distribuição das internações hospitalares na faixa etária de 60 anos e mais por doenças do aparelho respiratório, segundo capítulo CID-10, em Porto Alegre, entre os anos de 2018 e 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Atualizado em 21/05/2025.

Tratando-se das causas externas, destacam-se as violências contra as pessoas idosas e os acidentes de trânsito.

Gráfico 20: Distribuição de tipos de violência contra pessoas idosas entre os anos de 2021 a 2024



Fonte: SMS, DVS. Informações Estratégicas - Painéis Temáticos: Violência 2025.

O número de violências é crescente, com destaque para as tentativas de suicídio na população de 60 a 69 anos, o que indica o aumento de problemas de saúde mental nesta população, e a negligência e abandono crescente de pessoas com 80 anos ou mais, apontando para a necessidade de desenvolver políticas de acolhimento e cuidado.

O painel de acidentes de trânsito abaixo, mostra que a maioria das vítimas é de pessoas idosas em todos os períodos, de 2021 a 2024. Os atropelamentos representam a principal causa de acidentes envolvendo pessoas idosas. Mais de 93% dos acidentes que resultaram em ferimentos nesse grupo foram atropelamentos, e todas as vítimas fatais idosas também sofreram esse tipo de ocorrência. Esses dados evidenciam a necessidade de políticas intersetoriais e de ações de educação permanente voltadas à segurança no trânsito.

Gráfico 21: Acidentes de trânsito por faixa etária, de 2021 a 2024



Fonte: Sistema de Cadastro de Acidentes de Trânsito - CAT/EPTC, 2025.

O percentual de óbitos de pessoas residentes em Porto Alegre com idade a partir de 60 anos representou 79,4% do total de mortes no período de 2022 a 2024. O Coeficiente Geral de Mortalidade (CMG), que indica o número de óbitos por 1.000 habitantes, estratificado aqui por cor ou raça, mostra as iniquidades de saúde e do envelhecer entre esses grupos de pessoas, com o valor mais alto para pessoas pretas (38,6/1.000 hab).

Tabela 12: Percentual de óbitos na faixa etária de 60 anos e mais, segundo cor ou raça, no período de 2022 a 2024, Porto Alegre

Cor ou raça	Preta	Branca	Parda
Percentual	38,6	37,7	23,7

Fonte: SIM/DVS/SMS Óbitos na faixa etária de 60 anos e mais por cor ou raça. Dados populacionais extraídos do Censo IBGE 2022.

Os óbitos de pessoas idosas não se distribuem homogeneamente pela cidade. Os maiores coeficientes de mortalidade em 2024 ocorreram na área de atuação dos Distritos de Saúde Nordeste (53,3 óbitos/1.000 habitantes), Partenon (50,1 óbitos/1.000 habitantes) e Glória (48,8 óbitos/1.000 habitantes). Os Distritos de Saúde Centro, Noroeste e Ilhas apresentaram as menores taxas de mortalidade, com coeficientes de 34,9, 34,4 e 26,3 óbitos/1.000 habitantes, respectivamente, conforme tabela abaixo.

Tabela 13: Distribuição do coeficiente de mortalidade da faixa etária de 60 anos e mais, segundo Distrito de Saúde, no período de 2022 a 2024, Porto Alegre

Distrito Sanitário	2022		2023		2024	
	Número	Coeficiente	Número	Coeficiente	Número	Coeficiente

Centro	2.353	32,9	1.998	31,7	2.221	34,9
Centro-sul	817	38,7	738	41,1	745	43,2
Cristal	258	41,0	212	44,4	231	46,3
Cruzeiro	395	42,4	316	43,4	316	43,9
Eixo Baltazar	561	32,6	499	38,5	584	42,4
Extremo Sul	307	40,7	247	44,8	271	46,1
Glória	391	39,9	331	44,0	370	48,8
Humaitá /Navegantes	292	38,6	246	42,5	253	43,6
Ignorado	62	-	445	-	565	-
Ilhas	42	42,5	27	36,4	18	26,3
Leste	874	40,6	676	40,0	790	45,1
Lomba Do Pinheiro	283	33,9	297	50,8	290	47,6
Nordeste	200	38,9	162	52,7	195	53,3
Noroeste	1.246	35,1	1.139	35,6	1.104	34,4
Norte	655	37,5	580	42,6	566	41,8
Partenon	810	39,4	726	46,2	803	50,1
Restinga	346	37,1	311	53,7	299	48,0
Sul	771	34,1	710	36,9	820	42,2
Total	10.663	-	9.660	-	10.441	-

Fonte: SIM/DVS/SMS *Coeficiente: Óbitos na faixa etária (FE) de 60 anos e mais no distrito para cada 1000 habitantes na FE 60 anos e mais no distrito. Dados populacionais extraídos do Censo IBGE 2022.

As cinco principais causas de óbito no período de 2022 a 2024 em pessoas idosas segundo CID-10 por capítulo mostram que as doenças do aparelho circulatório (26,3%) formam o primeiro grupo de causas de óbitos, seguido por neoplasias (23,2%) e doenças do sistema nervoso (11,8%). Entretanto, os dados por CID Descritivo mostram que Alzheimer, demências e outras doenças degenerativas do sistema nervoso são as causas individuais mais importantes, que, somadas, representam 9,5% do total. Além das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS) e entre as causas externas, as quedas têm o maior índice como causa básica individual de óbito entre pessoas idosas.

Tabela 14: Distribuição da mortalidade proporcional da faixa etária de 60 anos e mais, segundo CID Descritivo, de 2022 a 2024, Porto Alegre

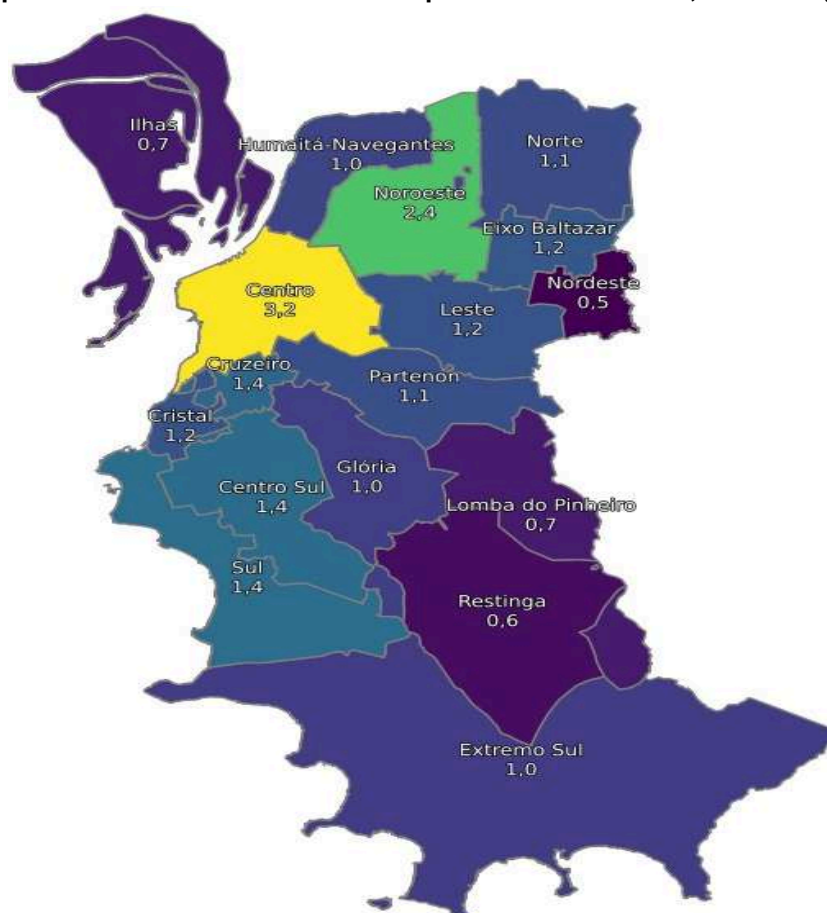
Causas básicas de óbitos por CID-10 descritivo	2022 - 2024	% Total para PI
Alzheimer e outras Doenças Degenerativas Do Sistema Nervoso	2.916	9,5
Doenças Cerebrovasculares	2.692	8,8
Diabetes Mellitus	2.427	7,9
Neoplasias Órgãos Digestivos	2.426	7,9
Doenças Isquêmicas Do Coração	2.199	7,2
Doenças Crônicas Das Vias Aéreas Inferiores	1.687	5,5
Neoplasias Aparelho Respiratório	1.437	4,7
Doenças Hipertensivas	1.373	4,5
Outras Doença Do Coração	1.239	4,0
Doenças Por Vírus	957	3,1
Quedas	715	2,3

Fonte: SIM/DVS/SMS.

Resumindo, este panorama epidemiológico mostra a situação de saúde das pessoas idosas em Porto Alegre nos últimos anos com importante crescimento do

Alzheimer e outras demências como principais causas básicas de óbito, mantendo-se as DANTS logo a seguir entre as principais causas de internação e causas básicas de óbitos por grupo. Entre as causas externas, aparecem de forma crescente as violências, principalmente as tentativas de suicídios e a negligência e abandono. Além disso, fatores preveníveis, como as quedas e os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm altos índices de prevalência.

Figura 9: Mapa do Índice de Envelhecimento* por Distrito Sanitário, Porto Alegre, IBGE 2022



Fonte: IBGE 2022. *Índice de envelhecimento calculado através do número de residentes idosos (60 anos ou mais) dividido pelo número de residentes crianças (0 a 14 anos).

Tabela 15: Índice de Envelhecimento por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2022

Índice de Envelhecimento			
Distrito Sanitário	Pop. 60 anos e mais (N)	Pop. 0 a 14 anos (N)	Índice de envelhecimento
Centro	71.475	22.440	3,2
Centro-sul	21.097	14.801	1,4
Cristal	6.286	5.394	1,2
Cruzeiro	9.316	6.824	1,4
Eixo Baltazar	17.285	14.228	1,2
Extremo Sul	7.549	7.944	1,0
Glória	9.795	10.002	1,0
Humaitá Navegantes	7.570	7.285	1,0

Ilhas	988	1.447	0,7
Leste	21.521	18.026	1,2
Lomba do Pinheiro	8.349	12.439	0,7
Nordeste	5.142	11.188	0,5
Noroeste	35.512	14.612	2,4
Norte	17.472	15.890	1,1
Partenon	20.579	18.146	1,1
Restinga	9.318	16.741	0,6
Sul	22.633	15.814	1,4
Porto Alegre	291.886	213.219	1,4

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2022.

1.2.1 Panorama Epidemiológico

Mortalidade Geral

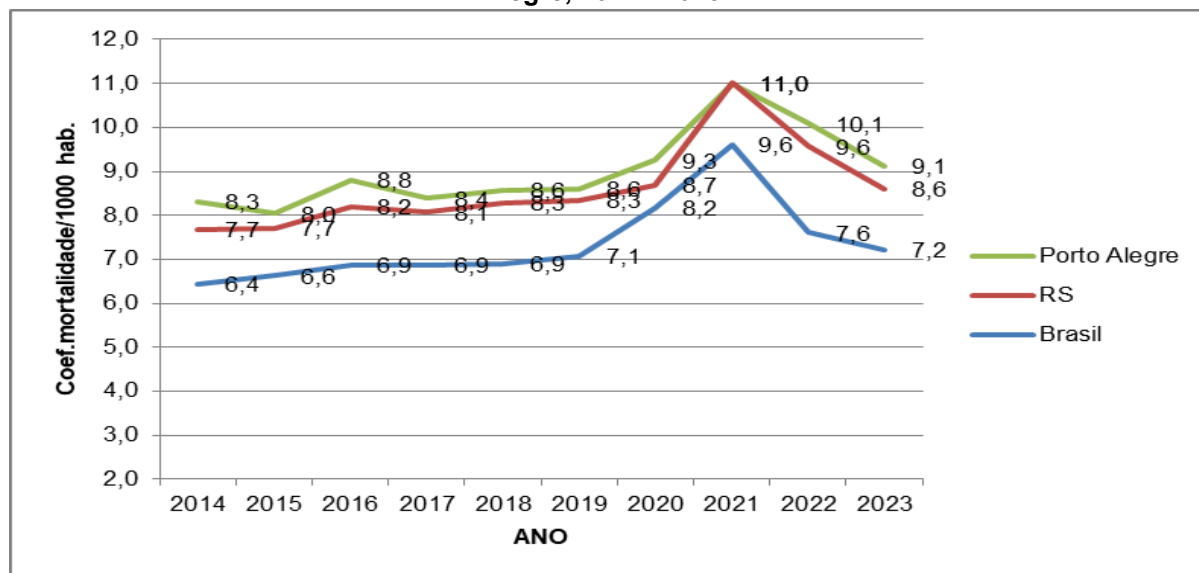
A Mortalidade Geral é um indicador demográfico fundamental para avaliar a saúde de uma população e a eficácia das políticas públicas, especialmente na área da saúde. Ela mede o número de óbitos em relação ao total de habitantes em um determinado período, fornecendo informações valiosas sobre os desafios enfrentados pela população.

A expectativa de vida guarda uma relação intrínseca com os motivos dos óbitos de uma determinada população. A redução das causas infecciosas, principalmente na infância, aumenta o tempo de sobrevivência. O envelhecimento da população modifica os principais motivos de óbitos, ampliando as causas cardiovasculares e neoplásicas. Por outro lado, acidentes e violências encurtam a vida por causas não biológicas. A mortalidade por causas externas é influenciada por fatores econômicos e sociais, sendo os homens jovens e grupos socioeconomicamente vulneráveis mais suscetíveis a certos tipos de violências e acidentes. Essas mortes são um problema grave de saúde pública devido à sua magnitude e às consequências para o indivíduo, a família e a sociedade. Resultam de agravos não naturais e são evitáveis através de medidas de prevenção, a análise de seus determinantes sociodemográficos é crucial para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes e a redução do impacto na sociedade.

Segundo dados do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), no período de 2014 a 2023, Porto Alegre apresentou Coeficientes de Mortalidade Geral (CMG) maiores do que os registrados para o Brasil e o Rio Grande do Sul. Em 2023, o ano mais recente disponível para consulta, o CMG foi de 9,1 óbitos por 1.000 habitantes em Porto Alegre, seguido por 8,6 no Rio Grande do

Sul e 7,2 no Brasil (gráfico abaixo). Destaca-se o ano de 2021, onde tivemos a Pandemia de Covid, com CMG de Porto Alegre de 11,0 óbitos por mil habitantes. Cabe ressaltar que a população de Porto Alegre reduziu no Censo de 2022.

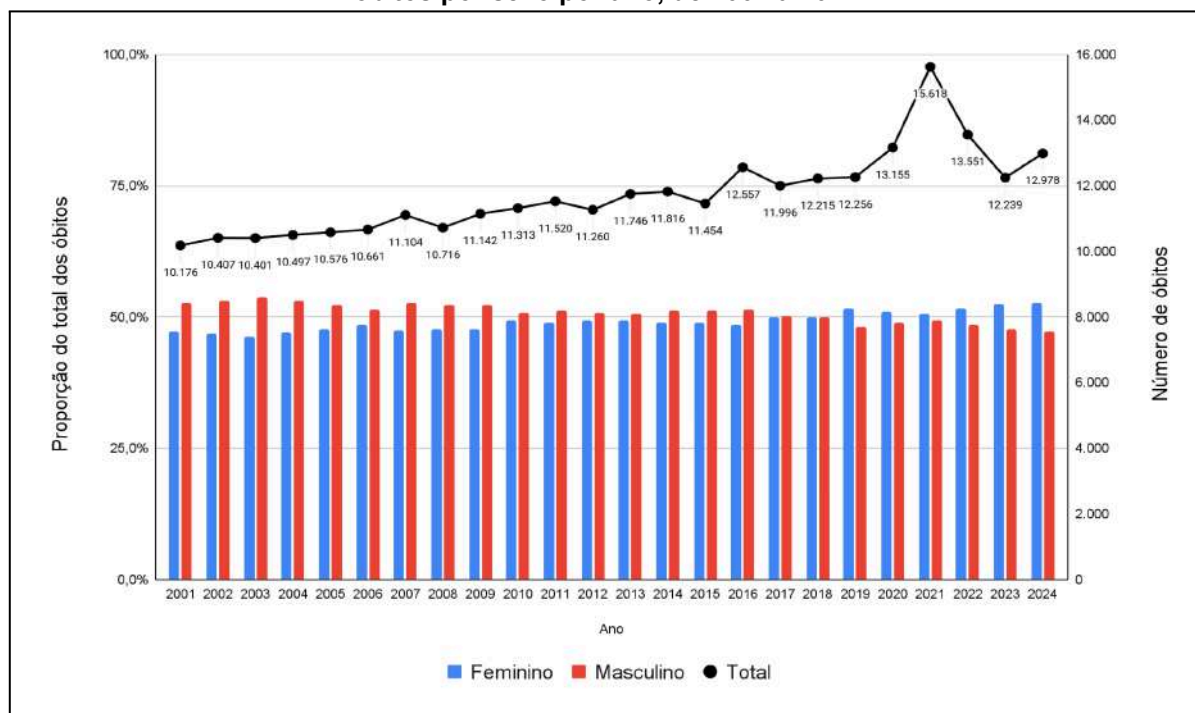
Gráfico 22: Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, 2014 - 2023*



Fonte: SIM/DATASUS (dados extraídos em 27/02/2025). População: IBGE – Censos Demográficos de 2010 e 2022.*

No período de 24 anos, compreendidos entre o ano 2001 e 2024, foram registrados 281.354 óbitos de moradores de Porto Alegre no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). O número de óbitos por ano variou de 10.176 em 2001 a 15.618 em 2021, ano da pandemia da Covid, conforme mostrado no gráfico abaixo. A distribuição por sexo é próxima do 50%, predominando o sexo masculino no período de 2001 a 2016 e o sexo feminino desde 2018.

Gráfico 23: Número de óbitos por ano em moradores de Porto Alegre e proporção do total dos óbitos por sexo por ano, de 2001 a 2024

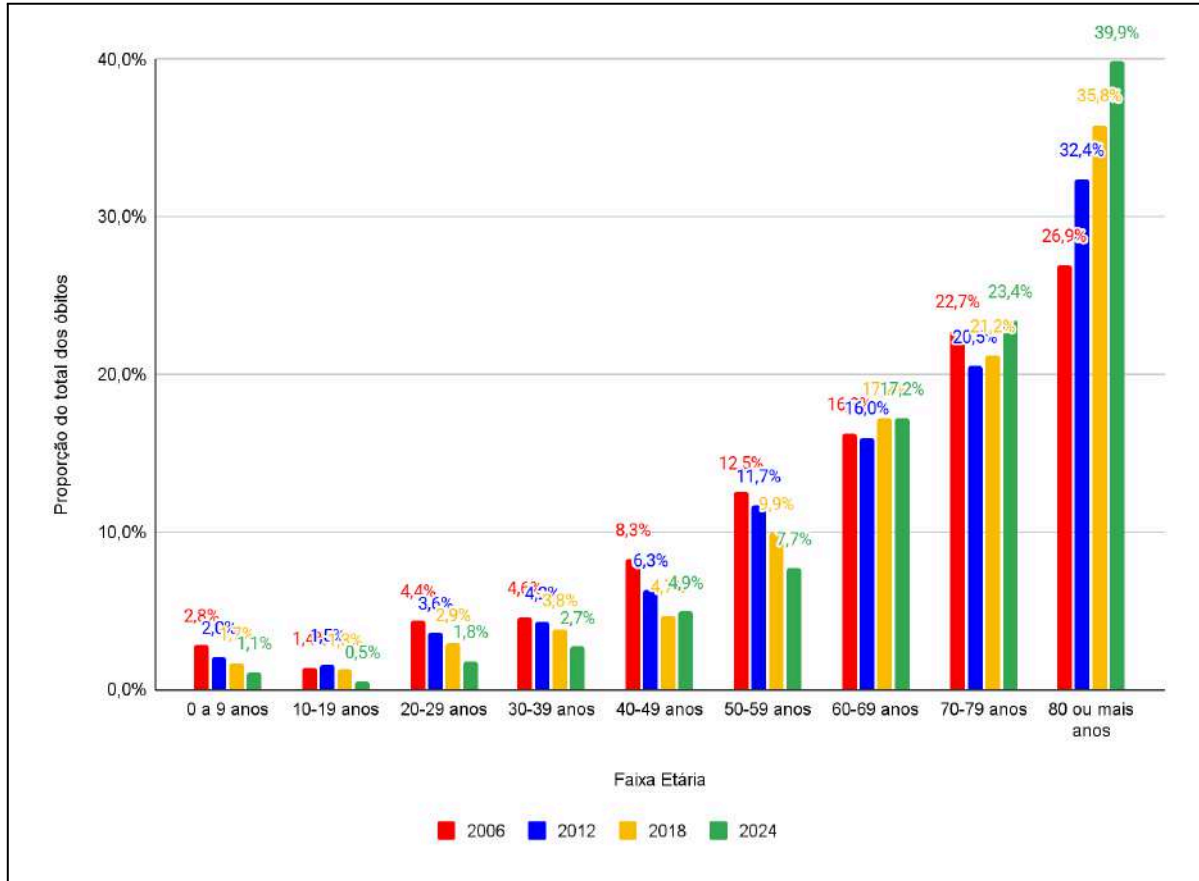


Fonte: Vitais/SIM/EVEV/DVS/SMS.

Os componentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens, mortalidade geral e nascimentos vivos indicam que a transição demográfica encontra-se em estágio avançado. Neste sentido é importante acompanhar a evolução do ritmo de envelhecimento da população, comparativamente entre áreas geográficas e grupos sociais e contribuir para a avaliação de tendências da dinâmica demográfica. Isso demonstra a necessidade de ação direta sobre as políticas públicas.

A mortalidade proporcional indica o peso dos óbitos em cada faixa etária, demonstrando as condições de vida e de saúde da população. Altas proporções de óbitos em menores de 1 ano, por exemplo, indicam más condições de saúde e de assistência. No caso de Porto Alegre, observamos, no gráfico abaixo, que a mortalidade em crianças e jovens de até 19 anos é pequena, sugerindo boa qualidade da assistência. Nos últimos 18 anos, a proporção de óbitos com 80 anos ou mais passou de 26,9% em 2006 para 40% em 2024. Em todas as demais faixas etárias, exceto na de 60 a 69 anos e na de 70 a 79 anos, houve redução da proporção de óbitos entre 2006 e 2024.

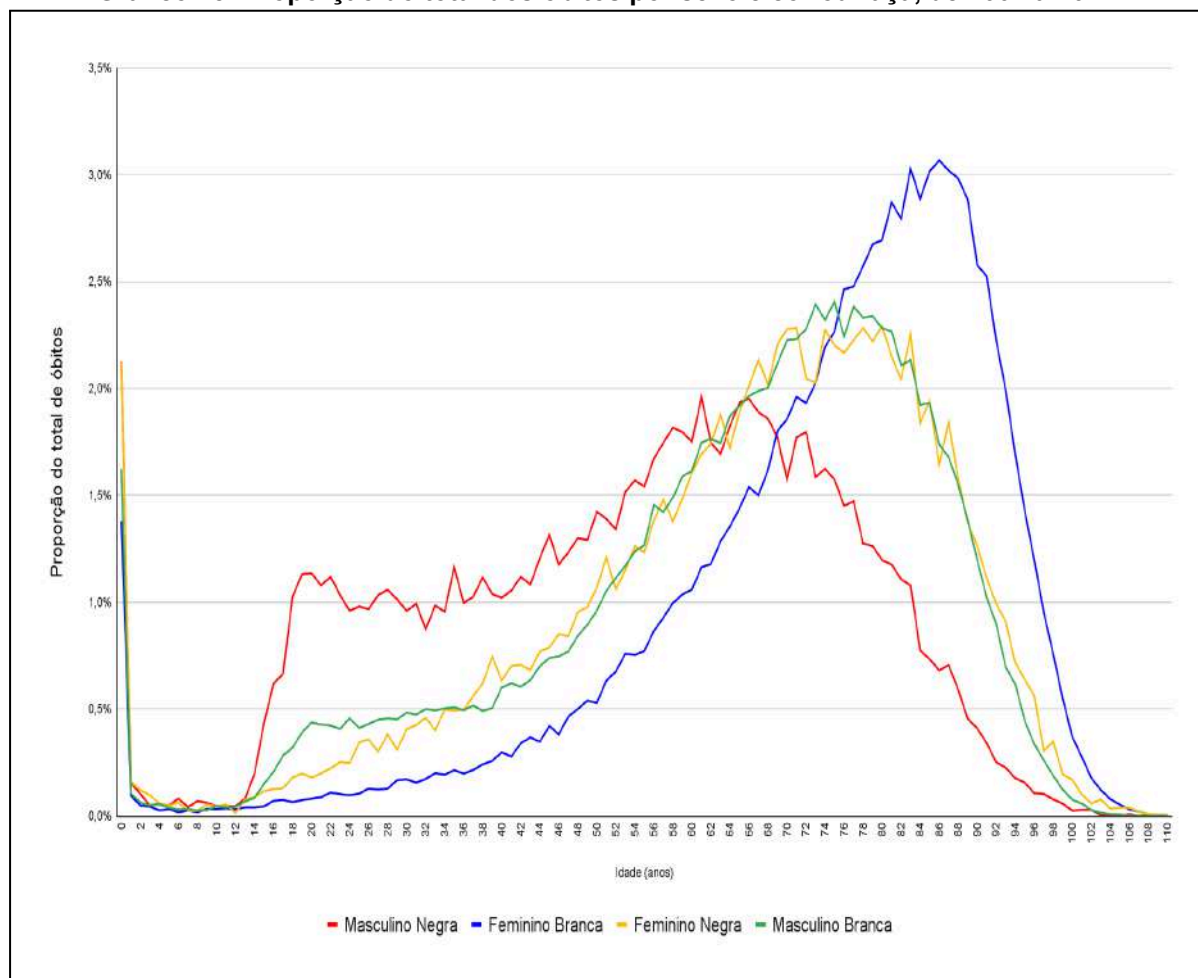
Gráfico 24: Proporção do total dos óbitos por faixa etária em 2006, 2012, 2018 e 2024



Fonte: Vitais/SIM/EVEV/DVS/SMS.

Na análise das curvas da proporção dos óbitos por idade, sexo e cor ou raça, ocorridos no período de 2001 a 2024, conforme mostrado no gráfico abaixo, observa-se maior proporção de óbitos desde a adolescência e entre homens adultos jovens, sendo particularmente marcante entre homens negros. Metade dos óbitos de homens negros ocorreu antes dos 57 anos de vida, ou seja, 10 anos antes dos homens brancos, cuja metade dos óbitos ocorreu antes dos 67 anos; 12 anos antes das mulheres negras, com óbitos concentrados antes dos 69 anos; e 20 anos antes das mulheres brancas, cuja metade faleceu antes dos 76 anos de idade.

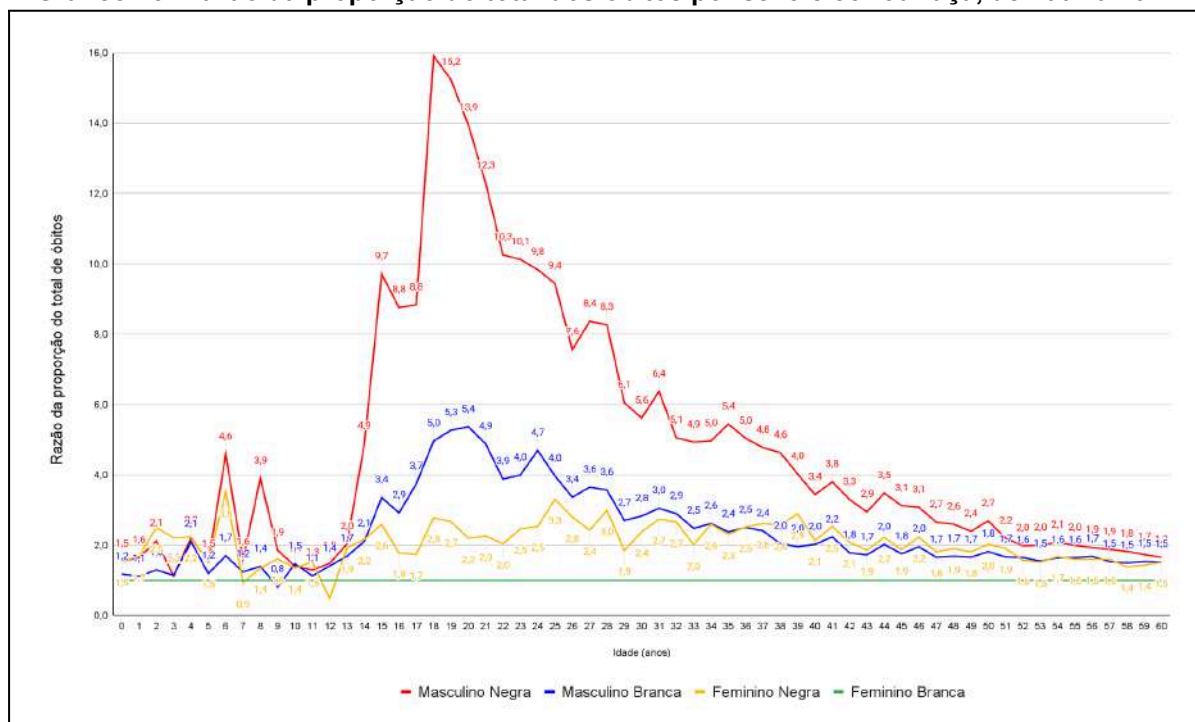
Gráfico 25: Proporção do total dos óbitos por sexo e cor ou raça, de 2001 a 2024



Fonte: Vitais/SIM/EVEV/DVS/SMS.

Quando analisadas as razões da proporção de óbito por idade de homens negros, homens brancos e mulheres negra em relação as mulheres brancas, conforme mostrado no gráfico abaixo, observa-se que no período de 2001 a 2024, que a proporção de óbitos aos 18 anos de idade de homens negros foi 16 vezes maior que de mulheres brancas. Para homens brancos, a proporção foi 5 vezes e para mulheres negras foi de 2,8 vezes.

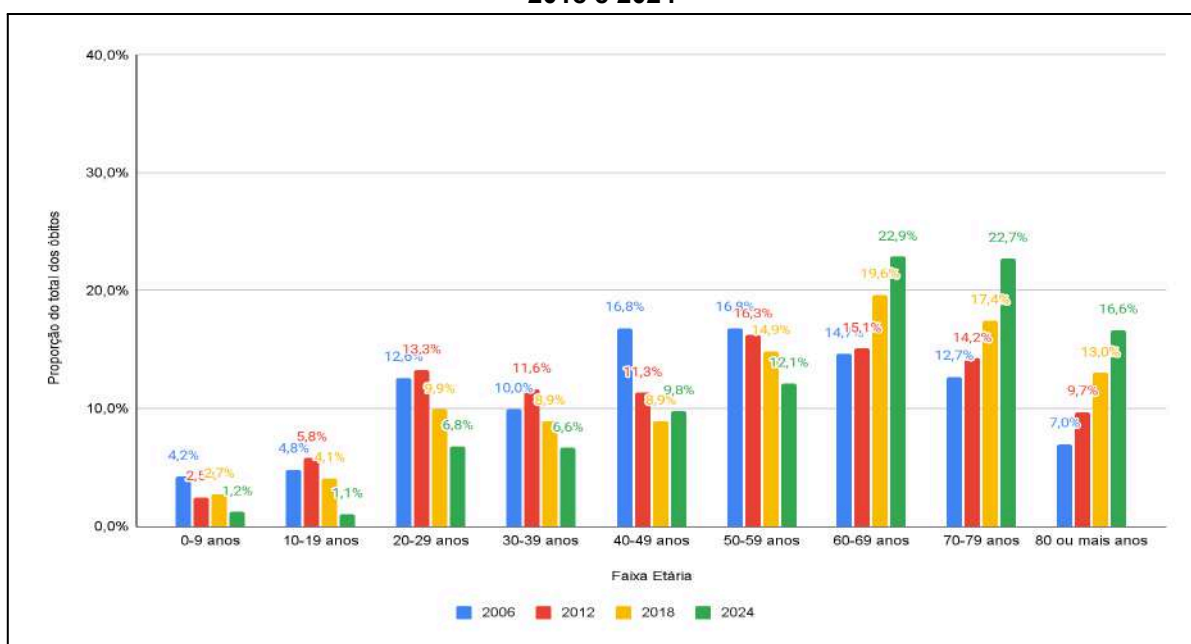
Gráfico 26: Razão da proporção do total dos óbitos por sexo e cor ou raça, de 2001 a 2024



Fonte: Vitais/SIM/EVEV/DVS/SMS.

Entretanto, cabe salientar que nos últimos anos, as proporções de óbitos de homens negros em todas as faixas etárias abaixo dos 60 anos de idade vem reduzindo, conforme mostrado no gráfico abaixo. A proporção dos óbitos de adolescentes negros caiu de 4,1% para 1,1% em 2024. Na faixa etária dos 20 a 29 anos, a proporção dos óbitos reduziu de 13,3% em 2012 para 6,8% em 2024.

Gráfico 27: Proporção do total dos óbitos de homens negros por faixa etária em 2006, 2012, 2018 e 2024



Fonte: SIM/SVS/SMS.

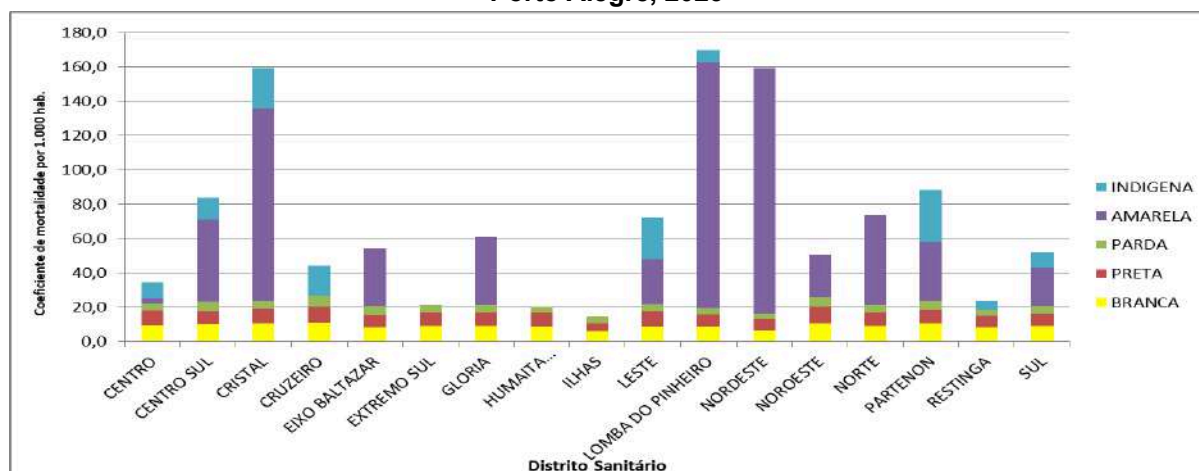
Tabela 16: Série histórica dos Coeficientes de Mortalidade Geral (CMG) por 1.000 habitantes, Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2014 - 2023

Distrito Sanitário	Ano				
	2019	2020	2021	2022	2023
Centro	8,8	9,6	10,9	10,8	9,3
Centro Sul	8,4	8,8	9,7	10,7	9,2
Cristal	8,7	8,5	10,7	10,9	9,2
Cruzeiro	8,0	8,4	9,9	12,6	9,8
Eixo Baltazar	7,3	7,6	9,5	8,9	7,8
Extremo Sul	10,4	10,4	12,5	10,0	8,3
Glória	11,9	12,1	15,2	10,2	8,1
Humaitá Navegantes	7,4	8,1	10,2	9,1	7,8
Ilhas	6,6	6,6	6,6	8,6	8,6
Leste	8,5	8,6	10,2	10,4	8,2
Lomba do Pinheiro	6,2	7,1	9,3	7,6	7,4
Nordeste	6,3	7,3	9,7	7,0	5,8
Noroeste	9,3	10,3	12,4	11,3	10,3
Norte	8,6	9,6	11,9	9,9	8,4
Partenon	7,8	9,0	10,6	10,1	8,9
Restinga	8,8	9,0	10,2	7,7	5,8
Sul	10,5	11,4	13,3	9,9	8,5
Porto Alegre	8,6	9,3	11,0	10,1	9,1

Fonte: SIM Vitais/EVEV/DVS (dados extraídos em 27/02/2025). População: IBGE – Censos Demográficos de 2010 e 2022.*

Em 2021, os distritos Glória (15,2) e Sul (13,3) registraram, respectivamente, um coeficiente de mortalidade, havendo uma queda significativa para 8,1 em 8,5 em 2023, ficando menor do que o coeficiente da cidade (9,1). Nas Ilhas o coeficiente se manteve estável nos três primeiros anos (6,6), com um leve aumento para 8,6 em 2022 e 2023. Nos distritos Lomba do Pinheiro e Nordeste observamos flutuações, mas mostraram uma queda significativa em 2023, com coeficientes de 7,4 e 5,8, respectivamente. Cabe destacar a queda na mortalidade no distrito de saúde Restinga, apresentando um dos menores índices (5,8) assim como o distrito Nordeste.

Gráfico 28: Coeficiente de mortalidade por cor ou raça, por 1.000 habitantes, Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2023



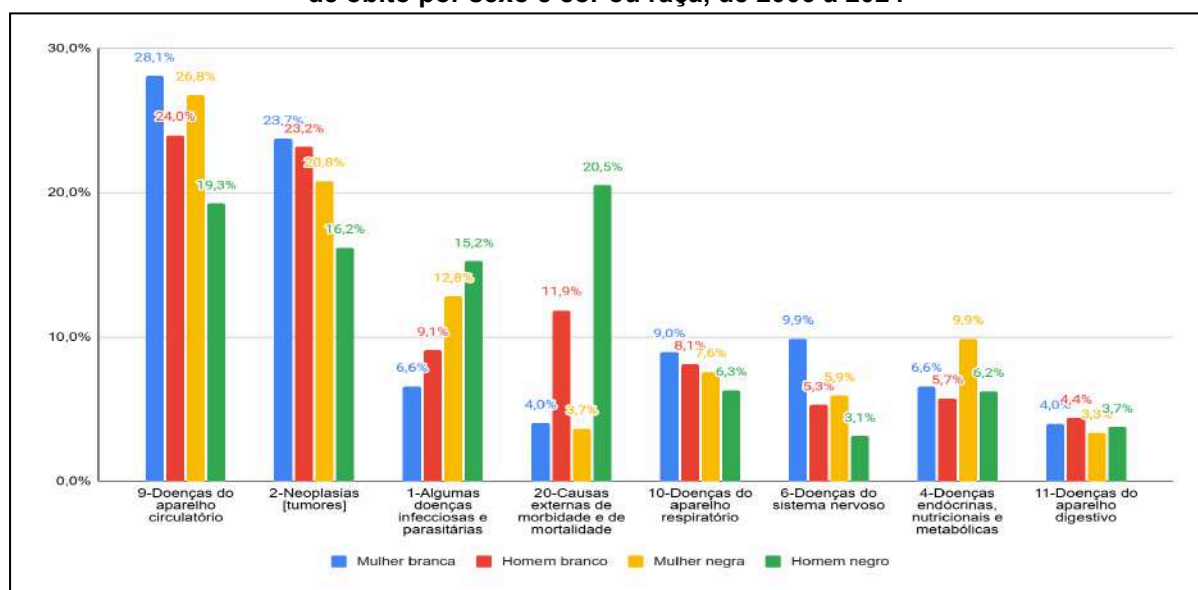
Fonte: SIM Vitais/EVEV/DVS (dados extraídos em 12/08/2025). População: IBGE – Censo Demográfico 2022

Nos distritos Cristal (111,8), Lomba do Pinheiro (142,9) e Nordeste (142,9) verifica-se uma alta taxa de mortalidade na raça amarela, o que se justifica pela pequena população que se autodeclara neste grupo. Em relação à raça preta e parda, os maiores índices foram no distrito Noroeste (9,8) e Cruzeiro (6,1). Os dados reforçam a importância de políticas públicas específicas, com estratégias voltadas à equidade racial e territorial.

As diferenças da distribuição dos óbitos por idade ou por faixa etária entre sexo e cor ou raça podem ser explicadas pelos diferentes motivos dos óbitos. No período de 2006 a 2024, as causas básicas de cerca de 50% dos óbitos, foram classificadas em 2 capítulos do CID10, o Capítulo 9 - Doenças do aparelho circulatório e o Capítulo 2 - Neoplasias, conforme mostrado no gráfico abaixo. A ocorrência de óbito pelas doenças de ambos os capítulos está diretamente relacionada ao envelhecimento. A proporção do total dos óbitos por doenças do aparelho circulatório foi menor entre os homens, particularmente entre os homens negros (19,3%). As neoplasias foram motivo de óbitos em 16% dos homens negros. Em contraste, tanto as doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo 1) como as causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulo 20) ocorreram em maior proporção entre os homens negros. Um em cada 5 óbitos (20,5%) de homens negros foram causados por acidentes e violência, quase o dobro dos motivos de óbito entre homens branco (11,9%). Entre as mulheres, as causas externas foram motivo do óbito em cerca de 4%. As causas externas de mortalidade atingem as pessoas de qualquer idade, mas ocorrem principalmente nos adultos.

Entre as mulheres negras, destaca-se maior proporção de óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Capítulo 4), quase o dobro do observado em mulheres brancas e homens, tanto brancos como negros, conforme mostrado no gráfico abaixo.

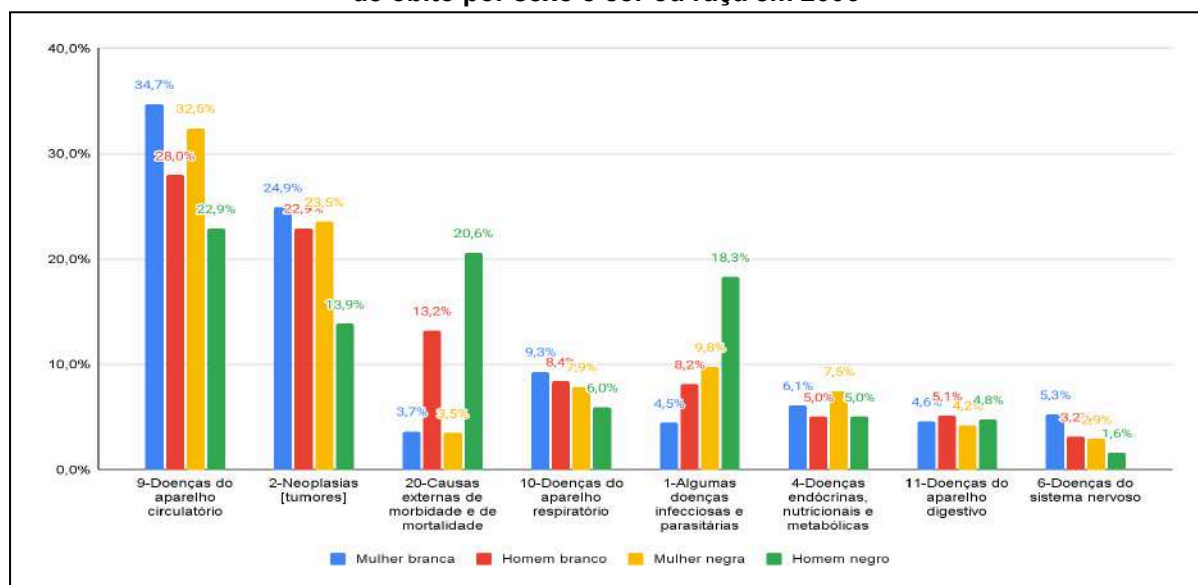
Gráfico 29: Proporção do total dos óbitos dos 8 principais capítulos do CID10 da causa básica de óbito por sexo e cor ou raça, de 2006 a 2024



Fonte: SIM/DVS/SMS.

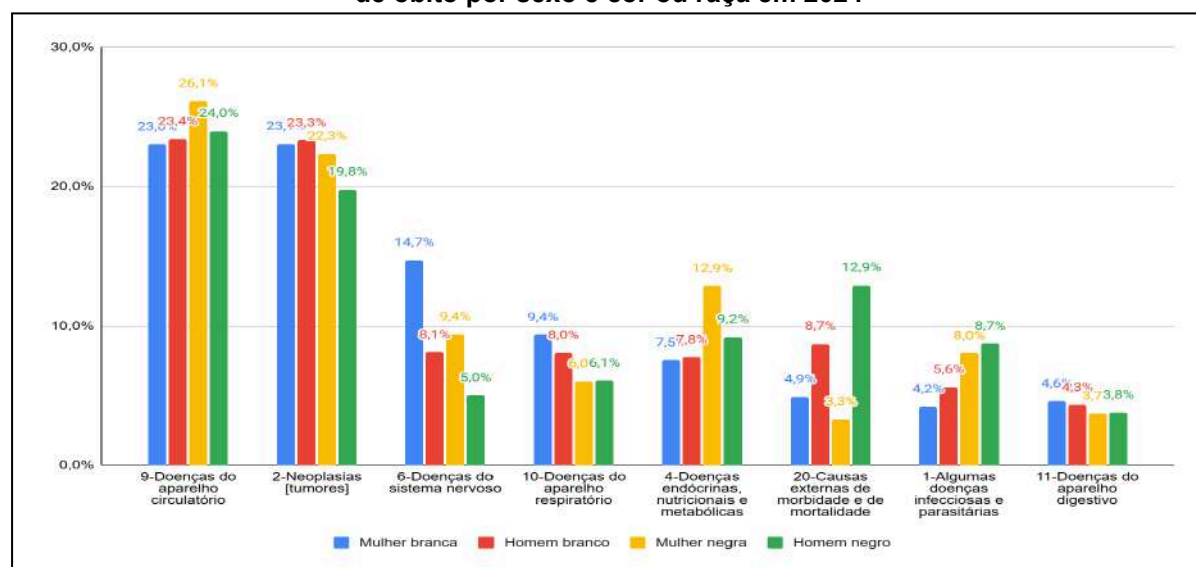
A comparação das distribuições das causas de óbito por sexo e cor ou raça, no início e no final do período de 2006 a 2024, conforme mostrado no gráfico abaixo, mostra a redução dos óbitos por causas infecciosas (Capítulo 1) e por causas externas (Capítulo 20) em 2024. Entre os homens negros, houve redução da proporção de óbitos por causas externas, de 26% em 2006 para 13% em 2024. Contudo, persistem as diferenças entre os sexos e as categorias de cor ou raça. Em 2024, as causas externas corresponderam a 8,7% dos óbitos entre homens brancos e a menos de 5% entre mulheres, tanto brancas quanto negras.

Gráfico 30: Proporção do total dos óbitos dos 8 principais capítulos do CID10 da causa básica de óbito por sexo e cor ou raça em 2006



Fonte: SIM/DVS/SMS.

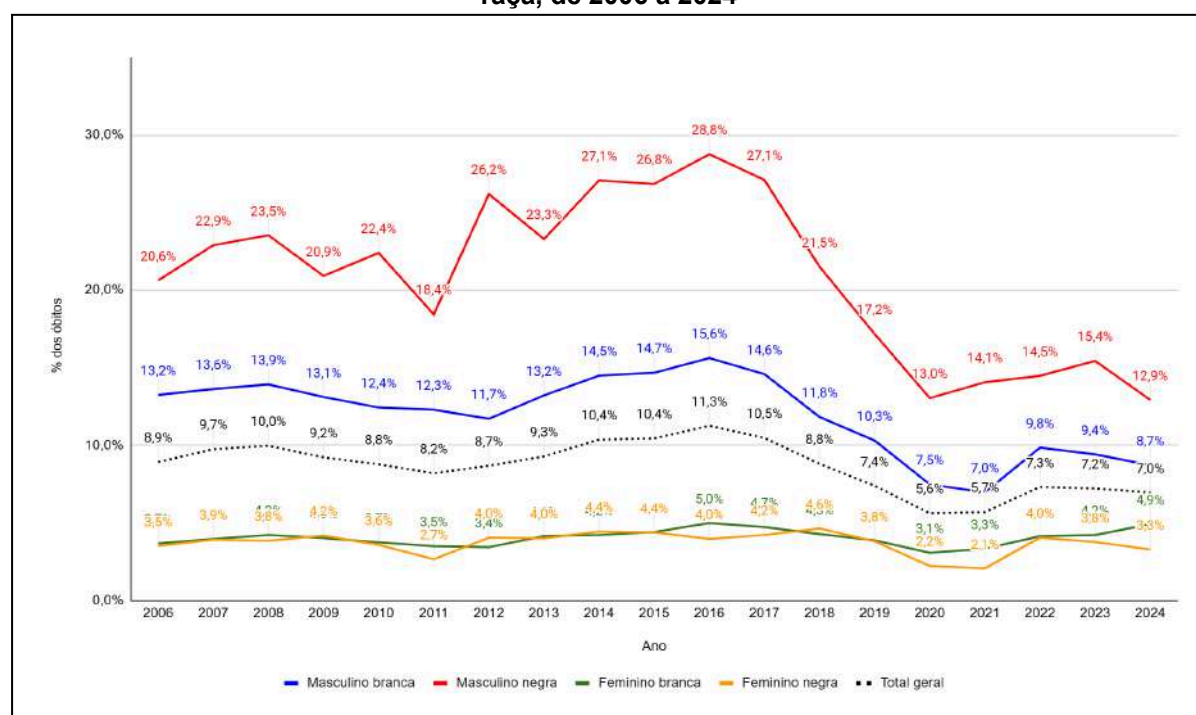
Gráfico 31: Proporção do total dos óbitos dos 8 principais capítulos do CID10 da causa básica de óbito por sexo e cor ou raça em 2024



Fonte: SIM/DVS/SMS.

A distribuição da proporção dos óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulo 20), por sexo e cor ou raça, ao longo dos últimos anos, pode ser observada conforme mostrado no gráfico abaixo. A linha tracejada representa a média dos óbitos, que variou de 5,3% durante a pandemia a 11,3% em 2016. Destaca-se a importância dos acidentes e da violência como causas de óbito entre homens jovens, especialmente entre negros, ao longo de todo o período.

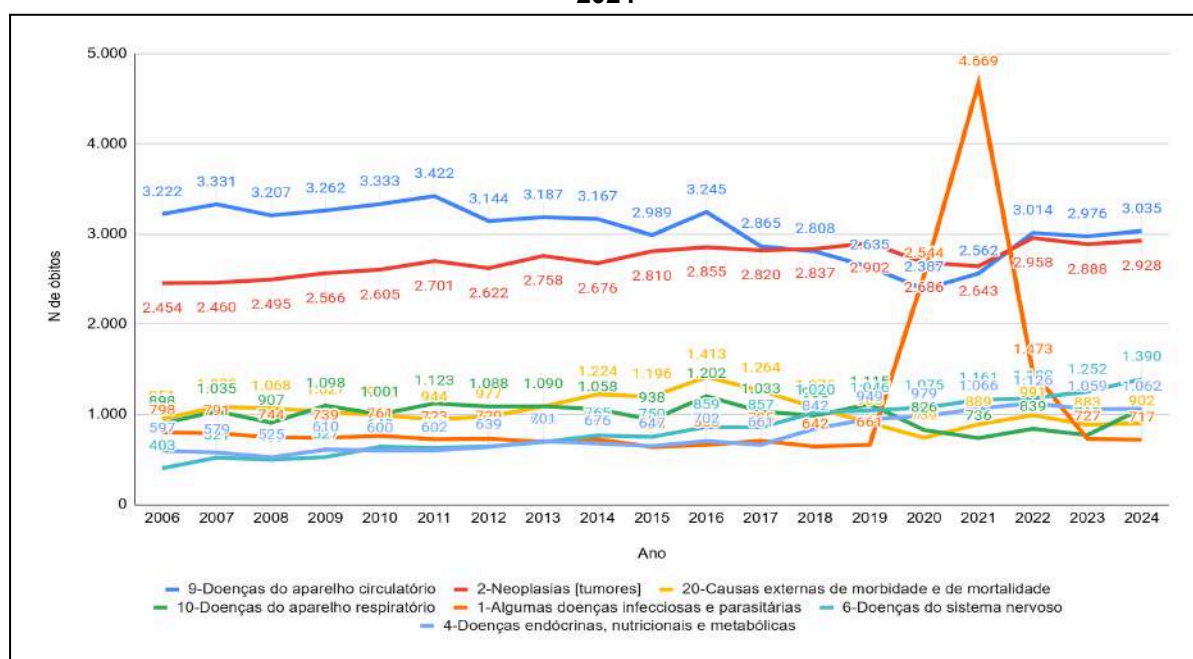
Gráfico 32: Proporção do total dos óbitos por causas externas (Capítulo 20) por sexo e cor ou raça, de 2006 a 2024



Fonte: SIM/DVS/SMS.

O efeito da pandemia de COVID-19 sobre os óbitos em Porto Alegre pode ser observado no gráfico abaixo, que apresenta o número de óbitos segundo os principais capítulos da CID-10 ao longo dos últimos anos. O número anual de óbitos aumentou entre 2020 e 2022, atingindo 15.618 em 2021. Nos anos anteriores, esse número não ultrapassava a marca de 12.557, registrada em 2016. As doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo 1), que até então não superavam 800 óbitos por ano, alcançaram quase 4.700 registros em 2021, principalmente em razão do CID B34.2 – Infecção por coronavírus.

Gráfico 33: Número de óbito pelos principais capítulos da causa básica de óbito, de 2006 a 2024



Fonte: SIM/DVS/SMS.

Doenças Transmissíveis Crônicas

Porto Alegre apresenta indicadores epidemiológicos que refletem tanto os desafios nacionais quanto as particularidades regionais. O coeficiente de mortalidade por AIDS foi de 14,1 óbitos por 100 mil habitantes em 2023. Esta disparidade não resulta somente de fatores biológicos, mas reflete complexas interações entre determinantes sociais da saúde. Porto Alegre apresenta a 3ª maior taxa de detecção de AIDS, com 47,7 casos novos para cada 100 mil habitantes, mantendo-se estável em relação ao ano anterior, que foi de 47,9 (2022).

A taxa de detecção de HIV em gestantes de 16,2 por 1.000 nascidos vivos em 2023 posiciona Porto Alegre como a capital brasileira com maior prevalência, indicando circulação viral elevada na população geral. Entretanto, referente à taxa

de detecção de AIDS em menores de 5 anos, o município declinou da 1ª para a 17ª posição (1,2 casos novos por 100 mil habitantes), demonstrando que, mesmo com a presença de elevada detecção de HIV nas gestantes, a eliminação da transmissão vertical do HIV é uma realidade. As tratativas para certificação de eliminação da transmissão vertical do HIV, incluindo visita da equipe do Ministério da Saúde (MS) em julho de 2025, representam um marco importante no reconhecimento dos avanços alcançados. Esta certificação considera múltiplos eixos, incluindo vigilância, diagnóstico, igualdade de gênero, raça e participação comunitária, refletindo a abordagem abrangente necessária para o controle dessas epidemias.

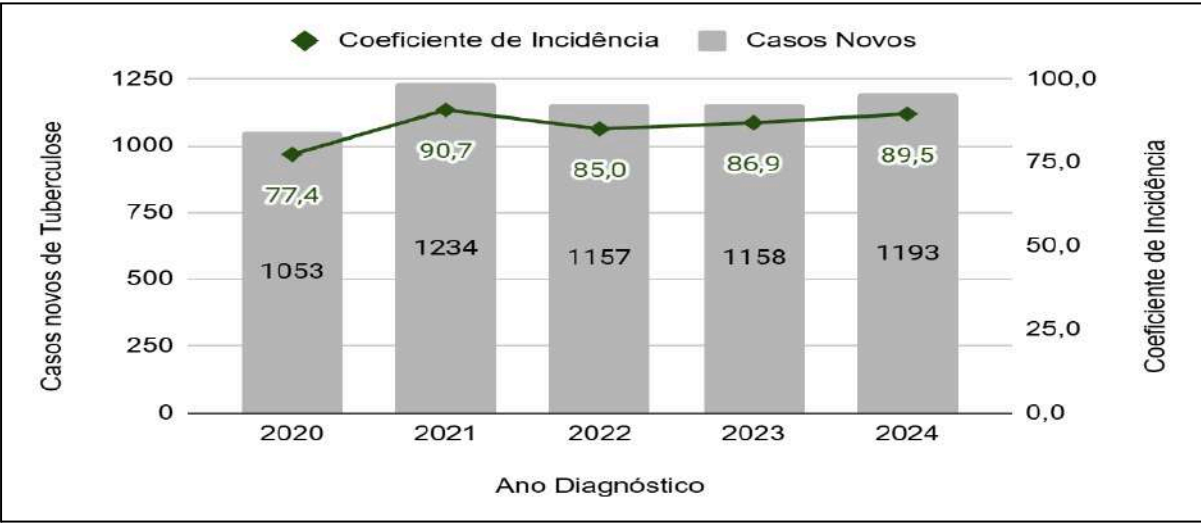
A incidência de tuberculose em Porto Alegre, de 89,4 casos por 100 mil habitantes em 2023, supera significativamente as médias estadual (42,9) e nacional (39,7), configurando um cenário que demanda atenção prioritária.

O cenário das hepatites virais apresenta-se igualmente desafiador, com Porto Alegre registrando, em 2024, novamente, a maior taxa de detecção de hepatite C entre as capitais brasileiras, com 58,2 casos por 100 mil habitantes. Para a hepatite B, a taxa de 13,6 casos por 100 mil habitantes também se mantém elevada, refletindo a necessidade de intensificação das estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento dessas infecções. Cabe salientar, entretanto, que o aumento da taxa de detecção de hepatites virais na capital é reflexo de estratégias específicas do programa de hepatites, com ampliação de testagens em populações vulnerabilizadas que têm mostrado prevalência muito elevada quando comparadas com dados de pessoas que acessam os sistemas de saúde com regularidade. Estes agravos serão minuciosamente apresentados a seguir.

Tuberculose

Em 2024, enquanto o Brasil apresentou um Coeficiente de Incidência (CI) de 39,7 e o estado do Rio Grande do Sul apresentou um CI de 42,9, Porto Alegre registrou um CI de 89,5 casos/100.000 habitantes, conforme o [Boletim Epidemiológico TB 2024](#).

Gráfico 34: Número de casos novos de tuberculose e coeficiente de incidência (casos por 100 mil habitantes), Porto Alegre, 2020 - 2024



Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – dados consultados em 06/06/2025. Dados provisórios.

O número de casos novos de tuberculose (TB) em Porto Alegre se apresenta crescente desde 2022. Para o cálculo do coeficiente de incidência da série histórica apresentada, foram utilizados censos populacionais diferentes. Os anos 2020, 2021 e 2022 tiveram como referência uma população de 1.360.590 habitantes, enquanto para os anos 2023 e 2024 foi utilizado o último censo nacional, que informa uma população de 1.332.815 habitantes no município de Porto Alegre, essa diferença populacional explica porque em 2023, tendo apenas 01 caso a maior em relação à 2022, há um aumento de 1,9% no CI.

No ano de 2024 o Distrito de Saúde (DS) que registrou maior número de casos foi o Centro, 153 casos novos, seguido do DS Partenon com 141 casos. Os distritos de menor ocorrência de novos casos de tuberculose foram as Ilhas e o Extremo Sul, com 10 e 32 casos respectivamente. O DS das Ilhas faz parte de um território que foi ampla e intensamente afetado pela enchente no ano de 2024, o que pode ter influenciado os números da região.

Tabela 17: Número de casos novos de tuberculose distribuídos por Distrito de Saúde, Porto Alegre, 2024

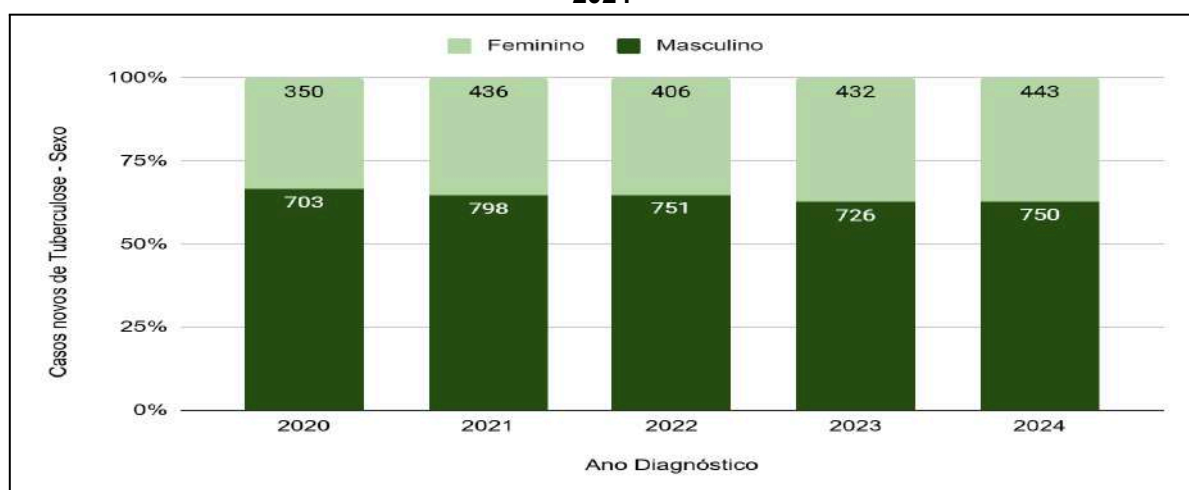
Distrito	Casos novos 2024
Centro	153
Centro Sul	75
Cristal	44
Cruzeiro	60
Eixo Baltazar	63
Extremo Sul	32
Glória	57
Humaitá/Navegantes	33
Ilhas	10

Leste	121
Lomba do Pinheiro	55
Nordeste	59
Noroeste	47
Norte	95
Partenon	141
Restinga	103
Sul	41
Ignorado	4
Total geral	1.193

Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – Data da Consulta 06/06/2025 - Dados provisórios.

O sexo masculino segue sendo o sexo mais acometido pela tuberculose. Ainda que o sexo feminino seja menos afetado, a ocorrência de novos casos mostra crescimento nesta população desde 2022.

Gráfico 35: Número de casos novos de tuberculose distribuídos por sexo, Porto Alegre, 2020 - 2024

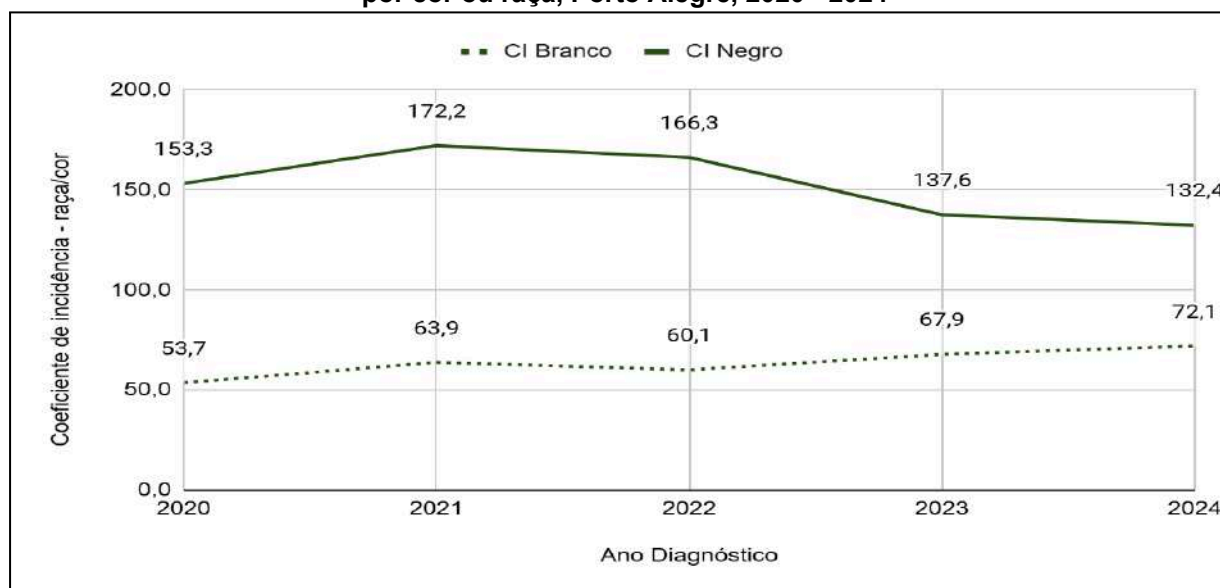


Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – dados consultados em 06/06/2025. Dados provisórios.

Entre os anos 2020 e 2024, o número de casos novos de tuberculose foi maior na população autodeclarada branca, mas a proporção entre as populações (73,6% autodeclarada branca e 26,0% autodeclarada negra - pretos + pardos) identifica na distribuição dos casos por cor ou raça, a população negra como mais acometida.

O coeficiente de incidência evidencia essa relação demonstrada no gráfico abaixo. Em 2024, enquanto a cada 100.000 pessoas autodeclaradas brancas, 72 receberam o diagnóstico de tuberculose, a cada 100.000 pessoas autodeclaradas negras, 132 receberam o mesmo diagnóstico.

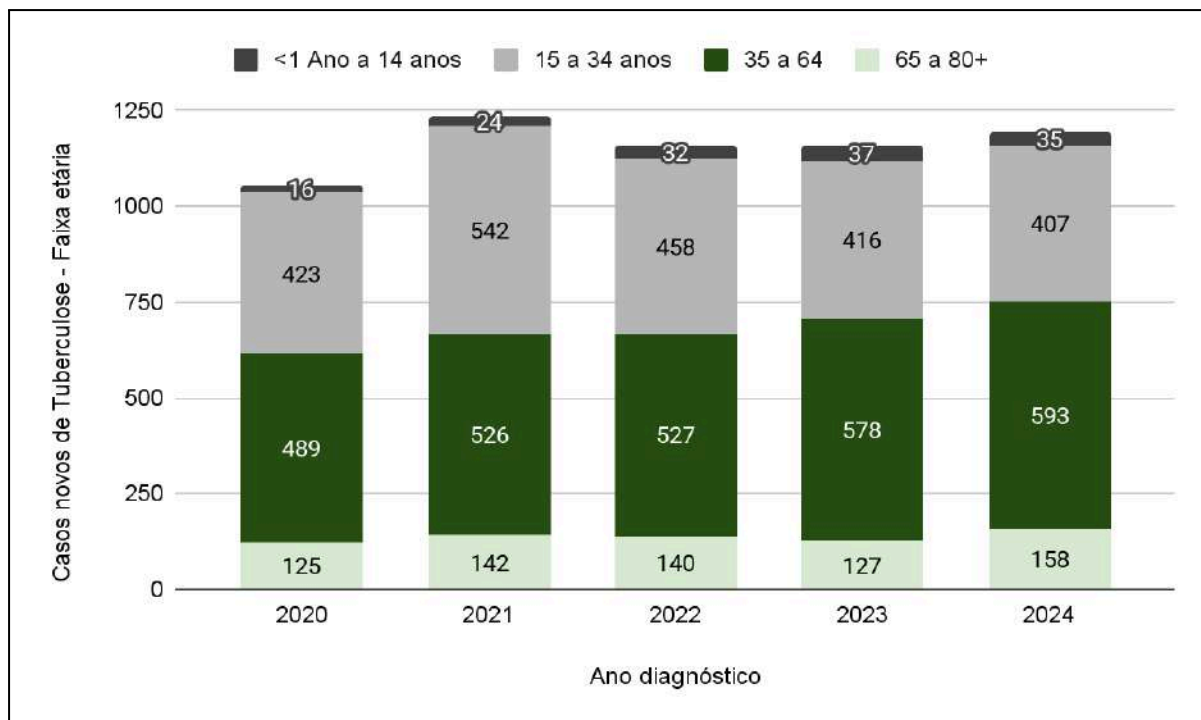
Gráfico 36: Coeficiente de incidência (casos por 100 mil habitantes) de tuberculose distribuído por cor ou raça, Porto Alegre, 2020 - 2024



Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – Data da Consulta 06/06/2025 - Dados provisórios.

Os casos novos de tuberculose, na série 2020/2024, estão concentrados na população economicamente ativa. Entre os anos de 2023 e 2024, enquanto houve um decréscimo de 5,4% dos casos na faixa etária em menores de 1 de ano a 14 anos, houve um acréscimo de 24,4% de novos casos na população idosa (65 anos a 80+).

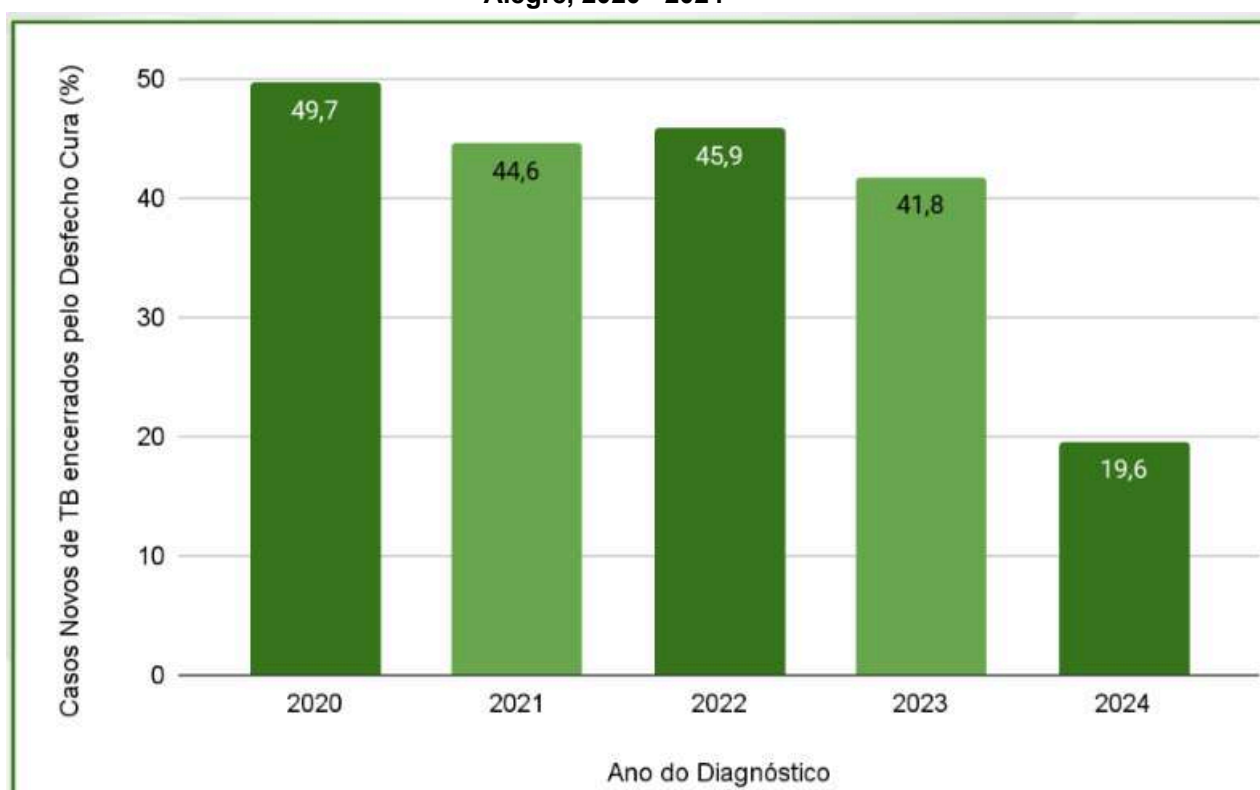
Gráfico 37: Número de casos novos de tuberculose distribuídos por faixa etária, Porto Alegre, 2020 - 2024



Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – Data da Consulta 06/06/2025. Dados provisórios.

O Ministério da Saúde visa reduzir o Coeficiente de Incidência (CI) da tuberculose para menos de 10 casos por 100 mil habitantes até 2030, conforme o [Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública](#). O Tratamento Diretamente Observado (TDO) faz parte das estratégias para aumentar a adesão ao tratamento, e também aumentar o percentual de cura da TB. Exceto o ano de 2024, que segue com o banco de dados em aberto, identifica-se um crescimento no percentual de pacientes em TDO no município. Percentual esse ainda discreto e com pouco poder para impactar nas taxas de cura.

Gráfico 38: Taxa de casos novos de tuberculose encerrados pelo desfecho de cura, Porto Alegre, 2020 - 2024



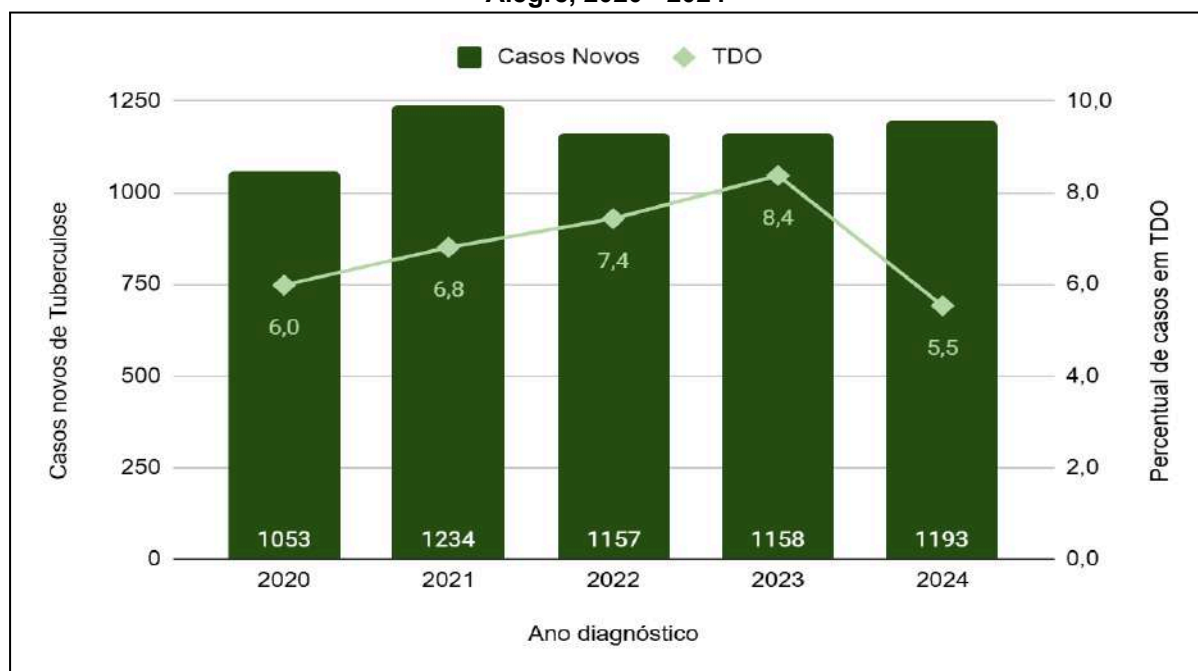
Fonte: Boletim Epidemiológico sobre tuberculose e esporotricose (2025).

A análise do gráfico sobre o desfecho de cura de novos casos de tuberculose (TB) no período de 2020 a 2024 revela uma tendência de redução preocupante que, seguindo o cenário nacional (Brasil, 2025), se iniciou em 49,7% em 2020 e se manteve na faixa de 40% até 2023 (41,8%). Embora a taxa de 19,6% para 2024 seja um resultado parcial, pois o banco de dados ainda não foi fechado e qualificado, este indicador preliminar acende um alerta sobre a necessidade de aprimoramento no manejo dos casos. O declínio observado é atribuído aos reflexos diretos e indiretos da pandemia de COVID-19, que intensificaram os determinantes sociais da doença, como a vulnerabilidade e a insegurança alimentar, dificultando a adesão e o

alcance da cura. Para reverter esse quadro, é urgente a necessidade de ampliar a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO), intensificar a busca ativa de sintomáticos respiratórios e assegurar a vigilância permanente para intervenção precoce e prevenção de interrupções no tratamento.

Diante o CI pretendido pelo Ministério da Saúde e o CI apresentado por Porto Alegre entre 2020 e 2024, vem se buscando intensificar, junto aos profissionais de saúde, a aplicação do TDO como estratégia de enfrentamento da TB.

Gráfico 39: Número de casos novos de tuberculose e percentual de casos em TDO, Porto Alegre, 2020 - 2024



Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – Data da Consulta 06/06/2025. Dados provisórios.

Na série de 2020 a 2024, em média 22% dos casos novos de tuberculose apresentaram coinfeção por HIV. O ano de 2020 registrou o maior percentual de cura, embora não tenha alcançado 50% dos casos. Desde 2020 observa-se um decréscimo nos óbitos, e a partir de 2022, uma redução nas interrupções de tratamento. Anualmente, aumenta o número de contatos identificados e examinados; ainda assim, em 2024, apenas 50% dos contatos identificados foram efetivamente examinados.

Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica, transmissível, de notificação compulsória, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*. Afeta principalmente nervos periféricos, pele e mucosas. Caso o diagnóstico seja tardio, podem ocorrer

lesões neurais que levam a incapacidades físicas permanentes e deformidades. A hanseníase tem cura e o tratamento medicamentoso é ofertado 100% pelo SUS.

Observa-se que apenas um DS (Centro Sul) não atingiu o parâmetro bom (90%) estabelecido pelo MS para o indicador cura. O percentual de 33% atingido pelo DS Noroeste foi devido a transferência de 2 pacientes para outros municípios que, posteriormente, obtiveram cura. Todos os demais DS atingiram 100% de cura na série histórica de 2020 a 2024. Este percentual mostra a qualidade da atenção e acompanhamento dos casos diagnosticados e a efetividade do tratamento.

Tabela 18: Número e proporção de cura de casos novos de hanseníase nos anos das coortes, por Coordenadoria de Saúde e Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2020 - 2024

Coordenadoria de Saúde	Distrito Sanitário	2020		2021		2022		2023		2024	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leste	Leste	1	100	0	-	0	-	0	-	0	-
	Lomba do Pinheiro	0	-	3	100	0	-	1	100	2	100
	Nordeste	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Partenon	2	100	2	100	0	-	0	-	0	-
Norte	Eixo Baltazar	0	-	0	-	1	100	0	-	0	-
	Humaitá Navegantes	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Ilhas	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Noroeste	2	100	0	-	0	-	1	100	3	33
	Norte	5	100	1	100	0	-	0	-	0	-
Oeste	Centro	1	100	0	-	0	-	1	100	0	-
	Cristal	1	100	0	-	0	-	0	-	0	-
	Cruzeiro	1	100	0	-	0	-	0	-	0	-
	Glória	1	100	0	-	0	-	0	-	1	100
Sul	Centro Sul	1	100	0	-	1	0	0	-	0	-
	Extremo Sul	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Restinga	0	-	0	-	0	-	0	-	1	100
	Sul	0	-	0	-	0	-	1	100	0	-

Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – Dados provisórios em 18/06/2025.

Ao analisarmos o grau de incapacidade física 2 avaliado na cura, tabela abaixo, verificamos a transcendência da doença e a presença de sequelas permanentes, onde o município tem um parâmetro ruim ($\geq 10\%$) conforme estabelecido pelo MS, demonstrando diagnóstico tardio. A maioria dos DS tem casos novos de hanseníase curados, mas com deformidades visíveis em mãos e/ou pés e/ou olhos na alta. Além disso, temos DSs de grande vulnerabilidade social que não realizaram diagnóstico de caso novo na série histórica analisada (Nordeste, Humaitá Navegantes e Extremo Sul).

Tabela 19: Número e proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física 2, avaliados na cura nos anos das coortes, por Coordenadoria de Saúde e Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2020 - 2024

Coordenadoria de Saúde	Distrito Sanitário	2020		2021		2022		2023		2024	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leste	Leste	1	100	0	-	0	-	0	-	0	-
	Lomba do Pinheiro	0	-	3	33	0	-	1	0	2	0
	Nordeste	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Partenon	2	50	2	0	0	-	0	-	0	-
Norte	Eixo Baltazar	0	-	0	-	1	100	0	-	0	-
	Humaitá Navegantes	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Ilhas	0	0	0	-	0	-	0	-	0	-
	Noroeste	2	50	0	-	0	-	1	0	3	0
	Norte	5	20	1	0	0	-	0	-	0	-
Oeste	Centro	1	0	0	-	0	-	1	100	0	0
	Cristal	1	100	0	-	0	-	0	-	0	-
	Cruzeiro	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
	Glória	1	100	0	-	0	-	0	-	1	0
Sul	Centro Sul	1	0	0	-	1	0	0	-	0	-
	Extremo Sul	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Restinga	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0
	Sul	0	-	0	-	0	-	1	100	0	-

Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – Dados provisórios em 18/06/2025.

A avaliação dos contatos é o método de detecção de casos com melhor base de evidências para o controle da hanseníase. Todos os contatos de um caso de hanseníase devem realizar uma avaliação clínica na APS. Porto Alegre apresenta parâmetro bom ($\geq 90\%$), de acordo com o MS, em grande parte do seu território. Isto demonstra que os serviços estão realizando a vigilância com o objetivo de aumentar a detecção precoce de casos novos.

Tabela 20: Número e proporção de contatos avaliados de casos novos de hanseníase nos anos das coortes, por Coordenadoria de Saúde e Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2020 - 2024

Coordenadoria de Saúde	Distrito Sanitário	2020		2021		2022		2023		2024	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leste	Leste	3	33	0	-	0	-	0	-	0	-
	Lomba do Pinheiro	0	-	26	100	0	-	4	100	4	100
	Nordeste	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Partenon	2	100	3	100	0	-	0	-	0	-
Norte	Eixo Baltazar	0	-	0	-	1	100	0	-	0	-
	Humaitá Navegantes	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Ilhas	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	Noroeste	1	100	0	-	0	-	4	100	11	82
	Norte	18	100	2	100	0	-	0	-	0	-
Oeste	Centro	2	100	0	-	0	-	0	-	0	-
	Cristal	8	100	0	-	0	-	0	-	0	-
	Cruzeiro	1	100	0	-	0	-	0	-	0	-
	Glória	1	100	0	-	0	-	0	-	1	100
Sul	Centro Sul	2	100	0	-	1	100	0	-	0	-

Extremo Sul	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Restinga	0	-	0	-	0	-	0	-	8	100
Sul	0	-	0	-	0	-	2	100	0	-

Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – Dados provisórios em 18/06/2025.

A hanseníase é uma Doença Tropical Negligenciada (DTN), endêmica no Brasil e com grande impacto social e econômico. Em 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a publicação [Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021-2030](#) (Acabar com a negligência na consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: um roteiro para as doenças tropicais negligenciadas 2021-2030). [A estratégia nacional para o enfrentamento da hanseníase 2024-2030](#) é reduzir a carga da doença. Para informações sobre as características epidemiológicas e operacionais de Porto Alegre, assim como as estratégias para atingir este objetivo, consulte o [Boletim Epidemiológico N° 94 - Janeiro 2025](#).

Vírus Linfotrópico de Células T humanas (HTLV)

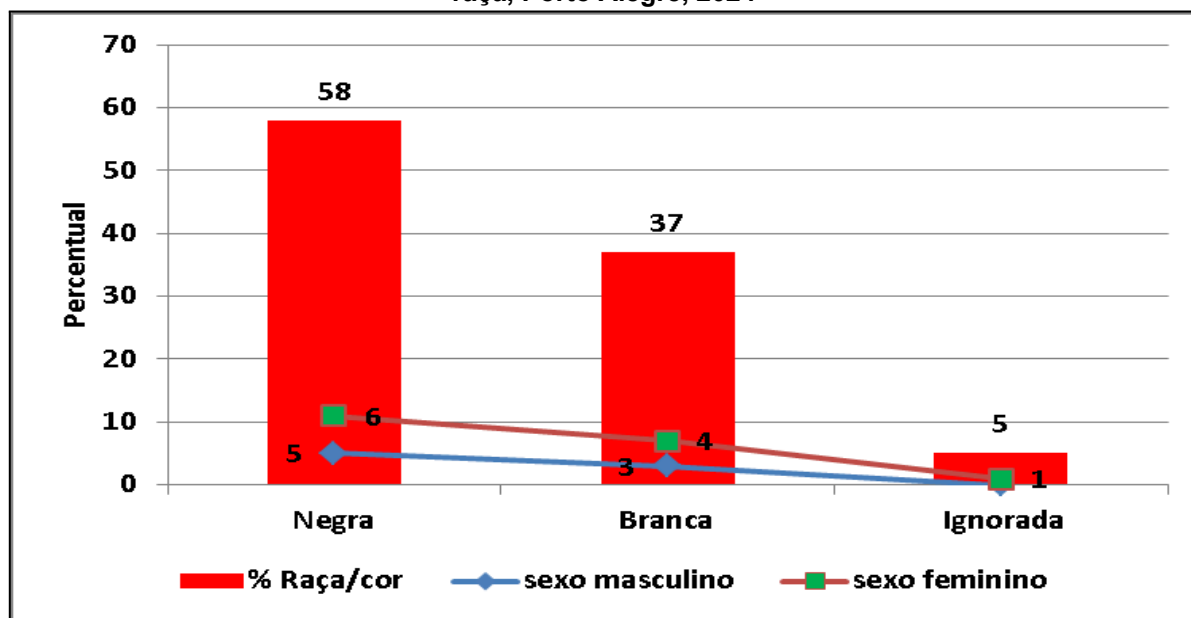
O vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV) é um agente infeccioso viral que atinge as células de defesa do organismo. Não existe cura e o tratamento é específico para as doenças associadas ao vírus. A infecção está relacionada a doenças neurológicas degenerativas (Mielopatia) e hematológicas (Leucemia-linfoma de células T do adulto). De impacto mundial, o HTLV é desconhecido pela maioria da população e profissionais de saúde. O exame diagnóstico é feito por um teste sanguíneo.

Os testes de triagem e confirmatórios são obrigatórios para o diagnóstico do HTLV, entretanto, em 2024, ano de inclusão do agravo na lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, 78% dos testes de triagem com resultado reagente ou inconclusivo (Imunoenzimáticos, quimioluminescência ou aglutinação de partículas), não realizaram o teste confirmatório (Western Blotting, Lia, imunofluorescência ou molecular).

O gráfico a seguir mostra que 58% dos casos confirmados de HTLV no ano de 2024 são da população autodeclarada negra. Diante deste cenário epidemiológico é fundamental desenvolver estratégias para a vulnerabilidade em relação ao HTLV para a população negra. Esta disparidade é resultado de determinantes sociais de

saúde que afetam este grupo, fruto do racismo estrutural e institucional presente na sociedade.

Gráfico 40: Número e proporção de testes confirmatórios de HTLV, segundo sexo e cor ou raça, Porto Alegre, 2024



Fonte: EVDT/DVS/SMS – Dados provisórios em 25/06/2025.

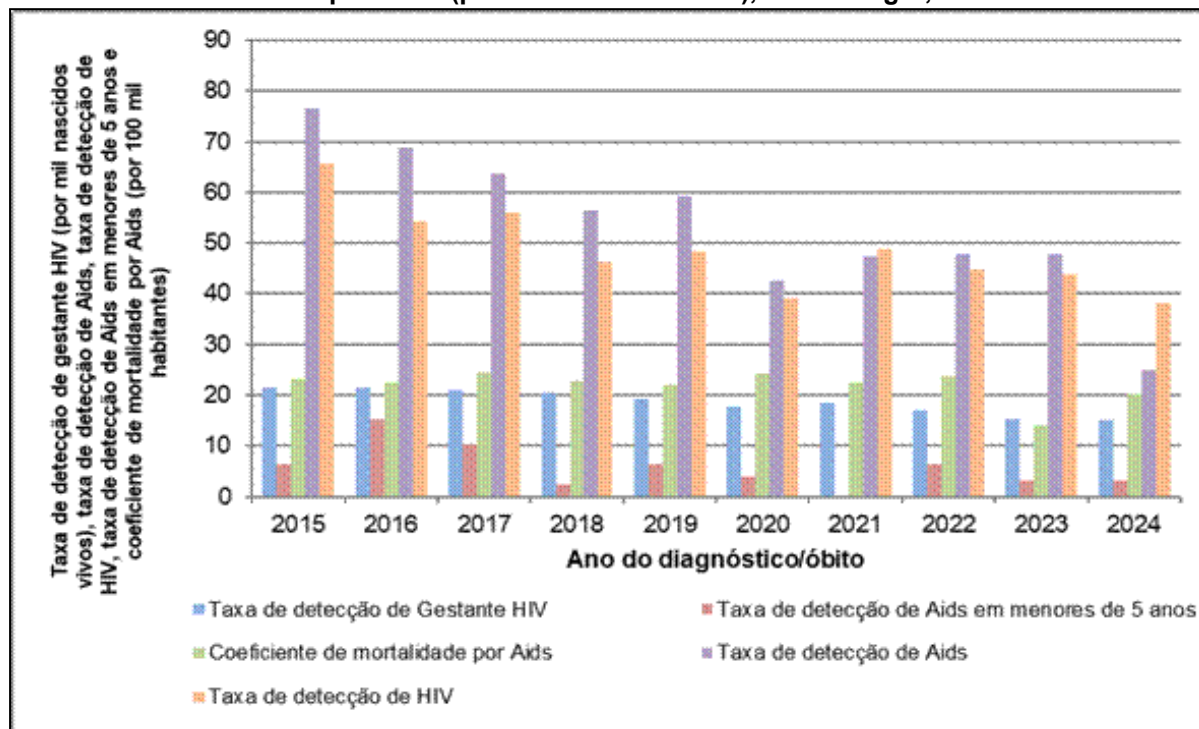
Atualmente, o serviço de vigilância do município aguarda orientações do Departamento de HIV, AIDS, tuberculose, hepatites virais e ISTs (Dathi), da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde, quanto à definição de caso, ao fluxo de notificação, aos instrumentos e ao sistema de informação do agravo, bem como quanto à realização do exame para detecção pré-natal de HTLV em gestantes.

AIDS e HIV

No último Boletim Epidemiológico de HIV e AIDS do Ministério da Saúde, publicado em dezembro de 2024, consta que no ano de 2023 Porto Alegre foi a capital com maior taxa de detecção de gestantes com HIV (16,2 casos novos de gestantes com HIV por mil nascidos vivos); maior coeficiente de mortalidade por AIDS (14,1 óbitos por AIDS por 100 mil habitantes); terceira maior taxa de detecção de AIDS (47,7 casos novos de AIDS por 100 mil habitantes); 17ª com maior taxa de detecção de AIDS em menores de 5 anos (1,2 casos novos por 100 mil habitantes). Os dados referentes ao ano de 2024 são provisórios e poderão sofrer alteração até o segundo semestre de 2025, devido à inserção diária de casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Ainda que a capital gaúcha ocupe

lugares de liderança no ranking nacional, todas as taxas apresentaram redução em relação ao ano anterior.

Gráfico 41: Taxa de detecção de gestante HIV (por mil nascidos vivos), taxa de detecção de AIDS, taxa de detecção de HIV, taxa de detecção de AIDS em menores de 5 anos e coeficiente de mortalidade por AIDS (por 100 mil habitantes), Porto Alegre, 2015 - 2024

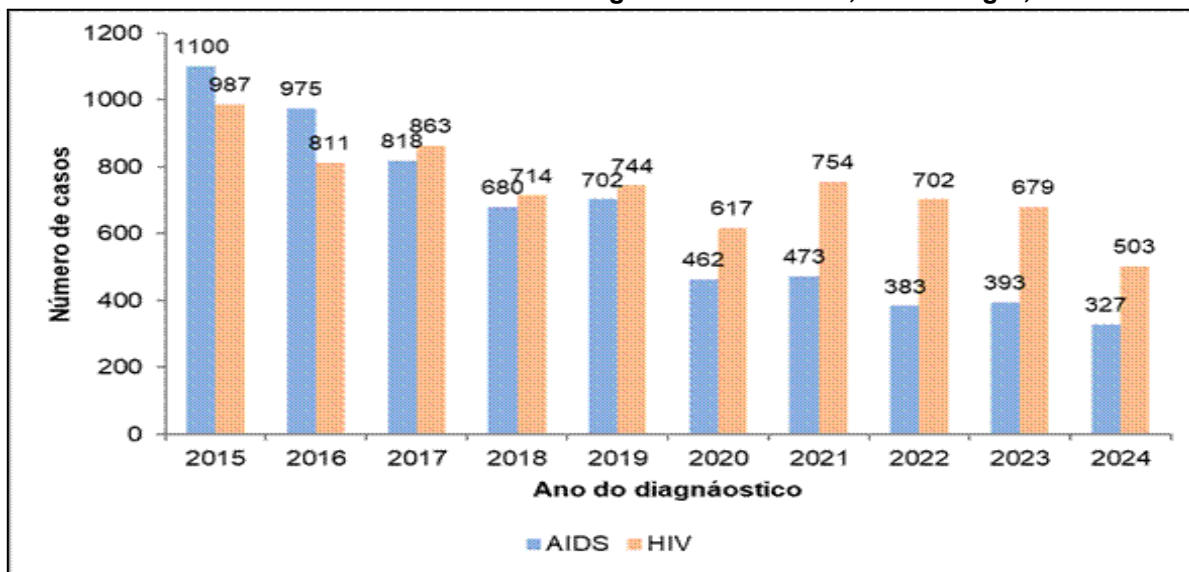


Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Em 2024 foram registrados no Sinan 830 casos novos de infecção pelo HIV em residentes de Porto Alegre, sendo 503 casos de HIV e 327 casos de AIDS. Observa-se que na série histórica de dez anos, o número de casos de AIDS reduziu em 70,3% e de HIV em 49,1% quando comparado o ano de 2015 a 2024, demonstrando que, embora algumas oportunidades de testagem rápida tenham sido perdidas, um número maior de pessoas está sendo diagnosticado na fase inicial da doença do que em estágios mais avançados.

O diagnóstico precoce está relacionado ao incentivo às ações assistenciais e de gestão, como: oferta de testagem rápida ampliada, estímulo às mudanças culturais para desconstrução de estigma e preconceito e possibilidade de início de tratamento imediatamente após o diagnóstico, evitando a evolução dos casos para AIDS. Mesmo com a melhoria do cenário epidemiológico, a capital gaúcha se destaca por viver uma epidemia de HIV generalizada, indicando que a transmissão ocorre na população em geral, não se limitando a grupos específicos identificados como vulneráveis.

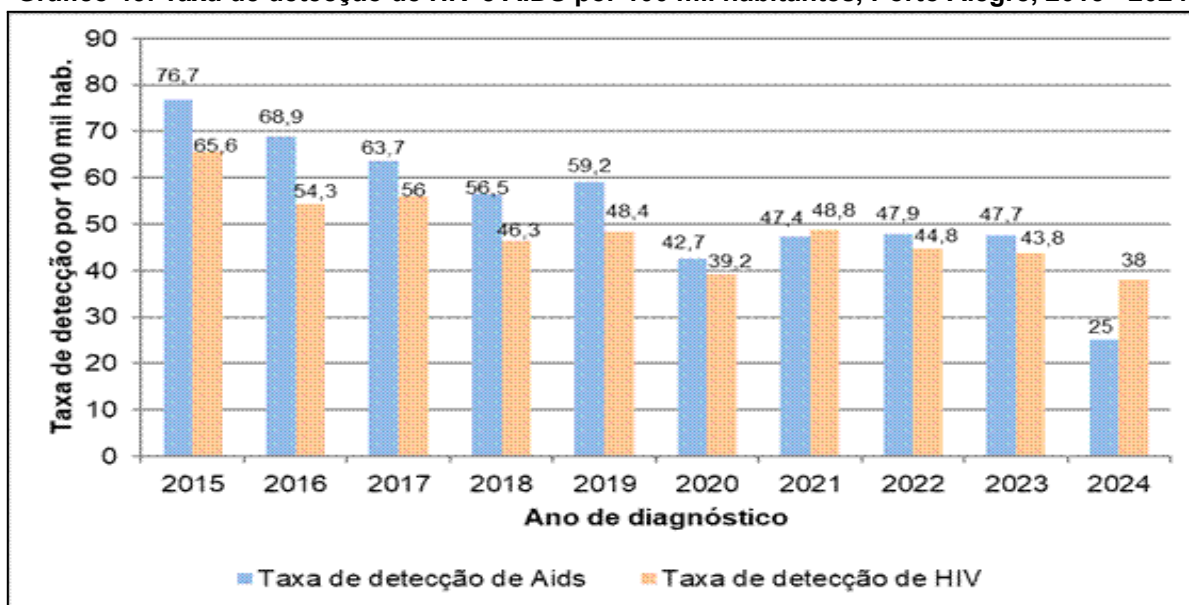
Gráfico 42: Número de casos de HIV e AIDS registrados no Sinan, Porto Alegre, 2015 - 2024



Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

No decorrer da última década, a taxa de detecção de AIDS em Porto Alegre declinou aproximadamente 40%, passando de 76,7 casos de AIDS por 100 mil habitantes em 2015 para 47,7 em 2023 (último dado encerrado), seguindo a tendência de queda das esferas de governo estadual e nacional, conforme boletins epidemiológicos ministeriais. Ainda assim, a capital gaúcha permanece dentre as cinco capitais brasileiras com mais casos de AIDS por 100 mil habitantes.

Gráfico 43: Taxa de detecção de HIV e AIDS por 100 mil habitantes, Porto Alegre, 2015 - 2024

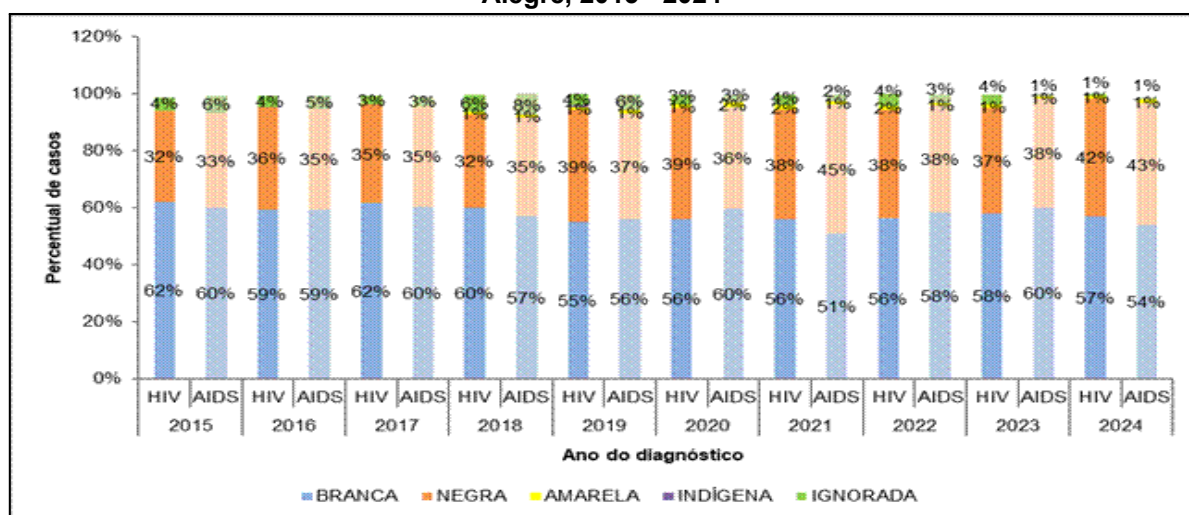


Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

As desigualdades sociais e raciais representam um desafio no enfrentamento às doenças transmissíveis crônicas, como o HIV/AIDS. Em Porto Alegre, a

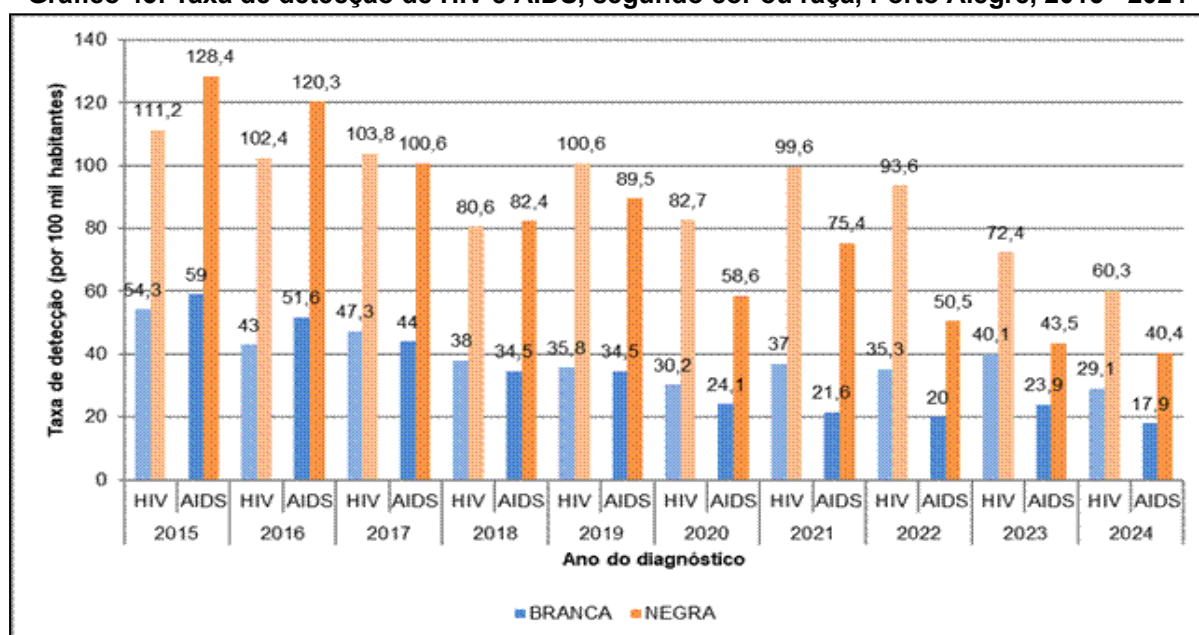
população que se autodeclara como branca apresenta o maior número absoluto de casos em 2024 (representando 57% dos casos de HIV e 54% dos casos de AIDS), refletindo a composição demográfica do município, onde de acordo com o último Censo 2022, 73,6% dos residentes de Porto Alegre se identificam como brancos e apenas 26% como negra (preta + parda). Entretanto, ao analisar a distribuição proporcional dos casos (taxa de detecção), historicamente, o grupo mais afetado pela doença é a raça negra, que em 2024 apresentou taxa de detecção de AIDS de 40,4 casos novos por 100 mil habitantes, enquanto que a raça branca apresentou 17,9.

Gráfico 44: Distribuição percentual de casos de HIV e AIDS, segundo cor ou raça, Porto Alegre, 2015 - 2024



Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

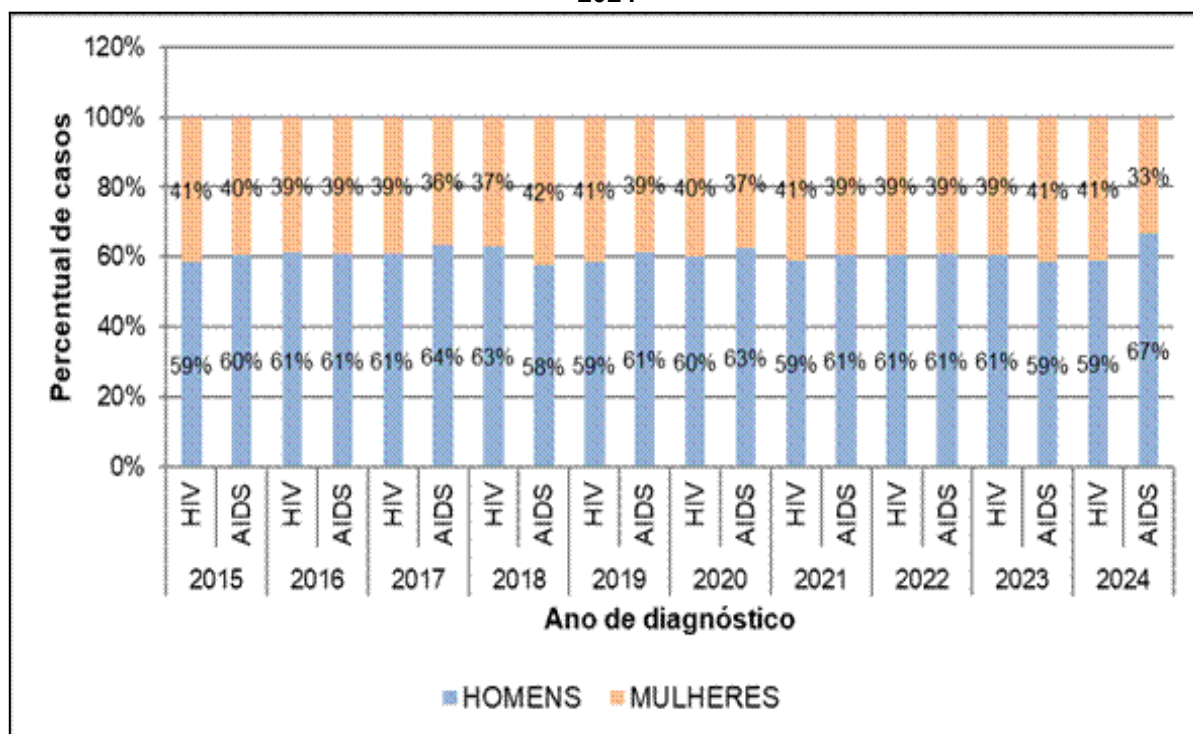
Gráfico 45: Taxa de detecção de HIV e AIDS, segundo cor ou raça, Porto Alegre, 2015 - 2024



Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Em relação à variável sexo, os homens concentram o maior número de casos de infecção pelo HIV (HIV+AIDS) dos últimos 10 anos. Em 2024, 514(61,9%) casos de infecção pelo HIV ocorreram no sexo masculino, representando 59% dos casos de HIV e 67% dos casos de AIDS, conforme mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 46: Distribuição percentual de casos de HIV e AIDS, segundo sexo, Porto Alegre, 2015 - 2024



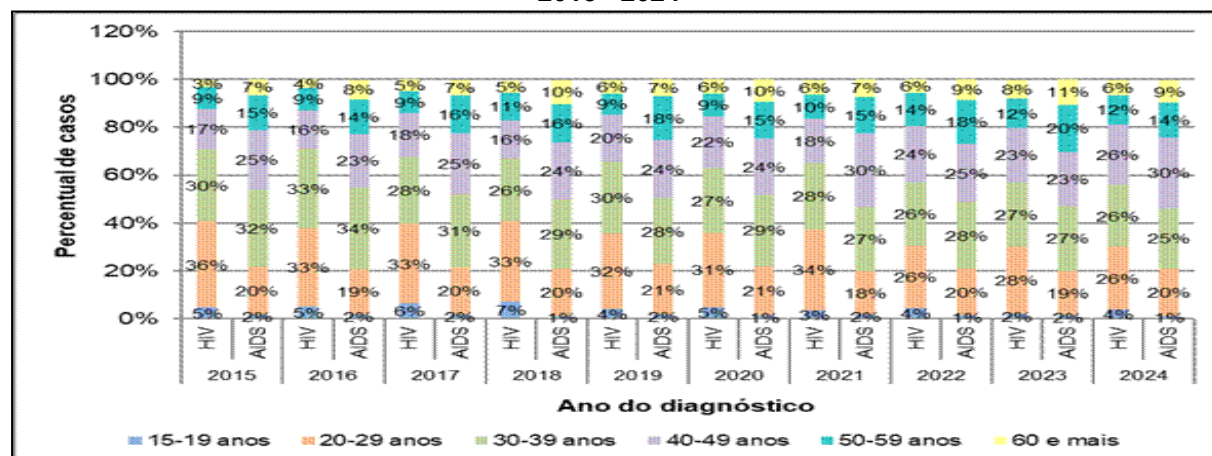
Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Quanto à faixa etária, em 2024, 27% dos diagnósticos de infecção pelo HIV ocorreram em pessoas de 40 a 49 anos, seguido de 25% em pessoas de 30 a 39 anos. Observa-se durante a série histórica, que a maior concentração de casos de AIDS teve diagnóstico com idade de 30 a 39 anos. Para os casos de HIV, a predominância de diagnósticos ocorreu principalmente na faixa etária de 20 a 29 anos, evidenciando que os diagnósticos foram feitos de forma mais precoce em indivíduos mais jovens quando comparados aos de faixas etárias mais avançadas e demonstra a importância de realizar testagem para ISTs desde o início da vida sexual.

Entre 2015 e 2024 destaca-se o aumento no número de casos tanto de HIV quanto de AIDS na faixa etária de 60 anos ou mais, mostrando que a população

idosas também é sexualmente ativa, não devendo ser perdida nenhuma oportunidade de testagem rápida e investigação de IST.

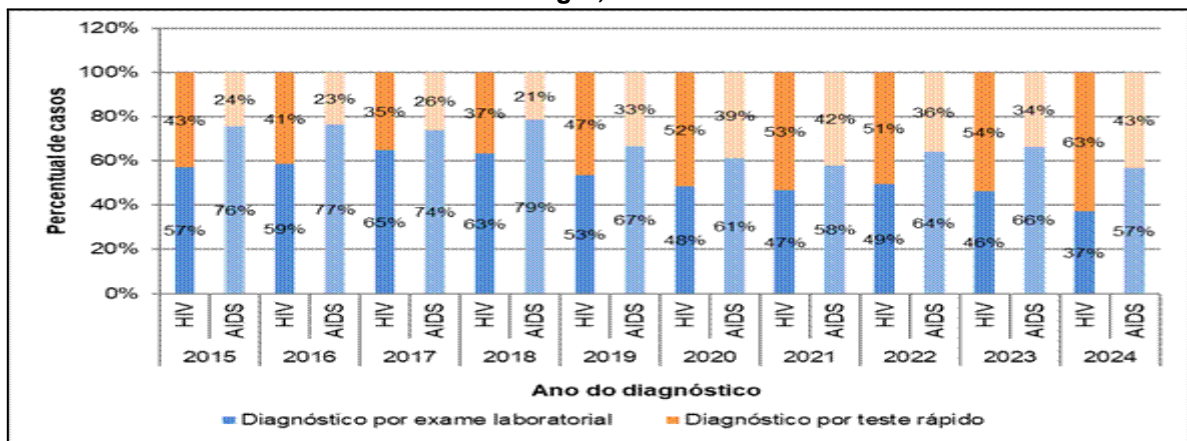
Gráfico 47: Distribuição percentual de casos de HIV e AIDS, segundo faixa etária, Porto Alegre, 2015 - 2024



Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Referente ao método diagnóstico, identificou-se que, em 2024, 55% dos casos de infecção pelo HIV (casos de HIV + AIDS) foram diagnosticados por teste rápido e 45% por exame laboratorial. Sabe-se que o teste rápido é uma ferramenta fundamental no controle da epidemia de AIDS, pois proporciona diagnóstico precoce e oportuno, com intuito de evitar avanço da doença. Entretanto, apesar da descentralização e da disponibilidade de testagem rápida em Porto Alegre, ainda identifica-se um elevado número de solicitações de exames laboratoriais para o diagnóstico de HIV. Mesmo que a maioria dos casos de AIDS sejam sintomáticos para a doença, dos casos diagnosticados na última década (2015 a 2024) que já estavam em situação de AIDS, 53% foram diagnosticados por exame laboratorial e somente 47% por teste rápido, demonstrando que há dificuldade dos profissionais de saúde em relacionar os sinais e sintomas com a infecção pelo HIV, ainda exigindo investimento neste campo.

Gráfico 48: Distribuição percentual de casos de HIV e AIDS, segundo método de diagnóstico, Porto Alegre, 2015 - 2024

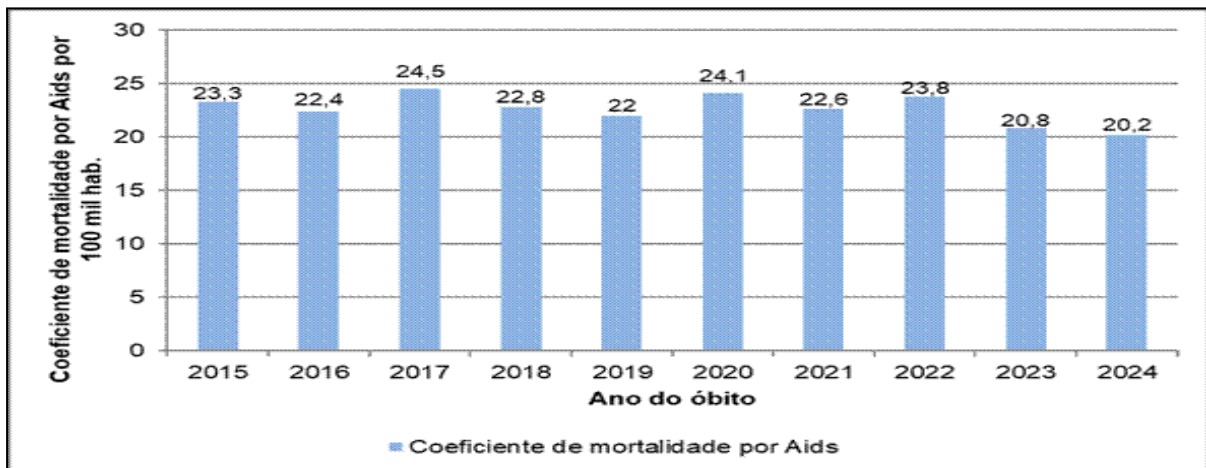


Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Quando analisado o coeficiente de mortalidade por AIDS de Porto Alegre, observa-se queda de 13,3% de 2015 a 2024. O declínio no coeficiente de mortalidade vem ocorrendo de forma uniforme no decorrer da última década, entretanto, o município apresenta o maior número de óbitos por AIDS por 100 mil habitantes dentre as capitais brasileiras, ocupando o primeiro lugar no ranking há mais de dez anos, chegando a apresentar no ano de 2023 três vezes mais que o estado do Rio Grande do Sul e cinco vezes mais que o Brasil.

O coeficiente de mortalidade por AIDS está diretamente relacionado ao diagnóstico tardio, à não adesão ou adesão irregular ao tratamento do HIV e às infecções oportunistas, como a tuberculose. Devido à tuberculose (TB) ser uma das causas mais importantes de morte por doença infecciosa, é fundamental reforçar a obrigatoriedade prevista em protocolos ministeriais de investigar tuberculose em pessoas com diagnóstico de HIV e investigar HIV em pessoas diagnosticadas com tuberculose.

Gráfico 49: Coeficiente de mortalidade por AIDS (por 100 mil habitantes), Porto Alegre, 2015 - 2024



Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Quando analisado o número de casos de HIV e de AIDS distribuídos por distrito de saúde de residência e sexo, em 2024, identifica-se que o distrito Centro foi o que mais realizou diagnóstico de infecção pelo HIV, somando 100 casos em homens e mulheres. Quando considerados apenas os diagnósticos em mulheres, o distrito da Restinga apresentou o maior número de casos tanto de HIV quanto de AIDS. Já entre os homens, o distrito Centro foi o que mais diagnosticou casos de HIV e AIDS.

Tabela 21: Número de casos de HIV e AIDS, por distrito de saúde de residência e sexo, Porto Alegre, 2024

Distrito de saúde		Mulheres	Homens
Centro	HIV	17	44
	AIDS	4	35
Centro Sul	HIV	11	15
	AIDS	11	10
Cristal	HIV	4	3
	AIDS	2	4
Cruzeiro	HIV	6	10
	AIDS	4	16
Eixo Baltazar	HIV	17	18
	AIDS	11	16
Extremo Sul	HIV	6	3
	AIDS	0	4
Glória	HIV	9	10
	AIDS	3	9
Humaitá/Navegantes	HIV	7	14
	AIDS	4	9
Ilhas	HIV	0	0
	AIDS	0	0
Leste	HIV	20	20
	AIDS	11	17
Lomba do Pinheiro	HIV	13	6
	AIDS	3	10

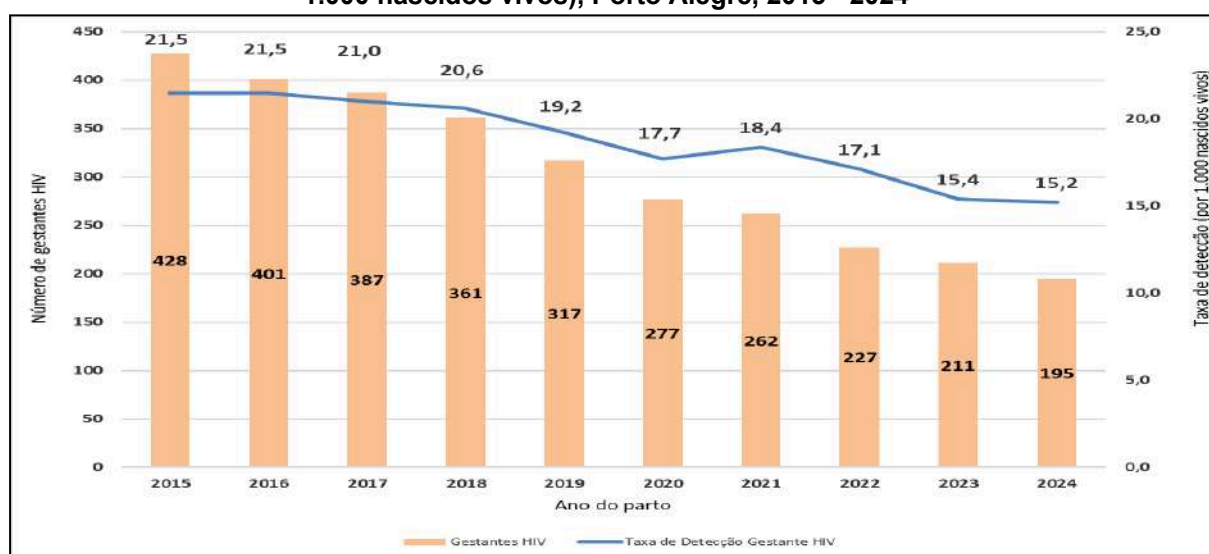
Nordeste	HIV	7	10
	AIDS	5	9
Noroeste	HIV	6	23
	AIDS	4	7
Norte	HIV	17	17
	AIDS	12	8
Partenon	HIV	20	29
	AIDS	9	23
Restinga	HIV	23	21
	AIDS	13	15
Sul	HIV	7	15
	AIDS	3	6
Não Identificado	HIV	17	38
	AIDS	10	20
Total	HIV	207	296
	AIDS	109	218

Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Transmissão Vertical do HIV

A vigilância da gestante HIV+ e criança exposta ocorre desde 2001 no acompanhamento ao longo do período pré-natal, do parto e no seguimento da criança exposta até o encerramento do caso, que ocorre a partir dos 12 meses podendo se estender até os 18 meses após o nascimento. Por característica das doenças transmissíveis crônicas, são compilados os dados dos anos fechados, tendo a conclusão dos casos sempre dois anos após o parto. Na série histórica, se observa a queda da taxa de detecção de gestantes HIV, exceto no ano de 2021, pós pandemia. Queda que é atribuída às diversas ações, entre elas, o fornecimento de métodos contraceptivos de longa duração.

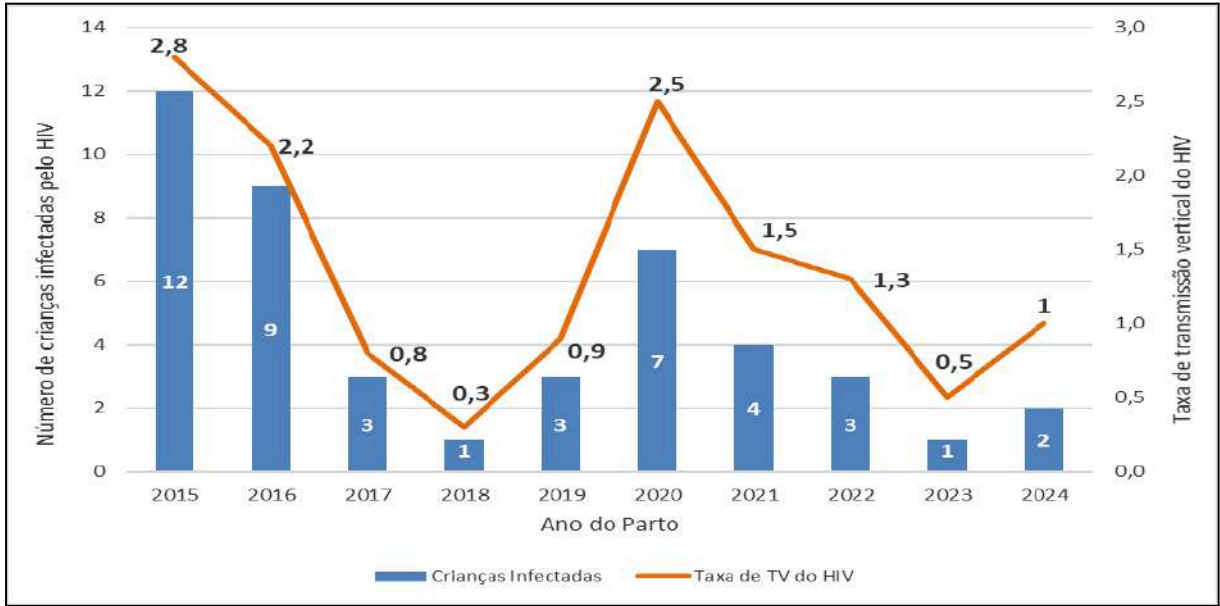
Gráfico 50: Número de casos e taxa de detecção de gestantes com infecção pelo HIV (por 1.000 nascidos vivos), Porto Alegre, 2015 - 2024



Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – Data da Consulta 16/06/2025 - Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Em relação à série histórica da transmissão vertical, a elevação da taxa se dá no ano que iniciou a pandemia da COVID-19, superando os 2%. Em 2021, a taxa volta a cair e se mantém inferior a 2%. O último ano encerrado, 2022, teve 1,3% de taxa de transmissão vertical.

Gráfico 51: Número de crianças infectadas e taxa de transmissão vertical do HIV (percentual), Porto Alegre, 2015 - 2024



Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – Data da Consulta 16/06/2025 - Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Em relação à análise dos casos nas coordenadorias de saúde, observa-se que em 2024, a Coordenadoria de Saúde Leste foi a que mais concentrou gestantes com HIV. Contudo, na análise dos distritos sanitários, os que tiveram mais casos foram Restinga, Eixo-Baltazar, Nordeste e Partenon, respectivamente.

Tabela 22: Número de partos realizados em gestante HIV, por cor ou raça por Coordenadoria de Saúde e Distrito Sanitário, 2024

Coordenadoria de Saúde	Distrito Sanitário	2024					Total
		BR*	NR*	AM*	ID*	IG*	
Leste - 69	Leste	6	10	0	0	1	17
	Lomba do Pinheiro	2	7	1	0	0	10
	Nordeste	9	11	0	0	1	21
	Partenon	8	13	0	0	0	21
Norte - 40	Eixo Baltazar	11	11	0	0	0	22
	Humaitá Navegantes	2	3	0	0	0	5
	Ilhas	2	0	0	0	0	2
	Noroeste	2	0	0	0	0	2
Oeste - 33	Norte	3	6	0	0	0	9
	Centro	5	5	0	0	1	11
	Cristal	3	0	0	0	0	3
	Cruzeiro	8	3	0	0	1	12

Sul - 53	Glória	1	6	0	0	0	7
	Centro-sul	7	6	0	1	0	14
	Extremo Sul	4	2	0	0	0	6
	Restinga	8	16	1	0	0	25
	Sul	6	2	0	0	0	8
Total		86	101	02	01	04	195

Fonte: Sinan NET/EVDI/DVS/SMS – Data da Consulta 16/06/2025 - Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.*Br=Branças, NR=Negras, AM=Amarelas, ID=Indígenas, IG=Ignorados.

Na análise de cor ou raça, o número de gestantes negras corresponde a 51,8% do total de casos. Considerando que Porto Alegre tem 73,6% de pessoas que se autodeclaram brancas e 26% que se declaram negras, esse número se torna ainda mais desproporcional.

A faixa etária predominante nas gestantes portadoras do HIV é de 20 a 34 anos, e corresponde a 69,2% dos casos.

Sífilis

Sífilis Adquirida

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Embora tenha cura, o tratamento não confere imunidade e a doença continua sendo um desafio de saúde pública no Brasil por estar relacionada a diferentes fatores, como exposição sexual desprotegida, realização de tratamento por apenas um dos indivíduos e não do casal de forma conjunta, e a não conclusão de tratamento.

Conforme publicação do último boletim epidemiológico de sífilis do Ministério da Saúde (MS), em 2023 o Brasil apresentou um aumento nas taxas de detecção de sífilis adquirida e gestacional, que pode ser resultado da expansão da oferta de diagnósticos por meio de testes rápidos. Entretanto, esse aumento também evidencia os desafios na ampliação das ações de prevenção e na garantia de um tratamento adequado.

Há mais de uma década o município de Porto Alegre se destaca pelas elevadas taxas do agravo, porém em 2023 a capital gaúcha apresentou queda no número de casos e nas taxas de sífilis adquirida, em gestante e congênita, ocupando, de acordo com o último boletim ministerial, o sexto lugar com maior taxa de detecção de sífilis em gestante (52 casos/1.000 nascidos vivos), sexto lugar com maior taxa de incidência de sífilis congênita (com 21,5 casos/1.000 habitantes, sendo a menor taxa dos últimos cinco anos) e 24º lugar com maior taxa de detecção

de sífilis adquirida (95,2 casos/100 mil habitantes). A queda reflete os esforços que o município vem realizando na tentativa de eliminar a transmissão vertical e aprimorar o manejo da infecção em gestantes e sua(s) parceria(s) sexual(is), visto que a sífilis congênita é um agravo evitável, desde que a sífilis gestacional seja diagnosticada e tratada oportunamente.

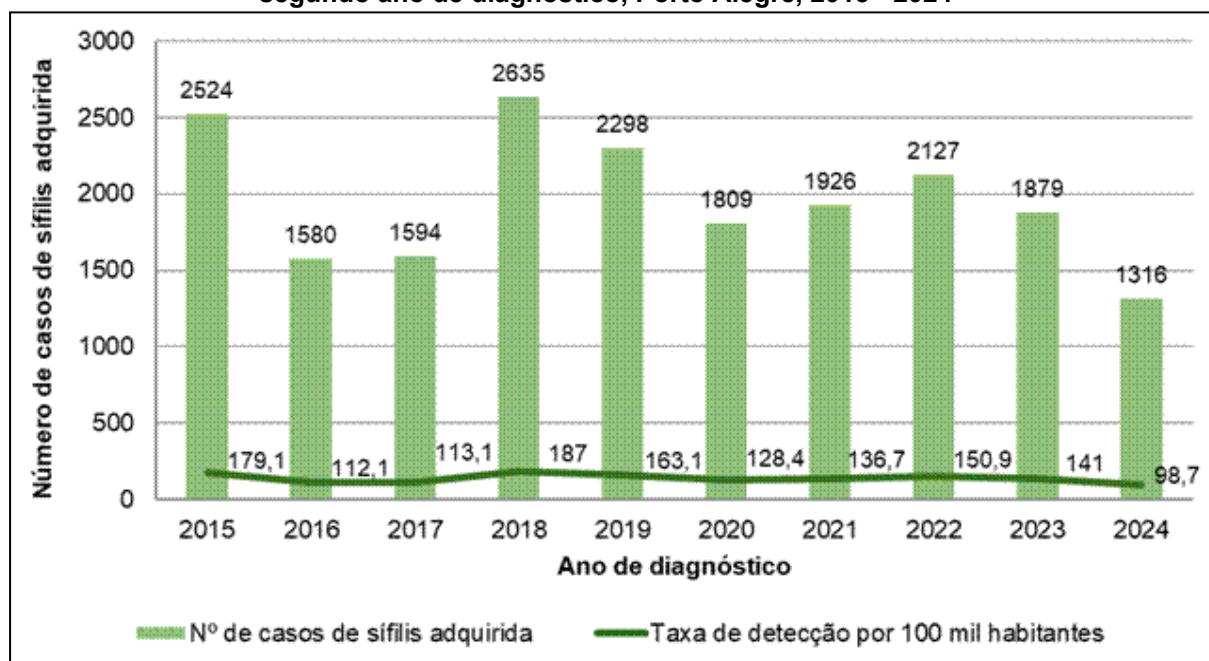
A sífilis em todas as suas formas (adquirida, gestacional e congênita) é de notificação compulsória, prevista em Portaria pelo Ministério da Saúde e pelo município de Porto Alegre. Por ser um agravo que exige conhecimento do profissional de saúde para identificar a clínica, interpretar o diagnóstico, estabelecer o tratamento adequado e estar apropriado dos critérios de notificação, estima-se que os registros ainda estejam aquém da realidade, mesmo intensificando ações de educação permanente nos territórios.

O registro de notificação é uma ferramenta essencial de vigilância, pois facilita a coleta de dados necessários para análises epidemiológicas e apoia o planejamento de ações de controle. Por outro lado, a subnotificação implica no prejuízo do conhecimento da situação real das doenças, impedindo a investigação e o conhecimento da magnitude do problema.

Os critérios para definição de caso da sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita foram revisados e atualizados em 2017 através da publicação da Nota Informativa Nº 02-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS, ampliando a sensibilidade em comparação aos anos anteriores. A Nota alerta que o profissional de saúde deve realizar avaliação clínica do paciente, além de solicitar exames para sífilis, permitindo confirmar o diagnóstico de sífilis através de sintomas associados a um exame reagente/positivo para a doença.

Em 2024, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 1.316 casos de sífilis adquirida em residentes de Porto Alegre. O número absoluto de casos reduziu em relação ao ano anterior, implicando diretamente na queda da taxa de detecção, conforme mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 52: Número de casos e taxa de detecção de sífilis adquirida por 100 mil habitantes, segundo ano de diagnóstico, Porto Alegre, 2015 - 2024

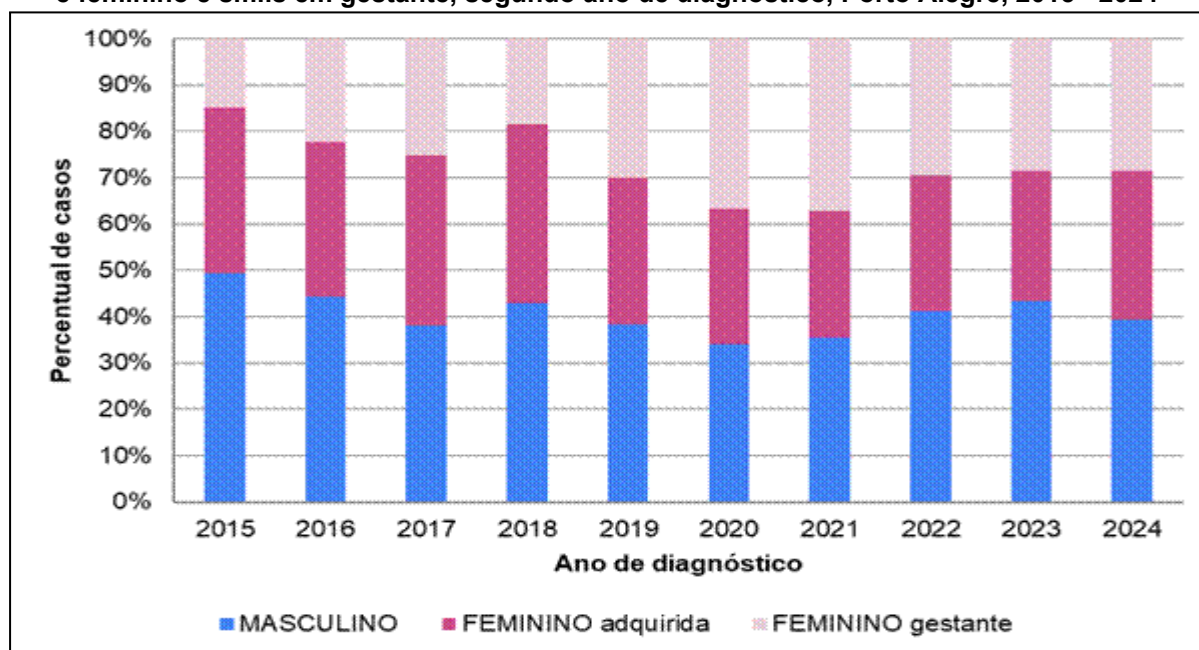


Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

No último ano foram registrados no Sinan 1.316 casos de sífilis adquirida em residentes de Porto Alegre, sendo 724 em homens e 592 em mulheres (não gestantes). Em relação à variável sexo, observou-se a ocorrência de sífilis mais elevada no sexo feminino, considerando o número de casos de sífilis adquirida em mulheres somado aos de sífilis em gestante. No decorrer da série histórica de 10 anos, identificou-se que a proporção de casos em mulheres é maior.

Em 2024, a notificação de sífilis no sexo feminino representou 60,7% dos casos, sendo 32,1% sífilis adquirida no sexo feminino e 28,6% sífilis em gestante, conforme mostra o gráfico abaixo. Os critérios para definição de caso de sífilis em gestante são mais sensíveis do que os de sífilis adquirida, no intuito de intervir precocemente e evitar a transmissão para o feto, bem como melhorar os indicadores relacionados à sífilis congênita.

Gráfico 53: Distribuição percentual de casos notificados de sífilis adquirida no sexo masculino e feminino e sífilis em gestante, segundo ano de diagnóstico, Porto Alegre, 2015 - 2024

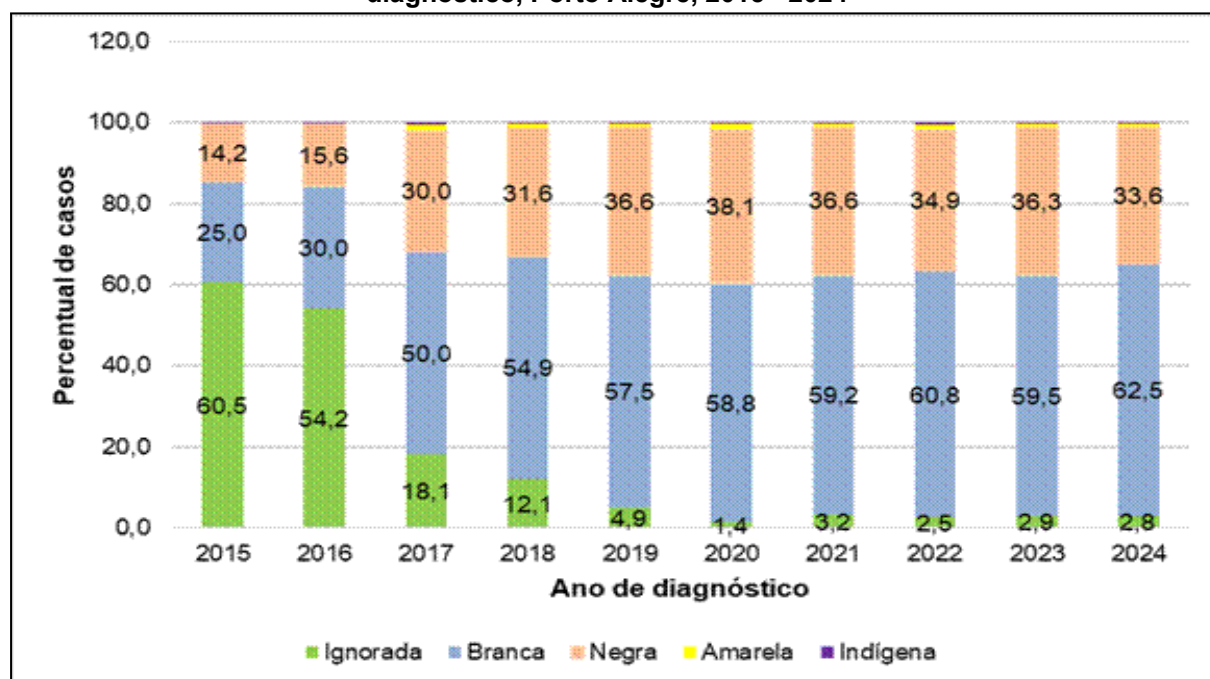


Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Quando analisada a variável “cor ou raça”, observa-se na série histórica que mais da metade do número absoluto dos casos de sífilis adquirida ocorreu em pessoas que se autodeclaram brancas, chegando a 62,5% em 2024, conforme mostra o gráfico abaixo. Entretanto, quando explorada a distribuição proporcional dos casos (taxa de detecção), identifica-se que o grupo mais vulnerável para a doença é de cor ou raça negra (preta + parda), posto que, de acordo com o Censo 2022, apenas 26% da população de Porto Alegre é de cor ou raça negra, conforme mostra o gráfico abaixo. Esse padrão se repete ao analisarmos outras doenças crônicas transmissíveis que representam desafios para a saúde pública, como o HIV e a tuberculose, sugerindo a necessidade de planejar ações específicas por meio de políticas públicas direcionadas à população negra.

As populações de cor ou raça indígena e amarela representam, cada uma, menos de 1% do total de casos de sífilis adquirida em todos os anos da série histórica. Por esse motivo, não é possível visualizá-las no gráfico abaixo.

Gráfico 54: Distribuição percentual de casos de sífilis adquirida segundo cor ou raça e ano de diagnóstico, Porto Alegre, 2015 - 2024



Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Figura 10: Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) por cor ou raça, segundo ano de diagnóstico, Porto Alegre, 2015 - 2024



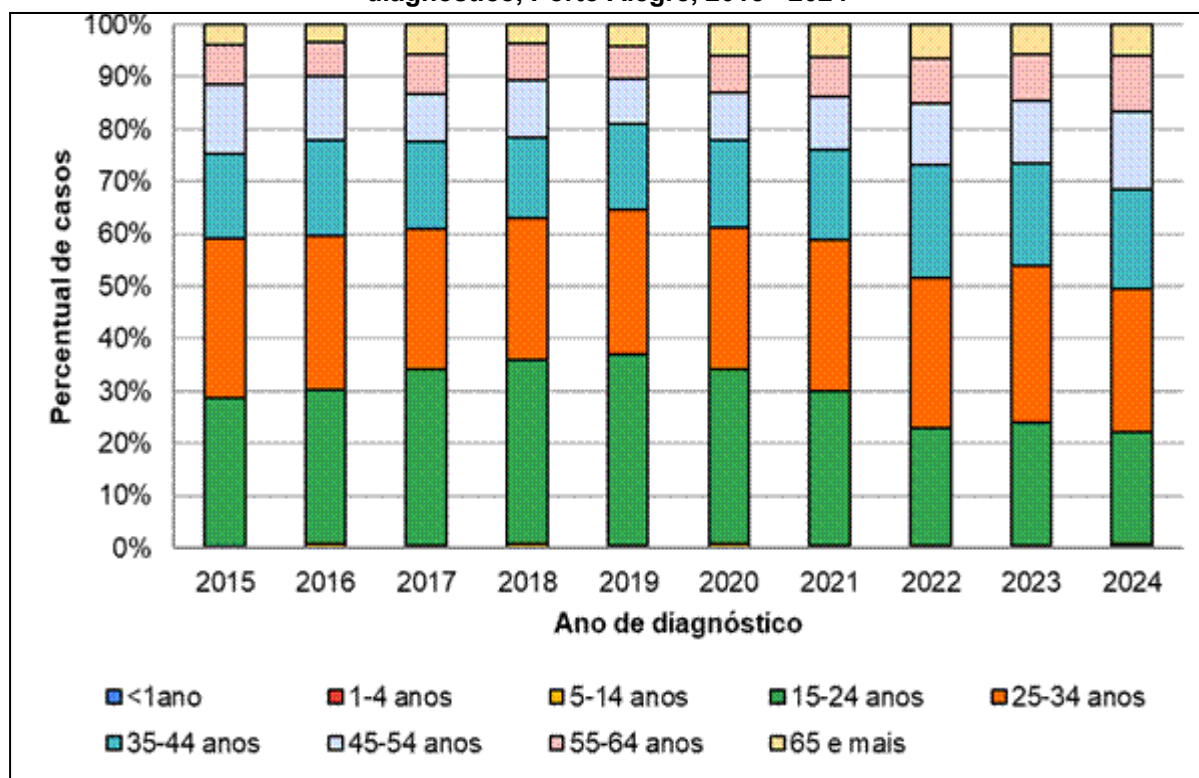
Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Em relação à faixa etária, o número absoluto é mais expressivo na população de 25 a 34 anos de idade, chegando a 28% dos casos de 2024, como mostra o gráfico abaixo. É importante ressaltar que, ao longo da série histórica, houve um aumento significativo da doença entre adolescentes e jovens de 15 a 19 anos,

evidenciando a necessidade de ações de educação sexual em locais estratégicos, como escolas e universidades.

Nos últimos dez anos, foram registrados 21 casos de sífilis adquirida em crianças de 0 a 9 anos, configurando abuso sexual. Nessas situações são realizadas investigações específicas, em parceria com o setor responsável pela violência interpessoal/autoprovocada, além da realização de fóruns de discussão com os serviços de saúde envolvidos para definir encaminhamentos apropriados. Esses casos não estão representados no gráfico abaixo devido à baixa representatividade nessa faixa etária.

Gráfico 55: Distribuição percentual de casos de sífilis adquirida segundo faixa etária e ano de diagnóstico, Porto Alegre, 2015 - 2024



Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Quando analisado o número de casos de sífilis adquirida distribuídos por distrito de saúde de residência e sexo, em 2024, observa-se que o distrito Centro foi o que mais realizou diagnóstico de sífilis adquirida, somando 189 casos em homens e mulheres. O mesmo distrito também foi o que mais realizou diagnóstico em homens. Já entre as mulheres, o distrito de saúde Leste foi quem apresentou o maior número de diagnósticos de sífilis no sexo feminino na tabela abaixo.

Tabela 23: Número de casos de sífilis adquirida, por distrito de saúde de residência e sexo, Porto Alegre, 2024

Distrito de saúde	Mulheres	Homens	Total
Centro	40	149	189
Centro Sul	39	38	77
Cristal	11	7	18
Cruzeiro	26	29	55
Eixo Baltazar	43	46	89
Extremo Sul	11	17	28
Glória	22	14	36
Humaitá Navegantes	19	25	44
Ilhas	1	2	3
Leste	65	49	114
Lomba do Pinheiro	26	26	52
Nordeste	42	25	67
Noroeste	27	43	70
Norte	41	33	74
Partenon	64	71	135
Restinga	46	54	100
Sul	16	27	43
Não identificado	53	69	122
Total	592	724	1.316

Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan NET. Atualizado em 26/05/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Sífilis em gestante e sífilis congênita

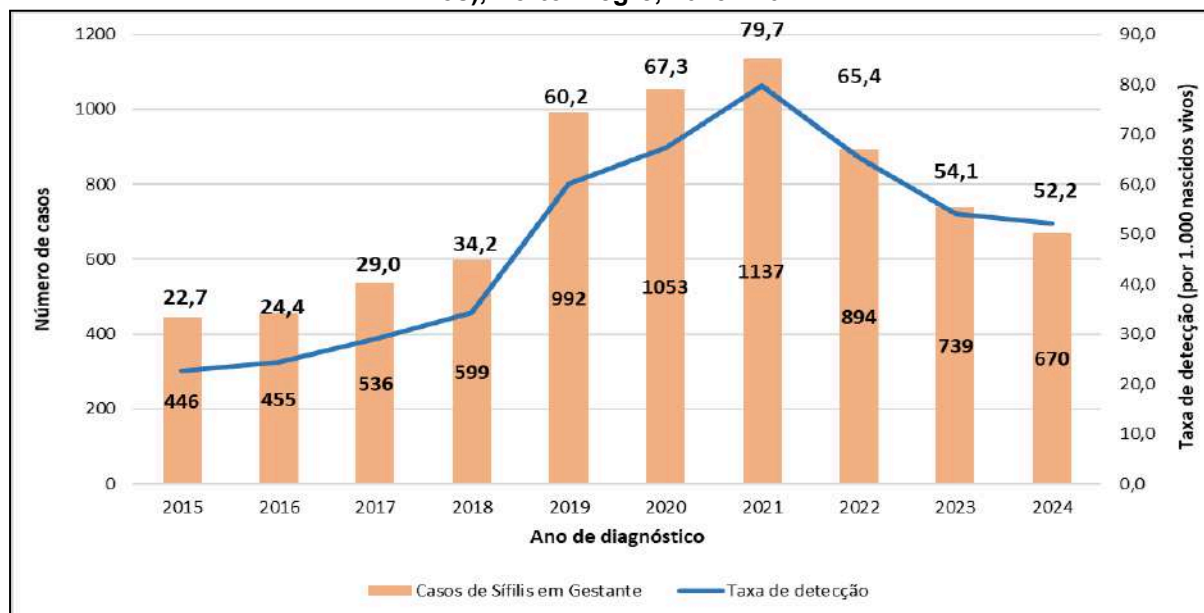
A vigilância da sífilis congênita é realizada em Porto Alegre desde o ano de 1995 e da sífilis em gestante desde 2007.

Em 2019, a OPAS divulgou uma política visando a eliminação de 30 doenças transmissíveis e condições relacionadas até 2030 nas Américas. A meta de eliminação da sífilis congênita é de uma taxa de incidência menor ou igual a 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos. Contudo, segundo o Boletim Epidemiológico da sífilis do Ministério da Saúde de 2024, onde foram apresentados os dados do ano de 2023, a média nacional foi de 9,9 casos por 1.000 nascidos vivos. Todas as regiões do Brasil aumentaram seus casos de sífilis em gestante e congênita, de acordo com esse mesmo Boletim quando apresentadas as séries históricas de 2013 a 2023, com queda em 2020, mas que se eleva novamente no ano seguinte. Porto Alegre é a sexta capital com a maior taxa de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita em 2023.

No final de 2017, o MS alterou os critérios de notificação da sífilis. No que se refere à gestante, houve o aumento expressivo do número de casos considerando a notificação de puérperas, a partir da notificação de sífilis congênita. Na sífilis congênita, o não tratamento ou o tratamento inadequado do parceiro deixou de ser considerado critério para a notificação. Esta alteração pode ter impactado no número

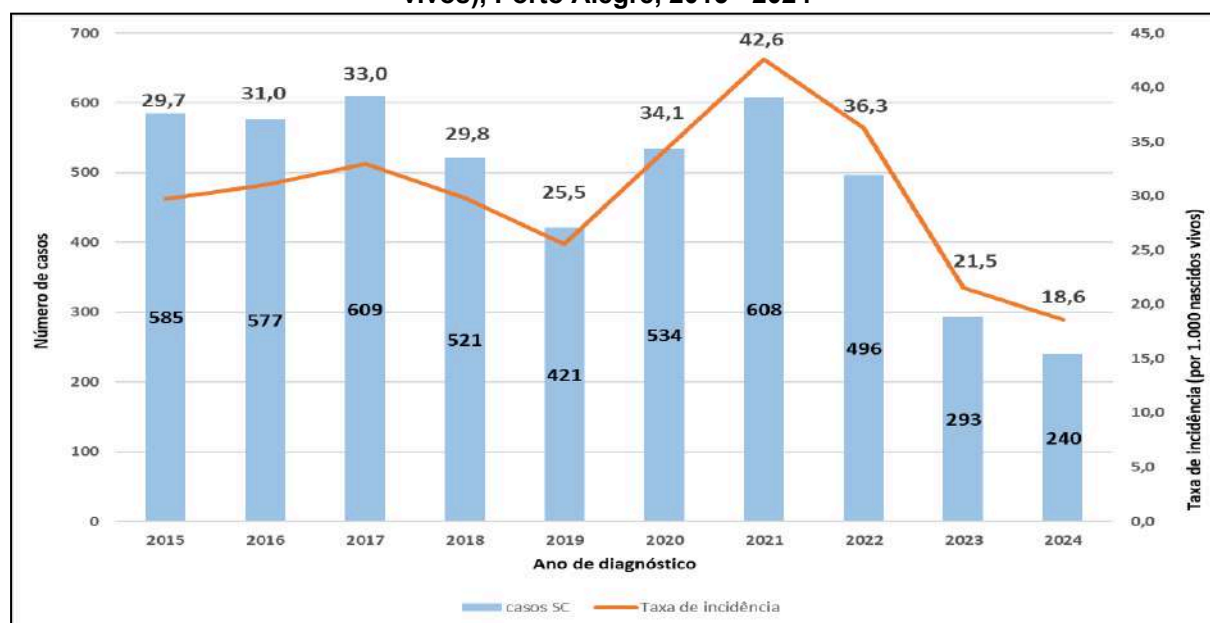
de casos, pois ficou menos sensível, ainda assim, a taxa de detecção aumentou em 2020 mas desde de 2021 há a tendência de queda que estaria atribuída às diversas ações e políticas públicas no âmbito municipal.

Gráfico 56: Número de Casos e taxa de detecção de sífilis gestacional (por 1.000 nascidos vivos), Porto Alegre, 2015 - 2024



Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – Data da Consulta 16/06/2025 - Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Gráfico 57: Número de casos e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), Porto Alegre, 2015 - 2024



Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – Data da Consulta 16/06/2025 - Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Em relação ao número de casos de sífilis gestacional por Coordenadoria de Saúde (CS) e Distritos Sanitários (DS), em 2024 a CS Leste tem o maior número de

casos, que corresponde a 35,8% do total. Os DS com o maior número de casos respectivamente são: Leste, Partenon, Restinga e Norte.

Na análise de cor ou raça, o número de gestantes negras corresponde a 44,6% do total de casos, destacando que apenas 26% da população do município se autodeclara negra. A faixa etária predominante das gestantes com sífilis é de 20 a 34 anos, e corresponde a 78,4% dos casos.

Tabela 24: Número de casos de sífilis em gestantes, por cor ou raça, por Coordenadoria de Saúde e Distrito Sanitário, 2024.

Coordenadoria de Saúde	Distrito Sanitário	2024					Total
		BR	NR	AM	ID	IG	
Leste 240	Leste	41	37	0	0	0	78
	Lomba do Pinheiro	31	22	0	0	1	54
	Nordeste	19	19	0	0	0	38
	Partenon	31	38	0	0	1	70
Norte 153	Eixo Baltazar	27	18	0	0	0	45
	Humaitá Navegantes	15	8	1	0	0	24
	Ilhas	0	1	0	0	0	1
	Noroeste	15	7	0	0	0	22
Oeste 112	Norte	39	22	0	0	0	61
	Centro	9	12	0	0	0	21
	Cristal	15	8	0	0	0	23
	Cruzeiro	14	19	0	0	0	33
Sul 165	Glória	21	14	0	0	0	35
	Centro-sul	27	25	0	0	0	52
	Extremo Sul	16	5	0	0	0	21
	Restinga	32	34	1	0	1	68
Total		362	299	2	0	4	670

Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – Data da Consulta 16/06/2025 - Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Os casos de sífilis congênita pela Coordenadoria de Saúde (CS) e Distritos Sanitários (DS) em 2024 também são mais elevados na CS Leste, mas a CS Oeste ocupa a segunda posição. Os DS com o maior número de casos respectivamente são: Leste, Partenon, Glória e Norte.

Tabela 25: Número de casos de sífilis congênita, por Coordenadoria de Saúde e Distrito Sanitário, 2024

Coordenadoria de Saúde	Distrito Sanitário	2024
Leste 77	Leste	26
	Lomba do Pinheiro	13
	Nordeste	16
	Partenon	22
Norte 54	Eixo-Baltazar	19
	Humaitá Navegantes	8
	Ilhas	0
	Noroeste	7
Oeste 65	Norte	20
	Centro	15
	Cristal	11

	Cruzeiro	17
	Glória	22
	Centro Sul	19
Sul	Extremo Sul	5
44	Restinga	10
	Sul	10
Total		240

Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – Data da Consulta 16/06/2025 - Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

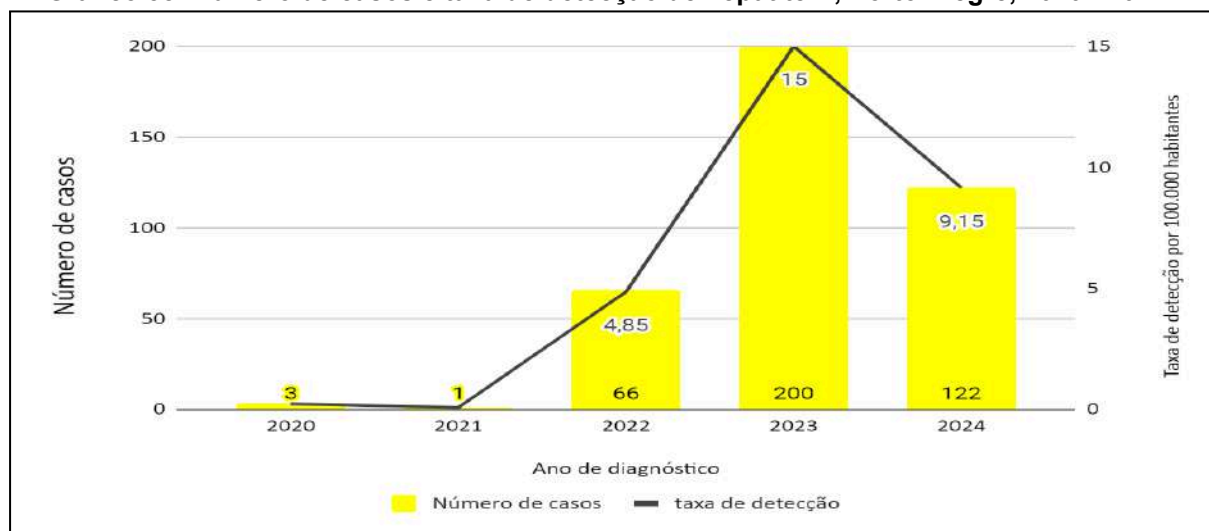
Hepatites virais

Ao analisar o período que compreende os últimos cinco anos (2020 a 2024), o Município de Porto Alegre notificou 5736 casos de hepatites virais, sendo 392 casos de hepatite A (6,8%), 1038 casos de hepatite B (18,1%) e 4.306 casos de hepatite C (75,1%).

Hepatite A

No ano de 2023, Porto Alegre vivenciou um surto de hepatite A, cuja transmissão é fecal oral, podendo ocorrer devido ao contato com água ou alimentos contaminados, exposição a baixos níveis de saneamento básico e de higiene pessoal e relação sexual desprotegida (contato boca/ânus). Em mais de 90% dos casos notificados, a fonte ou mecanismo de infecção foi ignorado, o que dificulta a identificação da principal forma de transmissão, conforme mostra o gráfico abaixo.

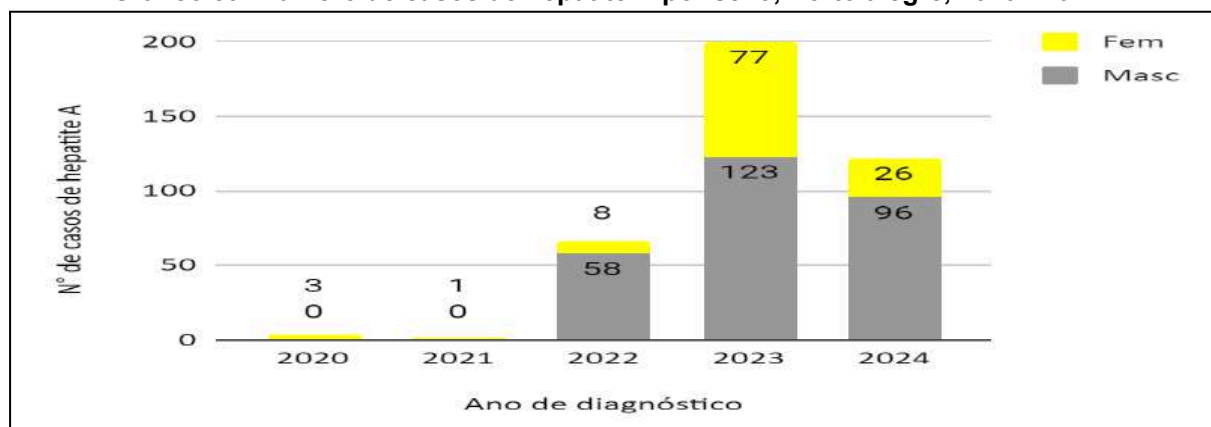
Gráfico 58: Número de casos e taxa de detecção de hepatite A, Porto Alegre, 2020 - 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 03/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados. obs.: Fonte dos dados para cálculo das taxas de detecção de 2020 a 2022 - Censo 2010 e de 2023 a 2024 - Censo 2022.

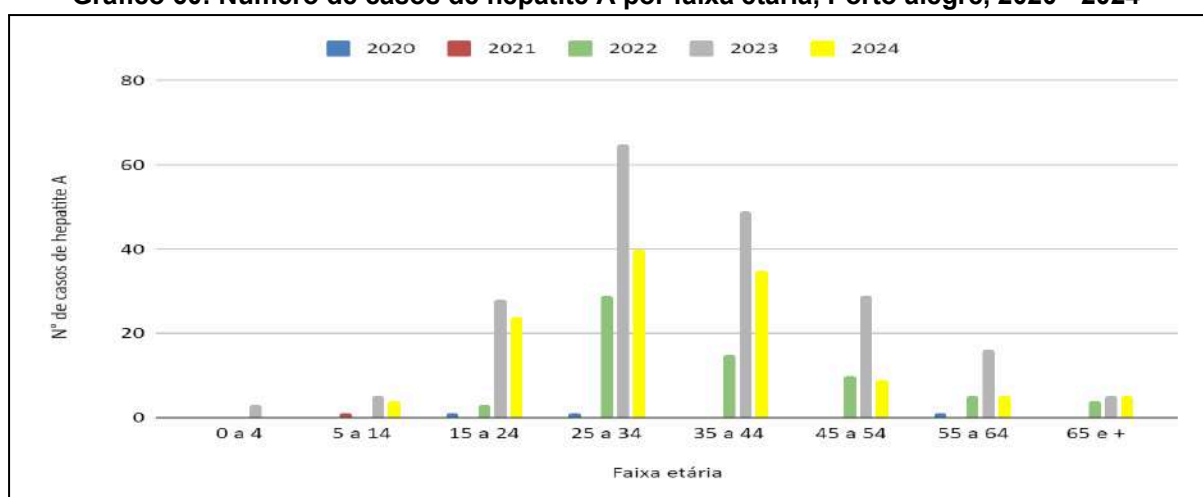
Ao longo da série histórica analisada, o sexo masculino representou a maioria dos casos e a faixa etária mais atingida foi a de 25 a 34 anos.

Gráfico 59: Número de casos de hepatite A por sexo, Porto alegre, 2020 - 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 03/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

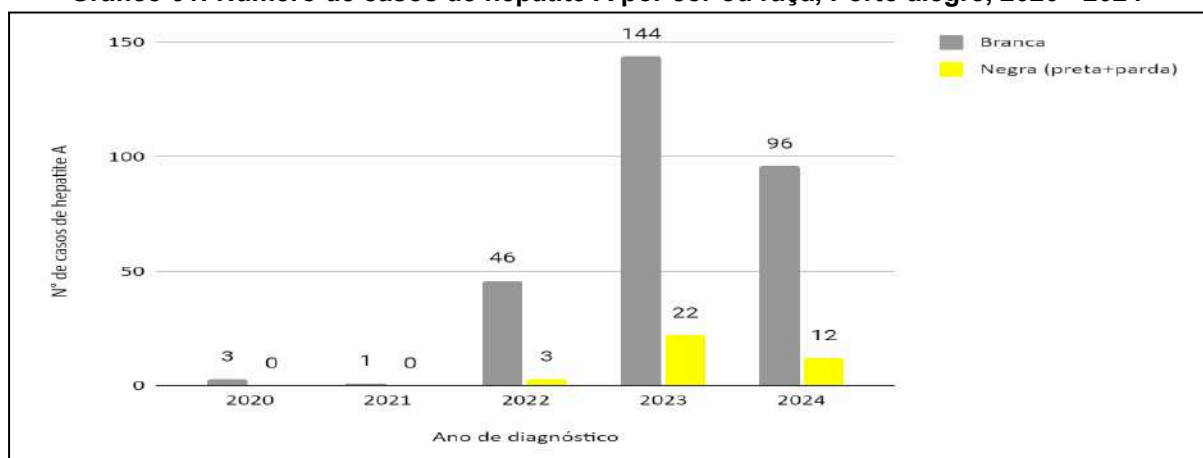
Gráfico 60: Número de casos de hepatite A por faixa etária, Porto alegre, 2020 - 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 03/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

A cor ou raça branca constituiu o maior número de casos notificados entre os anos de 2020 a 2024.

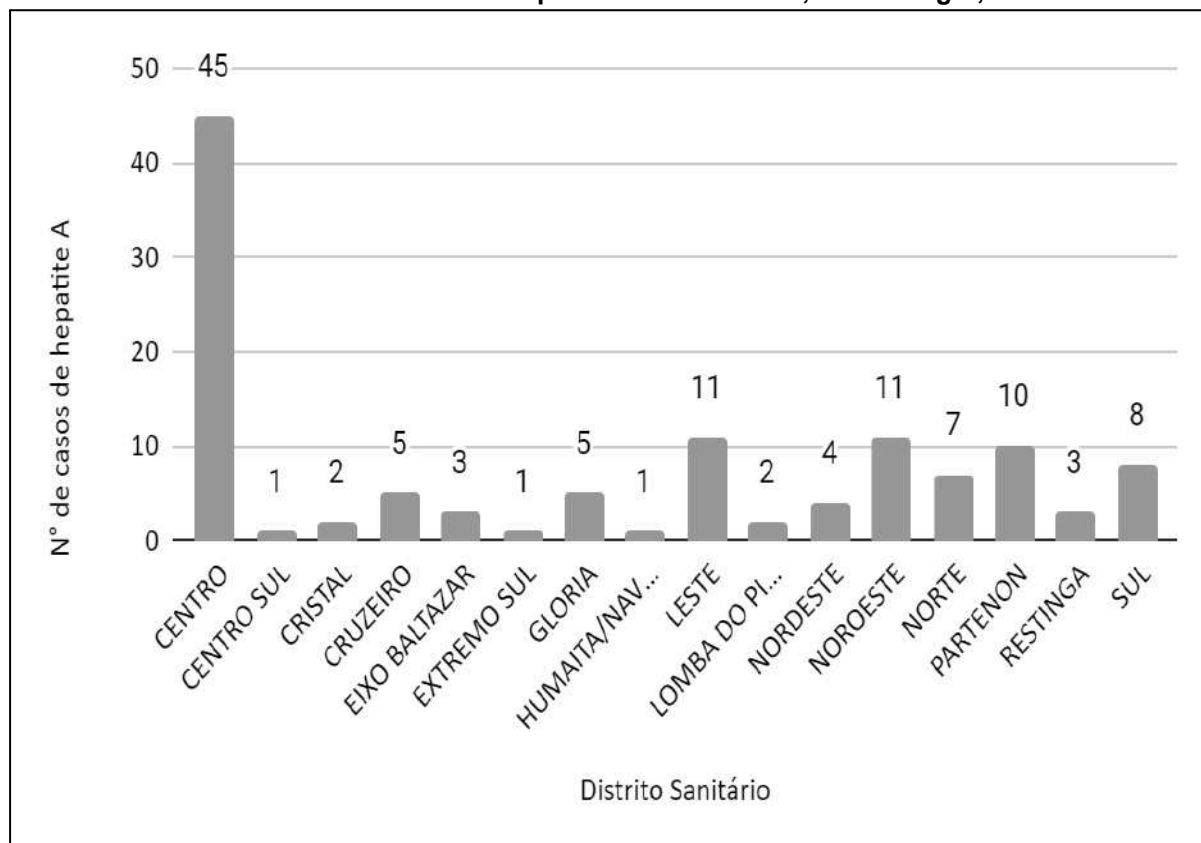
Gráfico 61: Número de casos de hepatite A por cor ou raça, Porto alegre, 2020 - 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 03/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Em 2024, o Distrito Sanitário Centro concentrou o maior número de casos, ano em que a Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis (EVDT) passou a analisar os registros por Distritos Sanitários, em substituição às Coordenadorias de Saúde, conforme mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 62: Número de casos por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2024



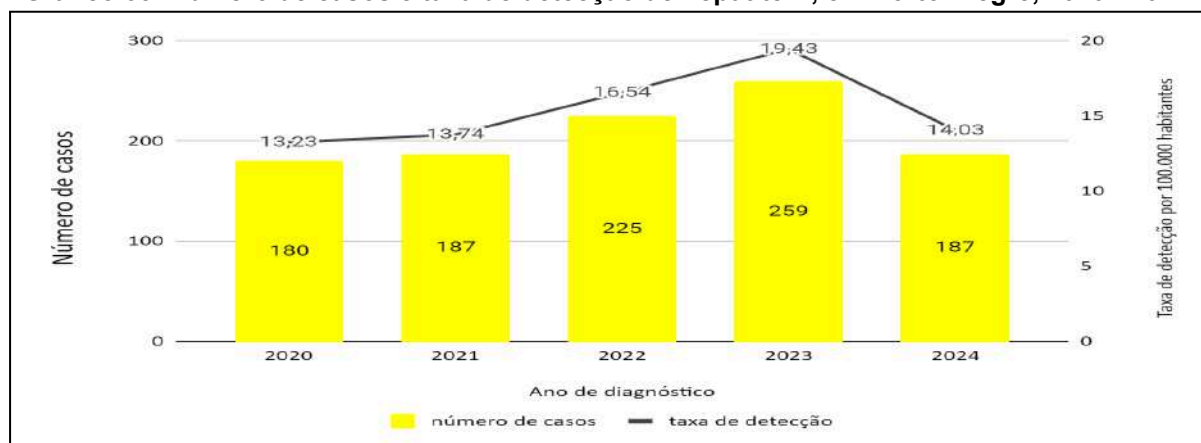
Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 03/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Hepatite B

Porto Alegre apresentou uma elevação no número de casos de hepatite B até o ano de 2023, entretanto em 2024 houve um decréscimo significativo, passo fundamental na meta global de eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030.

É importante destacar que, a partir de novembro de 2024, Porto Alegre passou a notificar a hepatite B em gestantes a cada gestação, conforme a NT nº 10/24, emitida pelo Estado em consonância com o pacto nacional para a eliminação da transmissão vertical desse agravo, como mostra o gráfico abaixo.

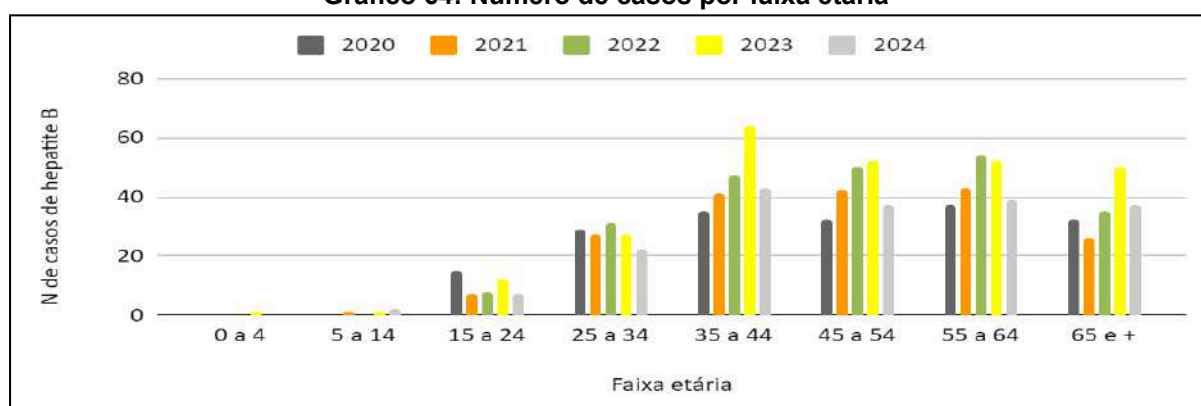
Gráfico 63: Número de casos e taxa de detecção de hepatite B, em Porto Alegre, 2020 - 2024



Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan-NET. Atualizado em 03/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados. Obs.: Para cálculo das taxas de detecção de 2020 a 2022, utilizando dados do Censo 2010; e de 2023 a 2024, utilizando dados do Censo 2022.

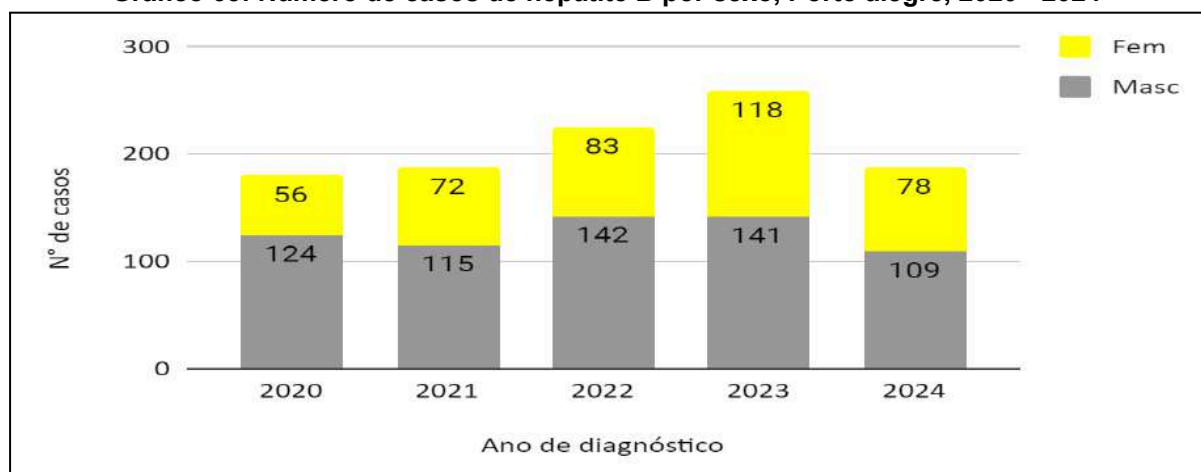
As faixas etárias mais acometidas foram a de 35 a 44 anos, 45 a 54 e 55 a 64 anos, com grande proximidade entre as mesmas. O sexo masculino predominou em toda série histórica.

Gráfico 64: Número de casos por faixa etária



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 03/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

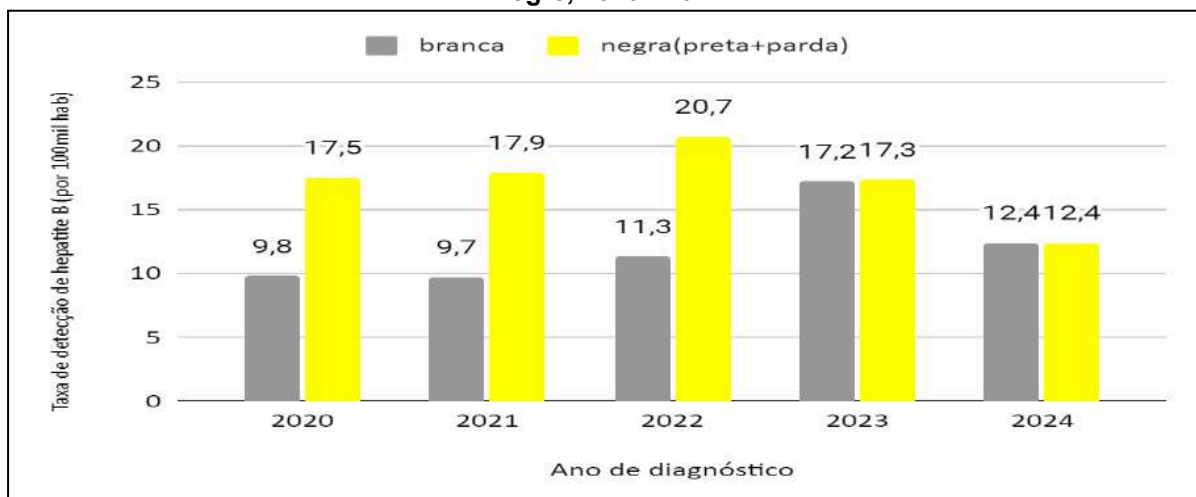
Gráfico 65: Número de casos de hepatite B por sexo, Porto alegre, 2020 - 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 03/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

A cor ou raça negra (preta e parda), proporcionalmente, representou a maioria dos casos entre os anos de 2020 e 2022, igualando-se à cor ou raça branca em 2023 e 2024, conforme mostra o gráfico abaixo.

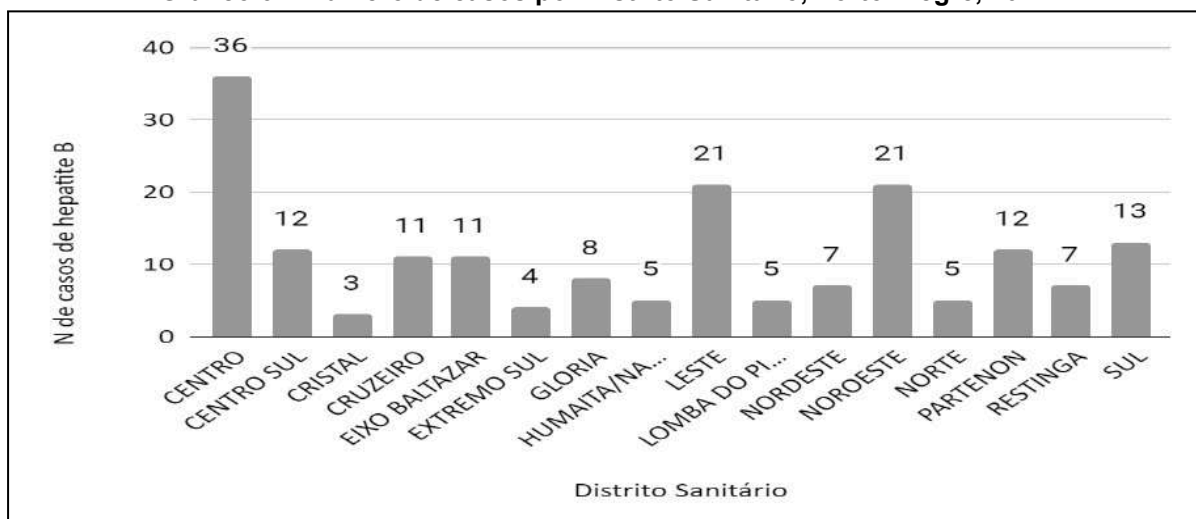
Gráfico 66: Taxa de detecção de hepatite B segundo cor ou raça (por 100mil hab), Porto Alegre, 2020 - 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 03/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

No ano de 2024, o Distrito Sanitário Centro se destacou com o maior número de casos de hepatite B, seguido pelos distritos Leste e Noroeste, conforme mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 67: Número de casos por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2024



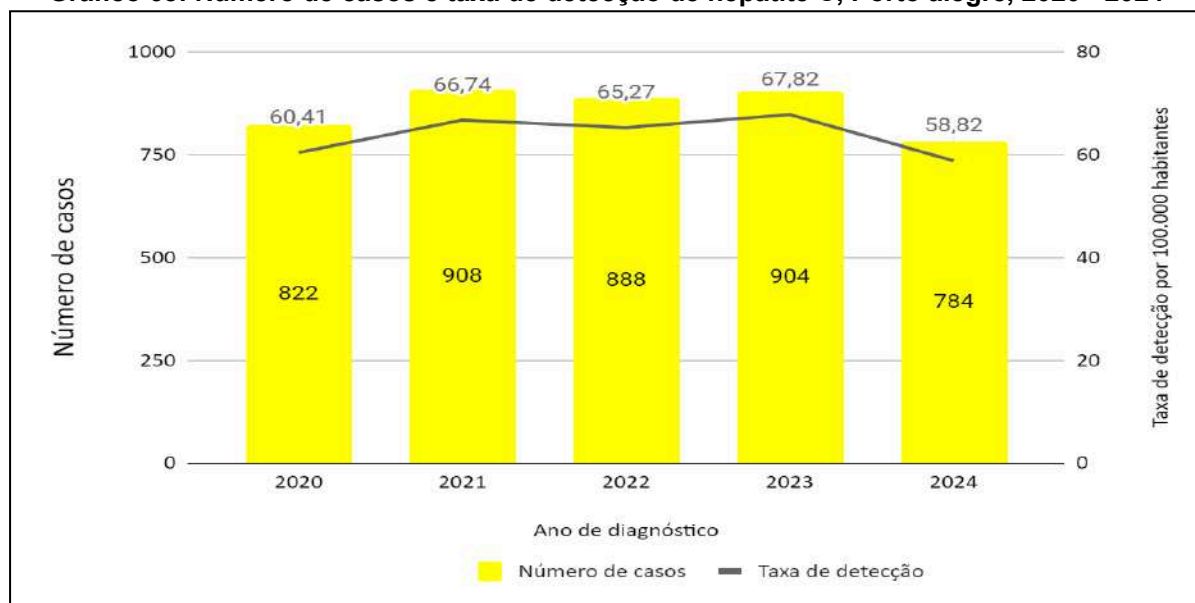
Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 03/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Hepatite C

O Município de Porto Alegre permanece em primeiro lugar entre as capitais no ranking nacional de casos de hepatite C, segundo o Boletim Epidemiológico de

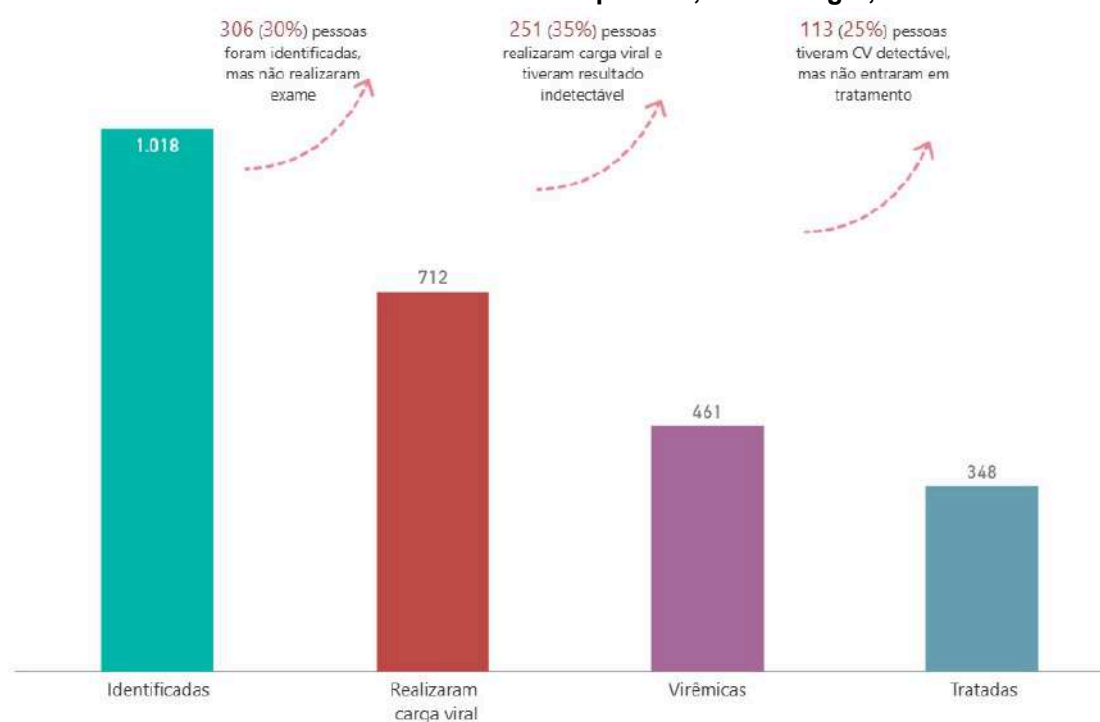
Hepatites Virais do Ministério da Saúde, publicado em julho de 2024. No entanto, no último ano analisado, observou-se uma redução no número de casos, possivelmente em razão dos avanços no tratamento, tanto na taxa de cura quanto na sua simplificação, conforme mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 68: Número de casos e taxa de detecção de hepatite C, Porto alegre, 2020 - 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 03/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados. obs.: Fonte dos dados para cálculo das taxas de detecção de 2020 a 2022 - Censo 2010 e de 2023 a 2024 - Censo 2022.

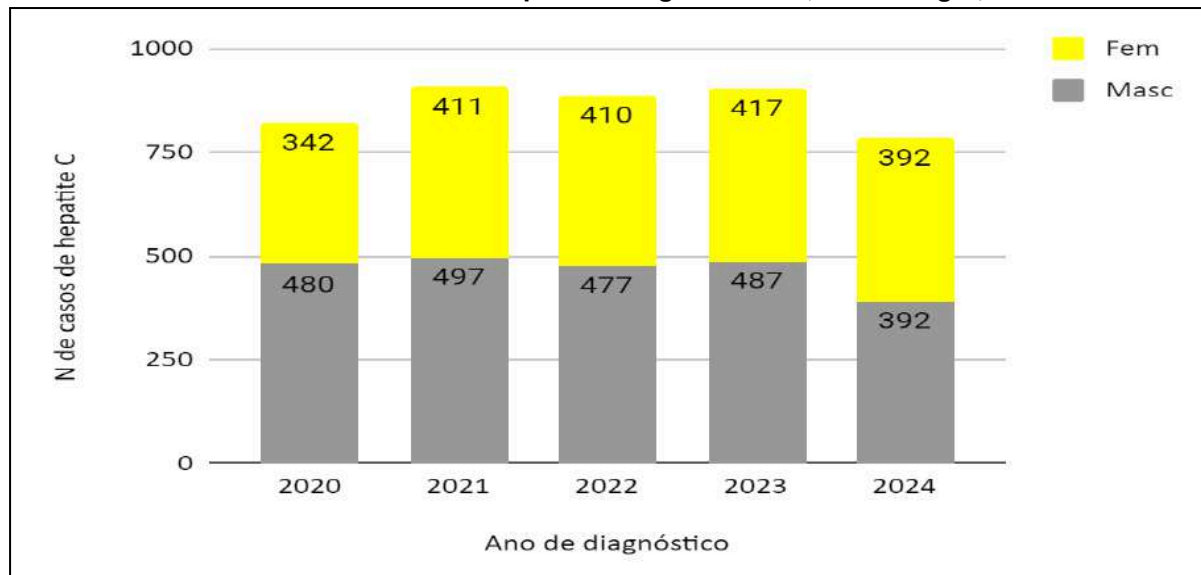
Gráfico 69: Cascata da hepatite C, Porto Alegre, 2023



Fonte: PowerBI do Gov.BR, "Painel de Monitoramento de Hepatites B e C".
<https://www.gov.br/aid/pt-br/indicadores-epidemiologicos/painel-de-monitoramento-de-hepatites-b-e-c>

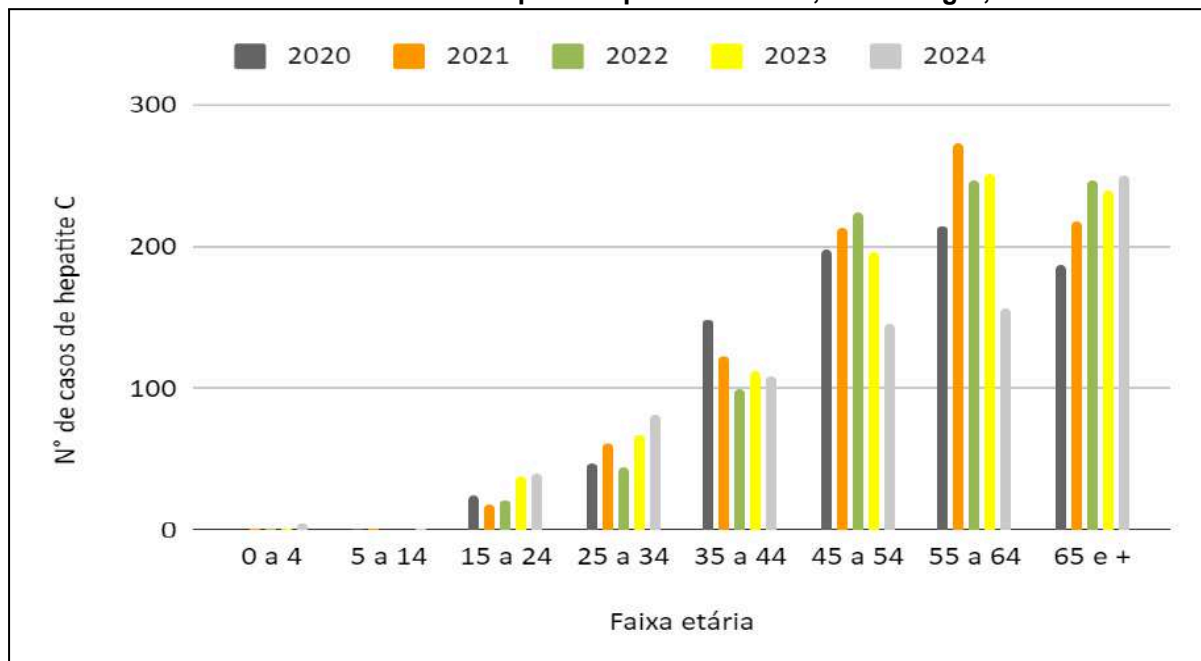
O sexo masculino predominou na série histórica analisada, porém no ano de 2024 os sexos feminino e masculino se equilibraram. A faixa etária mais acometida foi a de 55 a 64 anos.

Gráfico 70: Número de casos de hepatite C segundo sexo, Porto alegre, 2020 - 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 03/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

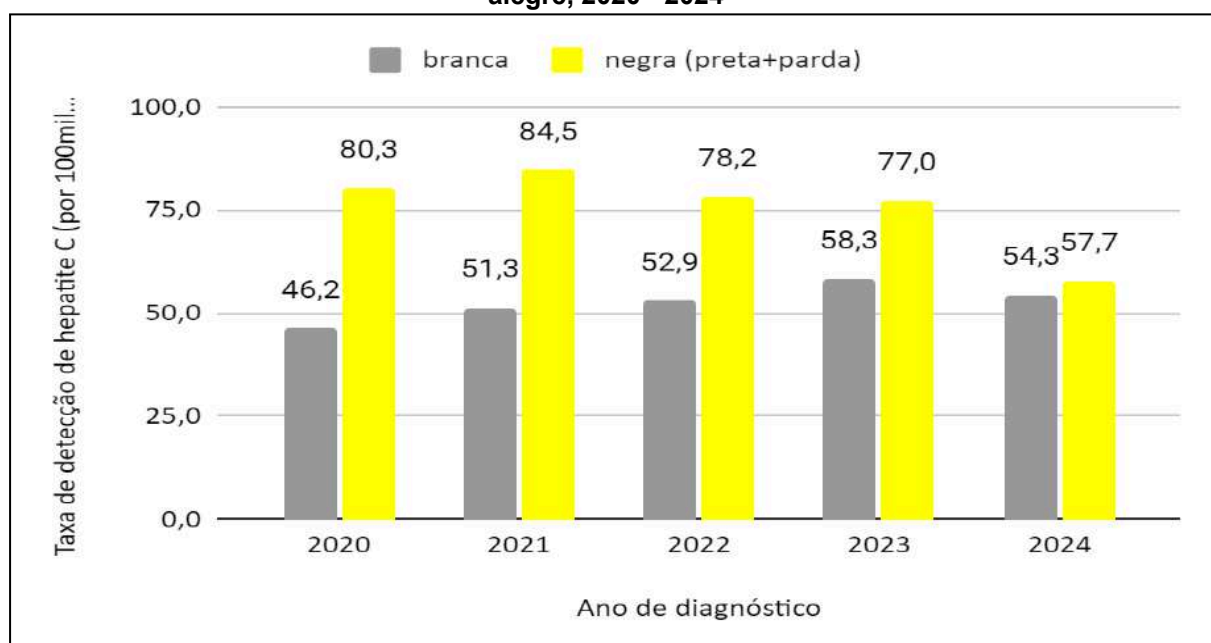
Gráfico 71: Número de casos de hepatite C por faixa etária, Porto alegre, 2020 - 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 03/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Proporcionalmente, a cor ou raça negra foi a mais atingida nos últimos cinco anos; contudo, observa-se uma diminuição da disparidade ao longo da série histórica, conforme mostra o gráfico abaixo.

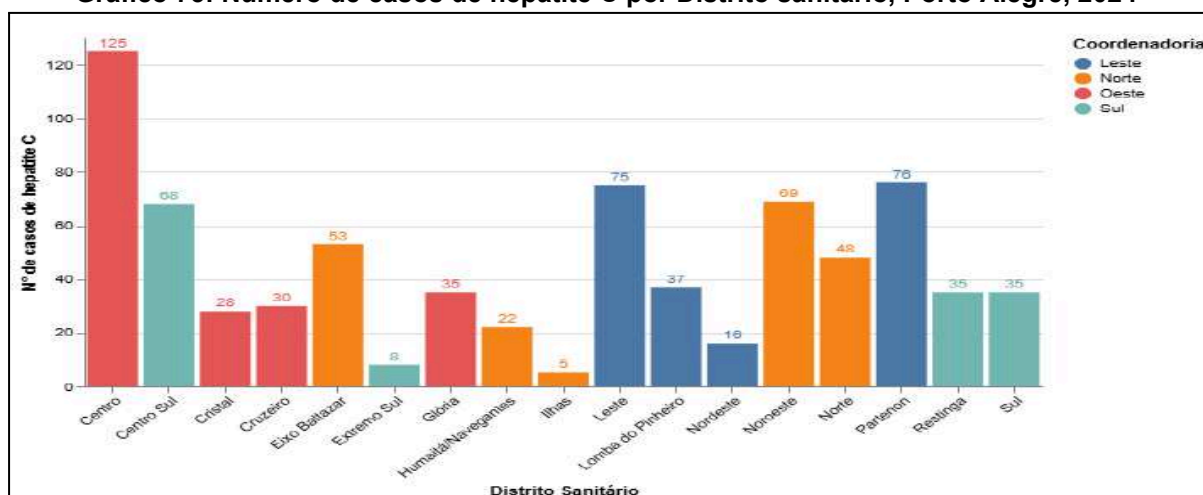
Gráfico 72: Taxa de detecção de hepatite C segundo cor ou raça (por 100 mil hab), Porto alegre, 2020 - 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 03/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

No ano de 2024, o Distrito Sanitário Centro concentrou o maior número de casos, seguido dos Distritos Partenon e Leste, conforme mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 73: Número de casos de hepatite C por Distrito sanitário, Porto Alegre, 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 03/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Toxoplasmose gestacional e congênita

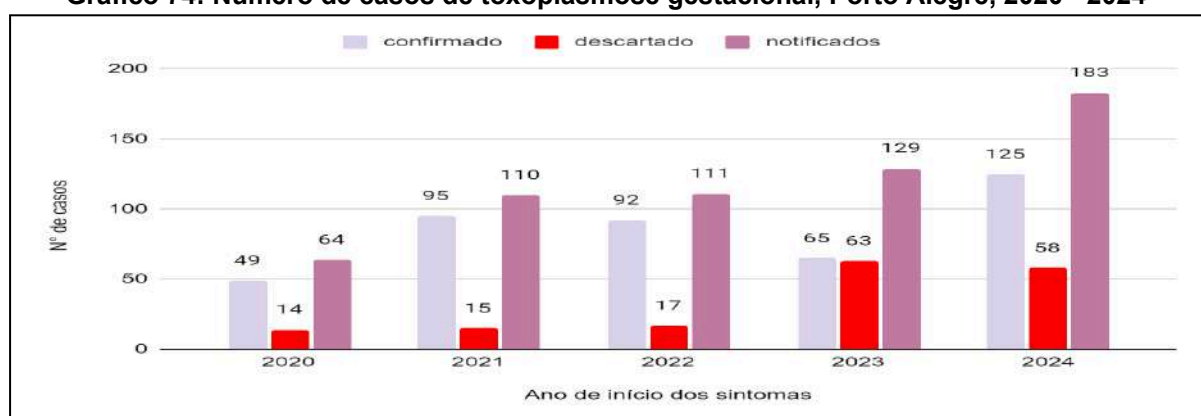
A toxoplasmose gestacional e congênita passou a ser considerada Doença de Notificação Compulsória, através da publicação da Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.

No Município de Porto Alegre, a vigilância epidemiológica desse agravo nas gestantes e crianças iniciou sua implantação em 2019. Para fins de notificação, são considerados todos os casos suspeitos, prováveis e confirmados.

Ao analisar a série histórica dos últimos cinco anos (2020 a 2024), verifica-se um aumento progressivo no número de casos notificados, possivelmente em razão da intensificação do monitoramento das fontes notificadoras e vigilância plena.

Porto Alegre teve 597 casos notificados de toxoplasmose gestacional entre 2020 e 2024, dos quais 426 foram confirmados, 167 descartados e 4 inconclusivos, conforme mostra o gráfico abaixo.

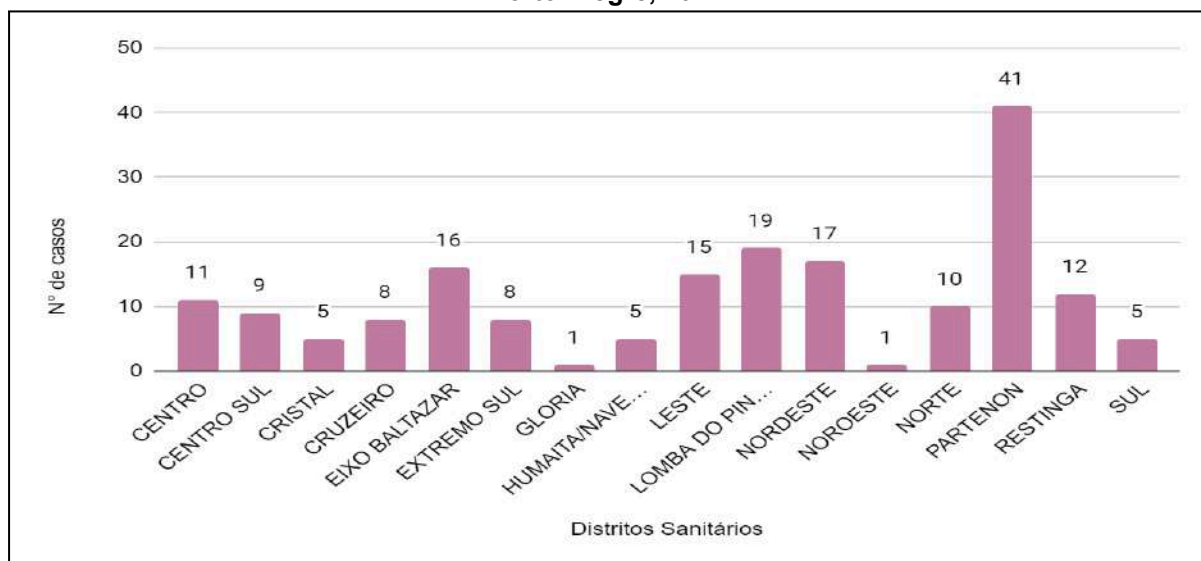
Gráfico 74: Número de casos de toxoplasmose gestacional, Porto Alegre, 2020 - 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 10/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Em 2024, o Distrito Sanitário Partenon se destacou com o maior número de casos de toxoplasmose gestacional, conforme mostra o gráfico abaixo.

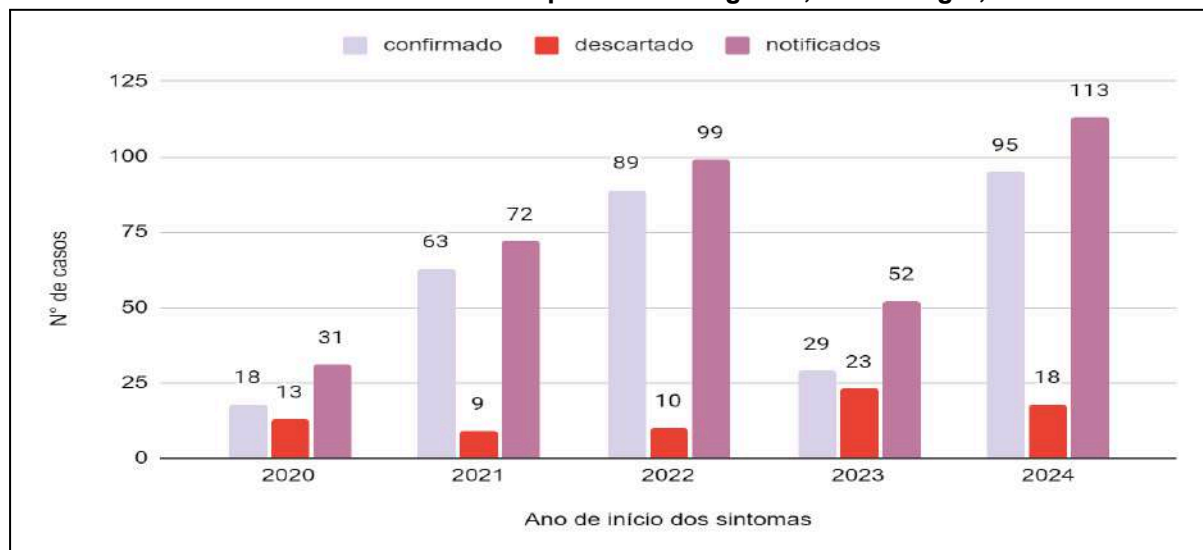
Gráfico 75: Número de casos notificados de toxoplasmose gestacional por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 10/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Nos últimos cinco anos, o Município de Porto Alegre notificou 367 casos de toxoplasmose congênita, dos quais 294 foram confirmados e 73 descartados, conforme mostra o gráfico abaixo.

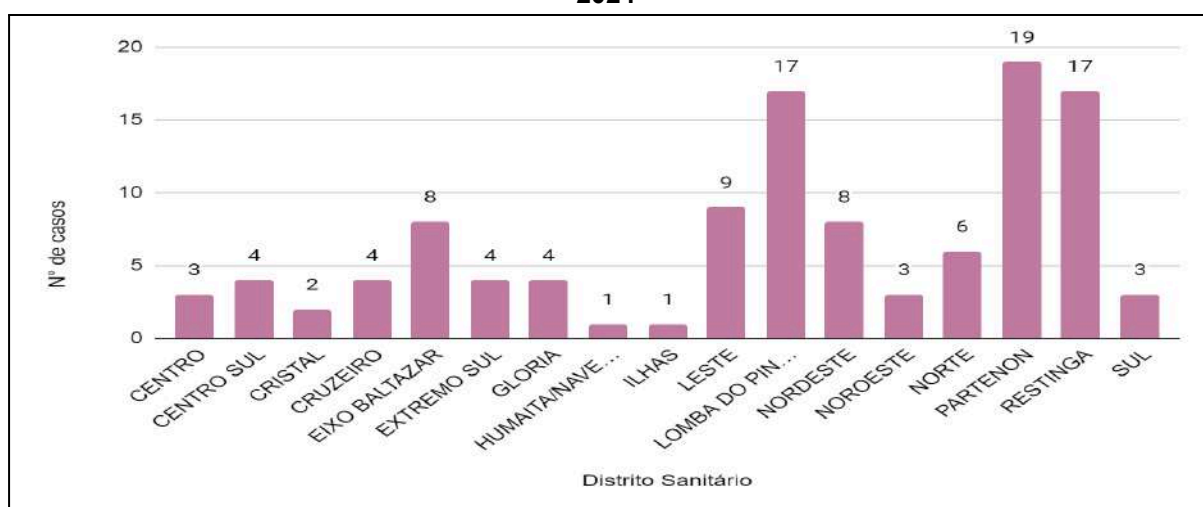
Gráfico 76: Número de casos de toxoplasmose congênita, Porto Alegre, 2020 - 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 10/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

No ano de 2024, o Distrito Sanitário com maior número de casos notificados foi o Partenon, seguido dos Distritos Restinga e Lomba do Pinheiro, conforme mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 77: Número de casos de toxoplasmose congênita por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 10/06/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Mpox

A Mpox é uma doença viral zoonótica, causada pelo vírus Mpox, cujo reservatório ainda é desconhecido. O nome Mpox foi adotado oficialmente pela Organização Mundial da Saúde em novembro de 2022, visando o uso de uma nomenclatura eticamente aceitável, evitando a associação aos primatas não-humanos que comprovadamente não são reservatórios da doença. O vírus e seus clados também foram renomeados: vírus Mpox, clados 1 e 2. Em maio de 2022, foram identificados, pela primeira vez, surtos na Europa e em outros países não-endêmicos, sem associação com viagens ou contato com animais. No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em junho de 2022 e entre a Semana Epidemiológica (SE) 22 de 2022 até a SE 32 de 2024, foram notificados 12.215 casos confirmados e prováveis. Quando analisado somente o ano de 2024, foram registrados 709 (5,8%) casos, sendo a ocorrência predominantemente na região Sudeste, principalmente nos estados de São Paulo 344 casos e Rio de Janeiro 173 casos.

Em Porto Alegre no ano de 2022 foram notificados 995 casos suspeitos de Mpox destes 195 confirmados. Em 2023 o número foi de 164 casos suspeitos e 6 confirmados e em 2024 foram 129 casos suspeitos e 11 confirmados.

O período de incubação varia de 6 a 16 dias, em média, podendo chegar a 21 dias. Os casos recentemente detectados apresentaram uma preponderância de lesões nas áreas genital e anal e acometimento de mucosas (oral, retal e uretral). A doença geralmente evolui com sinais e sintomas leves, porém algumas pessoas, especialmente aquelas com imunossupressão, podem desenvolver formas graves. A manifestação cutânea típica é papulovesicular, precedido ou não de febre e de linfadenopatia (inchaço dos gânglios). Outros sintomas incluem dor de cabeça, dores musculares, dores nas costas, calafrios e exaustão.

As erupções podem acometer regiões como face, boca, tronco, mãos, pés ou qualquer outra parte do corpo, incluindo as regiões, genital e anal. Na pele, podem aparecer manchas vermelhas sobre as quais surgem vesículas (bolhas) com secreção; posteriormente, essas vesículas se rompem, formando uma crosta que evolui para cura.

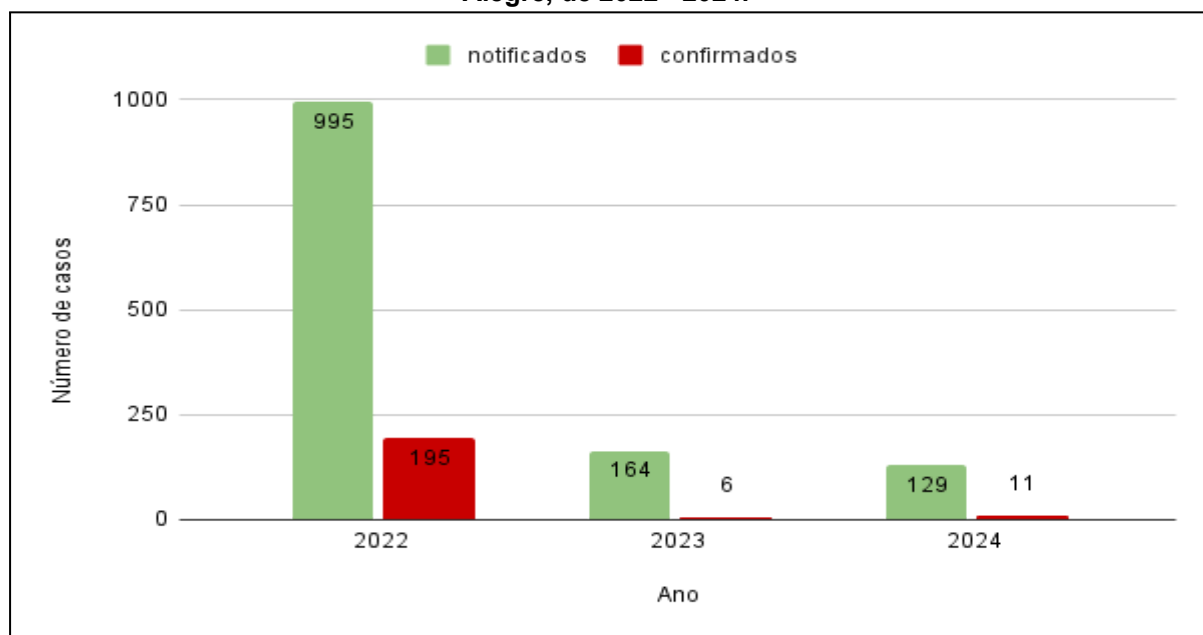
A evolução para a forma grave da doença pode estar relacionada a fatores como imunossupressão, dentre elas a coinfeção com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

A transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio de contato pessoal próximo, incluindo: contato direto com lesões de pele, erupções cutâneas,

crostas ou fluidos corporais de uma pessoa infectada; contato íntimo ou sexual; contato com objetos e superfícies contaminadas; e contato com secreções respiratórias.

A transmissão ocorre desde o aparecimento dos sinais e sintomas até a erupção de pele ter cicatrizado completamente, com a formação de uma nova camada de pele.

Gráfico 78: Número de casos de Mpox Notificados e Confirmados de Residentes em Porto Alegre, de 2022 - 2024.



Fonte: Redcap e e-SUS- sinsn atualizado em 15/07/2025 dados sujeitos a alteração devido a inserção diária de casos.

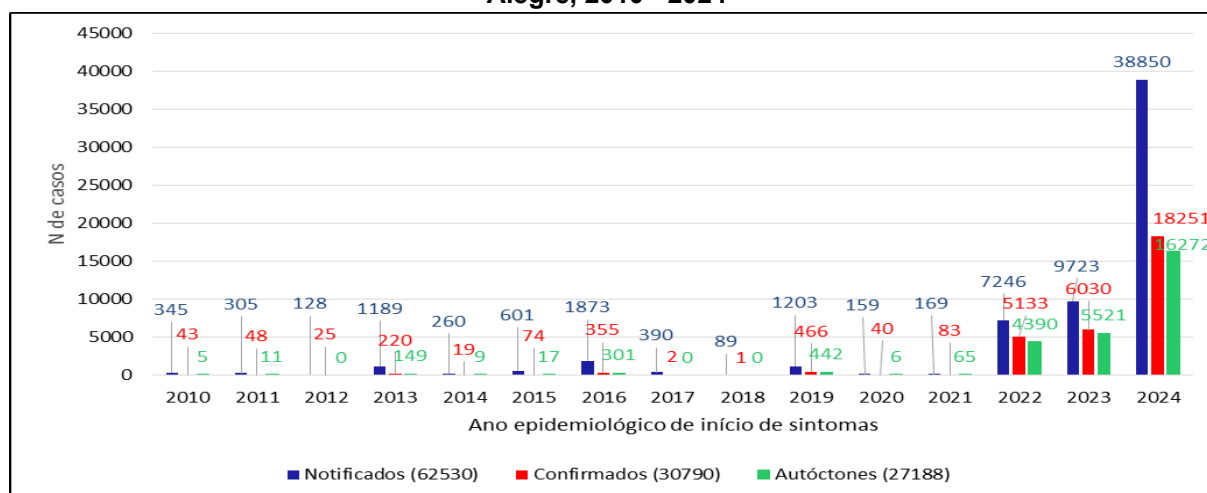
Conforme observado no gráfico acima, o número de casos de Mpox notificados e confirmados na cidade de Porto Alegre apresentou queda após o ano de 2022.

Dengue/Zika/Chikungunya

As arboviroses dengue, zika e chikungunya são Doenças de Notificação Compulsória. Porto Alegre convive com o vetor transmissor destes vírus (*Aedes aegypti*) desde 2001. No entanto, os primeiros casos de dengue na cidade foram identificados em 2010. O primeiro grande surto de dengue em Porto Alegre ocorreu em 2013. Desde então, a cidade vivenciou outros surtos, paulatinamente maiores, em 2016 e 2019. A partir de 2022, vem ocorrendo epidemias de dengue, sendo a de 2024 a epidemia com maior número de casos confirmados.

O gráfico a seguir demonstra o comparativo dos casos notificados, confirmados e autóctones de dengue desde 2010 a 2024, entre residentes de Porto Alegre.

Gráfico 79: Série histórica de casos de dengue notificados, confirmados e autóctones, Porto Alegre, 2010 - 2024

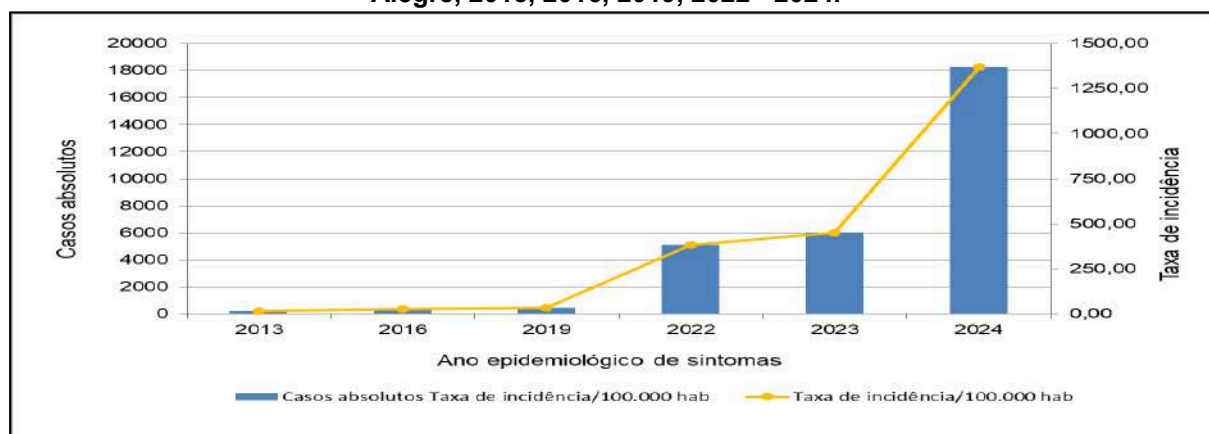


Fonte: Sinan Net, Sinan Dengue on line e Sentinela/Procempa. Dados a partir de 2022 atualizados em 07/7/2025, sujeitos à revisão.

Em 2025, até a SE 27 (29/12/2024 a 05/07/2025), foram confirmados 16.289 casos de dengue (54.637 notificações de suspeita). O cenário em Porto Alegre acompanha o do Brasil, onde houve alta de casos prováveis de dengue a partir de 2022, especialmente em 2024.

O gráfico a seguir demonstra os casos confirmados e a taxa de incidência por 100 mil habitantes dos anos com surto e epidemia de dengue. Os surtos de dengue em Porto Alegre apresentaram comportamento bienal, até 2022, quando a cidade passou a enfrentar epidemias anuais. Antes de 2022, o ano de 2019 havia sido o ano com mais casos de dengue na cidade, com incidência acumulada de 34,9/100.000 habitantes. Em 2022, a incidência saltou para 385,1/100.000 habitantes, culminando com 1.369,3/100 mil habitantes em 2024. Até a SE 27 de 2025, a incidência acumulada é 1.222,1/100 mil habitantes.

Gráfico 80: Casos confirmados de dengue e taxa de incidência por 100.000 habitantes, Porto Alegre, 2013, 2016, 2019, 2022 - 2024.



Fonte: Sinan Net, Sinan Dengue on line e Sentinelinha/PROCEMPA. Dados a partir de 2022 atualizados em 07/7/2025, sujeitos à revisão.

Em relação à evolução dos casos confirmados, os primeiros óbitos por dengue em Porto Alegre ocorreram em 2022 (n=4), e desde então foram registrados anualmente: três em 2023, 11 em 2024 e 23 em 2025, até a SE 27. A maior parte das pessoas que foram a óbito por dengue possuía alguma condição patológica prévia.

Quanto à gravidade dos casos confirmados nos anos epidêmicos, em 2022 e 2023, seis casos foram classificados como dengue grave em cada ano; em 2024, 73 e em 2025, 28 (até SE 27).

A tabela a seguir expressa a distribuição dos casos confirmados de dengue por Distrito Sanitário de residência, nos anos epidêmicos.

Tabela 26: Casos confirmados de dengue por Distrito de Saúde, Porto Alegre, 2022 - 2025.

Distrito de Saúde	2022	2023	2024	2025*
Leste	2.167	149	1.797	1.812
Partenon	504	3.496	1.713	698
Centro	415	279	1.780	726
Centro Sul	343	82	832	417
Noroeste	271	99	1.211	1.617
Sul	226	51	886	239
Eixo Baltazar	162	62	969	3.383
Norte	149	130	1.121	1.622
Glória	140	221	1127	662
Cristal	128	121	410	302
Nordeste	128	57	660	1.204
Cruzeiro	100	141	540	280
Lomba do Pinheiro	93	112	589	311
Humaitá Navegantes	70	41	613	232
Restinga	59	99	1.647	183
Extremo Sul	57	18	281	68
Ilhas	5	71	49	25
Ignorado	26	801	2.026	2.364
Total	5.133	6.030	18.251	16.145

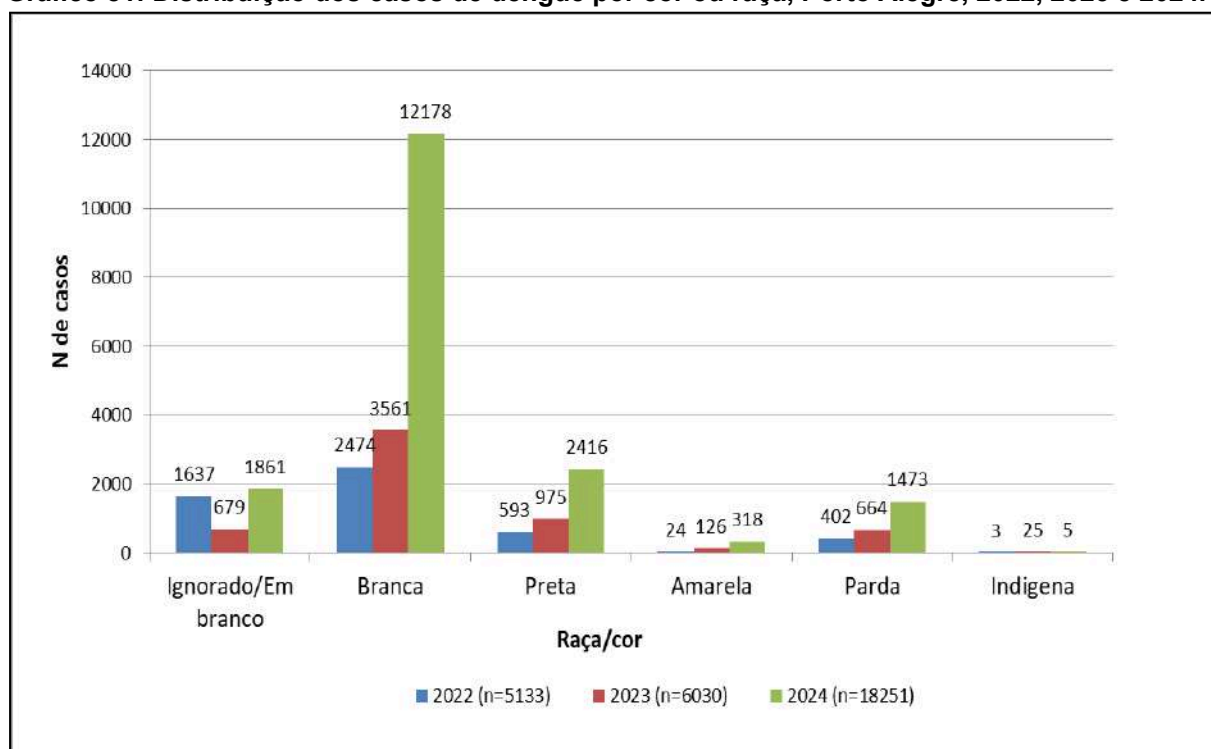
Fonte: BI Dengue e Sentinela/Procempa. *Dados de 2025 até 07/07/2025.

Embora todos os DS tenham registrado casos de dengue nos anos epidêmicos, algumas regiões da cidade sofreram mais. Destaca-se, como algo inédito na história da dengue em Porto Alegre, a alta ocorrência de casos confirmados no DS Restinga, no ano de 2024. Já o DS Leste foi o primeiro em casos absolutos de dengue nas epidemias de 2022 e 2024.

É possível pesquisar a geolocalização dos casos de dengue em mapa, por meio do [Mapa do histórico dos locais com casos de dengue, zika ou chikungunya](#).

A análise de casos por cor ou raça é frágil, pois muitas notificações são preenchidas com “ignorado”, ou mesmo ficam em branco. A seguir, a distribuição dos casos confirmados nos anos epidêmicos por cor ou raça.

Gráfico 81: Distribuição dos casos de dengue por cor ou raça, Porto Alegre, 2022, 2023 e 2024.



Fonte: Sinan Dengue on line e Sentinela/PROCEMPA. Dados atualizados em 07/7/2025, sujeitos à revisão.

No ano vigente, até a SE 27/2025, dos 16.289 casos confirmados, 70,2% (n=11.437) ocorreram na raça branca, seguidos da preta em 12% (n=1.953), e 9,7% (n=1.587) estão sem informação quanto à raça. A cor ou raça branca se destaca entre os casos confirmados de todos os anos epidêmicos, mas devem ser consideradas questões culturais e de acesso ao sistema de saúde, que podem interferir na busca por atendimento e, consequentemente, na notificação dos casos de outras raças ou cor.

Nos anos de 2022, 2023 e 2024, a faixa etária mais acometida pela dengue foi de 20 a 29 anos. Em 2025, até a SE 27, as faixas etárias mais acometidas foram a de 30 a 39 anos e de 40 a 49, com valores quase iguais.

Em todos os anos epidêmicos o sexo feminino foi o mais acometido pela infecção por dengue, variando de 2 a 4 % a mais em relação ao sexo masculino.

O primeiro caso de chikungunya em Porto Alegre foi identificado em 2016. Foram 10 casos, todos importados. No ano de 2017, foram 7 casos importados. Desde então, somente no ano de 2019 ocorreu um caso autóctone, além de três importados. Nos demais anos, foram poucos casos, todos importados. Em 2025, até a SE 27, há dois casos importados.

O vírus da zika foi identificado em Porto Alegre em 2016, em um surto localizado em uma região, com 28 casos confirmados, sendo 14 autóctones. Em 2017, foram confirmados 2 casos importados. Desde 2018, não houve caso confirmado de zika em residentes de Porto Alegre.

Plano de Contingência Dengue, Zika Vírus e Chikungunya

O [Plano de Contingência das arboviroses](#) tem como principal objetivo prevenir e controlar processos epidêmicos e evitar que as doenças transmitidas pelo Aedes: dengue, zika vírus e chikungunya tenham como desfecho o óbito.

De acordo com a classificação do MI Aedes, o Índice Médio de Infestação de Fêmeas do Aedes (IMFA) é dividido em:

- satisfatório (0 a 0,15);
- moderado (0,15 a 0,3);
- alerta (0,3 a 0,6);
- crítico (superior a 0,6).

O monitoramento é realizado semanalmente.

Esporotricose

A esporotricose é uma micose subcutânea, causada pelo fungo *Sporothrix schenckii* e *Sporothrix brasiliensis*, esta é considerado a espécie mais virulenta do complexo e agente predominante nos gatos, nas regiões sul e sudeste do Brasil. É uma zoonose e a infecção ocorre quando há contato do fungo com a pele ou mucosa, por trauma ou contato direto com feridas dos animais doentes, sendo o gato o principal reservatório envolvido na transmissão, em razão de uma elevada

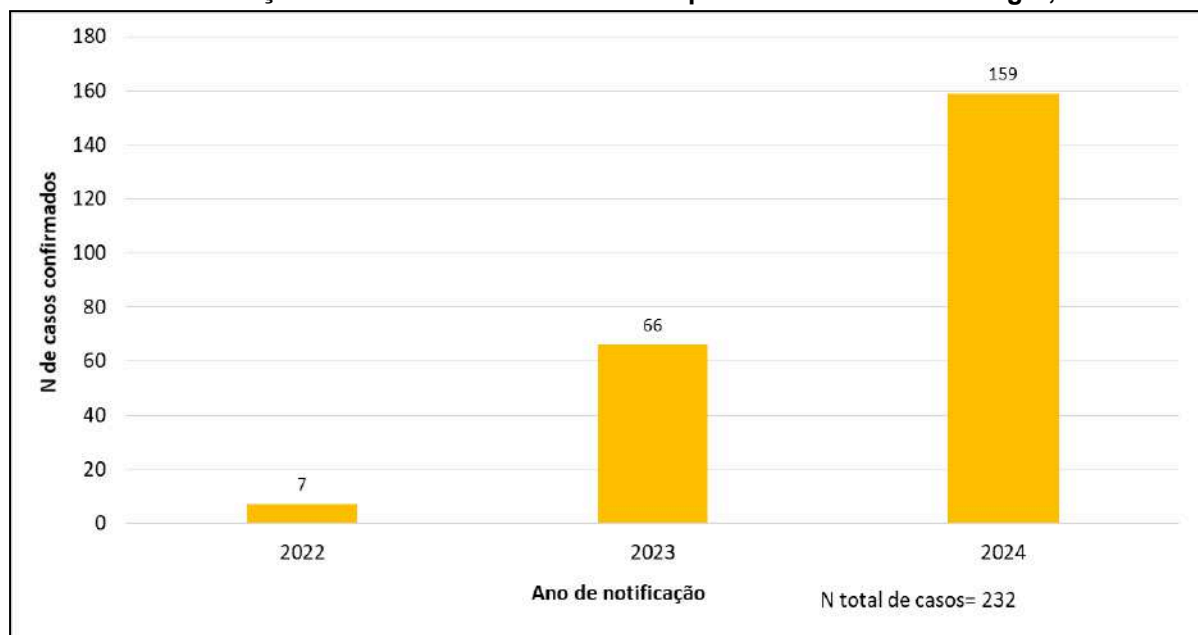
carga fúngica encontrada nas lesões desses animais. O tratamento para os casos humanos é ofertado pelo SUS e o medicamento indicado é o Itraconazol.

O aumento significativo desta doença em humanos e o envolvimento dos gatos domésticos na transmissão têm sido relatados em diversos estados do Brasil. As alterações nos padrões epidemiológicos desta doença, seja pelo modo de transmissão ou pela distribuição geográfica dos casos, podem ser relacionadas aos fatores ambientais, como o aumento da urbanização e o refinamento dos diagnósticos, além de viagens, migrações, comércio de animais e de produtos relacionados. Destacam-se os percentuais elevados de confirmação da doença, podendo justificar-se tanto por uma facilidade de confirmação dos casos através da história clínica e epidemiológica dos pacientes, quanto por uma maior sensibilidade para a notificação dos casos já confirmados da doença e posterior liberação da medicação pelo SUS para o tratamento, que é de longo prazo. O gato doméstico tem sido a principal espécie envolvida na transmissão zoonótica da esporotricose, em razão de uma elevada carga fúngica encontrada nas lesões desses animais. Desde 2019 foram recorrentes as Notas Técnicas emitidas tanto pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), considerando o aumento de casos no Estado, quanto pela Vigilância em Saúde de Porto Alegre, visando à sensibilização dos profissionais quanto à doença, notificação e tratamento.

Em julho de 2024, o Estado do Rio Grande do Sul tornou a esporotricose de notificação compulsória por meio da Portaria SES nº 440/2024, que estabelece as doenças, agravos e eventos de saúde pública de interesse estadual, de forma complementar à Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória. Posteriormente, em março de 2025, o Ministério da Saúde incluiu a esporotricose humana como doença de notificação compulsória em todo o território nacional, conforme a Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025, que altera o Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017. Complementando essas medidas, em abril de 2025, a esporotricose foi incorporada à Lista Municipal de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória de Porto Alegre, por meio da Portaria nº 33139665/2025 (Processo SEI 25.0.000024092-6). Essa portaria define a notificação de forma complementar às listas nacional e estadual, estabelecendo a periodicidade e os meios de comunicação obrigatórios nos serviços de saúde municipais.

Mesmo antes da doença se tornar de notificação compulsória, já recebíamos notificações e indicamos o aumento de casos, considerando situações análogas em outros estados e municípios. Considerando a dinâmica da doença e o desabastecimento de Itraconazol pelo MS, em abril de 2024, a SMS tomou diversas iniciativas, como publicação de Informativos, Notas Técnicas, Boletins e aquisição do medicamento para divulgação da doença e agora o medicamento está disponível nas Farmácias Distritais, após notificação e inserção dos documentos no Sistema Gercon Programas.

Gráfico 82: Distribuição dos casos confirmados de esporotricose em Porto Alegre, 2022 - 2024



Fonte: EVDT/DVS/SMS. Atualizado em 04/07/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

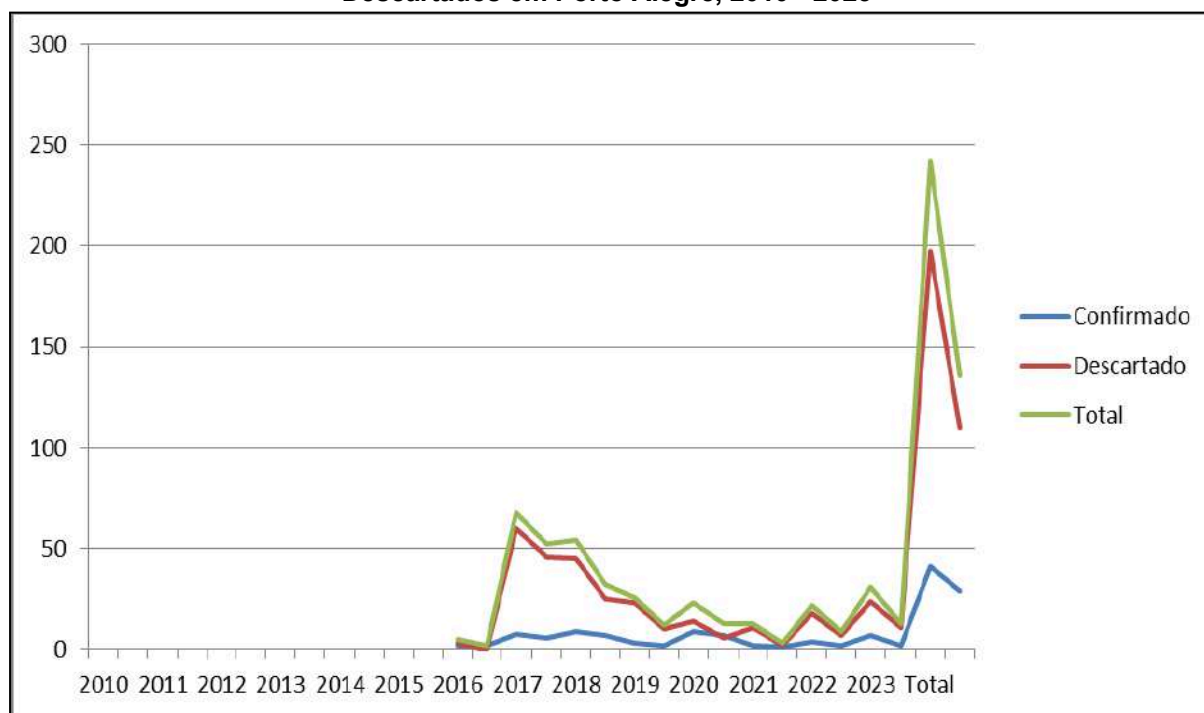
Leishmaniose Visceral

Porto Alegre registrou o primeiro caso autóctone em 2016. Os dois casos confirmados daquele ano eram moradores de uma ocupação irregular em encosta de morro, sem saneamento básico e próximo à mata (característica comum nos demais casos), localizada no bairro Protásio Alves. Apesar da doença ser tratável, ambos os casos evoluíram para o óbito em função da demora do diagnóstico e do tratamento. A partir do primeiro caso confirmado foi emitido um alerta epidemiológico, realizadas capacitações da rede de assistência, sensibilizando os profissionais da saúde com relação aos locais de ocorrência da doença, bem como a notificação dos casos suspeitos, que resultaram na diminuição da letalidade nos

anos seguintes. Bem como Plano de Contingência, Boletim Epidemiológico, Publicações e Informativos.

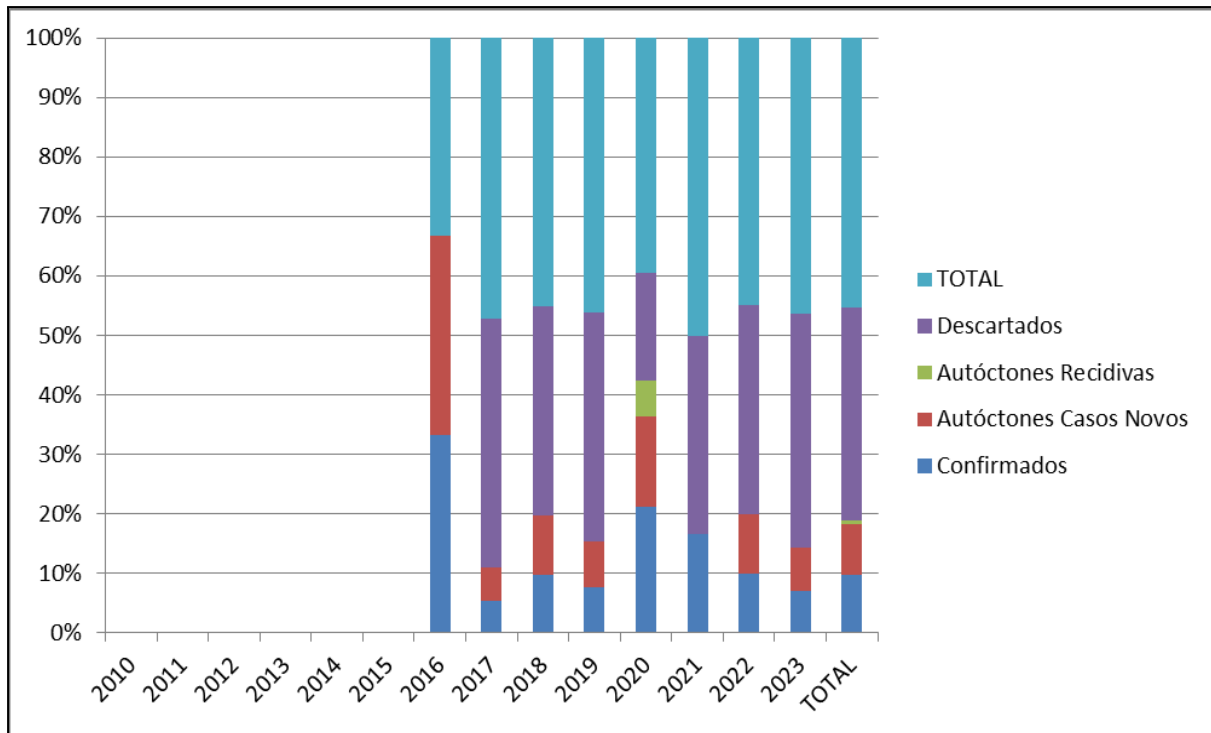
A ocorrência da doença tem se mantido baixa, porém constante, restrita e mapeada em áreas de ocupação irregular, em encostas de morro e muito próximo a áreas de mata, e, até o momento, o vetor implicado na transmissão é o silvestre. A maioria dos casos confirmados é de pacientes com extrema vulnerabilidade social que residem em locais sem saneamento. O tratamento da doença é fornecido pelo Ministério da Saúde, e os casos de óbitos ocorridos no município estão relacionados à demora na suspeita da doença, o que tem sido o principal desafio, para o diagnóstico rápido e a instituição do tratamento em tempo oportuno. A sensibilização e capacitação da Rede de atenção à saúde são contínuas e faz-se necessária, especialmente junto aos serviços da APS.

Gráfico 83: Distribuição dos casos de Leishmaniose Visceral Notificados, Confirmados e Descartados em Porto Alegre, 2010 - 2023



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 05/07/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Gráfico 84: Distribuição dos casos de Leishmaniose Visceral Autóctones Notificados, Confirmados e Descartados de Residentes em Porto Alegre de acordo com a entrada, 2010 - 2023



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 05/07/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Tabela 27: Leishmaniose Visceral em residentes no Município de Porto Alegre, 2016 - 2023

Classificação/Ano	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Confirmados	2	6	7	2	7	1	2	2
Autóctones casos novos	2	6	7	2	5	0	2	2
Autóctones recidiva	0	0	0	0	2	0	0	0
Descartados	0	46	25	10	6	2	7	11
Total	2	52	32	12	13	3	9	13

Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 05/07/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Tabela 28: Coeficiente de Letalidade por Leishmaniose Visceral em residentes no Município de Porto Alegre, 2010 - 2023

Ano Início Sintomas	Óbito por LV	Casos Confirmados de Residentes de Porto Alegre	Coeficiente de Letalidade
2010	0	0	0
2011	0	0	0
2012	0	0	0
2013	0	0	0
2014	0	0	0
2015	0	0	0
2016	2	2	100
2017	2	6	33,3
2018	0	7	0
2019	0	2	0
2020	1	7	14,3
2021	1	1	100
2022	2	2	100
2023	0	2	0

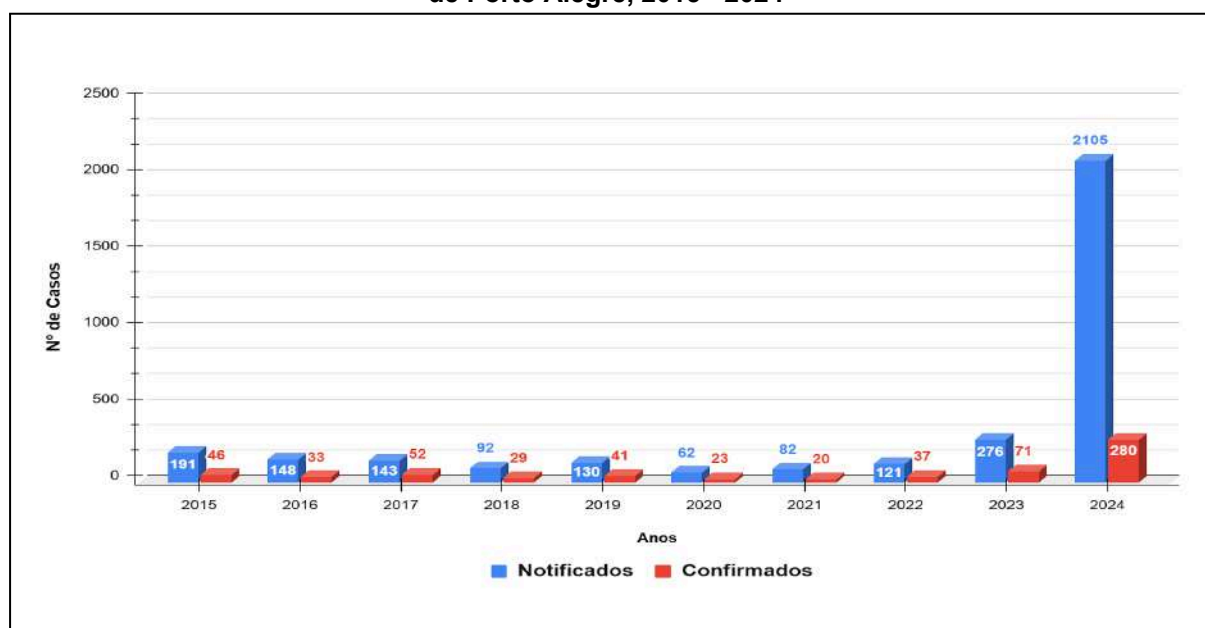
Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 05/07/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Leptospirose

A leptospirose é uma doença febril cujo quadro clínico pode variar de formas leves a muito graves. O agente etiológico é a bactéria helicoidal (espiroqueta) do gênero *Leptospira* encontrada em roedores (ratazana ou rato de esgoto, rato de telhado ou rato-preto e camundongo ou catita). Eles contaminam o meio ambiente através da urina contendo leptospira viva. Essa doença é endêmica no Brasil, que pode se tornar epidêmica em situações de chuvas fortes devido às enchentes, principalmente em locais de aglomeração populacional e infraestrutura sanitária inadequada que promovem exposição à urina de roedores.

As ações de vigilância são realizadas em conjunto com o Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores/DVS, que faz intervenção no domicílio dos pacientes que têm a doença confirmada. Nesse momento, algumas informações sobre a forma de contágio são investigadas e ocorre a colocação de veneno em locais onde existe a presença de roedores.

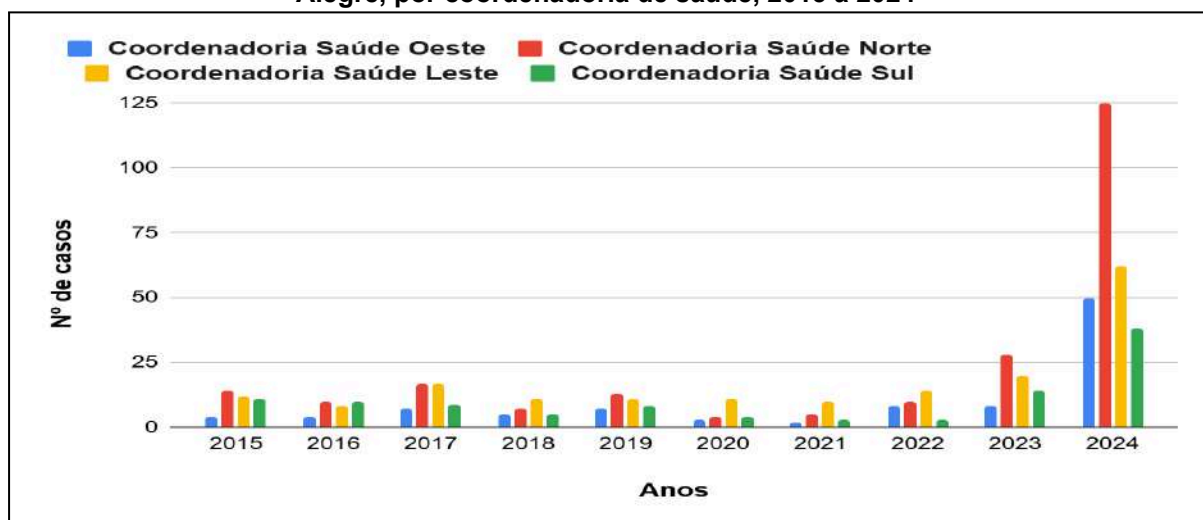
Gráfico 85: Distribuição dos casos de leptospirose notificados e confirmados em residentes de Porto Alegre, 2015 - 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 01/07/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Os anos de 2023 e 2024 tiveram um aumento na notificação e confirmação de casos de leptospirose. Em 2023 tivemos dois períodos de enchentes no município, o que levou ao aumento dos indicadores. Em 2024, devido à grande enchente no Rio Grande do Sul, entre maio e agosto, tivemos o maior registro de notificações de casos suspeitos e confirmados.

Gráfico 86: Distribuição dos casos confirmados de leptospirose em residentes de Porto Alegre, por coordenadoria de saúde, 2015 a 2024



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 01/07/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Conforme podemos observar no gráfico acima, as Coordenadorias de Saúde Norte e Leste são as que mais registraram casos de leptospirose na série histórica entre 2015 e 2024.

Tabela 29: Casos confirmados de leptospirose, óbitos pelo Agravo e Coeficiente de Letalidade em residentes do município de Porto Alegre, 2015 - 2024

Ano Início Sintomas	Total Casos Confirmados	Total Óbitos pelo Agravo	Coeficiente de Letalidade
2015	46	6	13,0
2016	33	1	3,0
2017	52	3	5,8
2018	29	3	10,3
2019	41	4	9,8
2020	23	1	4,3
2021	20	5	25,0
2022	37	5	13,5
2023	71	3	4,2
2024	280	8	2,9

Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 01/07/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

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

1.2.2 Doenças Imunopreveníveis

Coqueluche

A Coqueluche em Porto Alegre é de notificação obrigatória. Desde 2015 a

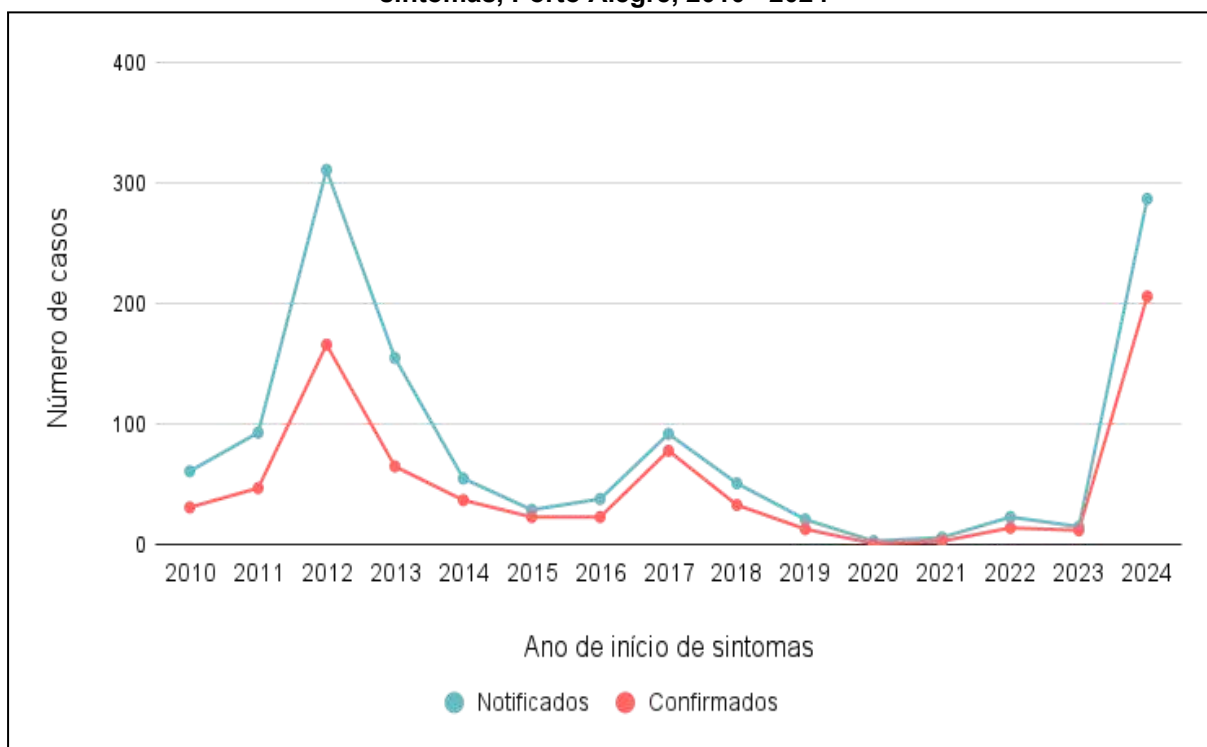
vacinação de gestante com dTpa visa justamente que recém nascidos adquiram proteção imunológica evitando a forma grave da doença. Observando na tabela abaixo a evolução do agravo ao longo dos últimos 15 anos, observa-se que, ocorreu um grande pico de casos nos anos de 2012 (n=166), 2017 (n=78) e 2024 (n=206) que ultrapassou em 1.000% o número de casos em relação ao ano anterior. Nos anos de 2020 (n=1), 2021 (n=3), 2022 (n=14) e 2023 (n=12) ocorreram poucos casos, acompanhando a queda de várias doenças transmissíveis, reflexo da pandemia da COVID-19 que manteve as pessoas, de uma maneira geral, mais isoladas. As séries históricas apresentadas mostram que a coqueluche tem comportamento cíclico, com picos de incidência em torno de cinco anos. Diversos são os fatores envolvidos que influenciam no aumento da incidência da doença. Entre eles, podemos destacar a queda da cobertura vacinal em menores de um ano de vida nos anos anteriores. A cobertura vacinal da pentavalente em Porto Alegre em 2024 foi de 88,8%⁷, sendo a maior desde 2021 quando passou a ocorrer uma recuperação gradual nos anos seguintes. Dessa forma, as ações de vacinação são fundamentais para evitar novos casos e devem ser intensificadas para alcançar e manter os níveis de cobertura vacinal maior ou igual a 95%, reduzindo também o risco de ocorrência de casos graves.

Tabela 30: Número de casos notificados e confirmados de coqueluche por ano de início de sintomas, Porto Alegre, 2010 a 2024

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Notificados	61	93	311	155	55	29	38	92	51	21	3	6	23	15	287
Confirmados	31	47	166	65	37	23	23	78	33	13	1	3	14	12	266

Fonte: SinanNet. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 06 de fevereiro de 2025.

Gráfico 87: Número de casos notificados e confirmados de coqueluche por ano de início de sintomas, Porto Alegre, 2010 - 2024



Fonte: SinanNet. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 06 de fevereiro de 2025.

Febre Amarela

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

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

Sarampo

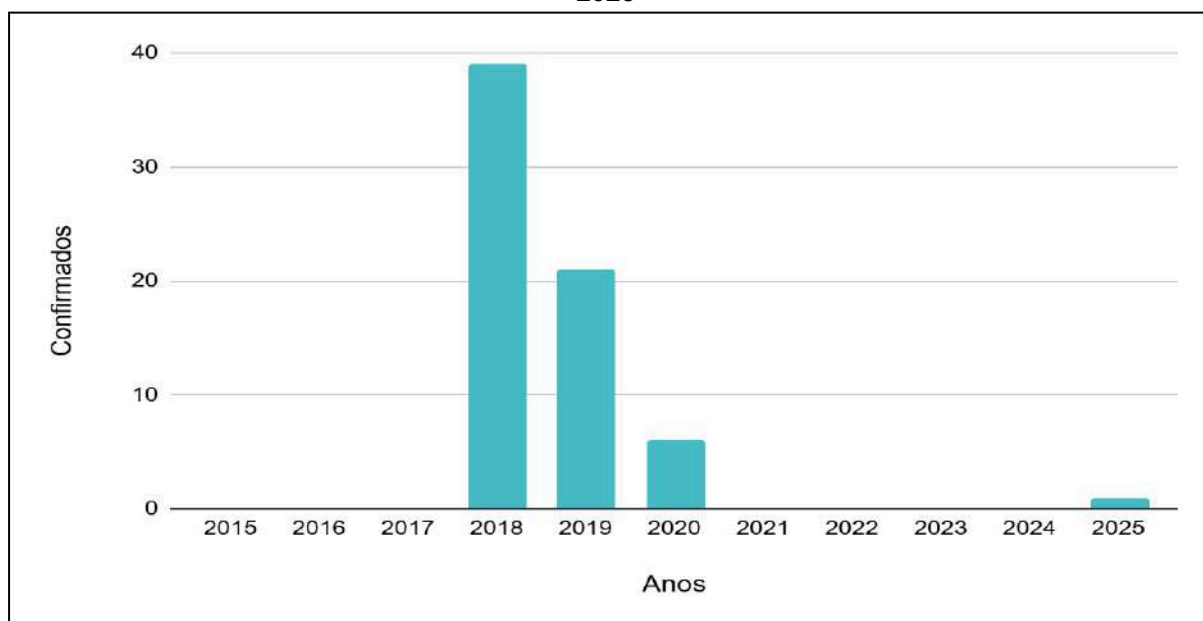
O sarampo é uma doença infecciosa viral aguda, potencialmente grave e extremamente contagiosa.

O Brasil obteve o certificado de erradicação do sarampo em 2016, retornando a ter surtos da doença em 2018, com registro de mais de 20 mil casos em 2019. Em 2022 notificou apenas 41 casos, ficando mais de um ano sem registro de novos casos. No ano de 2024, o país recebeu novamente a certificação da eliminação do sarampo, tendo apresentado apenas três casos confirmados “importados” de outros países.

No primeiro semestre do ano de 2025, o país vem registrando casos, entretanto não houve alteração no status de país livre da circulação do vírus. Os casos confirmados foram importados e outros sem histórico de viagem, mas isolados, sem comprovação de surto. O MS está trabalhando fortemente no monitoramento e investigação da doença, bem como estimulando a melhoria da cobertura vacinal no país, pois é crescente o número de surtos na região das Américas.

Porto Alegre, após seis anos sem incidência de Sarampo, apresentou surtos da doença em 2018, com registro de 39 casos. No ano de 2020 teve as últimas notificações confirmadas com seis casos, ficando sem novas confirmações até o ano de 2025, quando teve investigação e confirmação de um paciente com histórico de viagem aos EUA, configurando caso importado, sem casos secundários associados.

Gráfico 88: Número de casos confirmados de sarampo em residentes de Porto Alegre, 2015 - 2025

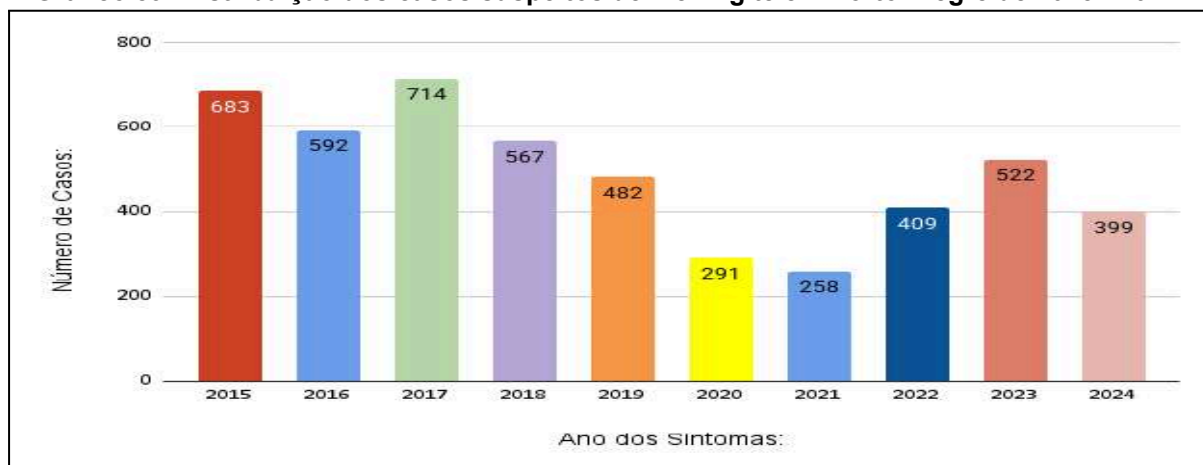


Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 01/07/2025. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Meningites

A meningite é caracterizada por um processo inflamatório das meninges, membranas que revestem o encéfalo e a medula espinhal, causada, principalmente, a partir da infecção por vírus ou bactérias. No entanto, outros agentes etiológicos podem causar meningite, como fungos e parasitas. Os sintomas podem surgir repentinamente: febre, dor de cabeça forte e constante, rigidez ou dor no pescoço, náuseas e vômitos. Manchas na pele podem indicar forma mais grave da doença.

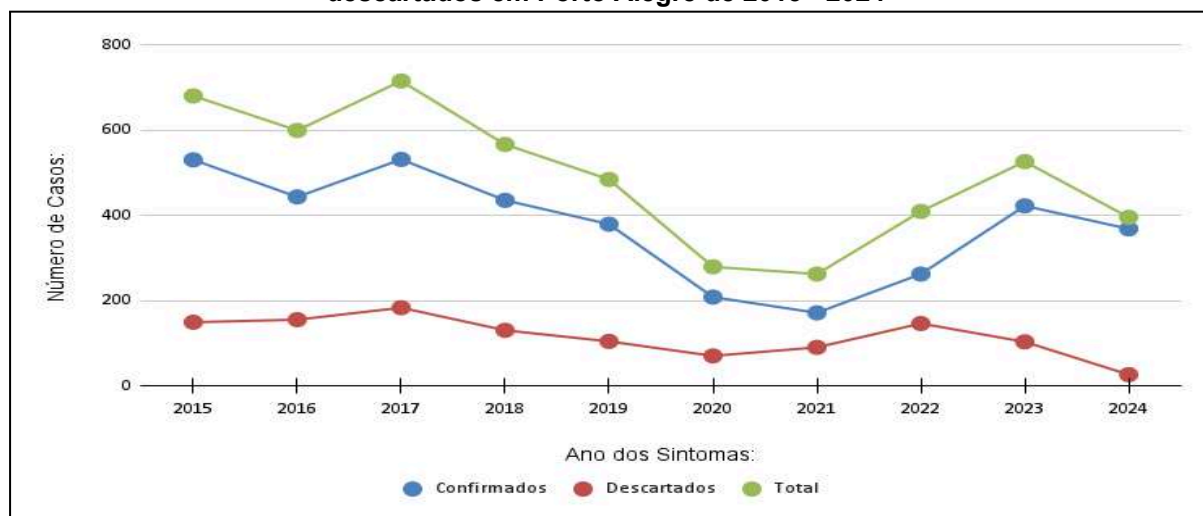
Gráfico 89: Distribuição dos casos suspeitos de meningite em Porto Alegre de 2015 - 2024



Fonte: Sinan-NET atualizado em 10/07/2025 dados sujeitos a alteração devido a inserção diária de casos.

Nos anos de 2020 e 2021, tivemos um número menor de notificações de meningite, conforme demonstra o gráfico acima. Podemos sugerir que foi pela Pandemia SARS COVID-19, neste período havia uma menor circulação de pessoas e o uso de máscaras, isto pode ter levado a uma diminuição da circulação dos agentes etiológicos.

Gráfico 90: Distribuição dos casos de meningites notificados (total), confirmados e descartados em Porto Alegre de 2015 - 2024

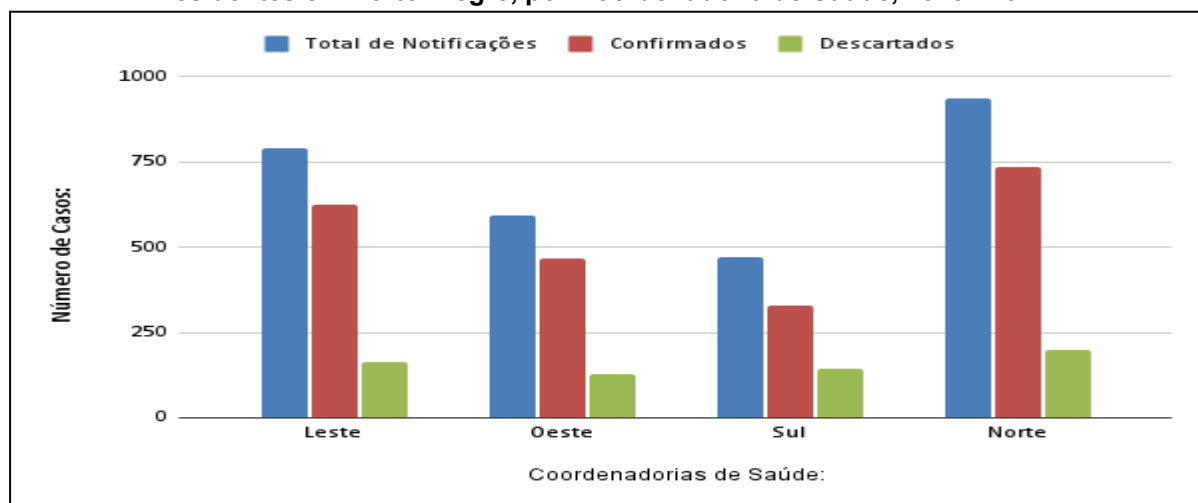


Fonte: Sinan-NET atualizado em 10/07/2025 dados sujeitos a alteração devido a inserção diária de casos.

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

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

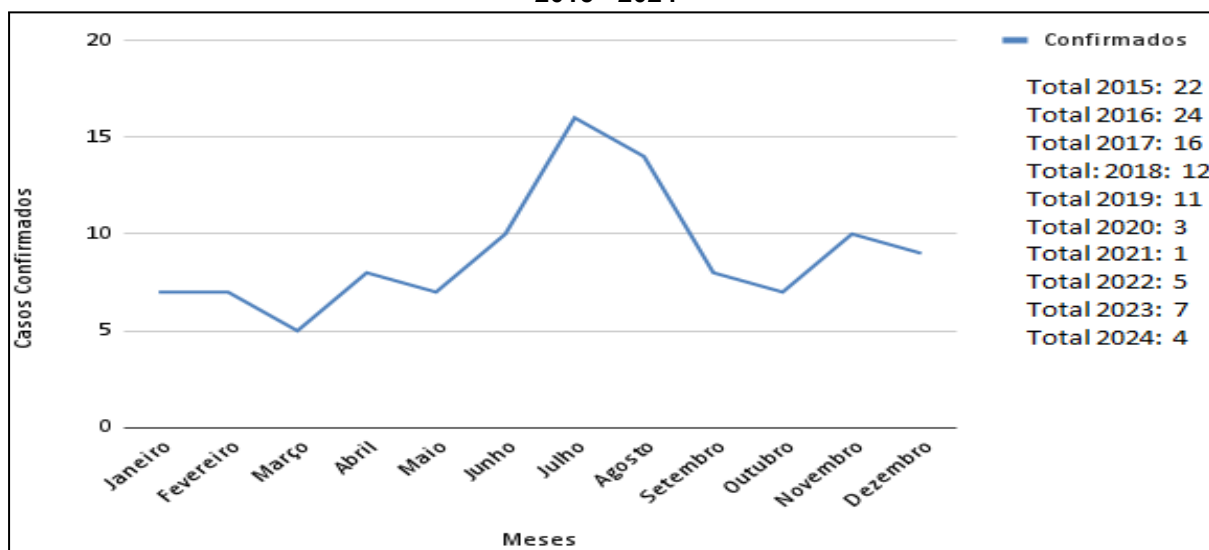
Gráfico 91: Distribuição dos casos de meningite notificados, confirmados e descartados de residentes em Porto Alegre, por Coordenadoria de Saúde, 2015 - 2024



Fonte: Sinan-NET atualizado em 10/07/2025 dados sujeitos a alteração devido a inserção diária de casos.

Ao analisar o gráfico acima observa-se que o maior número de casos notificados e confirmados se concentram na Coordenadoria de Saúde Norte e a Coordenadoria Sul representa a menor incidência de casos.

Gráfico 92: Distribuição dos casos de doença meningocócica em residentes em Porto Alegre, 2015 - 2024



Fonte: Sinan-NET atualizado em 10/07/2025 dados sujeitos a alteração devido a inserção diária de casos.

As meningites ocorrem ao longo de todo o ano, sendo mais frequentes nos meses mais frios, e acomete tanto as zonas urbanas quanto as rurais, conforme mostra o gráfico acima.

Tabela 31: Casos Confirmados de doença meningocócica por faixa etária, Porto Alegre, 2015 - 2024

Faixa Etária	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
<1 Ano	5	2	3	1	0	2	0	0	1	0	14
01-04	4	5	1	3	1	0	0	2	1	2	19
05-09	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	6
10-19	8	3	6	1	5	0	0	1	0	0	24
20-39	5	3	2	3	0	0	0	1	3	0	17
40-59	0	5	0	2	3	1	1	1	0	2	15
60 e +	1	4	2	2	2	0	0	0	2	0	13
Total	25	24	16	12	11	3	1	5	7	4	108

Fonte: Sinan-NET atualizado em 10/07/2025 dados sujeitos a alteração devido a inserção diária de casos.

Entre as meningites bacterianas, a doença meningocócica (DM) continua sendo o foco principal da vigilância das meningites, pela possibilidade de casos secundários e a capacidade de produzir surtos. A doença meningocócica é causada pela bactéria *neisseria meningitidis* (meningococo) que possui diversos sorogrupos, sendo mais frequentes os sorogrupos A, B, C, Y e W. A tabela acima mostra que a faixa etária de menores de 5 anos ainda é a mais acometida (n=33) casos, seguida pela faixa etária de 10 a 19 anos (n=24) casos. O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza desde 2010 no calendário básico de vacinação à meningo C e desde maio de 2020 foi incluído no Programa Nacional de Imunizações o reforço feito com a Meningocócica ACWY para faixa etária de 11 a 14 anos. Os sorogrupos C e B são os responsáveis pelo maior número de casos.

Tabela 32: Casos Confirmados de meningite por pneumococos por faixa etária, Porto Alegre, 2015 - 2024

Faixa Etária	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
<1 Ano	1	1	0	0	0	0	2	3	0	0	7
01-04	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	5
05-09	2	1	1	0	0	0	0	1	1	1	7
10-19	0	0	2	0	0	0	0	1	2	0	5
20-39	3	3	4	7	5	1	2	3	3	2	34
40-59	6	4	5	8	8	3	2	6	7	4	53
60 e +	3	5	8	4	6	1	2	8	11	6	54
Total	15	14	21	19	20	6	8	22	26	14	165

Fonte: Sinan-NET atualizado em 10/07/2025 dados sujeitos a alteração devido a inserção diária de casos.

A bactéria *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) pode causar doença invasiva (meningite, pneumonia, sepse e artrite) e não invasiva (sinusite, otite média e conjuntivite), sendo conhecidos mais de 90 sorotipos desse agente. Desde 2010, a vacina pneumocócica conjugada 10-valente (VPC10) está disponível na rede pública, com proteção para os 10 subtipos mais incidentes em crianças, faixa etária mais acometida por essa bactéria. O esquema sequencial PCV13 e VPP23 também está disponível no SUS para pacientes acima de 5 anos de idade que apresentem

alguma das seguintes condições clínicas: pacientes oncológicos, pacientes vivendo com HIV/AIDS, indivíduos submetidos a transplante de medula óssea e indivíduos submetidos a transplantes de órgãos sólidos.

Os dados da tabela acima mostram, entre os anos de 2015 a 2024, a diminuição da incidência de casos nas faixas etárias com cobertura vacinal, e o aumento de novos casos na faixa etária de 20 anos e mais na população de Porto Alegre.

Tabela 33: Casos Confirmados de meningite por hemófilo por faixa etária, Porto Alegre, 2015 - 2024

Faixa Etária	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
<1 Ano	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6
01-04	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3
05-09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
10-19	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
20-39	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
40-59	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
60 e +	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	4
Total	1	1	1	1	3	1	1	3	4	2	18

Fonte: Sinan-NET atualizado em 10/07/2025 dados sujeitos a alteração devido a inserção diária de casos.

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

Vigilância de Vírus Respiratórios

A Vigilância de vírus respiratórios surgiu em 2000, focada no vírus da influenza em resposta a campanha de vacinação contra influenza iniciada em 1999 no Brasil. Naquele momento a vigilância estava focada apenas na Vigilância Sentinela das Síndromes Gripais (SG). Com o advento da pandemia por influenza em 2009 a vigilância foi ampliada para abarcar os casos graves e óbitos pela doença. Até o ano de 2018 as notificações eram feitas no sistema denominado Sinan Influenza web e, como o próprio nome diz, visava prioritariamente o acompanhamento dos casos graves de influenza. Além do vírus da influenza eram pesquisados outros vírus respiratórios a depender de estrutura e capacidade laboratorial. Em 2019 houve a migração da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) para o sistema Sivep-gripe, juntando em um só local tanto a vigilância das SRAG como das síndromes gripais coletadas pela rede sentinela. Desde lá, o sistema vem sendo aprimorado de tal forma que pode abarcar a pandemia por COVID-19 através de um sistema já robusto e implementado em todo o Brasil.

A vigilância de vírus respiratórios atualmente possui os seguintes componentes: Vigilância universal da Síndrome Respiratória Aguda Grave, Vigilância sentinela das síndromes gripais e Vigilância universal da COVID-19. É entendida dentro de um contexto de “Uma só saúde” ou “Saúde Única”, tradução do termo em inglês “*One Health*” referente à uma abordagem que reconhece o vínculo existente entre a saúde humana, animal, vegetal e ambiental. Os vírus respiratórios dentro desta perspectiva aparecem como um grande desafio em saúde pública, pois vírus novos surgem muitas vezes através da interação entre homens, animais (aves, suínos, etc) e ambiente.

Os principais objetivos da vigilância de vírus respiratórios são:

- detectar precocemente surtos e epidemias de vírus respiratórios;
- monitorar a gravidade das doenças respiratórias, acompanhando hospitalizações e óbitos;
- orientar decisões de saúde pública, como campanhas de vacinação, alocação de leitos e recursos;
- avaliar a efetividade da vacinação;
- identificar novas variantes virais ou outros agentes emergentes.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é caracterizada por uma síndrome gripal que tem agravamento de sintomas como febre, tosse, dificuldade para respirar, saturação de oxigênio abaixo de 95% em ar ambiente, desconforto respiratório, com necessidade de hospitalização.

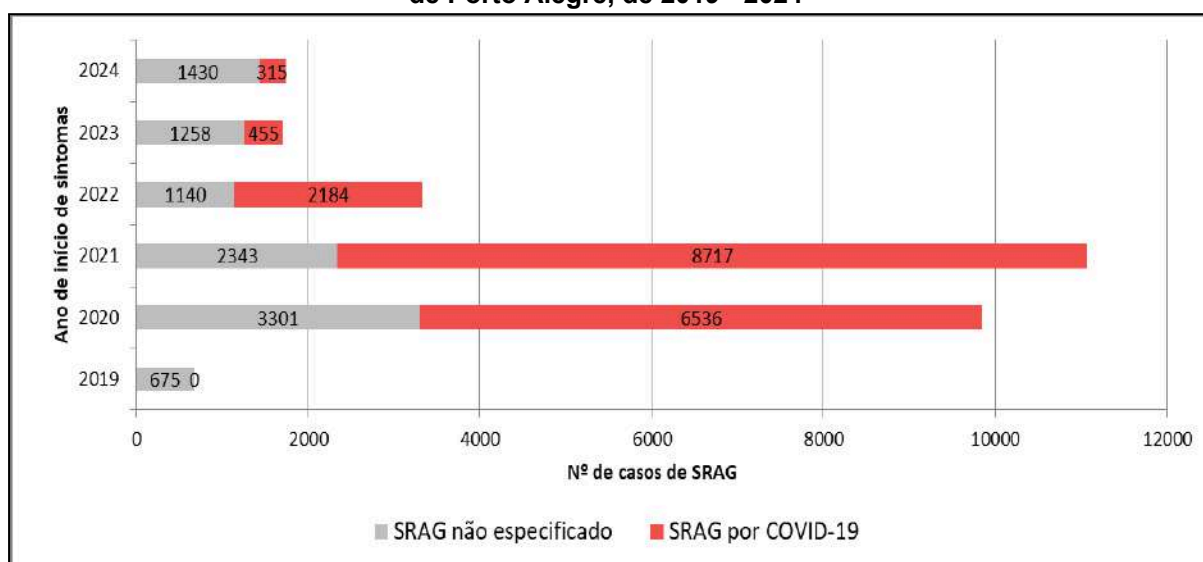
Todo o caso de SRAG internado ou óbito por SRAG deve ter notificação imediata e ter uma amostra coletada para realização do exame de RT-PCR para envio ao Lacen-RS. O RT-PCR é o teste padrão ouro para vírus respiratórios, pois é a partir dele que se pode realizar a vigilância genômica e acompanhar mutações virais.

Atualmente, a vigilância das SRAG se concentra em vírus de interesse a saúde pública como a influenza tipo A, influenza tipo B, SARS-CoV-2, Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e outros como rotavírus e adenovírus. O interesse à saúde pública diz respeito, sobretudo, aos vírus que têm potencial de causar surtos e epidemias como é o caso, especialmente, dos vírus influenza tipo A e SARS-CoV-2. Após o processo de notificação e qualificação dos dados, os casos de SRAG e

óbitos por SRAG são encerrados em cinco categorias: SRAG por influenza, SRAG por outro vírus respiratório (VSR, adenovírus, rinovírus, etc), SRAG por outro agente etiológico (não viral), SRAG não especificada (possui a clínica típica, mas não foi detectado agente etiológico associado) e SRAG por COVID-19.

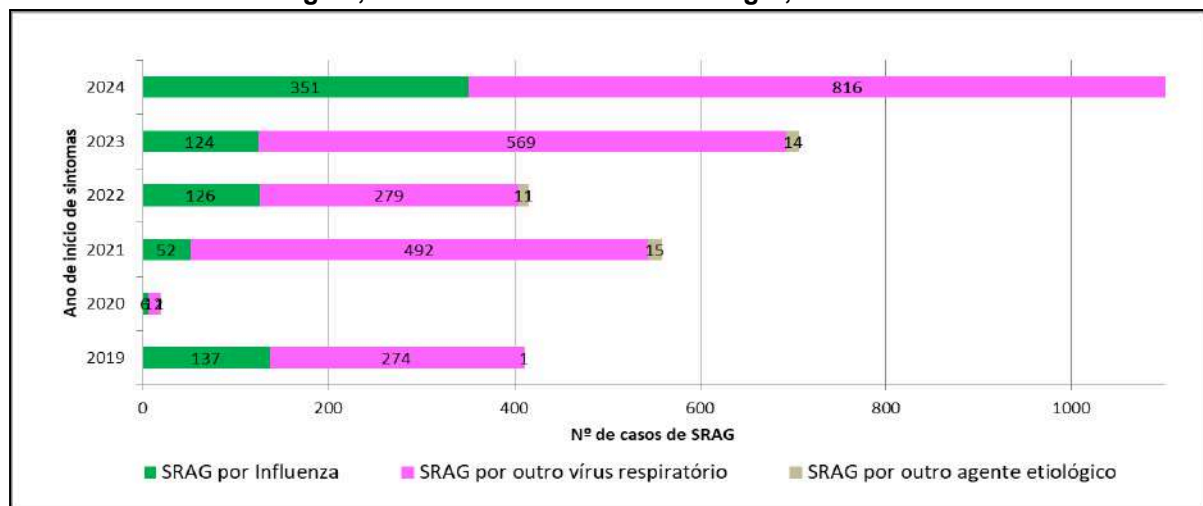
Os gráficos abaixo expressam os casos de SRAG a partir de sua classificação final e ano de início de sintomas, na série histórica de 2019 a 2024. Pela grande diferença de escala, especialmente pela COVID-19, nos anos endêmicos, os gráficos estão separados em casos de SRAG por COVID-19, e SRAG não especificada daqueles casos de SRAG por influenza, outro vírus respiratório e outro agente etiológico.

Gráfico 93: Casos de SRAG associada à COVID-19 e SRAG não especificada, entre residentes de Porto Alegre, de 2019 - 2024



Fonte: Sivep-Gripe, Dados provisórios, extraídos em 30/06/2025.

Gráfico 94: Casos de SRAG associada à influenza, outro vírus respiratório e outro agente etiológico, entre residentes de Porto Alegre, de 2019 - 2024

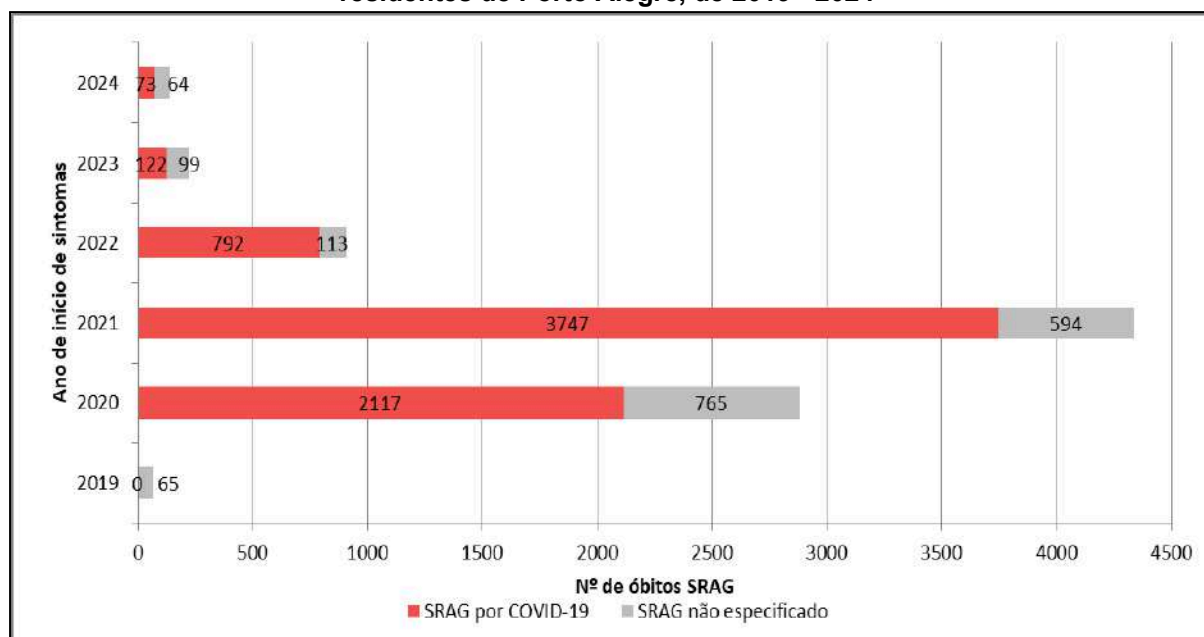


Fonte: Sivep-Gripe, Dados provisórios, extraídos em 30/06/2025.

Pode ser observado, nas barras de cor vermelha, o impacto das SRAG por COVID-19 nos anos pandêmicos assim como, nas barras de cor rosa, o VSR ocupando o segundo lugar em número de notificações.

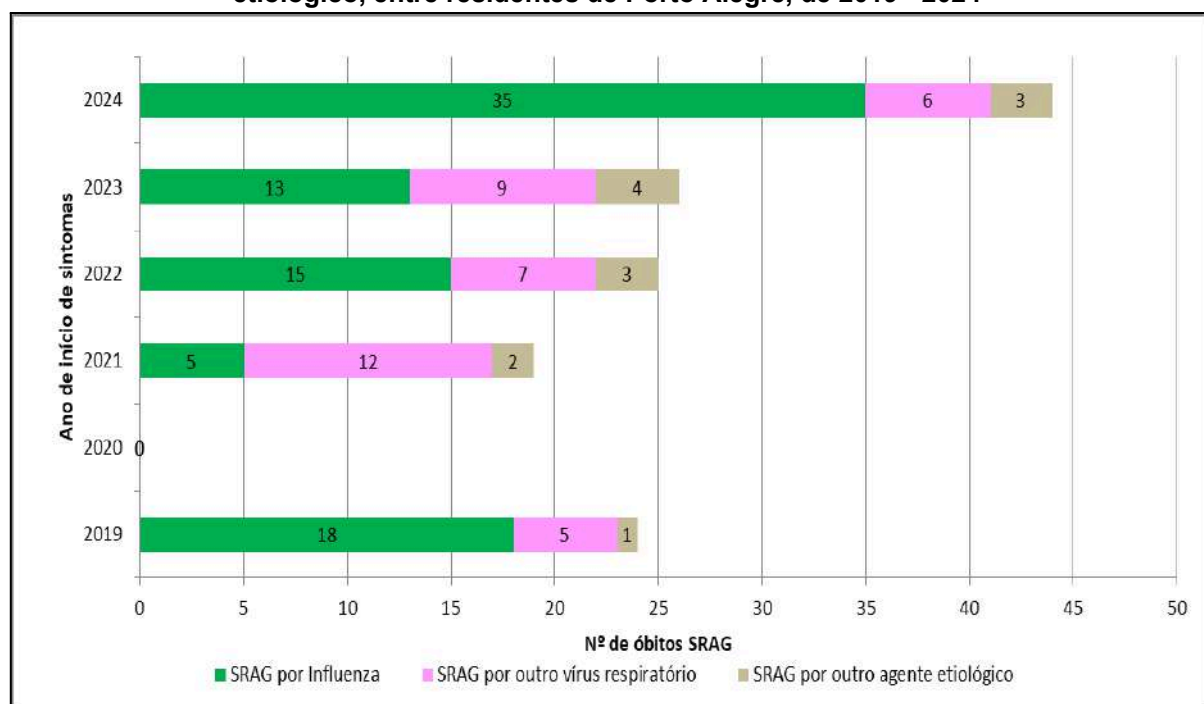
Os gráficos abaixo apresentam os casos que evoluíram para óbito dentre os casos de SRAG e seguem o mesmo padrão epidêmico em relação a COVID-19

Gráfico 95: Casos de óbitos associados à SRAG por COVID-19 e SRAG não especificada, entre residentes de Porto Alegre, de 2019 - 2024



Fonte: Sivep-Gripe, Dados provisórios, extraídos em 30/06/2025.

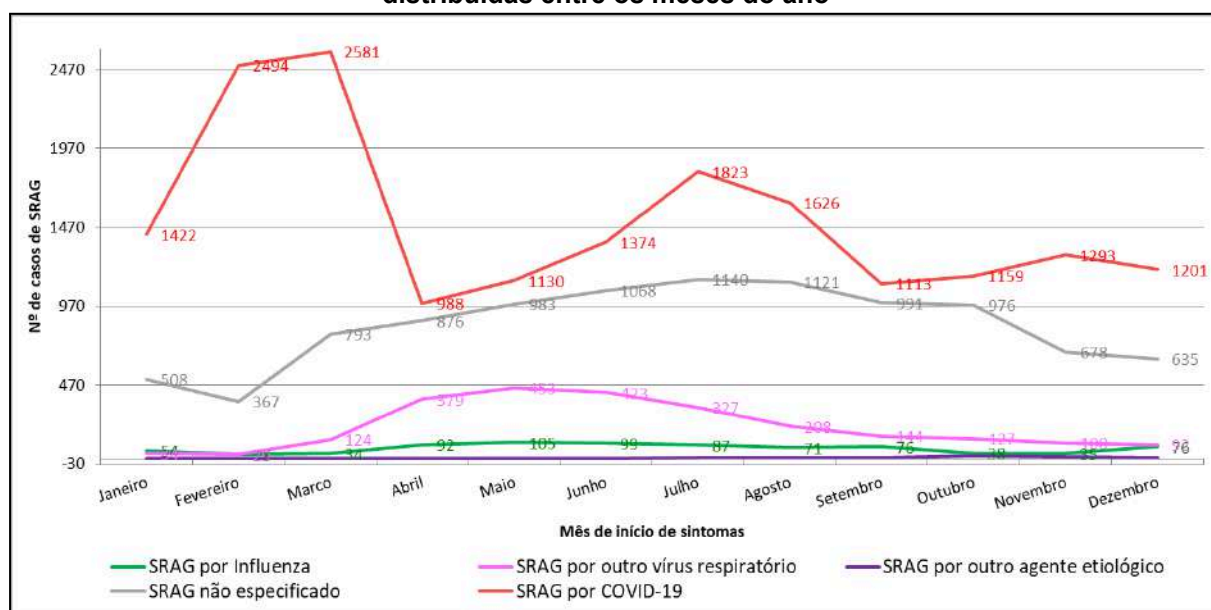
Gráfico 96: Casos de óbitos associados à influenza, outro vírus respiratório e outro agente etiológico, entre residentes de Porto Alegre, de 2019 - 2024



Fonte: Sivep-Gripe, Dados provisórios, extraídos em 30/06/2025.

Apesar das diferentes incidências e letalidade associada por cada tipo de SRAG, é importante salientar a circulação viral concomitante de diferentes vírus respiratórios o ano inteiro, sobretudo no período de sazonalidade. O Sars-Cov-2 é o único que não possui, até então, padrão definido de sazonalidade, ocorrendo o ano inteiro a depender, principalmente, da composição da cepa viral de menor ou maior virulência. O gráfico abaixo apresenta os casos de SRAG por classificação final entre os anos de 2019 a 2024 distribuídos pelos meses do ano, entre residentes de Porto Alegre.

Gráfico 97: Agregado de casos de SRAG por classificação final, dos anos 2019 - 2024, distribuídas entre os meses do ano



Fonte: Sivep-Gripe, Dados provisórios, extraídos em 30/06/2025.

É possível verificar que as SRAG por COVID-19 apresentam padrão irregular enquanto as SRAG por outros vírus respiratórios se concentram nos meses mais frios do ano.

Vigilância Sentinela de Síndrome Grial

A vigilância sentinela de síndrome grial faz um monitoramento através de unidades selecionadas para realizar uma vigilância amostral de vírus respiratórios.

Atualmente Porto Alegre conta com duas unidades sentinela: uma no Pronto Atendimento Moacyr Scliar e outra no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, que iniciou no mês de maio suas atividades. Esta vigilância ocorre por meio de coleta semanal de 7 a 10 amostras para Rt-PCR em pacientes que sejam atendidos com síndrome grial.

Em relação aos dados públicos, são lançados boletins e informativos epidemiológicos, com maior periodicidade durante os meses de inverno, mas também durante os outros meses do ano. Desde o ano de 2020 a periodicidade destes informes foi diversas vezes alterada, atendendo a própria dinâmica da pandemia. Podem ser acessados na página da [Diretoria de Vigilância em Saúde \(DVS\)](#). Além disso, é possível acessar os dados a partir do [BI de vírus respiratórios](#).

Cobertura vacinal

Existem diversos indicadores que possibilitam a avaliação das condições de saúde da população. Um desses indicadores é a Cobertura Vacinal (CV) dos imunobiológicos, disponibilizados na rotina pelo Programa Nacional de Imunizações, que são responsáveis pela diminuição/erradicação das doenças preveníveis e hospitalizações.

A cobertura vacinal das vacinas de rotina pode ser entendida como a proporção de crianças menores de um ano que receberam o esquema completo de vacinação em relação aos menores de 1 ano existentes na população. Ela é calculada considerando como numerador, o total de doses que completam o esquema vacinal e, no denominador, a estimativa da população-alvo, multiplicando-se por 100.

Os dados utilizados para realização da avaliação da CV no nosso município são oriundos dos Sistemas de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Abaixo, está descrita a série histórica da cobertura vacinal em Porto Alegre:

Tabela 34: Série histórica de cobertura vacinal no município de Porto Alegre em crianças menores de 1 ano, 2015 - 2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
BCG	97,8	92,7	95,0	87,1	83,0	95,3	94,0	110,1	111,5	126,97
Penta	78,9	71,6	76,0	74,4	68,9	79,5	68,7	75,2	85,3	88,8
Rotavírus	74,4	69,1	76,6	98,0	78,1	77,8	69,5	76,1	84,7	87,7
Pólio	84,7	70,0	78,4	76,4	76,9	77,9	69,1	75,2	85,3	88,5
Meningo C	86,3	74,8	75,7	71,8	80,4	80,2	70,6	77,0	88,4	88,9
Pneumo 10	80,6	78,2	83,8	83,5	82,6	83,0	73,5	81,6	88,1	91,8
TV	75,3	72,4	71,6	81,5	81,1	78,4	73,3	85,0	94,6	97,6
FA	39,8	40,6	39,3	41,4	45,6	50,0	50,9	50,7	63,0	63,7

Fonte: *Dados de 2015 a 2022 extraídos do Tabnet. Dados de 2023 e 2024 extraídos do LocalizaSUS.

Em relação à cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano, é possível observar um aumento progressivo dos indicadores a partir do ano de 2022.

Campanha Nacional Contra a Gripe

Tabela 35: Série histórica da Cobertura Vacinal da Campanha contra a influenza no município de Porto Alegre, por ano e grupos prioritários, 2015 - 2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Crianças	72,1	100,07	77,9	61,2	75,4	59,3	55,8	40,4	41,7	62,0
Gestantes	78,3	76,2	71,9	59,7	61,8	48,0	51,2	31,6	47,6	32,9
Idosos	86,2	96,8	98,2	89,9	96,3	127,7	163,5	67,9	60,7	56,8
Trabalhadores da Saúde	102,9	104,8	72,7	76,5	78,0	122,9	52,4	46,0	38,7	27,8
Indígenas	101,7	103,4	105,4	95,9	156,0	115,9	116,2	29,2	23,6	143,9
Puérperas	126,1	124,7	101,5	86,0	113,8	43,5	38,4	15,0	24,0	11,7

Fonte: *Dados de 2015 a 2022 extraídos do Tabnet. Dados de 2023 e 2024 extraídos do LocalizaSUS.

A meta da Campanha Nacional de Vacinação contra a influenza em 2024 era vacinar 90% de cada grupo prioritário: trabalhadores de saúde, povos indígenas, crianças na faixa etária de seis meses a menores de cinco anos, gestantes em qualquer idade gestacional, puérperas, indivíduos com 60 anos ou mais. A vacinação também abrangeu pessoas portadoras de doenças crônicas, professores, população privada de liberdade, funcionários do sistema prisional e policiais civis, militares, bombeiros e membros ativos das forças armadas.

Campanha de Vacinação contra COVID-19

A Campanha de vacinação contra a COVID-19 teve seu início em 20/01/2021 e seu objetivo é reduzir a morbimortalidade causada pelo novo coronavírus, bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e dos serviços essenciais.

Para a operacionalização desta campanha, o Ministério da Saúde definiu os grupos considerados prioritários, e o município vem seguindo esse ordenamento. Para cada grupo, são estabelecidas estratégias de imunização de acordo com as especificidades identificadas, tais como: vacinação extramuros (em Instituições de Longa Permanência de Idosos e em pacientes acamados), realização de *drive-thru*, participação de farmácias parceiras e vacinação nos serviços de saúde (hospitais, unidades e centros de saúde).

No dia 29 de maio de 2024, iniciou no município a imunização com a vacina do laboratório Moderna, que é indicada para as crianças menores de 5 anos e para indivíduos que pertencem aos grupos prioritários. Contudo, ao longo do ano ocorreu um desabastecimento da vacina, desde o dia 18/07 não havia o imunizante adequado para atender as crianças abaixo de 12 anos e dia 18/10 faltou o

imunizante para o público acima de 12 anos. Esse fato impactou diretamente em nossa cobertura vacinal e na imunização coletiva, gerando um risco de aumento de casos.

Somente em 17 de dezembro que o estoque das vacinas foi restabelecido e houve a retomada da vacinação.

Tabela 36: Doses Aplicadas contra COVID-19 monovalente, segundo faixa etária, 2021- 2024

Faixa Etária	População Anual	Ano					
		2021 - 2024					
		Dose 1	CV (%)	Dose 2	CV (%)	Reforço CV (%)	
Acima de 80 anos	48.483	54.426	112,3	58.497	120,7	42.299	87,2
Adulto 18 a 79 anos	1.026.701	1.145.770	111,6	1.113.928	103,2	768.733	74,9
Adolescente	87.550	98.804	112,9	84.970	97,1	35.721	40,8
Crianças 5 a 11 anos	105.853	97.829	92,4	75.436	71,3	16.736	15,8
Crianças 3 a 4 anos	28.136	15.625	55,5	9.004	32,0	2.875	10,2
Crianças de 6 meses a menos de 3 anos	30.373	16.492	44,4	7.389	24,3	3.229	10,6
Total	1.327.096	1.425.946	107,4	1.349.224	101,7	869.593	65,5

Fonte: Localizasus. Data da consulta: 13/01/2025. Dados da população IBGE 2022.

Papiloma vírus humano – HPV

A vacinação quadrivalente contra determinados subtipos do papilomavírus humano é uma estratégia oferecida pelo Sistema Único de Saúde para reforçar as ações de prevenção do câncer do colo uterino e está incluída no calendário vacinal de meninas e meninos dos 9 aos 14 anos, como dose única. A estimativa da população (IBGE 2022) para essa faixa etária é de 88.520.

Tabela 37: Série histórica da vacinação contra HPV no município de Porto Alegre, por sexo, 2015 - 2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Meninas	103,0	91,5	83,5	71,7	72,5	73,4	70,5	76,0	82,7	88,5
Meninos	0,4	0,5	19,2	27,8	31,7	34,7	37,2	42,7	56,3	67,0

Fonte: Localizasus. Data da consulta: 20/03/2025.

Observamos um aumento considerável nos índices da CV a partir do ano de 2023. Esse aumento se deve às capacitações realizadas pela Equipe de Imunizações e a estratégia de vacinação nas escolas realizada pela Atenção Primária em Saúde.

Vacinação contra Dengue

A vacinação contra a dengue teve início em 29 de maio/24. O público definido pelo Ministério da Saúde para receber o imunizante foi o de crianças e adolescentes entre 10 e 14 anos (72.898). O esquema vacinal é composto por 2 doses com

intervalo mínimo de 3 meses. Até abril de 2025 foram administradas 20.475 primeiras doses (28,1%) e 6.539 segundas doses (9,0%) (Localizasus, 06/05/2025).

Por ser uma vacina nova no Calendário Nacional de Imunizações e para prevenção de possíveis eventos adversos importantes, a recomendação é que a vacinação não ocorra na estratégia extramuros e sim, nos serviços de saúde. Essa questão tem dificultado a captação do público alvo e afetado a cobertura vacinal.

A vacinação contra a dengue foi interrompida em 23 de abril, devido ao desabastecimento das doses enviadas pelo MS e foi restabelecida em 10/05/2025.

Violência

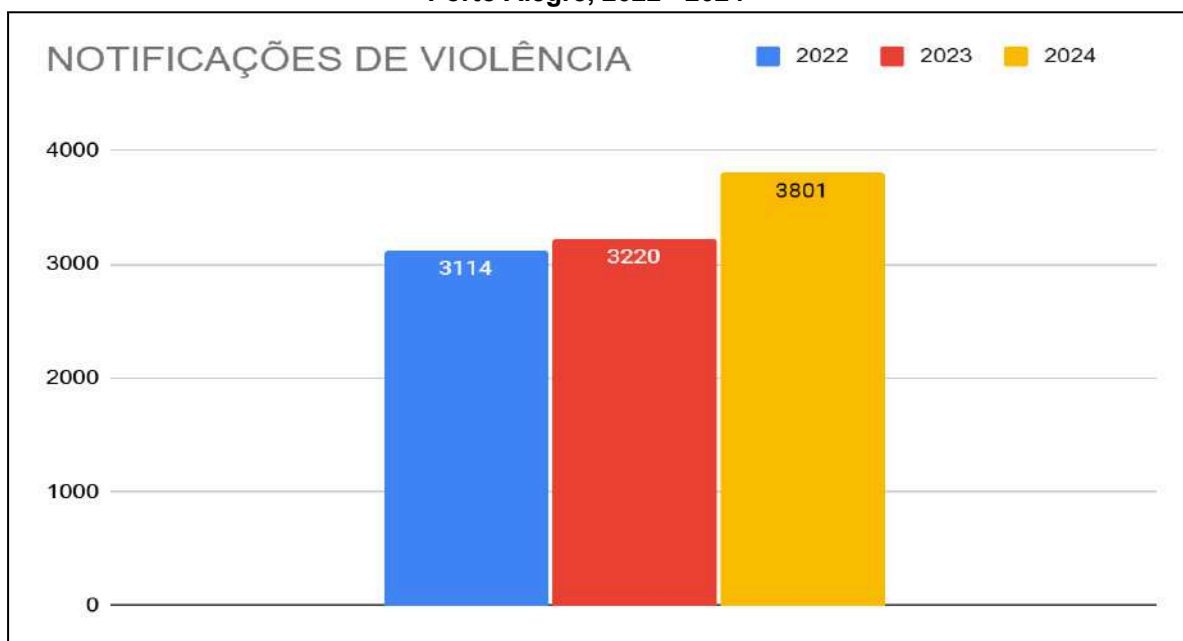
A violência é um agravo de notificação compulsória a todo profissional de saúde, tanto da rede pública quanto privada, no caso de suspeita ou de confirmação da situação, com políticas públicas de prevenção e vigilância desde 2003 estabelecidas pelo Ministério da Saúde, em âmbito nacional. Desde 2016, a violência entrou na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória.

Porto Alegre, desde 2023, utiliza o sistema Sentinela, construído em parceria com a Procempa, para as notificações de violência. Esse avanço possibilitou que as notificações chegassem em tempo real para a equipe, além de evitar a perda e extravio de fichas manuais/físicas. Todas as fichas chegam via Sentinela e são qualificadas pela equipe para que haja o menor número de campos como “Ignorado” e posteriormente digitadas no Sinan. Semanalmente a equipe envia o relatório semanal dos casos de violência para as unidades de saúde fazerem a busca ativa dos casos em seus territórios, a fim de dar visibilidade a pessoa que teve a notificação de violência, para que ela possa ser inserida na rede, amparada e protegida, para não ter a repetição do evento. Os casos de violência de repetição são sinalizados para as áreas técnicas e coordenadorias, para que possam ser discutidos e encaminhados o mais breve possível dentro da rede de saúde.

Em Porto Alegre, ao longo dos anos, houve a criação de estratégias para o aumento do número de notificações (sistema Sentinela, que é online), sensibilização dos profissionais atuantes e visibilidade dos casos dentro da rede de saúde para a proteção, amparo e criação de políticas públicas e ações intersetoriais, como: o Plano Municipal de Enfrentamento a Violência, com vigência de 2023 a 2025 e o Comitê Municipal de Prevenção à Violência, em vigor desde 2024.

Abaixo, alguns dados do período de 2022 a 2024:

Gráfico 98: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal, Porto Alegre, 2022 - 2024



Fonte: DVS/UVE/EVDANT/Sentinela/Sinan. Acesso em 25/07/2025.

Em relação ao número de notificações, observa-se um aumento ao longo do período analisado: 3.114 em 2022, 3.220 em 2023 e 3.801 em 2024. Esse crescimento não indica necessariamente um aumento nos casos de violência, mas reflete um maior registro de notificações, resultado da sensibilização da rede e das capacitações realizadas no período.

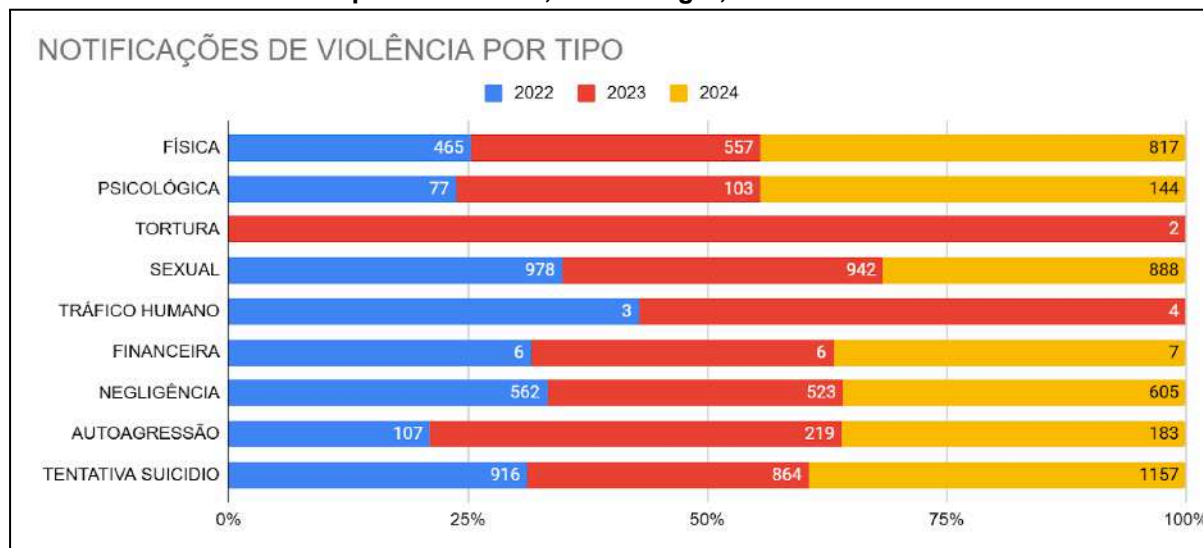
Gráfico 99: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal por sexo, Porto Alegre, 2022 - 2024



Fonte: DVS/UVE/EVDANT/Sentinela/Sinan. Acesso em 25/07/2025.

Em relação ao ano, houve aumento de notificações em ambos os sexos entre 2022 e 2024. O sexo feminino segue com o maior número de notificações, representando em torno de 70% das notificações de violência.

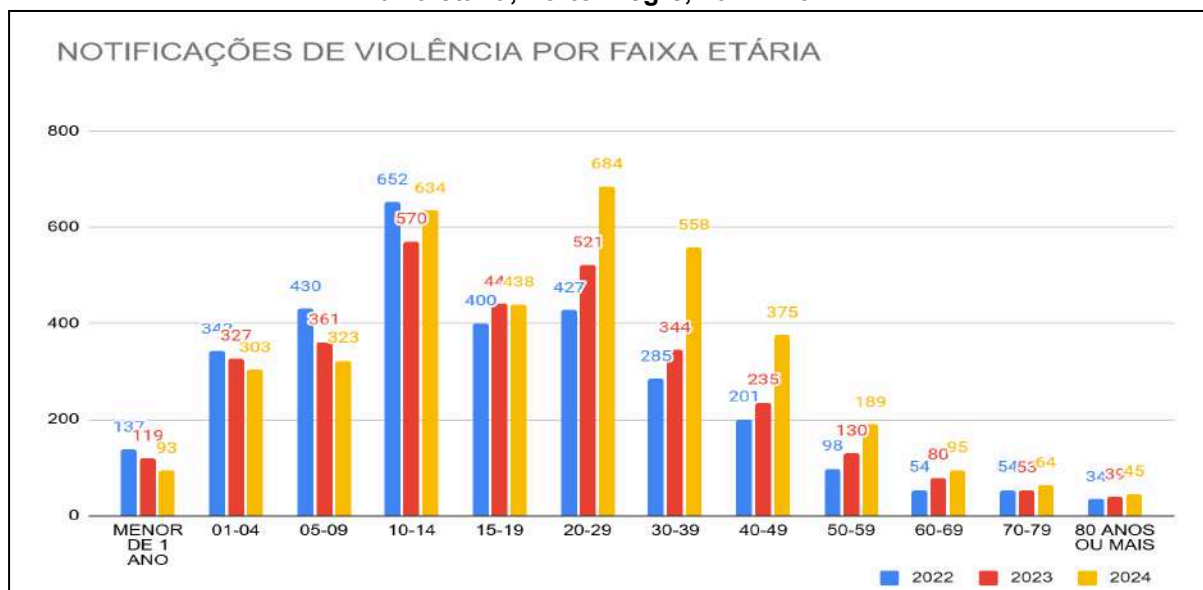
Gráfico 100: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal por tipo de violência, Porto Alegre, 2022 - 2024



Fonte: DVS/UVE/EVDANT/Sentinela/Sinan. Acesso em 25/07/2025.

Em 2022, o tipo de violência mais notificado foi a violência sexual, seguido de tentativa de suicídio e negligência. Em 2023, a violência sexual manteve-se como a mais notificada, seguida de tentativa de suicídio e violência física. Já em 2024, a tentativa de suicídio passou a ser o tipo de violência com maior número de notificações, seguida da violência sexual e da violência física.

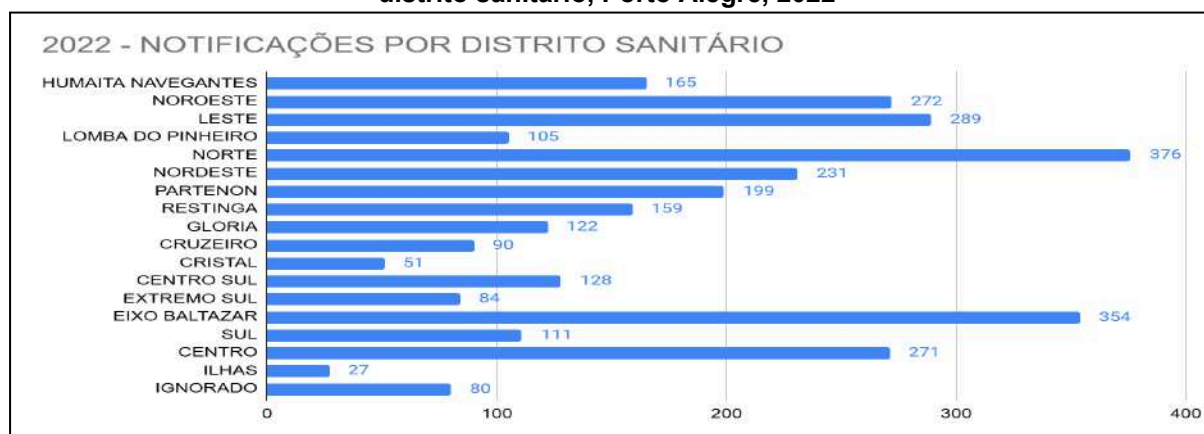
Gráfico 101: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal por faixa etária, Porto Alegre, 2022 - 2024



Fonte: DVS/UVE/EVDANT/Sentinela/Sinan. Acesso em 25/07/2025.

Em relação à faixa etária, no ano de 2022, o maior número de notificações de violência concentrou-se dos 10 aos 14 anos, seguido dos 5 aos 9 anos e 20 a 29 anos. No ano de 2023, o maior número de notificações de violência concentrou-se dos 10 aos 14 anos, seguido dos 20 aos 29 anos e 15 a 19 anos. Em 2024, o maior número de notificações de violência concentrou-se dos 20 aos 29 anos, seguido dos 10 aos 14 anos e 30 a 39 anos. Percebe-se ao longo dos últimos 3 anos que as notificações de violência concentram-se na população jovem.

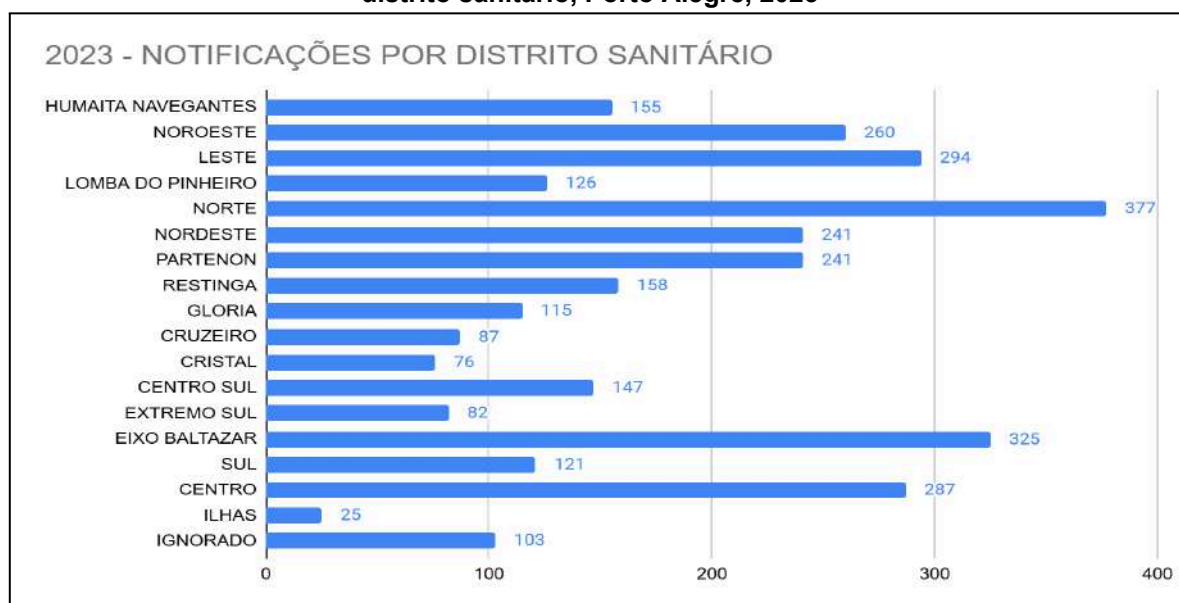
Gráfico 102: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal por distrito sanitário, Porto Alegre, 2022



Fonte: DVS/UVE/EVDANT/Sentinela/Sinan. Acesso em 25/07/2025.

Em 2022, os distritos de residência que mais houveram notificações de violência, por ordem de maior número de notificações, foram: distrito norte, distrito eixo-baltazar e distrito leste.

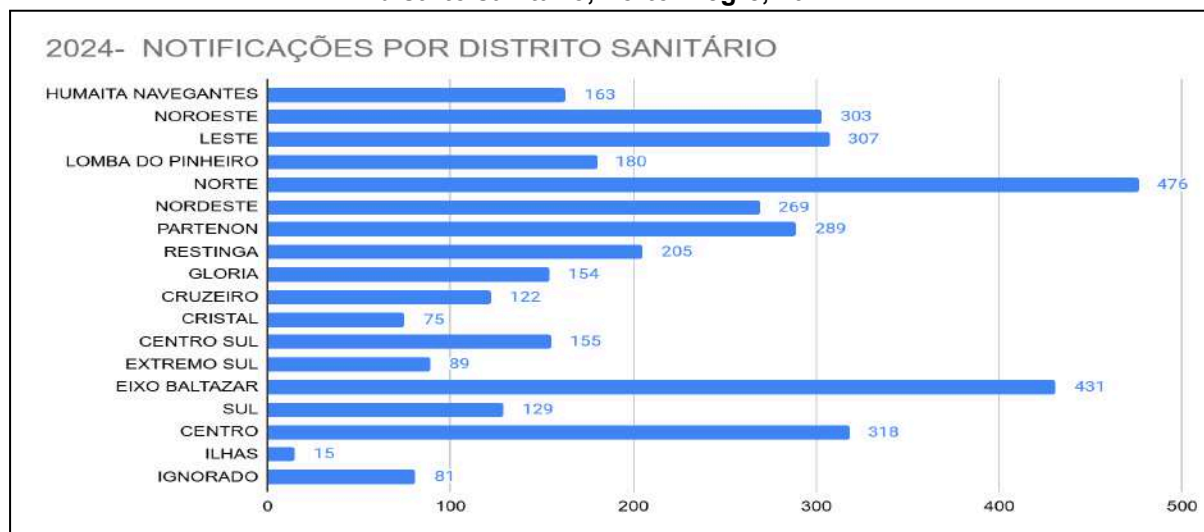
Gráfico 103: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal por distrito sanitário, Porto Alegre, 2023



Fonte: DVS/UVE/EVDANT/Sentinela/Sinan. Acesso em 25/07/2025.

Em 2023, os distritos de residência que mais houveram notificações de violência, por ordem de maior número de notificações, foram: distrito norte, distrito eixo-baltazar e distrito leste.

Gráfico 104: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal por distrito sanitário, Porto Alegre, 2024

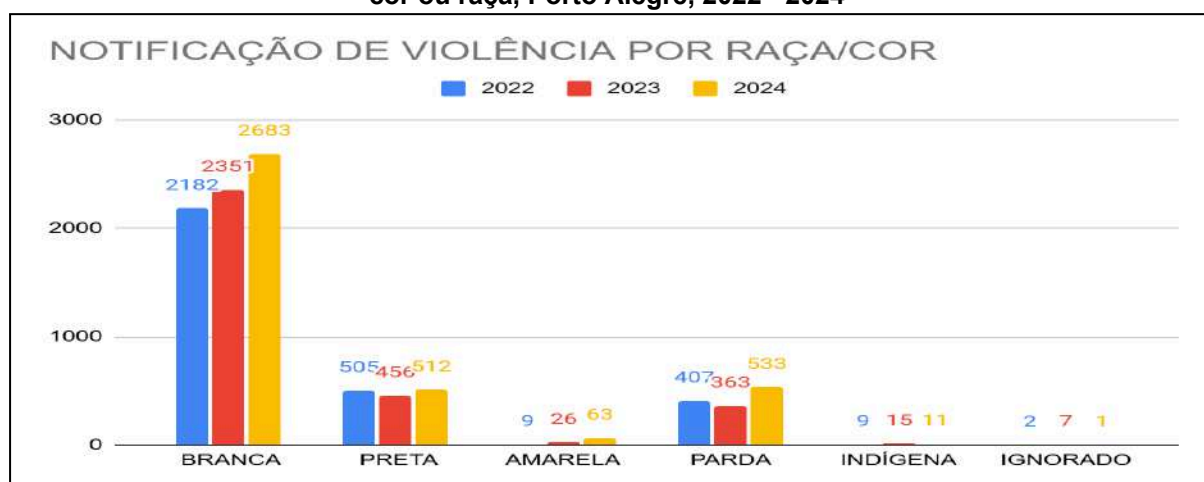


Fonte: DVS/UVE/EVDANT/Sentinela/Sinan. Acesso em 25/07/2025.

Em 2024, os distritos de residência que mais houveram notificações de violência, por ordem de maior número de notificações, foram: distrito norte, distrito eixo-baltazar e distrito leste.

No período analisado, os distritos de residência onde houve mais notificações de violência, não se alteraram. Podemos inferir que são os territórios com situações de vulnerabilidade.

Gráfico 105: Notificações compulsórias de violência pessoal autoprovocada e interpessoal por cor ou raça, Porto Alegre, 2022 - 2024



Fonte: DVS/UVE/EVDANT/Sentinela/Sinan. Acesso em 25/07/2025.

Em relação à cor ou raça, o maior número de notificações está na raça

branca, seguido de pretos e pardos. Esse número é bruto sem o cálculo de proporcionalidade dentro da população.

Acidentes de Trânsito

Os acidentes de trânsito são um grave problema de saúde pública, gerando óbitos e sequelas na população, além de onerar o sistema público de saúde na atenção primária, secundária e terciária.

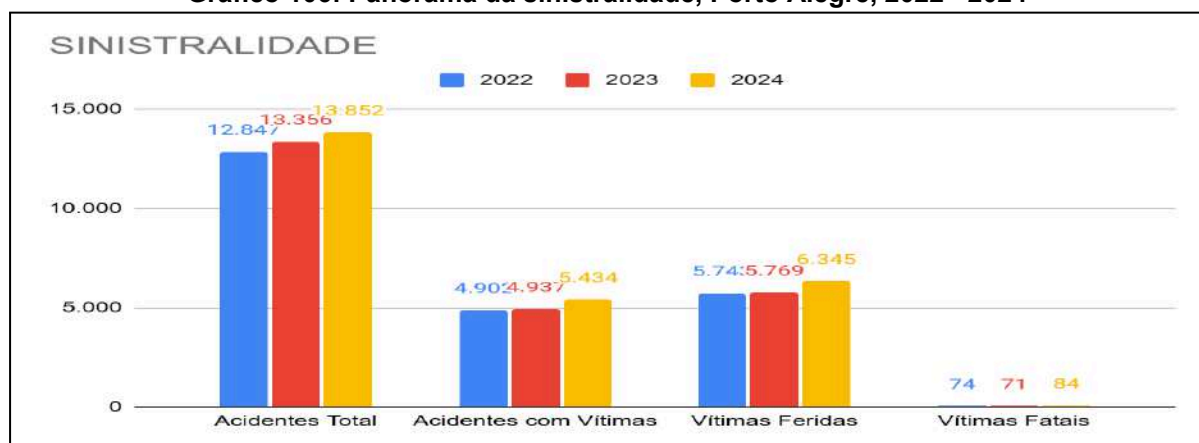
Buscando a mudança desta situação, em 2010, a Assembleia Geral das Nações Unidas instituiu a Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2011-2020 com o objetivo de salvar milhões de vidas. O governo brasileiro integrou-se a esta iniciativa global com o Programa Vida no Trânsito, que constitui uma ação interministerial coordenada pelo Ministério da Saúde e objetiva o fortalecimento de políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito por meio da qualificação das informações, planejamento, monitoramento e avaliação de intervenções voltadas prioritariamente a dois fatores de risco para a ocorrência de acidentes de trânsito: a associação de ingestão de bebida alcoólica e direção e a velocidade excessiva e inadequada. Em Porto Alegre este programa tem sido trabalhado pela Secretaria Municipal de Saúde e a Empresa Pública de Transporte e Circulação desde 2012.

Todos os acidentes de trânsito com óbito ocorridos nas vias do município são analisados por uma comissão intersetorial, que se reúne quinzenalmente, que identifica os fatores de risco e prevenção do sinistro.

O Programa Vida no Trânsito é a estratégia de vigilância dos acidentes, da vigilância em saúde, dentro do escopo das atividades da EVDANT/DVS.

Seguem alguns dados do período 2022-2024:

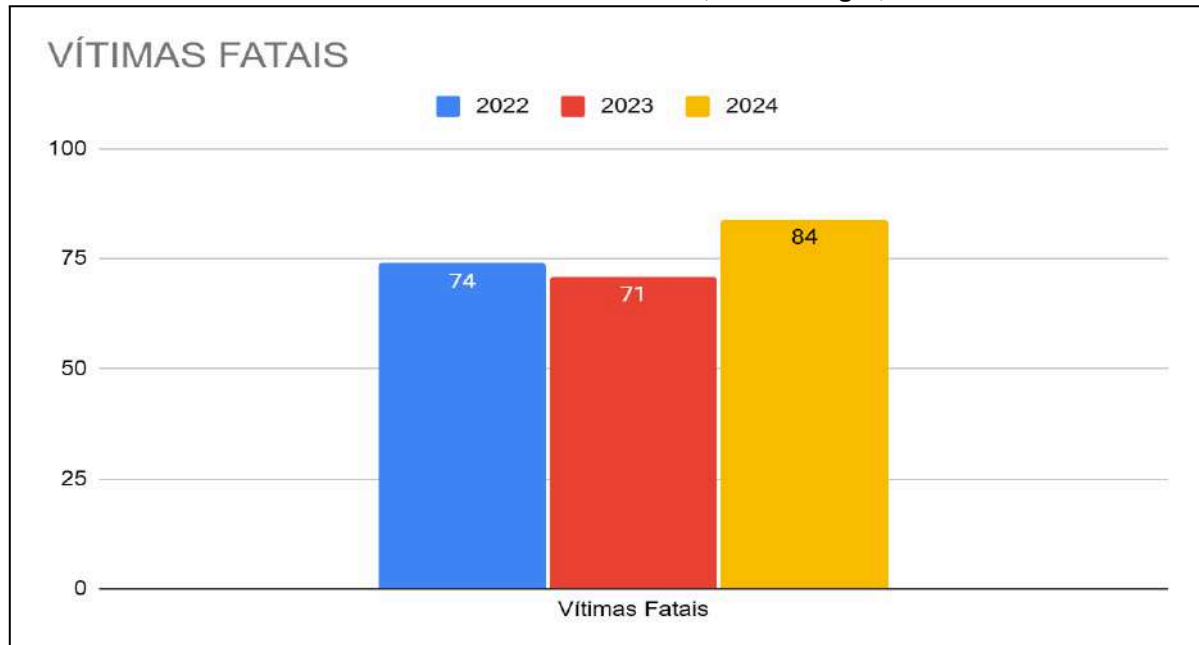
Gráfico 106: Panorama da sinistralidade, Porto Alegre, 2022 - 2024



Fonte: CAT-EPTC. Acesso em 25/07/2025.

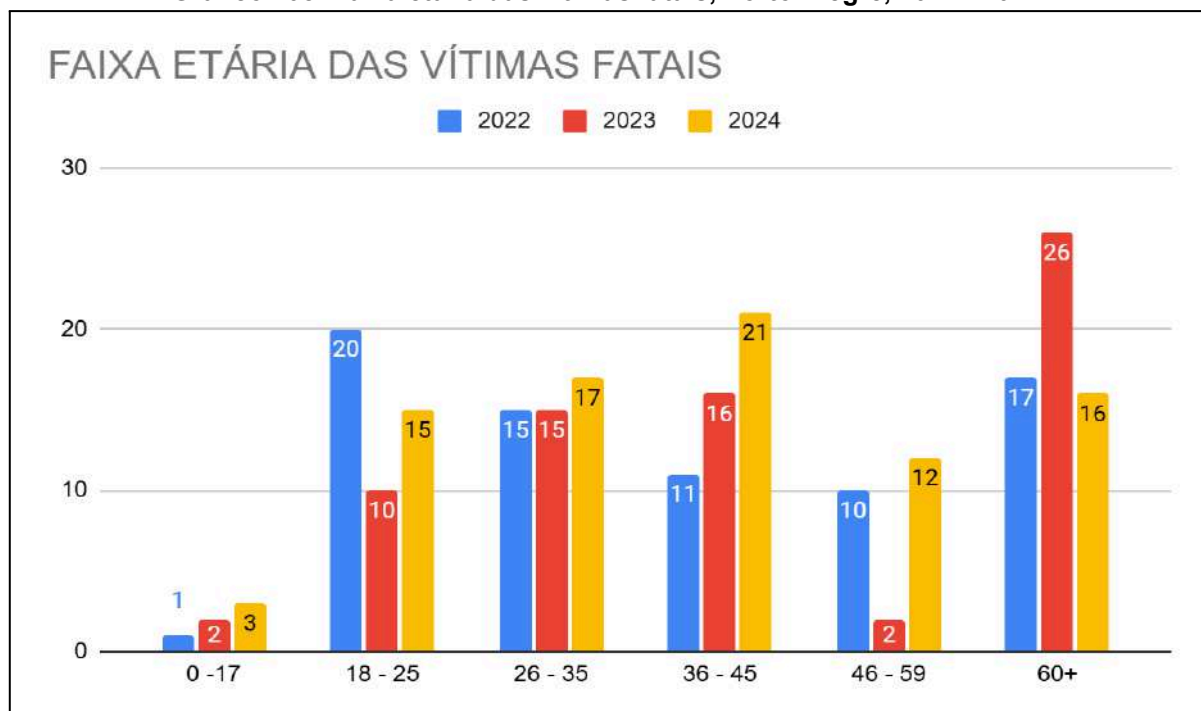
Em relação ao número de acidentes de trânsito, nota-se um aumento do número de eventos ao longo do período analisado (2022-2024), bem como, o aumento de vítimas feridas ao longo dos anos. Houve um aumento de vítimas fatais em 2024 em relação aos anos anteriores.

Gráfico 107: Quantitativo de vítimas fatais, Porto Alegre, 2022 - 2024



Fonte: CAT-EPTC. Acesso em 25/07/2025.

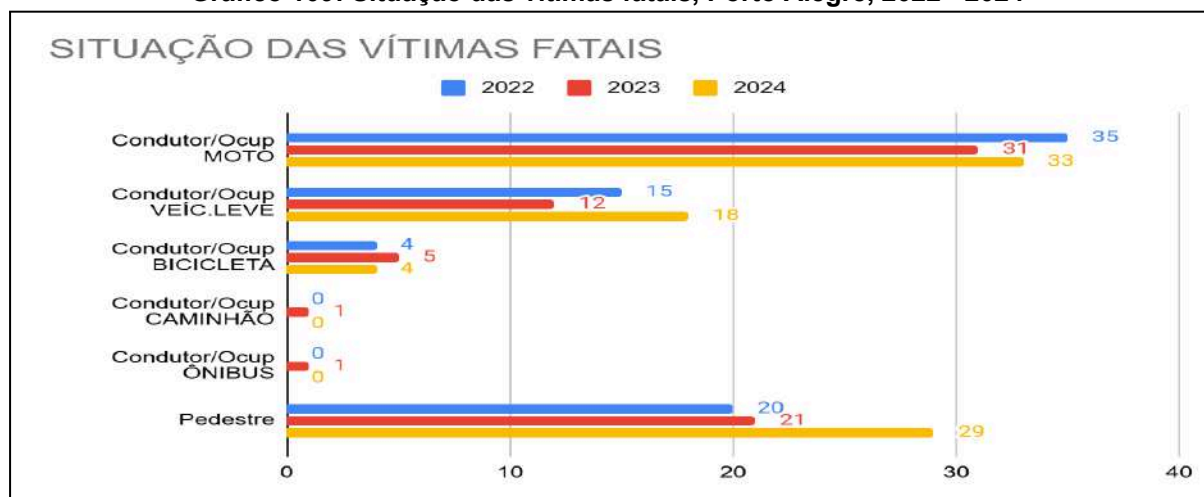
Gráfico 108: Faixa etária das vítimas fatais, Porto Alegre, 2022 - 2024



Fonte: CAT-EPTC. Acesso em 25/07/2025.

Em relação à faixa etária, no ano de 2022, tivemos o maior número de casos na faixa etária dos 18-25 anos, seguido de maiores de 60 anos. No ano seguinte, 2023, a faixa etária com o maior número de vítimas fatais foi a de 60 anos ou mais, os idosos. Em 2024, destaca-se a faixa etária dos 36 aos 45 anos, seguida dos idosos. Ainda em 2024, houve aumento em relação aos anos anteriores de óbitos em menores de idade (0-17 anos) pelos acidentes de trânsito.

Gráfico 109: Situação das vítimas fatais, Porto Alegre, 2022 - 2024



Fonte: CAT-EPTC. Acesso em 25/07/2025.

Em relação à situação dos óbitos no trânsito, nos anos de 2022 a 2024, os condutores/ocupantes de moto seguidos dos pedestres, foram as principais vítimas. O cenário de óbitos envolvendo motos pode estar relacionado às mudanças da mobilidade e das relações econômicas, com o aumento de motofretistas. Em 2023 e 2024, uma nova situação também apareceu, óbitos envolvendo patinetes.

Câncer

Os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) são centros sistematizados de coleta, armazenamento e análise da ocorrência e das características de todos os casos novos de câncer em uma população. Tem por objetivo conhecer o número de casos novos (incidência) de câncer, sua distribuição e tendência temporal na população pertencente à área geográfica de sua cobertura. As informações produzidas pelos RCBP subsidiam estudos epidemiológicos para identificação de populações de risco e permitem medir a eficácia de programas de prevenção e controle do câncer. Os RCBP, em sua maioria, utilizam o [sistema para informatização dos dados nos RCBP – SisBasepopWeb \(BPW\)](#), desenvolvido e

disponibilizado pelo INCA, para estruturação de suas bases de dados e gerenciamento do processo de coleta e produção de informações.

Porto Alegre, desde 2014, é responsável pelo RCBP do município (antes, o Estado era quem alimentava o banco). No site do INCA, temos dados consolidados até o ano de 2017, de acesso público. A equipe segue alimentando o sistema coletando os laudos de câncer dos laboratórios de exames anátomo-patológicos da cidade positivos para neoplasias malignas, com cobertura de 100% da rede pública e privada. Além de contar com as fontes do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que são 5 hospitais: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Irmandade Santa Casa de Misericórdia, Hospital Fêmina, Hospital Nossa Senhora da Conceição e Hospital São Lucas da PUCRS. Neste momento, encontra-se fazendo a consolidação do ano de 2018 e iniciando a limpeza do banco referente ao ano de 2019, além da digitação dos laudos referentes ao ano de 2023 e iniciada a coleta dos laudos do ano de 2024.

Para este relatório, trazemos um recorte dos laudos referente ao ano de 2022 e 2023, para um panorama breve da situação dos casos diagnosticados de câncer na cidade, a partir dos dados do RCBP.

Tabela 38: Descritivo dos casos registrados no RCBP por média de idade, sexo, cor ou raça e tipo de câncer e Desvio Padrão (DP) Porto Alegre, 2023 e 2024

	Ano	
	2022 (N= 11.456)	2023 (N=1.200)
	Média (DP)	Média (DP)
Idade	66,6 (14,2)	66,8 (14,3)
Sexo		
Feminino	6.056 (52,9)	610 (50,8)
Masculino	5.311 (61,4)	589 (49,1)
NI	89 (0,8)	1 (0,1)
Cor ou raça		
Branca	7.039 (61,4)	683 (56,9)
Amarela	56 (4,9)	11 (9,2)
Indígena	1 (0,0)	0 (0,0)
Parda	172 (1,5)	13 (1,8)
Preta	365 (3,2)	22 (1,8)
NI	3.823 (33,4)	471 (39,2)
Grupo		
Mama	1.433 (12,5)	118 (9,8)
Próstata	1.044 (9,1)	136 (11,3)
Colorretal	715 (6,2)	88 (7,3)
Pulmão	531 (4,6)	27 (2,3)
Cervical	131 (1,1)	6 (0,5)
Melanoma	264 (2,3)	21 (1,8)
Rim	252 (2,2)	14 (1,2)
Bexiga	278 (2,4)	22 (1,8)
Linfoma	214 (1,9)	31 (2,6)
Fígado	154 (1,3)	15 (1,3)
Estômago	141 (1,2)	20 (1,7)

Ovário	148 (1,3)	15 (1,3)
Tireóide	85 (0,7)	12 (1,0)
Útero	81 (0,7)	7 (0,6)
Esôfago	71 (0,6)	7 (0,6)
Leucemia	66 (0,6)	8 (0,7)
Pâncreas	57 (0,5)	11 (0,9)
Cavidade Oral	49 (0,4)	1 (0,1)
Cérebro	40 (0,4)	5 (0,4)
Laringe	27 (0,2)	2 (0,2)
Pele não Melanoma	4.563 (39,8)	483 (40,3)
Outros	1.112 (9,7)	151 (12,6)

Fonte: INCA/RCBP. Acesso em 01/07/2025.

Em 2022, houve a digitação de 11.456 laudos de diagnóstico de câncer no sistema. Destes, a maioria é do sexo feminino, predominantemente da raça branca, seguido da raça negra. Em relação ao diagnóstico, destaca-se o câncer de pele não-melanoma, seguido de câncer de mama, próstata e colorretal.

Em 2023, a digitação contabiliza 1.200 laudos, seguindo o padrão observado em 2022: maioria do sexo feminino, predominantemente da raça branca, seguido da raça negra. Em relação ao diagnóstico, destaca-se o câncer de pele não-melanoma, seguido de câncer de mama, próstata e colorretal.

Em relação à faixa etária, a média de idade do diagnóstico de câncer ocorreu 66,6 anos.

O campo cor ou raça necessita de melhor preenchimento no Cadsus, onde são extraídos os dados sócio-demográficos, para preenchimento da ficha do INCA, por isso o número elevado de “NI” que significa “Não Informado”.

Câncer do colo do útero e exames citopatológicos alterados

No mundo, o câncer de colo do útero é o 4º mais incidente entre mulheres. A maioria dos casos ocorre em países de baixa e média renda, onde o rastreamento é deficiente. No Brasil, é o 3º mais incidente entre mulheres, depois do câncer de mama e colorretal e, apesar de prevenível, possui altas taxas de mortalidade (OPAS, 2024).

O Ministério da Saúde preconiza, a partir das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, a realização de exames preventivos em indivíduos com útero, idade de 25 a 64 anos, visando a identificação das lesões precursoras, tratamento e prevenção, além de primar pela qualidade e pela garantia da integralidade assistencial em todas as etapas da linha de cuidado da doença. Este processo inclui as três esferas da federação e de todos os níveis assistenciais, com destaque para a Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2022).

No município de Porto Alegre, o Protocolo de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde para o Rastreamento de Neoplasias: Câncer de Mama, Colo do Útero e Intestino norteia o processo de rastreamento, em consonância com as diretrizes do Caderno de Atenção Primária nº 13 (BRASIL, 2018), no que se refere à prevenção secundária de doenças, ou seja, à identificação de uma patologia previamente desconhecida por meio de exames, testes ou procedimentos em pessoas assintomáticas de uma população definida.

Câncer de mama e mamografias alteradas

O câncer de mama é o mais frequente em mulheres no Brasil. Seu rastreamento é preconizado pelas Diretrizes de Detecção Precoce do Câncer de Mama, do Ministério da Saúde, por meio da mamografia, estratégia implementada para a detecção precoce da doença. O exame é oferecido às mulheres com idade de 50 a 69 anos e periodicidade em que há evidência conclusiva sobre redução da mortalidade por câncer de mama. Os diagnósticos em estágios iniciais garantem um melhor prognóstico, garantia da qualidade e integralidade assistencial em todas as etapas da linha de cuidado da doença. Recomenda-se, ainda, o seguimento oportuno ou organizado, e monitoramento em todas as etapas do processo.

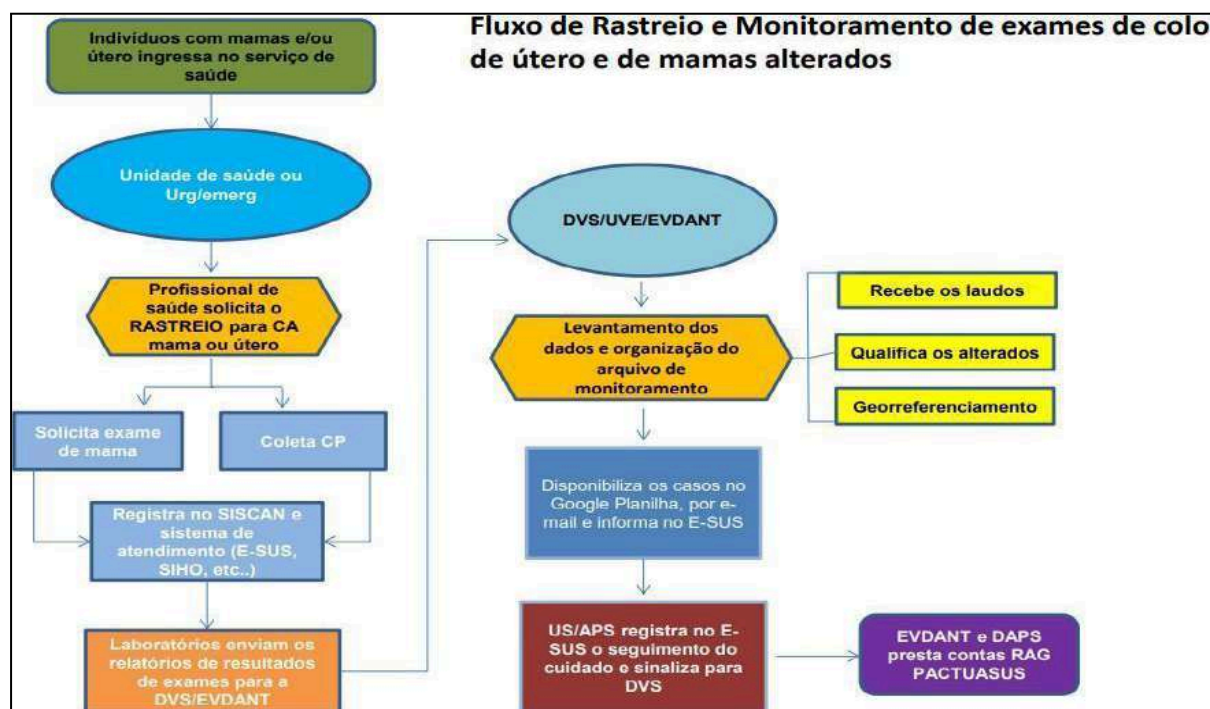
No município de Porto Alegre, o Protocolo de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Rastreamento de Neoplasias: Câncer de Mama, Colo do Útero e Intestino, é norteador do processo de rastreamento em consonância com as Diretrizes do Caderno de Atenção Primária, número 09 (BRASIL, 2010).

O monitoramento de exames citopatológicos do colo do útero e exames de mamografias alterados, iniciado em 2020 é feito pelos sistemas SISMAMA e SISCOLO, no entanto estes bancos estão desatualizados desde 2013 e deveriam ter sido substituídos pelo SISCAN (Sistema de Informação do Câncer), recomendado pelo Ministério da Saúde desde então. O objetivo do monitoramento de exames alterados é vincular esses casos à Atenção Primária à Saúde para possibilitar o manejo precoce. A Vigilância em Saúde de Porto Alegre monitora 100% dos exames de mamografia e colo do útero alterados realizados pelo SUS.

A Figura abaixo ilustra o fluxo de rastreamento e monitoramento de exames alterados de colo e mama. Este processo envolve a oferta e busca ativa de mulheres em idade de realizar o exame. As fases de vigilância e monitoramento incluem a identificação de indivíduos com exames alterados, georreferenciamento e

sinalização dos casos por coordenadoria, unidade de saúde e território de residência, visando o acompanhamento e a continuidade do tratamento e da linha de cuidado.

Figura 11: Fluxo de rastreamento e monitoramento de câncer de colo e câncer de mama nos serviços de saúde SUS em Porto Alegre



Fonte: EVDANT/DVS/SMS.

Desde o início da prática de rastreamento, foram identificadas 1.144 mulheres residentes com exames de mamografia alterados no município de Porto Alegre. Destacam-se, nas análises a seguir, os dados referentes aos anos completos de 2021, 2022, 2023 e 2024 para o comparativo anual.

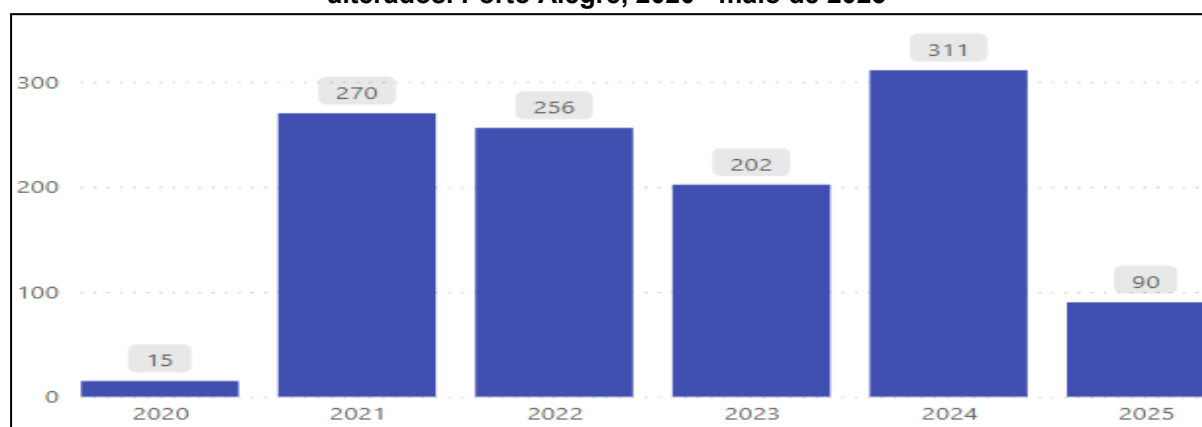
O gráfico abaixo ilustra detalhadamente a trajetória do número de exames alterados ao longo dos anos, revelando tendências significativas. Observa-se que, entre 2021 e 2022, a quantidade de exames com resultados alterados manteve-se notavelmente estável, sugerindo um período de consistência nos padrões de detecção ou na prevalência de condições identificadas, como, por exemplo, o número de exames ofertados.

No ano de 2023, houve uma ligeira, porém perceptível queda no número de exames alterados. Essa diminuição pode indicar uma série de fatores, como a implementação de novas estratégias de prevenção, melhorias na saúde populacional ou até mesmo ajustes nos critérios de interpretação dos exames. É

fundamental investigar as causas subjacentes a essa leve redução para compreender seu impacto total.

Por outro lado, o ano de 2024 registrou um aumento considerável no número de exames alterados. Este crescimento acentuado pode estar diretamente relacionado à expansão da oferta de exames. A introdução de novas parcerias com prestadores de serviço, que ampliaram o acesso e a disponibilidade de testes diagnósticos, provavelmente contribuiu para que mais indivíduos fossem submetidos a exames, consequentemente elevando o número de resultados alterados detectados. Esse cenário ressalta a importância da relação entre a capacidade de oferta de serviços de saúde e a identificação de condições clínicas na população.

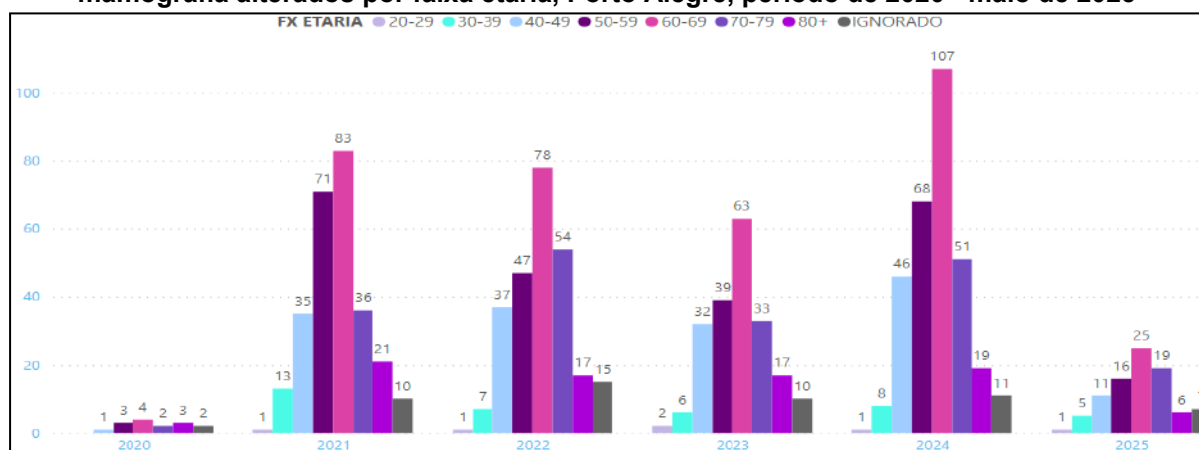
Gráfico 110: Série histórica do rastreamento de mulheres com exames de mamografia alterados. Porto Alegre, 2020 - maio de 2025



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 07/07/2025, sujeitos a alterações.

A série histórica apresentando os exames de mamografia revelou que a faixa etária de 60 a 69 anos foi a mais prevalente com alterações durante todo o período analisado, seguida por 50 a 59 anos. Contudo, é notável um crescimento considerável a partir dos 40 anos que vem se ratificando. Tal achado ressalta a importância do rastreamento do câncer de mama em um espectro etário mais amplo, o que já foi adotado pelo município com o monitoramento de todos os exames alterados independente da idade, conforme mostra o gráfico abaixo.

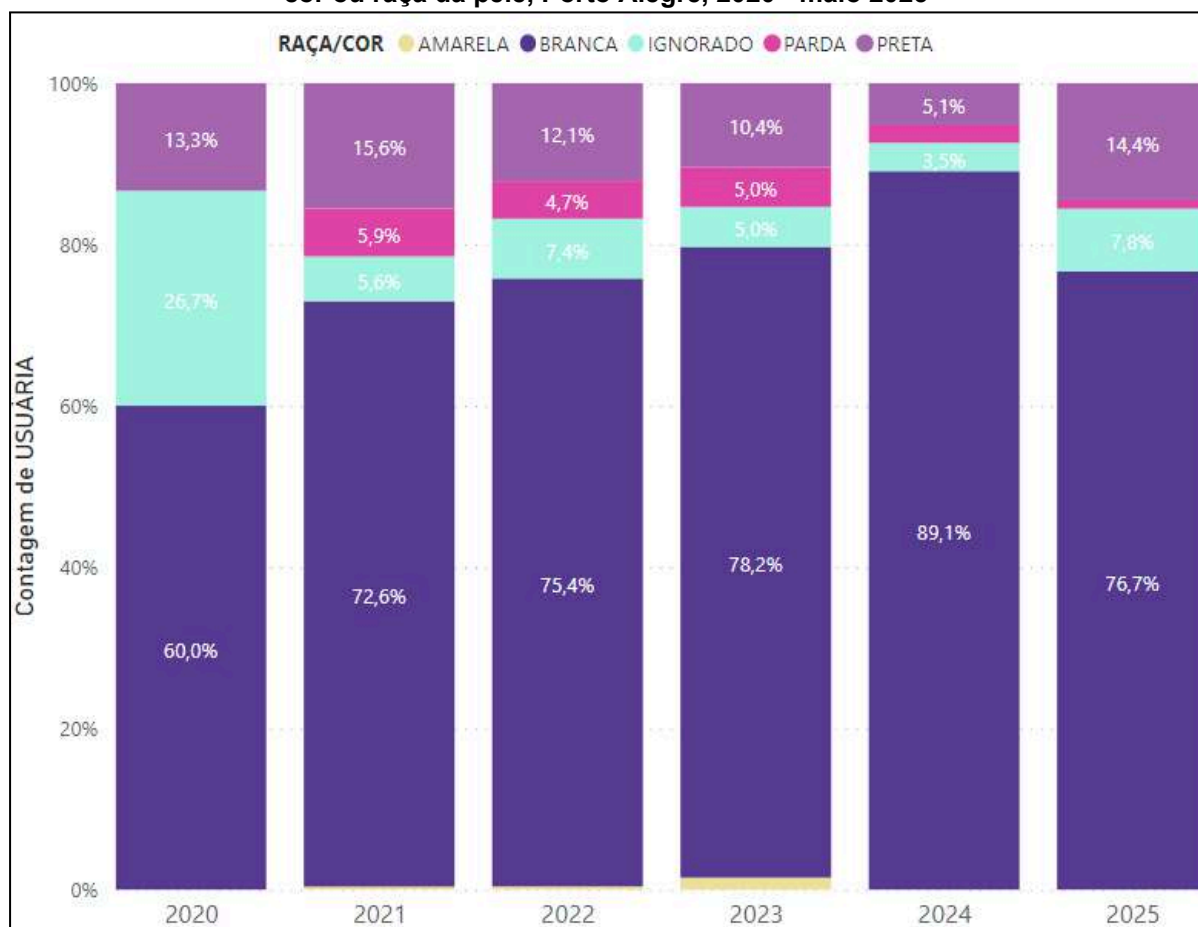
Gráfico 111: Série histórica com a distribuição de casos de mulheres com exames de mamografia alterados por faixa etária, Porto Alegre, período de 2020 - maio de 2025



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 07/07/2025, sujeitos a alterações.

A série histórica abaixo mostra que entre os anos de 2021 e 2024 uma média de aproximadamente 79% mulheres rastreadas com exames alterados eram de raça branca. As cores preta e parda (negras) totalizaram 15% dos casos no mesmo período, o que, proporcionalmente aos 13,4% de mulheres negras constantes na população do município, isso sem contar que um percentual ainda menor deve realizar estes exames, sinaliza a necessidade da intensificação de ações e medidas voltadas para equidade em saúde e acesso para essas usuárias. Os casos ignorados (média de 11%) refletem a incompletude dos cadastros, mesmo após a qualificação pela EVDANT.

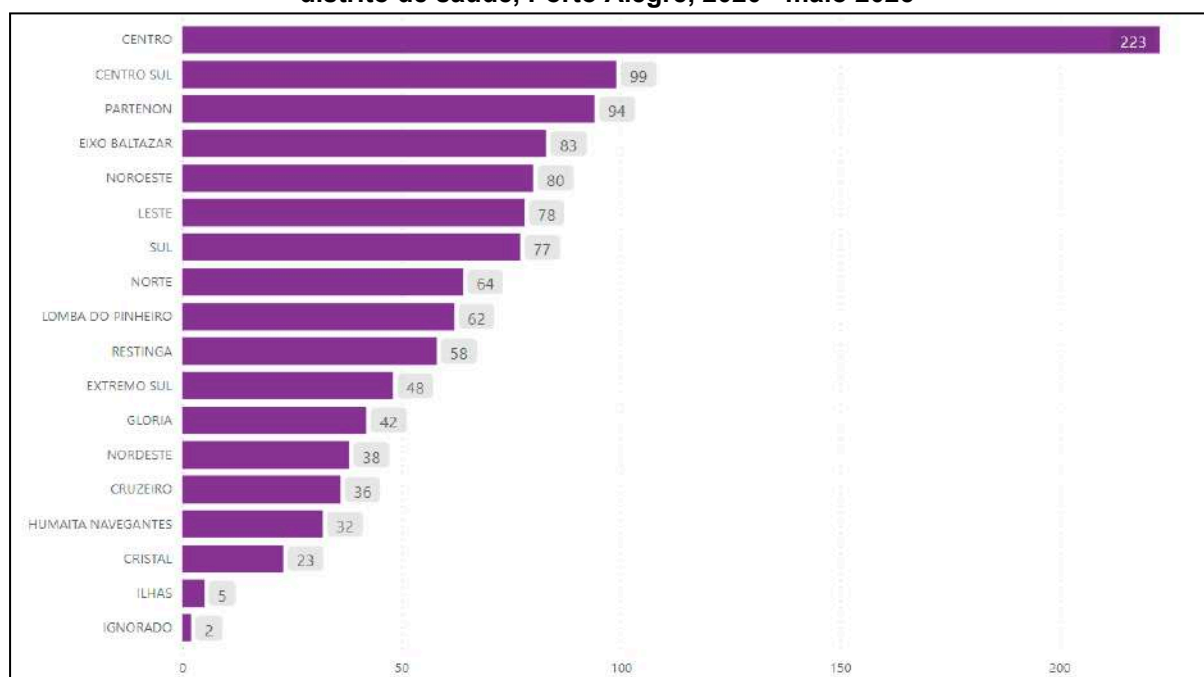
Gráfico 112: Distribuição dos casos de mulheres com exames de mamografia alterados por cor ou raça da pele, Porto Alegre, 2020 - maio 2025



Fonte: EVDANT/DVS/S. Dados atualizados em 07/07/2025, sujeitos a alterações.

O gráfico abaixo revela que o Distrito Centro concentra o maior número de exames alterados, com 223 casos. Esse dado provavelmente se deve à significativa presença de mulheres na faixa etária recomendada para o rastreamento nesta região.

Gráfico 113: Distribuição dos casos de mulheres com exames de mamografia alterados por distrito de saúde, Porto Alegre, 2020 - maio 2025



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 07/07/2025, sujeitos a alterações.

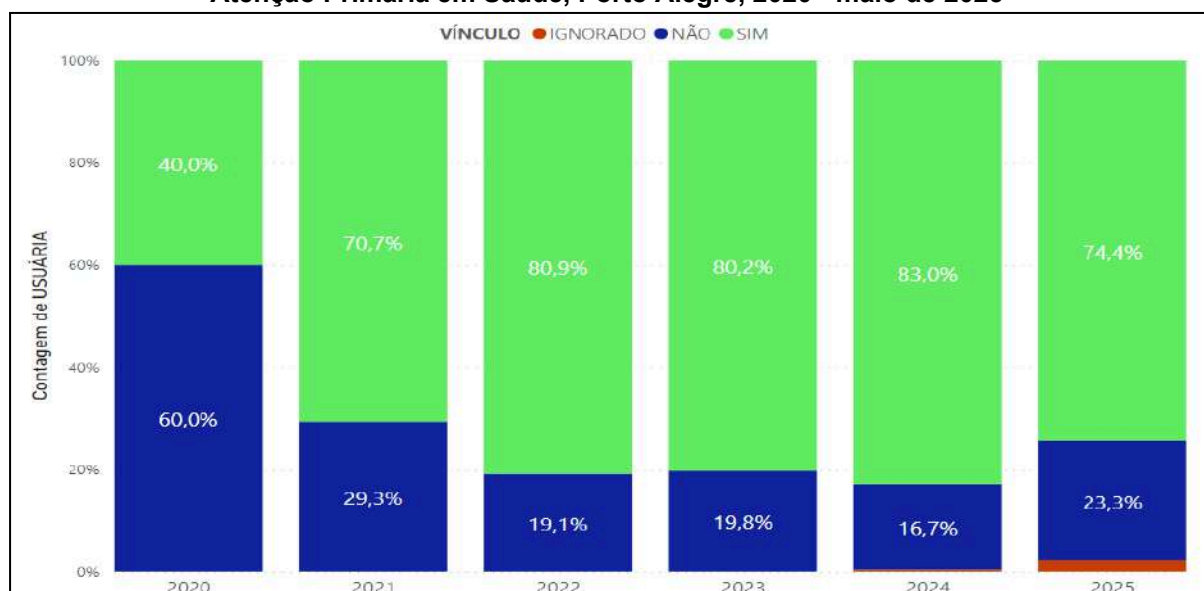
O acesso das usuárias para o cuidado adequado foi analisado a partir das variáveis vinculação e acompanhamento na Rede de Atenção Primária em saúde. Nesse sentido, o conceito de “vínculo”, no rastreamento, tem por definição pessoas que acessaram a unidade de saúde referente à demanda de prevenção e investigação de câncer nos últimos seis meses. Já o “acompanhamento” relaciona-se ao atendimento e comparecimento em consultas após conhecimento dos resultados dos exames, no corrente ano, para o monitoramento das alterações.

O período de 2022 a 2024 evidenciou uma taxa de vinculação consistentemente elevada, alcançando uma média de 81,3%. Este percentual contrasta marcadamente com a taxa de não vinculação, que se manteve em 18,5%. A análise temporal revela um aumento expressivo na vinculação, especialmente entre 2021 e 2022, quando se observou um incremento notável de 10,2%. Este salto coincidiu diretamente com a implementação do Plano Municipal de Saúde (2022-2025), sugerindo uma forte correlação entre as políticas públicas e o engajamento da população.

Apesar do impulso inicial robusto, o crescimento da vinculação tendeu a se estabilizar nos anos subsequentes. Entre 2023 e 2024, por exemplo, registrou-se um crescimento mais discreto, de apenas 3%. Este dado aponta para a necessidade de avaliações contínuas e estratégias de aprimoramento para manter e, se possível,

otimizar os níveis de vinculação alcançados. A manutenção de uma taxa de vinculação superior a 80% demonstra a eficácia das iniciativas em curso, mas também evidencia o desafio de vincular a parcela restante da população e de sustentar o engajamento a longo prazo, conforme mostra o gráfico abaixo.

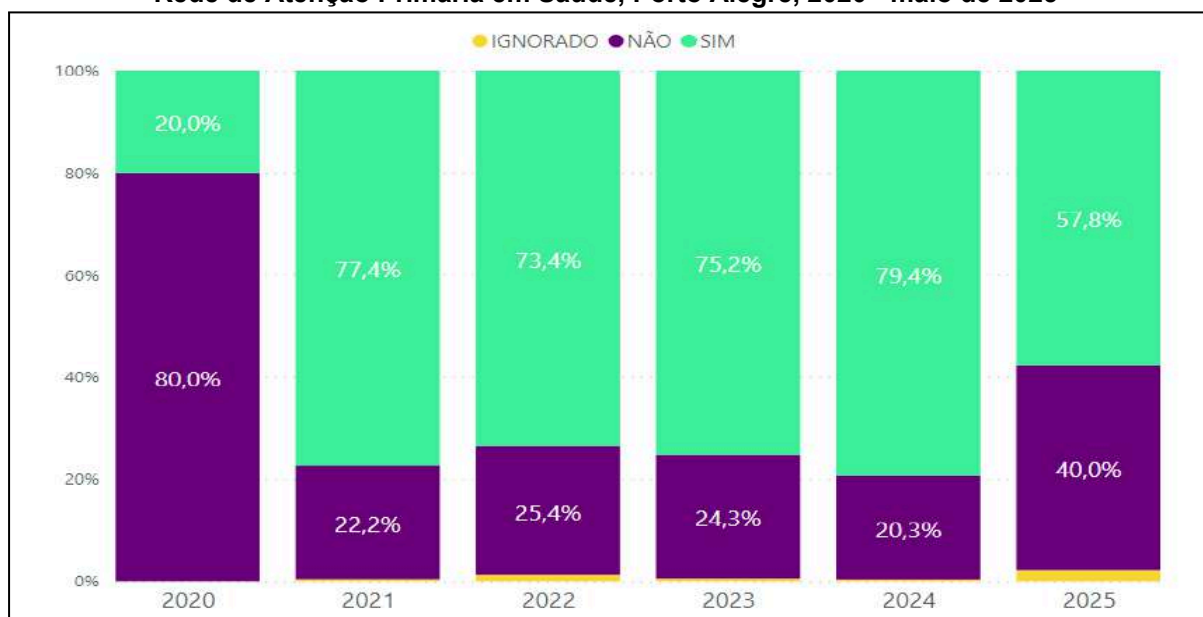
Gráfico 114: Vinculação das mulheres com exames de mamografia alterados, com a Rede de Atenção Primária em Saúde, Porto Alegre, 2020 - maio de 2025



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 07/07/2025, sujeitos a alterações.

O gráfico a seguir demonstra uma taxa de acompanhamento médio de 76% para pacientes com mamografias alteradas, monitoradas através do Registro Ambulatorial de Pacientes (RAP) entre 2021 e 2024. Este dado, embora represente a maioria das mulheres que necessitaram de acompanhamento, ainda aponta para uma lacuna de aproximadamente 24% de pacientes cujo seguimento não foi registrado. É plausível que essa porcentagem de mulheres não acompanhadas pelo sistema público de saúde tenha buscado atendimento na rede privada. A ausência de interoperabilidade entre os sistemas de informação de saúde públicos e privados emerge como um fator crítico para essa disparidade, impedindo a inclusão completa dos dados desses pacientes nas análises. A falta de uma visão integrada do percurso da paciente pode comprometer a integralidade do cuidado e a efetividade das políticas de saúde, uma vez que impede o conhecimento preciso da real situação de todas as mulheres que tiveram mamografias alteradas, independentemente do local onde buscaram o acompanhamento.

Gráfico 115: Acompanhamento das mulheres com exames de mamografia alterados, com a Rede de Atenção Primária em Saúde, Porto Alegre, 2020 - maio de 2025



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 07/07/2025, sujeitos a alterações.

Rastreamento de exames citopatológicos alterados

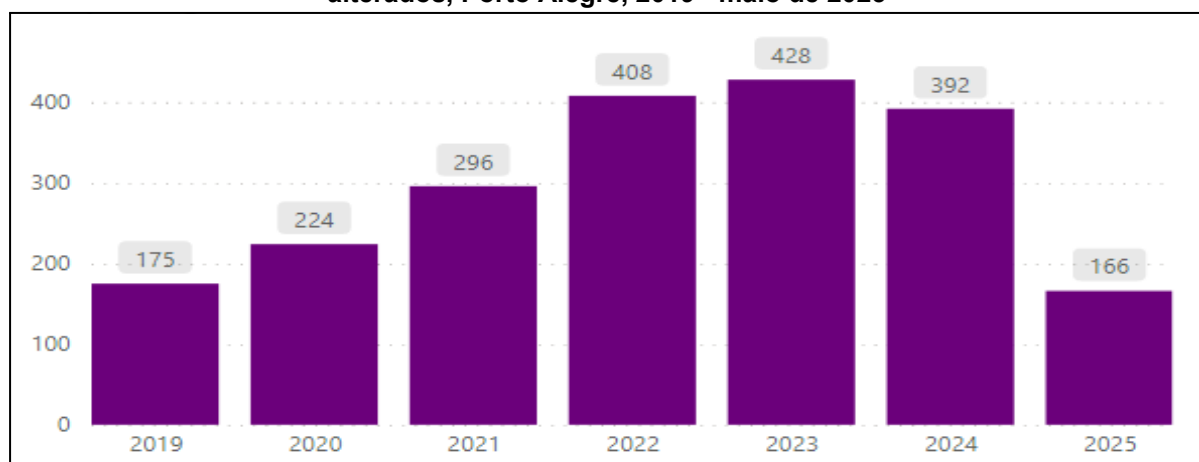
Desde 2019, observa-se um aumento progressivo e ininterrupto no número de exames alterados do colo do útero em nosso município. Esse crescimento tornou-se ainda mais proeminente no período de 2022 a 2024, evidenciando uma tendência ascendente que merece atenção, conforme mostra o gráfico abaixo. Curiosamente, este período de intensificação coincide diretamente com a fase de implementação do atual Plano Municipal de Saúde (2022-2025), o que sugere uma possível correlação entre as ações estratégicas adotadas e os resultados observados.

É provável que este cenário de maior detecção de alterações esteja intrinsecamente ligado às iniciativas promovidas pelo referido Plano. Entre as ações mais impactantes, destacam-se a intensificação significativa das coletas de exames citopatológicos do colo do útero na Rede de Atenção Primária (RAP) em saúde. Além disso, a extensão das faixas etárias recomendadas para o rastreamento, abrangendo um público maior, pode ter contribuído para a identificação precoce de um número elevado de casos que, de outra forma, poderiam não ter sido detectados.

Esta expansão na oferta e na cobertura é um indicativo de que as políticas de saúde implementadas estão surtindo efeito no que tange à identificação de condições precoces. Embora o aumento no número de exames alterados possa parecer, à primeira vista, um dado negativo, ele pode, na verdade, refletir uma

melhoria na capacidade de rastreamento e diagnóstico precoce, o que é fundamental para o sucesso do tratamento e a redução da mortalidade por câncer de colo do útero. A continuidade da análise desses dados será crucial para ajustar e refinar as estratégias do Plano Municipal de Saúde nos próximos anos.

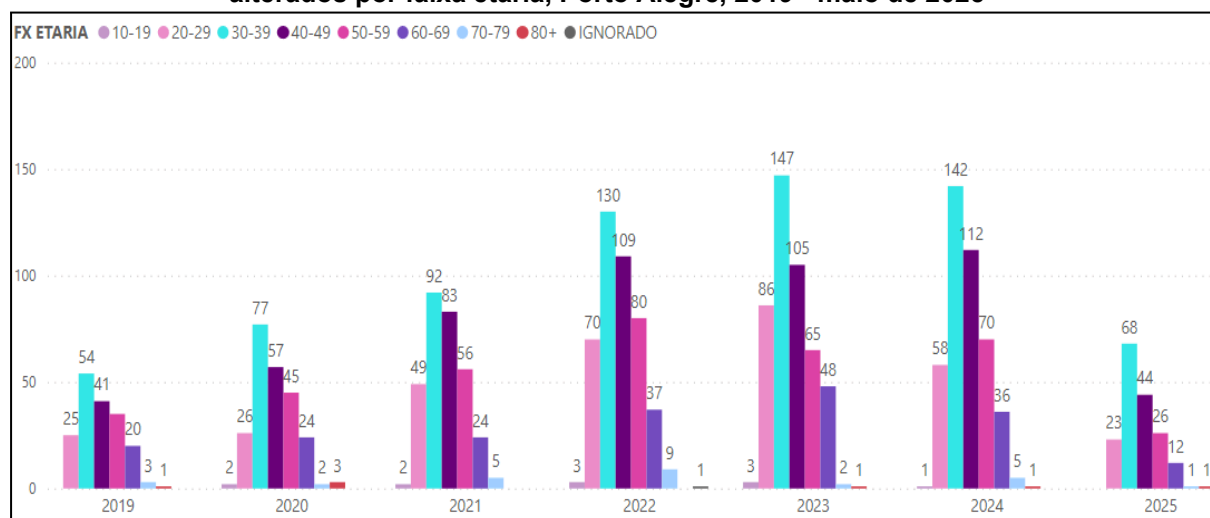
Gráfico 116: Série histórica do rastreamento de mulheres com exames citopatológicos alterados, Porto Alegre, 2019 - maio de 2025



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 07/07/2025, sujeitos a alterações.

Na série temporal abaixo observa-se que a faixa etária de 30 a 39 anos destacou-se com o maior número de casos de exames citopatológicos alterados, seguida pela de 40 a 49 anos. Esses dados revelam que o risco de exames alterados ou de câncer do colo do útero é inversamente proporcional à idade, ao contrário do que se observa no câncer de mama. Essa constatação indica um risco elevado entre indivíduos mais jovens, ressaltando a importância da vacinação de crianças e adolescentes contra o HPV, conforme mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 117: Série histórica com distribuição de usuárias com exames citopatológicos alterados por faixa etária, Porto Alegre, 2019 - maio de 2025

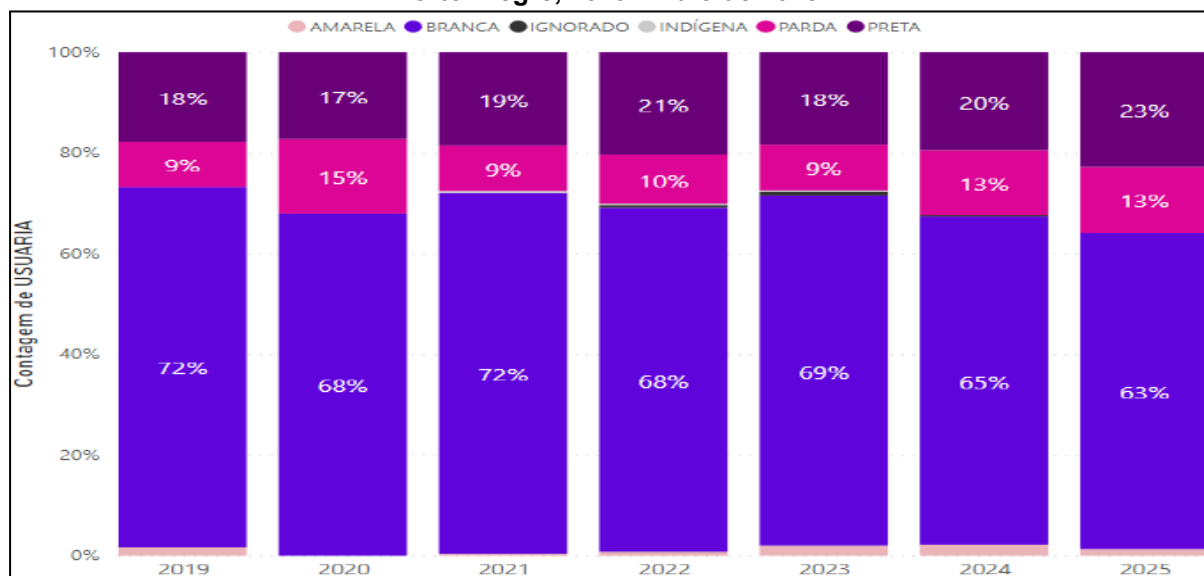


Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 07/07/2025, sujeitos a alterações.

A análise dos resultados dos exames citopatológicos revela que, em média, 68% dos exames que apresentaram alterações foram em mulheres brancas. Embora este número possa parecer elevado à primeira vista, é crucial contextualizá-lo com a representatividade populacional para uma compreensão mais precisa da equidade em saúde.

Nessa perspectiva, a proporção de casos alterados em mulheres pretas e pardas atinge os 30%. Conforme já abordado nos resultados alterados no rastreamento do câncer de mama, este dado é alarmante, especialmente quando consideramos a baixa representatividade da população de mulheres negras no município, que corresponde a apenas 13,4% do total. Em particular, a realização de exames citopatológicos, que são cruciais para a detecção precoce de condições graves, parece estar sendo afetada por barreiras que impactam desproporcionalmente as mulheres negras. Ações afirmativas e políticas públicas direcionadas são essenciais para mitigar essas iniquidades e garantir que todas as mulheres, independentemente de sua etnia, tenham acesso igualitário a serviços de saúde de qualidade e exames preventivos.

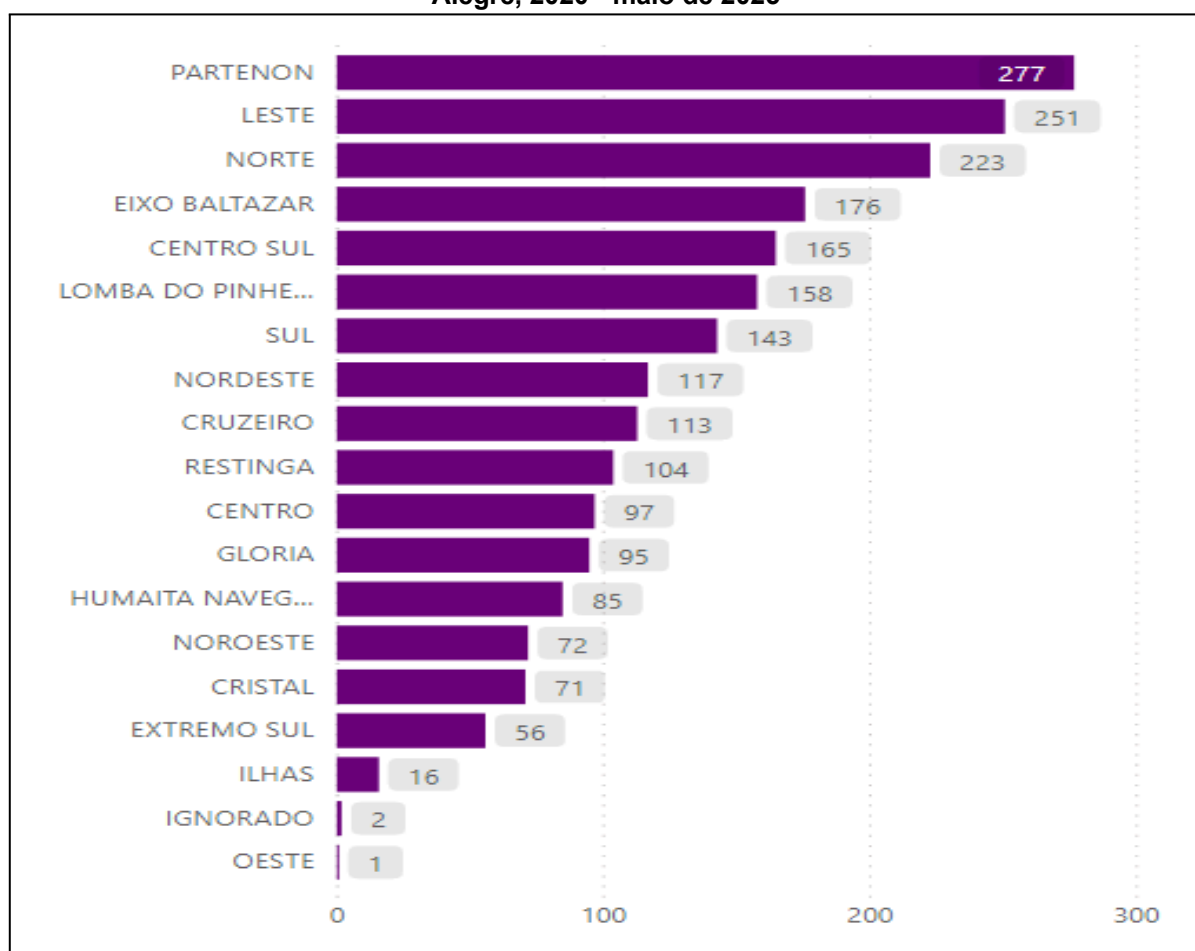
Gráfico 118: Distribuição de usuárias com exames citopatológicos alterados por cor ou raça. Porto Alegre, 2019 - maio de 2025



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 07/07/2025, sujeitos a alterações.

O Distrito Partenon destacou-se em relação ao número de casos de alteração nos exames citopatológicos (277), seguido do Distrito Leste e Norte. Nesse sentido, destaca-se a situação de alta vulnerabilidade característica dos territórios que atinge igualmente às mulheres no que tange aos cuidados básicos em saúde.

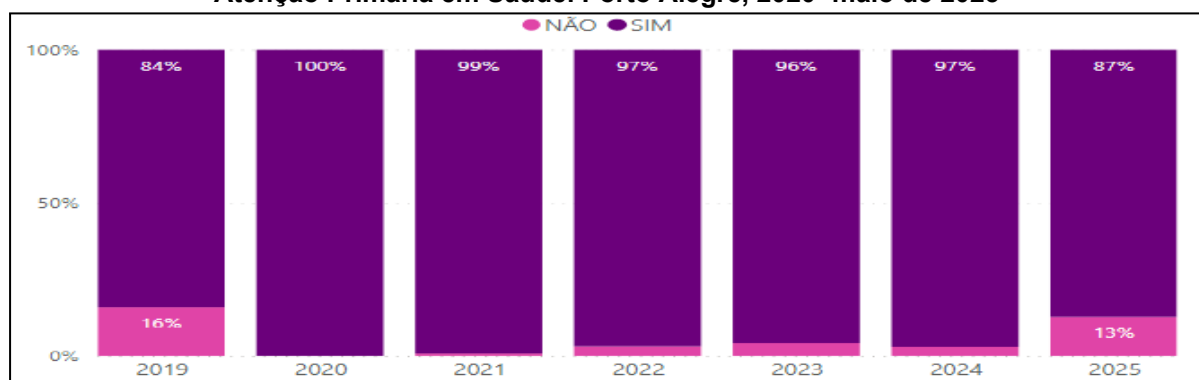
Gráfico 119: Distribuição dos exames citopatológicos alterados por distrito de saúde. Porto Alegre, 2020 - maio de 2025



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 07/07/2025, sujeitos a alterações.

Constata-se que a maioria das pessoas que apresentam exames alterados no colo do útero está vinculada aos serviços públicos de saúde. Este dado sugere uma maior prevalência ou detecção dessas alterações entre a população que depende do sistema público para acesso a cuidados médicos. É possível que isso se deva a diversos fatores, como o maior volume de atendimentos e rastreios realizados nestes serviços, bem como campanhas de saúde direcionadas a grupos específicos. Além disso, pode indicar uma maior conscientização sobre a importância do rastreamento ou uma maior facilidade de acesso a exames preventivos para esta parcela da população através do SUS. A análise aprofundada desses dados é crucial para direcionar políticas públicas de saúde e garantir que todas as mulheres, independentemente do acesso, recebam o acompanhamento e tratamento adequados.

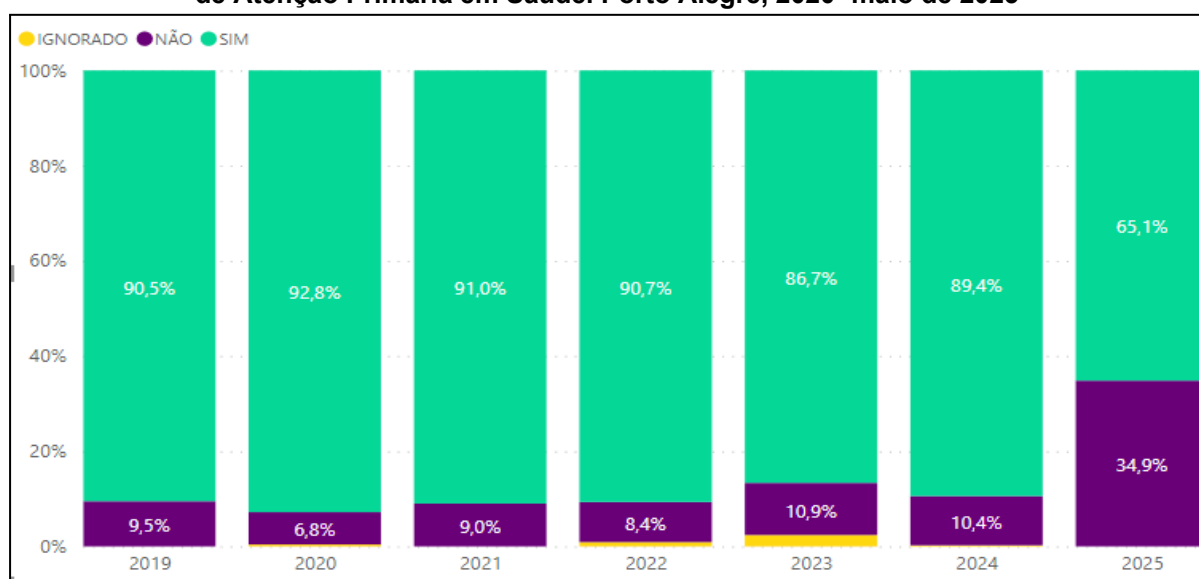
Gráfico 120: Vinculação das mulheres com exames citopatológicos alterados com a Rede de Atenção Primária em Saúde. Porto Alegre, 2020- maio de 2025



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 07/07/2025, sujeitos a alterações.

A análise do acompanhamento da saúde da mulher, especialmente em relação às alterações nos exames do colo do útero, revela um cenário promissor, conforme mostra o gráfico a seguir. A maioria das mulheres com alterações tem acesso a um seguimento de cuidado adequado na Atenção Primária à Saúde (APS) ou em serviços especializados. Essa abrangência demonstra a eficácia dos sistemas de saúde em garantir a continuidade do cuidado e a vinculação das pacientes. Isso reflete positivamente na melhoria do acesso e na qualificação do cuidado, superando barreiras e oferecendo tratamento de alta qualidade. A articulação entre a identificação de alterações, o seguimento contínuo e a vinculação efetiva é crucial para a prevenção secundária e terciária do câncer de colo de útero, permitindo intervenções precoces e melhorando o prognóstico.

Gráfico 121: Acompanhamento das mulheres com exames citopatológicos alterados na Rede de Atenção Primária em Saúde. Porto Alegre, 2020- maio de 2025



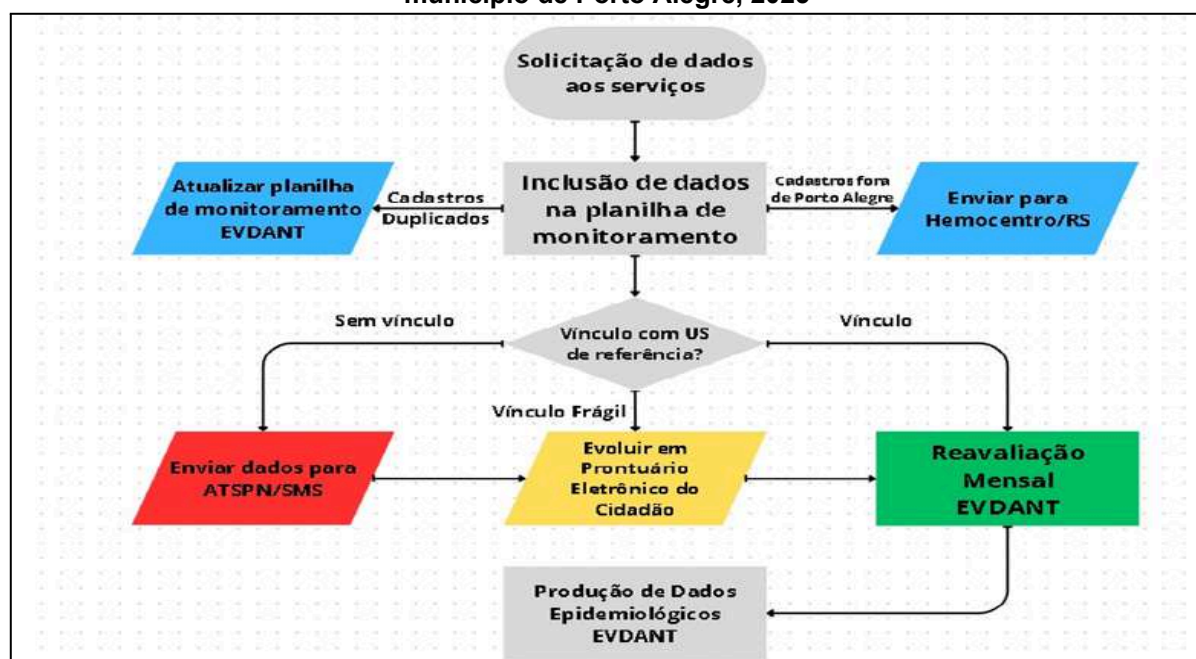
Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 07/07/2025, sujeitos a alterações.

Doença Falciforme

A doença falciforme é uma condição genética e hereditária que afeta os glóbulos vermelhos do sangue, tornando-os rígidos e com formato de foice (falciformes) em vez do formato discoide normal. Isso ocorre devido a uma mutação na hemoglobina, a proteína responsável pelo transporte de oxigênio. Essa alteração na forma das células pode levar a complicações como anemia, dores intensas e danos a órgãos. A notificação compulsória da doença falciforme foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 2.010, de 27 de novembro de 2023, que incluiu a doença na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, a nível nacional.

A Secretaria Municipal de Saúde publicou, em 3 de junho de 2025, a Nota Técnica nº 1/2025 – DVS/UEV/EVDANT, que estabelece diretrizes para todo o processo de notificação e monitoramento da doença falciforme, determinando que todos os casos suspeitos e confirmados devem ser notificados. A partir dessas notificações, procede-se à qualificação dos dados e ao acompanhamento contínuo dos casos, avaliando-se a vinculação dos pacientes aos serviços de saúde. Com base nesse monitoramento sistemático, são elaborados e enviados mensalmente relatórios aos serviços da Atenção Primária à Saúde, garantindo a organização e a efetividade das ações de cuidado e vigilância.

Gráfico 122: Fluxograma para notificação e monitoramento dos casos de doença falciforme no município de Porto Alegre, 2025



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Maio de 2025.

Gráfico 123: Critérios de vinculação considerados para o monitoramento dos casos de doença falciforme



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Maio de 2025.

A integração e articulação entre os diversos níveis de atenção à saúde são essenciais para garantir um atendimento integral e qualificado às pessoas com doença falciforme, garantindo que recebam o suporte necessário. Essa abordagem fortalece a equidade no acesso aos serviços, promovendo inclusão, autonomia e direitos para os usuários. Ao promover a intersetorialidade, é possível otimizar recursos, evitar a fragmentação do atendimento, ampliar a conscientização sobre a doença, reduzir estigmas e garantir a efetividade do cuidado. A atuação conjunta de diferentes áreas potencializa o impacto das ações e contribui para a construção de uma rede de cuidado mais eficiente, humanizada e acessível.

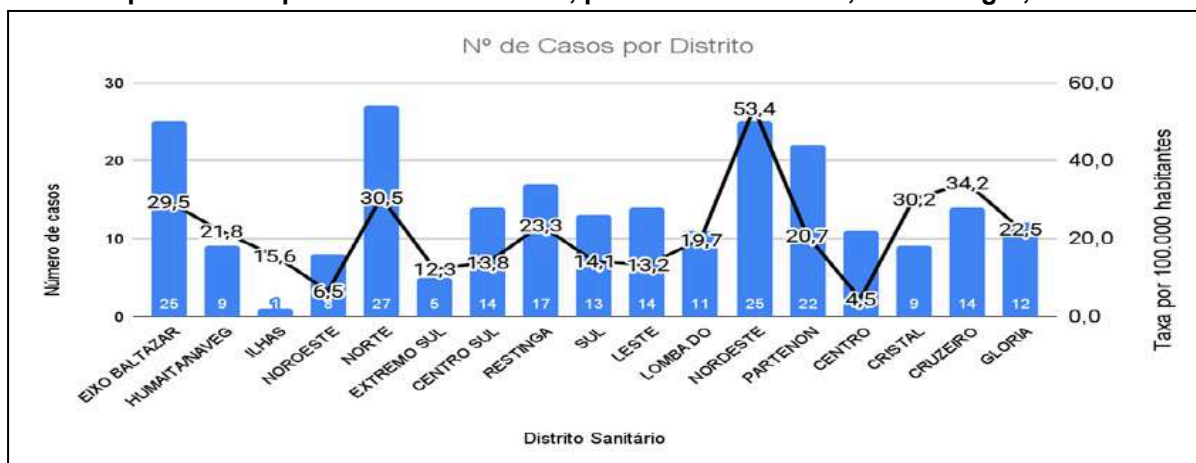
De 5 de abril de 2024 a 28 de maio de 2025, o banco de dados de Porto Alegre registrou 260 casos. Desses, 30 evoluíram para óbito, correspondendo a 11,5% do total. A maioria dos casos acompanhados (203; 81,1%) refere-se à anemia falciforme, seguida por 22 casos (8%) de outras formas de doença falciforme, 18 casos (7%) de talassemia e 17 casos (6%) com diagnóstico inconclusivo.

Do total de casos, 245 (94%) referem-se a pessoas de nacionalidade brasileira, 9 (3%) a haitianos, além de um caso envolvendo um indivíduo congolês e outro uma paraguaia. Em dois casos, a nacionalidade não foi informada.

Na distribuição espacial, a média de casos por Distrito Sanitário (DS) é de 13,9 casos por DS. Abaixo, pode-se verificar que o maior número de casos foi observado no DS Norte (27; 10,2%), correspondente a uma taxa de 30,5 casos por 100.000 habitantes. O DS Eixo Baltazar (25; 9,5%) e o Nordeste (25; 9,5%) registraram o mesmo número de casos, no entanto suas taxas, 29,5 e 53,4 casos

por 100.000 habitantes, refletem a densidade demográfica dos seus territórios. Nesse sentido, destaca-se que a população do Distrito Nordeste convive com uma carga de doença maior em relação a esse agravo, quando comparada aos demais distritos da cidade, conforme mostra o gráfico abaixo.

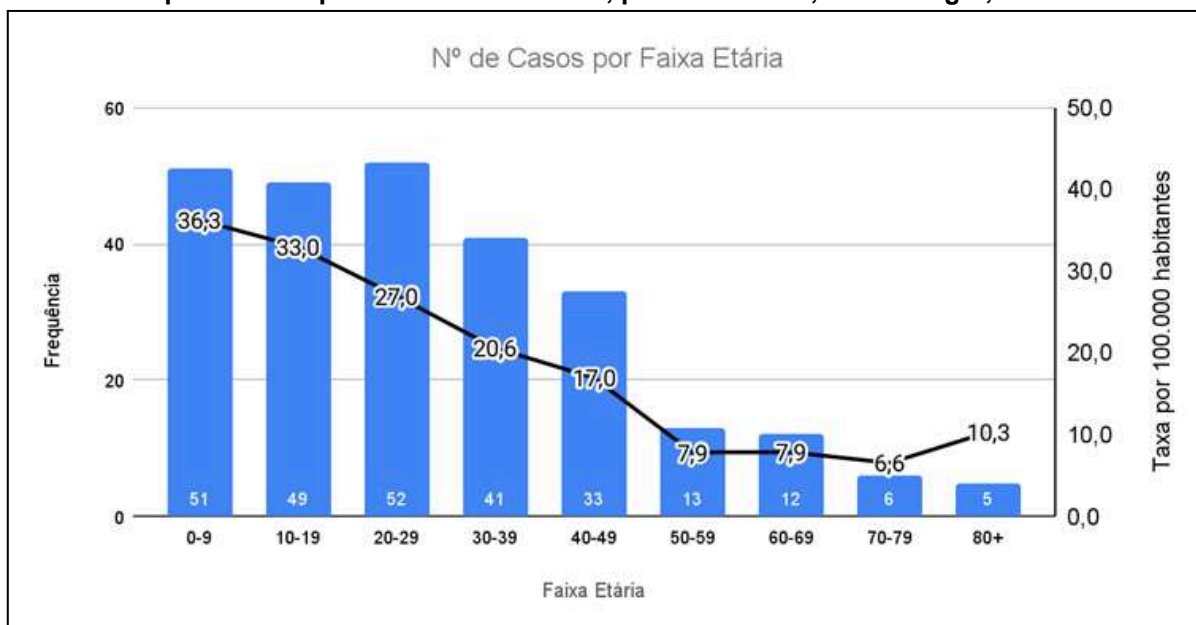
Gráfico 124: Distribuição dos casos identificados de doença falciforme em valor absoluto e taxa de prevalência por 100.000 habitantes, por distrito de saúde, Porto Alegre, 2023 - 2024



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados preliminares sujeitos à alterações. Fevereiro, 2025.

Observa-se, ainda, maior prevalência dos casos de DF nas faixas etárias mais jovens. Esse resultado evidencia tanto o diagnóstico precoce e oportuno, iniciado com o teste de triagem neonatal, quanto a baixa expectativa de vida das pessoas acometidas pela doença, conforme mostra o gráfico abaixo.

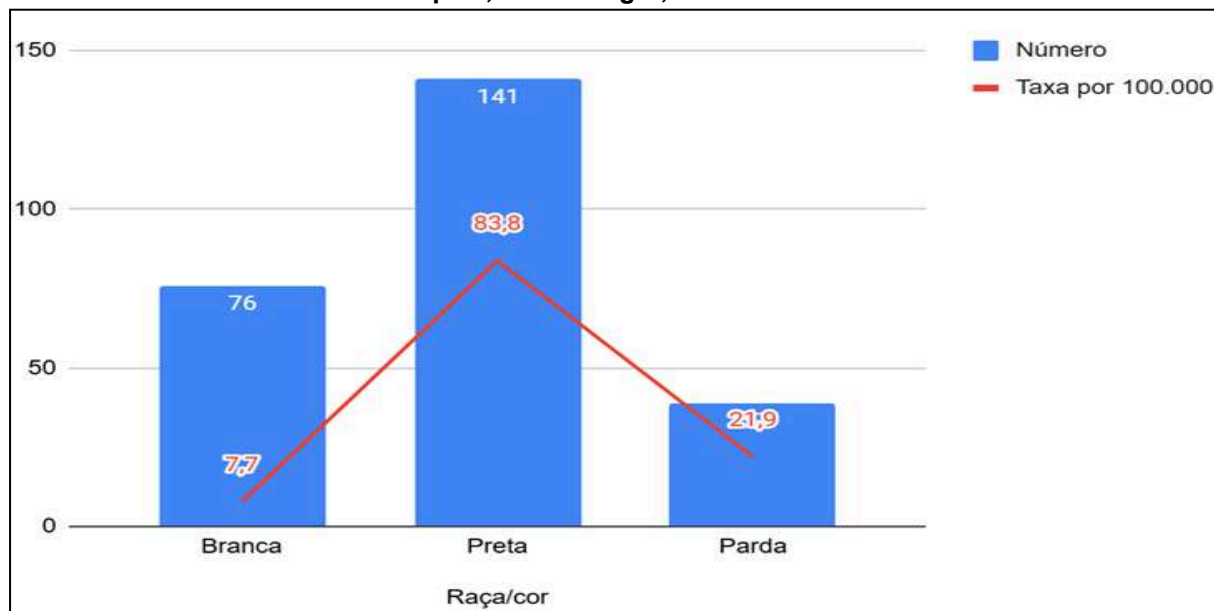
Gráfico 125: Distribuição dos casos identificados de doença falciforme em valor absoluto e taxa de prevalência por 100.000 habitantes, por faixa etária, Porto Alegre, 2023 - 2024



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados preliminares sujeitos à alterações. Fevereiro, 2025.

Como descrito na literatura e identificado em outras regiões do país, a população de raça negra (pretos e pardos) é a mais acometida pela DF, conforme mostra o gráfico abaixo.

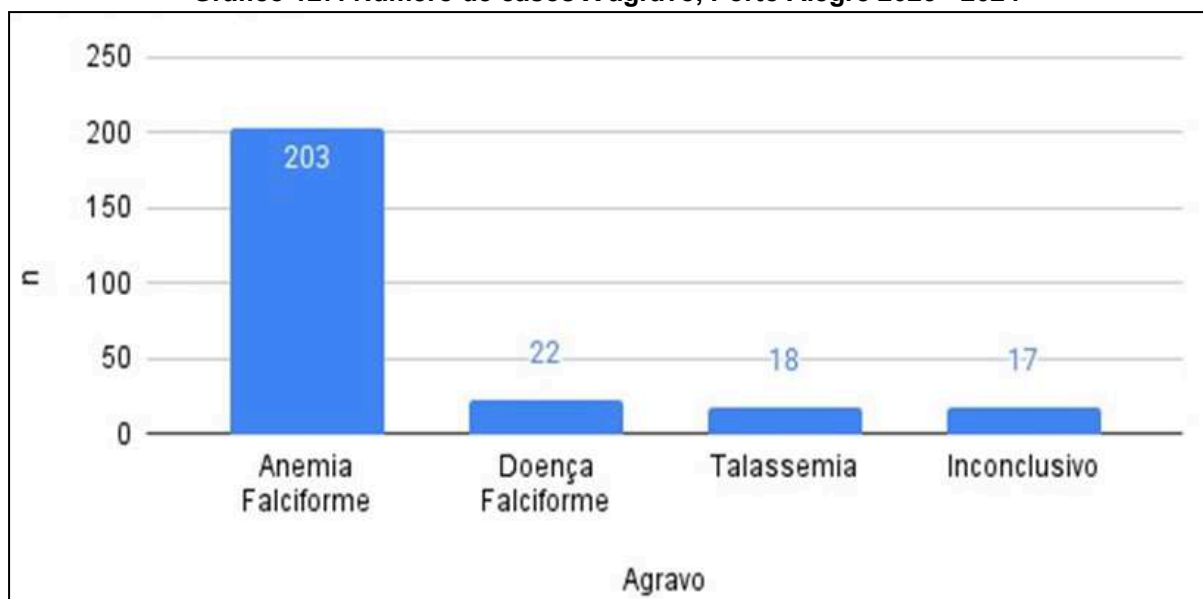
Gráfico 126: Taxa de prevalência da doença falciforme por 100.000 habitantes, por cor ou raça da pele, Porto Alegre, 2023 - 2024



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados preliminares sujeitos à alterações. Fevereiro, 2025.

O gráfico a seguir mostra a incidência do agravo conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID), reforçando que a síndrome de HbS-talassemia é um transtorno genético que resulta da combinação da doença falciforme (HbS) com a talassemia.

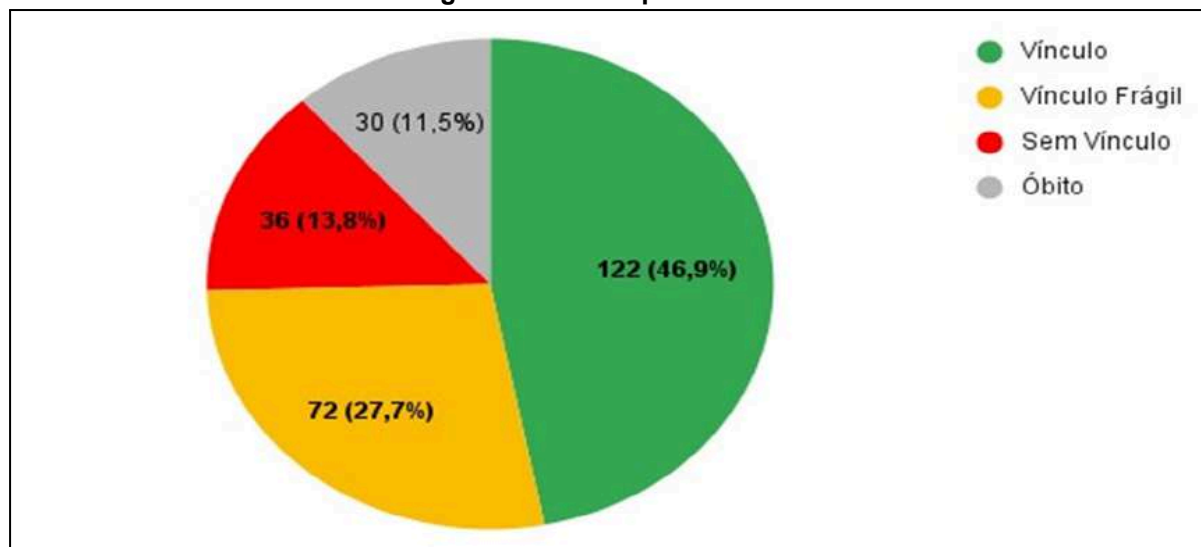
Gráfico 127: Número de casos X agravo, Porto Alegre 2023 - 2024



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados preliminares sujeitos à alterações. Fevereiro, 2025.

Por fim, o gráfico abaixo, mostra a taxa de vínculo (46,9%), vínculo frágil (27,7%) e sem vínculo (13,8%) com a APS por número de casos na planilha de monitoramento.

Gráfico 128: Porcentagem de vínculo pelo número de casos com APS



Fonte: EVDANT/DVS/SMS. Dados preliminares sujeitos à alterações. Fevereiro, 2025.

Internadores e reinternadores por Doenças Crônicas Não Transmissíveis

A partir da Nota Técnica nº 1/2023/EVDANT/DVS/DANT/SMS, publicada em 22 de novembro de 2023, iniciou-se o processo de organização dos bancos de dados de pacientes com internações e reinternações por doenças respiratórias, diabetes mellitus e doenças circulatórias. Essa implementação possibilitou a identificação do panorama epidemiológico por meio de boletins e relatórios informativos sobre condições que requerem atenção na Rede de Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de controlar a morbidade e reduzir a mortalidade associada a essas causas. As fases desse procedimento são apresentadas em detalhe a seguir:

- elaboração do banco de dados das DCNT para automatizar a vigilância dos internadores e reinternadores por causas sensíveis à atenção primária, bem como disponibilizar as informações necessárias para a atenção primária e especializada realizarem o acompanhamento do seguimento do cuidado na rede de atenção à saúde. Trabalho realizado em parceria com diversos setores da SMS, entre eles: Diretoria de Atenção Primária à Saúde, Regulação, Assepla e Diretoria de Vigilância em Saúde;

- qualificação dos dados de notificações com a utilização da técnica de relacionamentos de bases de dados. Os sistemas complementares de monitoramento e investigação de casos acessados foram o SIHO, AIH, Gerint, Gercon, CADSUS e e-SUS-PEC;
- elaboração de estratégias de identificação e busca ativa dos eventos relacionados às DCNT;
- disponibilização de Dashboards no site da PMPA de monitoramento das doenças e agravos acompanhados pela EVDANT.

De maneira geral, notou-se um incremento nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde pelas três Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) analisadas entre 2021 e 2022. As causas respiratórias lideraram esse aumento, com um expressivo 30,6%, seguidas pelas causas circulatórias, com 17% e pela diabetes mellitus (6%). É importante considerar que o período logo após a pandemia de elaboração de estratégias de identificação e busca

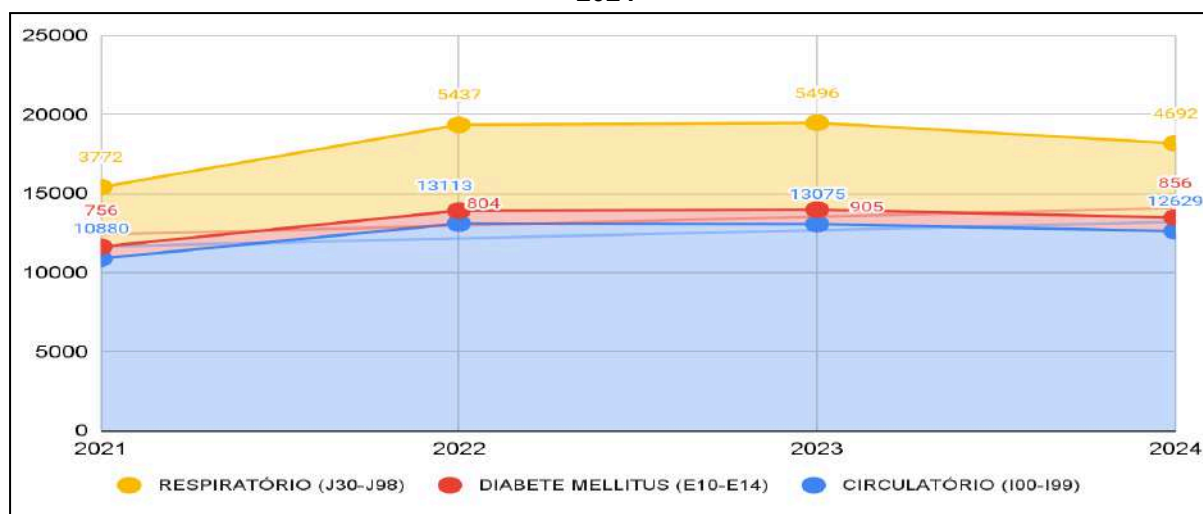
ativa dos eventos

relacionados às DCNT;

- disponibilização de Dashboards no site da PMPA de monitoramento das doenças e agravos acompanhados pela EVDANT.

De maneira geral, notou-se um incremento nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde pelas três Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) analisadas entre 2021 e 2022. As causas respiratórias lideraram esse aumento, com um expressivo 30,6%, seguidas pelas causas circulatórias, com 17% e pela diabetes mellitus (6%). É importante considerar que o período logo após a pandemia de COVID-19 pode ter influenciado esses resultados, devido às dificuldades enfrentadas pela rede de atenção à saúde. Contudo, a estabilidade nas internações entre 2022 e 2023 e a leve diminuição entre 2023 e 2024, especialmente nas internações por causas respiratórias (que representaram 14,6%), podem indicar uma tendência positiva, conforme mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 129: Número de internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde considerando as causas respiratórias, diabetes mellitus e causas circulatórias, Porto Alegre, 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeitos a alterações.

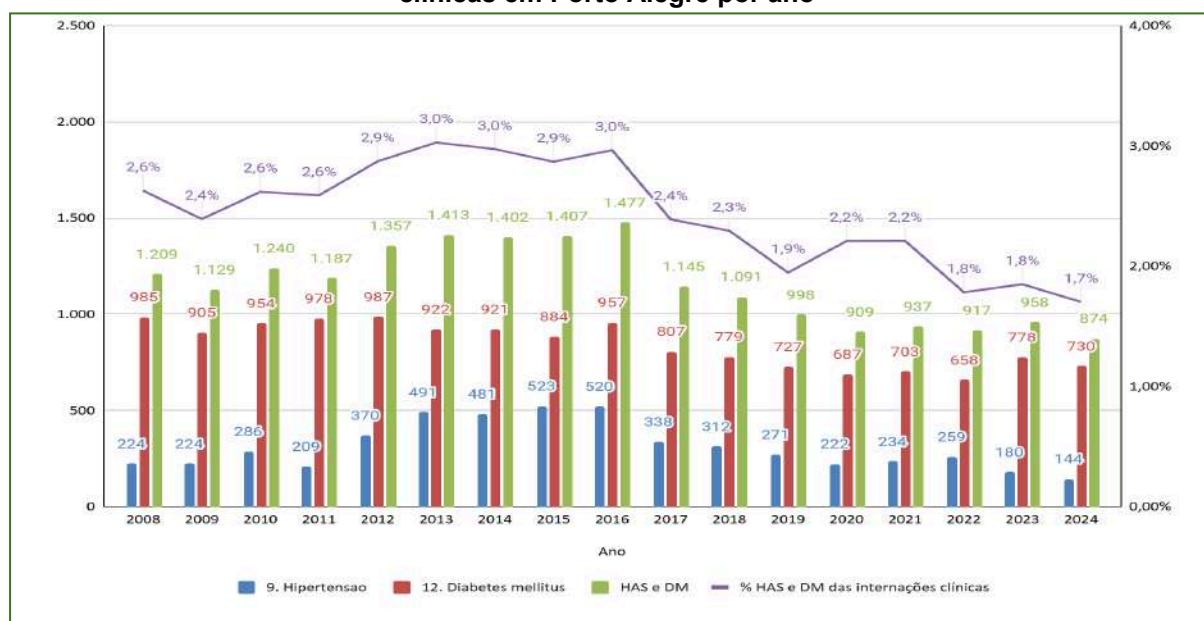
Em 2024, as doenças do aparelho circulatório lideraram as internações (12.629) entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) analisadas, superando a diabetes mellitus (856) e doenças do aparelho respiratório (4.692). As reinternações por causas circulatórias também foram majoritárias, representando 39,6% do total, seguidas pelas causas respiratórias (24,6%) e diabetes mellitus (24%), conforme mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 130: Número de internações, reinternações e análise em percentual por doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus e doenças do aparelho respiratório. Porto Alegre, 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeitos a alterações.

Gráfico 131: Número e proporção de internações por HAS e DM em relação às internações clínicas em Porto Alegre por ano

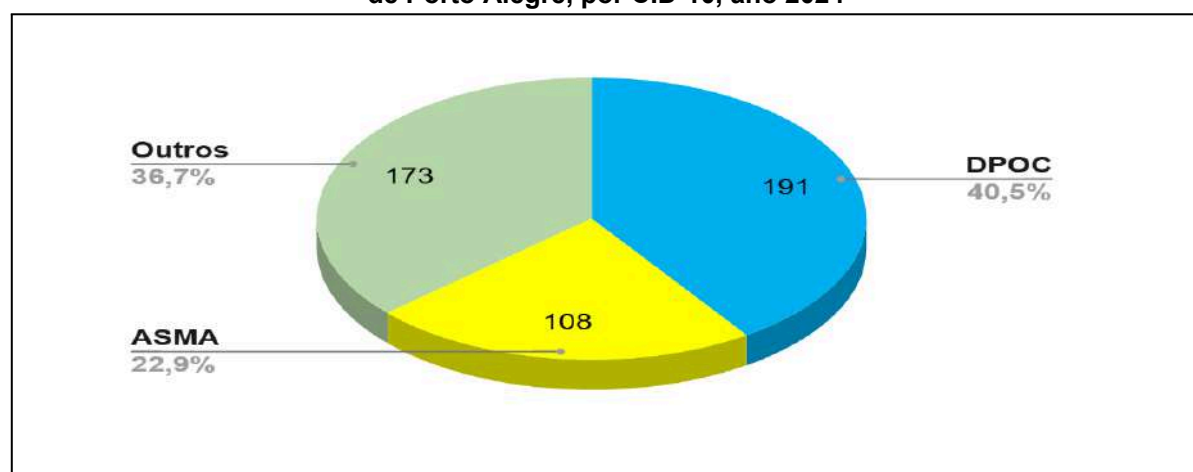


Fonte: SIH/TABWIN; consulta em 25/02/2025

Reinternadores por doenças do aparelho respiratório

Nos reinternadores por doenças do aparelho respiratório, vê-se que as Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC) (191 casos) corresponderam a 40,5% dos casos e a asma (108 casos) a 22,9%. Os demais (173 casos) reinternaram por outras doenças do aparelho respiratório, conforme mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 132: Distribuição e percentual de reinternadores por causas respiratórias no município de Porto Alegre, por CID-10, ano 2024

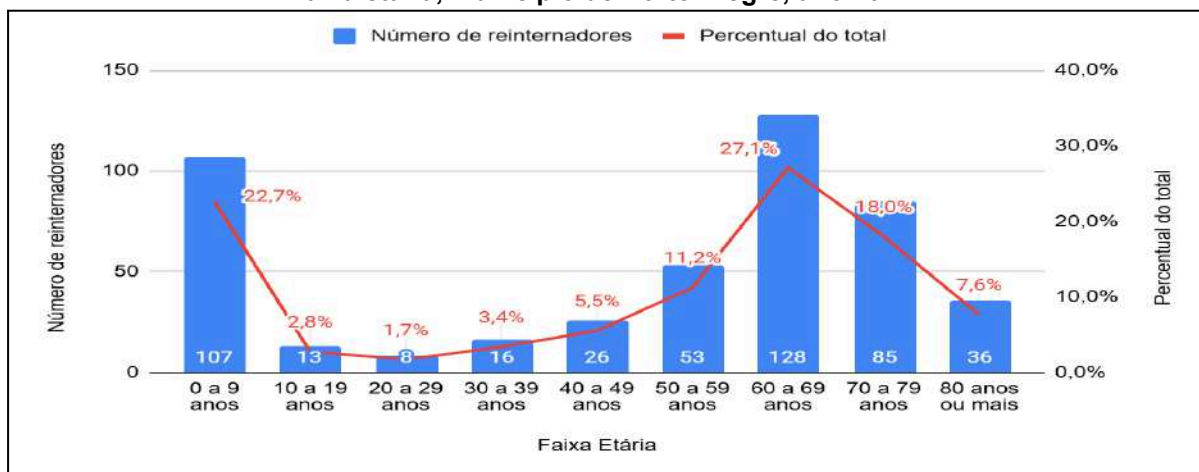


Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

Observou-se as maiores taxas de reinternação em duas faixas etárias distintas: crianças de 0 a 9 anos, totalizando 107 casos, e indivíduos idosos de 60 a

69 anos, compreendendo 128 casos, conforme mostra o gráfico abaixo. Infere-se que as etiologias respiratórias prevalentes, a asma e a DPOC, ilustradas no gráfico acima, representam os fatores preponderantes subjacentes a esses resultados.

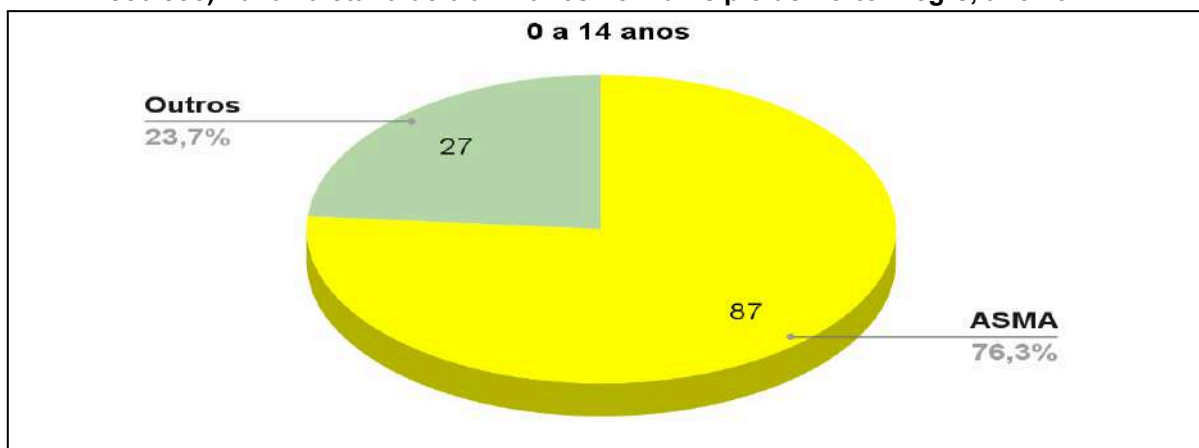
Gráfico 133: Distribuição e percentual de reinternadores por causas respiratórias, segundo faixa etária, município de Porto Alegre, ano 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

Corroborando com o achado descrito acima, observou-se que a asma foi a maior causa de reinternação entre os indivíduos entre 0 e 14 anos, conforme mostra o gráfico abaixo.

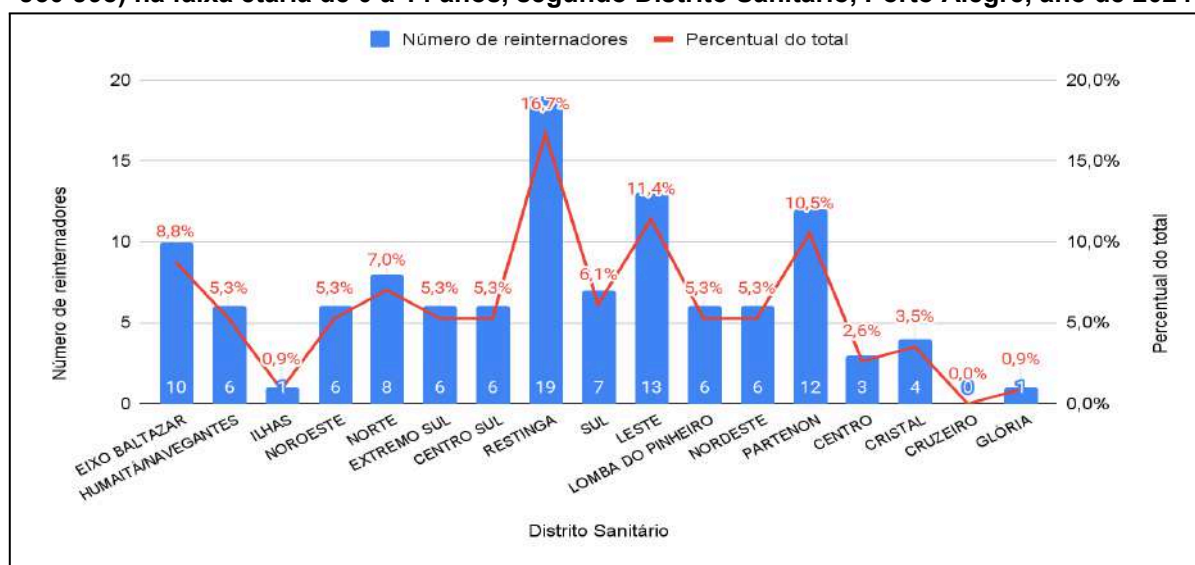
Gráfico 134: Distribuição e percentual de reinternadores por causas respiratórias (CID-10 J30-J98) na faixa etária de 0 a 14 anos no município de Porto Alegre, ano 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

Considerando a distribuição dos reinternadores por causas respiratórias e por distritos sanitários na faixa etária de 0 a 14 anos, observou-se maior concentração de casos no distrito Restinga (19; 16,7%), seguido do Distrito Leste (13; 11,4%) e Partenon (1; 10,5%), conforme mostra o gráfico a seguir.

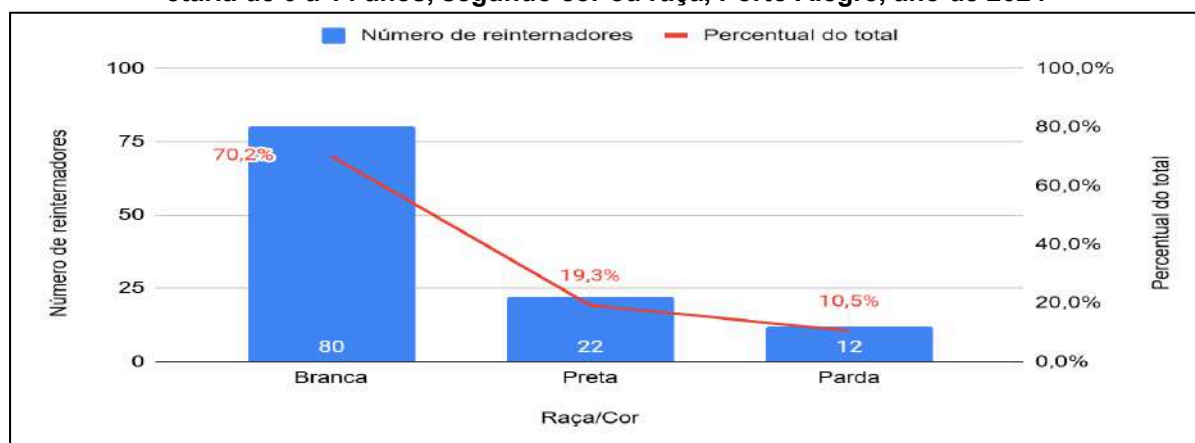
Gráfico 135: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98) na faixa etária de 0 a 14 anos, segundo Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano de 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

Os pacientes com a cor da pele branca corresponderam ao maior número de reinternadores por causas respiratórias na faixa etária entre 0 e 14 anos (70,2%). Entretanto, as cores da pele preta e parda corresponderam a aproximadamente 30% dos casos, o que considerando a proporcionalidade da população negra do município em geral, sinaliza atenção intensificada quanto às questões de acesso e cuidado desta na Rede de Atenção Primária (RAP), conforme mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 136: Distribuição e percentual de reinternadores por causas respiratórias na faixa etária de 0 a 14 anos, segundo cor ou raça, Porto Alegre, ano de 2024

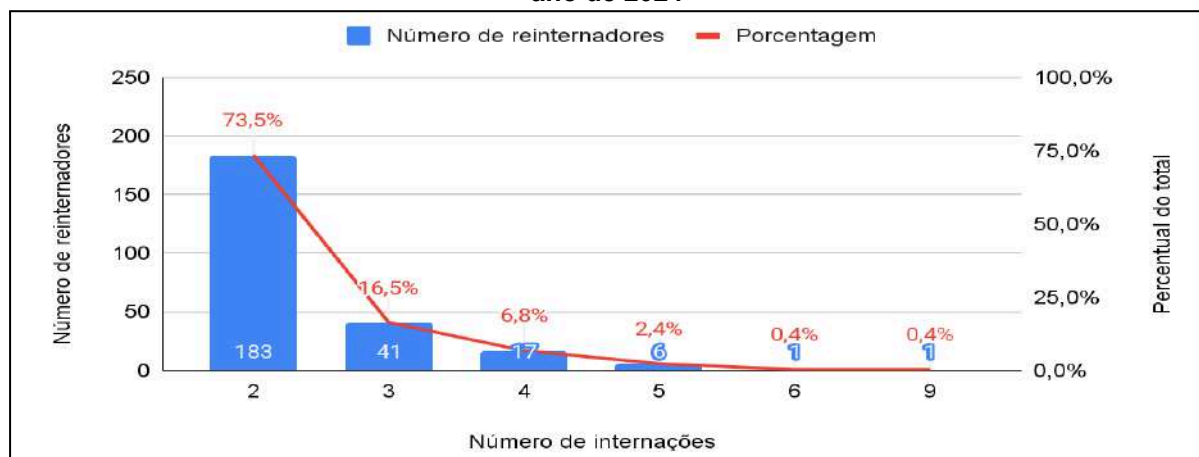


Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

Dos 249 reinternadores na faixa etária de 60 anos ou mais, 183 (73,5%) apresentaram duas internações, 41 (16,5%) apresentaram três internações, 17

(6,8%) quatro internações e 6 (2,4%) apresentaram cinco internações, conforme mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 137: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98) na faixa etária de 60 anos ou mais, segundo número de internações, Porto Alegre, ano de 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

Quanto à causa das internações, 159 (63,9%) foram hospitalizados devido à DPOC, 8 (3,2%) devido à asma e os 82 restantes (32,9%) necessitaram de hospitalização por outras doenças respiratórias, conforme mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 138: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças respiratórias (CID-10 J30-J98) na faixa etária de 60 anos ou mais, segundo causa da internação, Porto Alegre, ano de 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

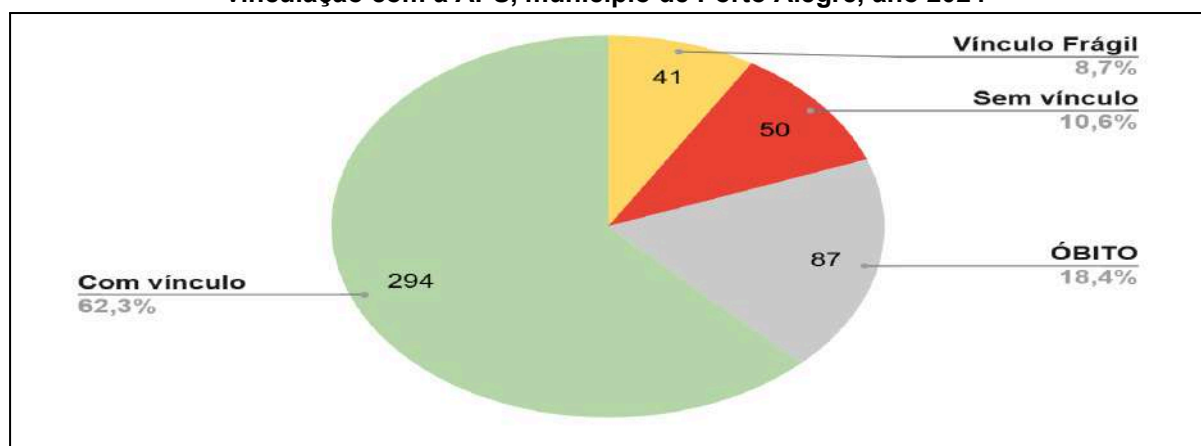
A vinculação dos reinternadores com a assistência na Atenção Primária em Saúde é essencial para identificação de possibilidades de evolução no cuidado considerando as questões sensíveis à mesma, visando, futuramente, a redução de reinternações e, conseqüentemente, da mortalidade por DCNT. Os conceitos para a parametrização da vinculação estão descritos abaixo:

Conceito de Vinculação - Parâmetro de Avaliação:

- **Vínculo:** Indivíduo possui atendimento com profissional médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou farmacêutico, na sua unidade de saúde de referência, registrado no e-SUS PEC, dentro dos últimos 12 meses do início da análise, pelo CID-10 mencionado.
- **Vínculo frágil:** Indivíduo possui atendimento com qualquer profissional na sua unidade de saúde de referência, registrado no e-SUS PEC, dentro dos últimos 12 meses do início da análise, mas não pelo CID-10 mencionado.
- **Sem vínculo:** Indivíduo nunca foi atendido na sua unidade de saúde de referência, ou teve atendimento no mesmo fora do período estipulado.

Nessa primeira análise, observou-se que, no ano de 2024, 62,3% (294) dos reinternadores por causas respiratórias estavam vinculados à APS, 8,7% 41 possuíam vínculo frágil e 10,6% (50) não estavam vinculados. Além disso, 18,4% (87) dos casos foram a óbito, conforme mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 139: Distribuição e percentual de reinternadores por causas respiratórias, conforme a vinculação com a APS, município de Porto Alegre, ano 2024

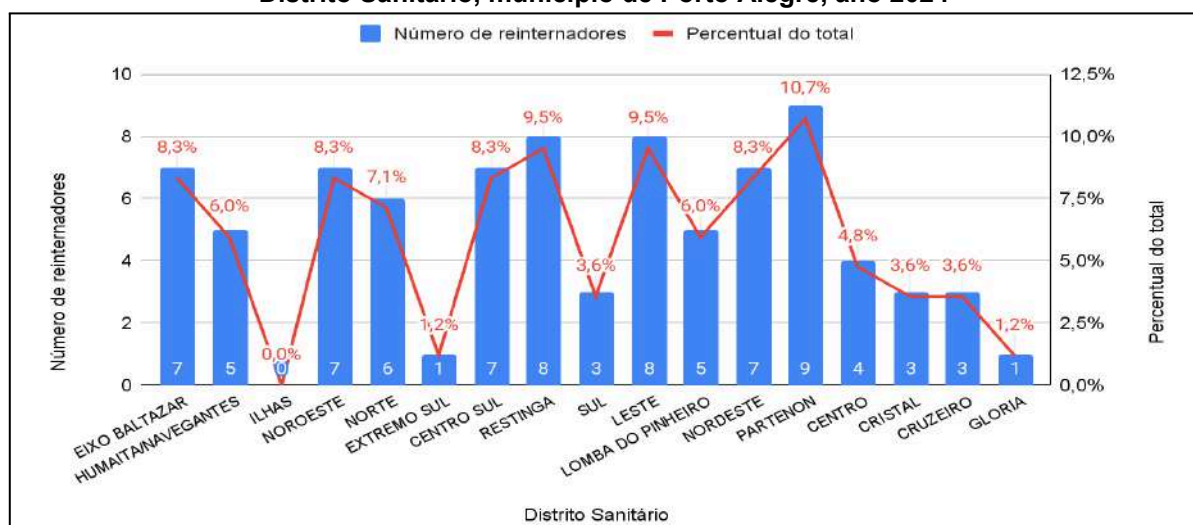


Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

Reinternadores por diabetes mellitus

Dos 84 casos reinternadores por diabetes mellitus, o distrito sanitário Partenon foi o que apresentou o maior número (9; 10,7%), seguido dos distritos Leste (8; 9,5%) e Restinga (8; 9,5%). Entretanto, destaca-se que análises mais acuradas considerando outros fatores como características territoriais e a densidade demográfica seriam recomendadas para uma melhor interpretação dos resultados, conforme mostra o gráfico a seguir.

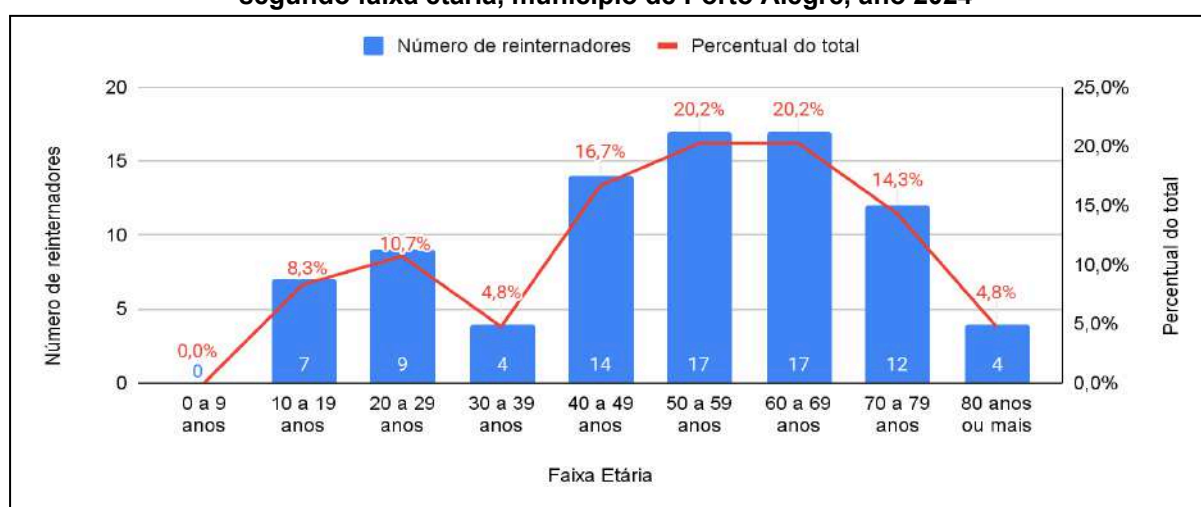
Gráfico 140: Distribuição e percentual de reinternadores por diabetes (CID-10 E10- E14), por Distrito Sanitário, município de Porto Alegre, ano 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados preliminares, sujeito a alterações.

Os indivíduos que mais foram internados estavam nas faixas etárias de 40 a 49, 50 a 59 e 60 a 69 anos, correspondendo a 16,7%, 20,2% e 20,2%, respectivamente, conforme mostra o gráfico abaixo.

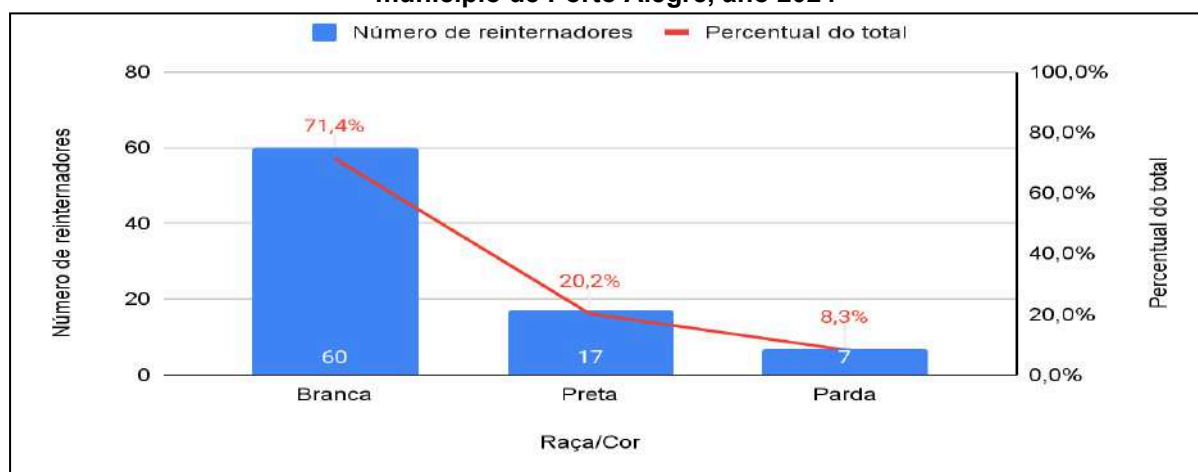
Gráfico 141: Distribuição e percentual de reinternadores por diabetes (CID -10 E10-E14), segundo faixa etária, município de Porto Alegre, ano 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

A maioria das reinternações por diabetes mellitus ocorreu entre pessoas brancas, correspondendo a 71,4% dos casos, totalizando 60 registros. Contudo, uma proporção de 28,5% corresponde a reinternações de pessoas negras (pretas e pardas), o que reforça a necessidade de atenção à equidade e ao acesso à saúde da população negra no município de Porto Alegre, conforme mostra o gráfico abaixo.

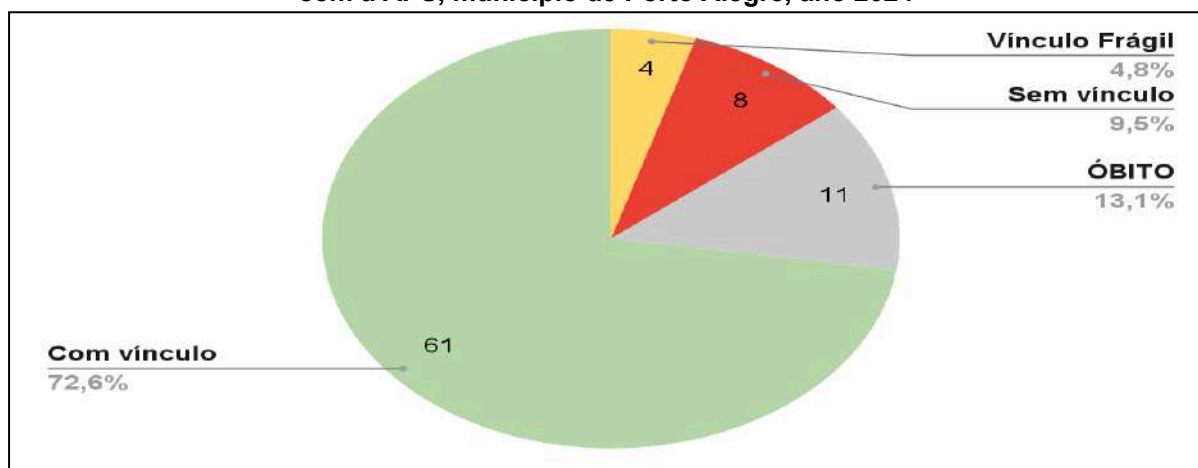
Gráfico 142: Distribuição e percentual de reinternadores por diabetes, segundo cor ou raça, município de Porto Alegre, ano 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

Na mesma perspectiva das demais DCNT, foi analisada a vinculação dos reinternadores por diabetes mellitus e identificou-se que 72,6% (61) dos casos possuíam vinculação com a APS, 4,8%, vínculo frágil e 9,5% não possuía vínculo. Além disso, viu-se que 13,1% dos casos foram a óbito, conforme mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 143: Distribuição e percentual de reinternadores por diabetes, conforme vinculação com a APS, município de Porto Alegre, ano 2024



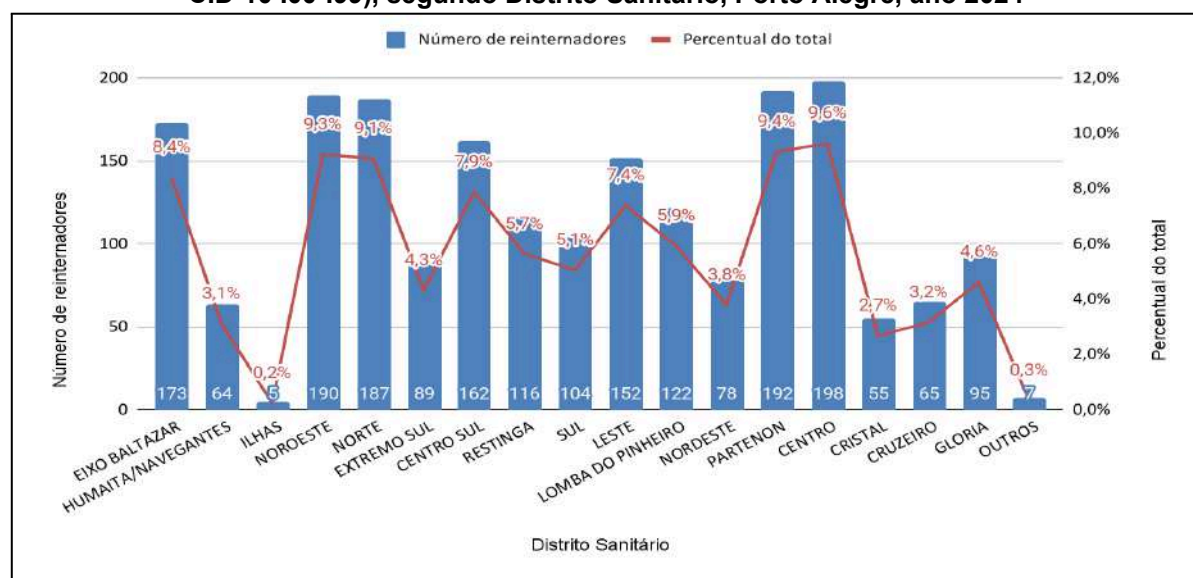
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

Reinternadores por doenças do aparelho circulatório

Entre os Distritos Sanitários, o Centro destacou-se por ter o maior número de reinternadores por doenças circulatórias (198 casos ou 9,6%), seguido pelos Distritos Partenon e Noroeste, com 192 casos (9,4%) e 190 casos (9,3%), respectivamente. O Distrito Sanitário que apresentou a menor frequência de reinternadores foi o Distrito Ilhas, com 5 casos ou 0,2%. A Coordenadoria e Distrito

Sanitário identificados como “Outros” referem-se às equipes de Atenção Primária Prisional, Consultório na Rua e/ou Ambulatório Trans do município de Porto Alegre, conforme mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 144: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças do aparelho circulatório CID-10 I00-I99), segundo Distrito Sanitário, Porto Alegre, ano 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

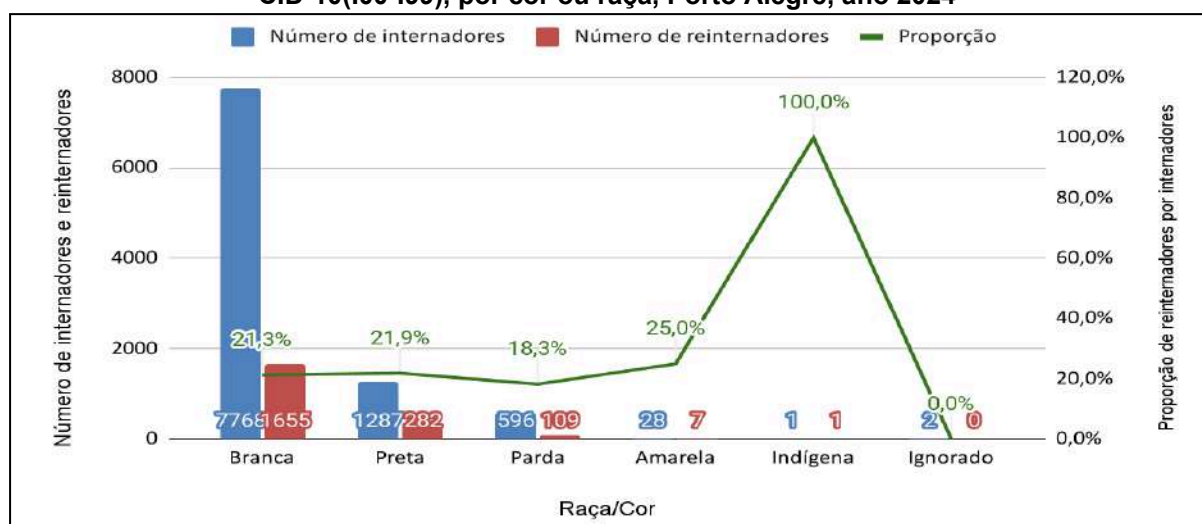
A análise detalhada da proporção de reinternações em relação ao total de internações, categorizada por cor ou raça revela que as populações preta e parda exibem proporções notavelmente elevadas. A população preta registrou 21,9% de reinternadores, enquanto a população parda apresentou 18,3%, totalizando 40,2% do total de internadores da raça negra.

Em contrapartida, a população branca registrou uma proporção de 21,3% de reinternadores em relação ao total de internadores brancos, o que, embora ainda seja uma proporção significativa, é inferior à taxa combinada da população negra. Essas diferenças sugerem que fatores socioeconômicos, geográficos, e históricos, como racismo estrutural e desigualdades sociais, podem estar contribuindo para uma maior vulnerabilidade e piores resultados de saúde entre as populações preta e parda, levando a taxas mais elevadas de reinternação. Isso pode indicar uma falta de acesso a cuidados preventivos adequados, tratamentos eficazes ou acompanhamento pós-alta, resultando em condições de saúde que exigem múltiplas hospitalizações.

Adicionalmente, observam-se proporções de reinternação elevadas nas populações amarela (25%) e indígena (100%). No entanto, é fundamental ressaltar

que essas altas proporções estão intrinsecamente ligadas ao número reduzido de indivíduos dessas etnias no município de Porto Alegre. A pequena amostra populacional desses grupos torna as estatísticas de reinternação mais suscetíveis a flutuações e menos representativas de tendências populacionais mais amplas, conforme mostra o gráfico abaixo.

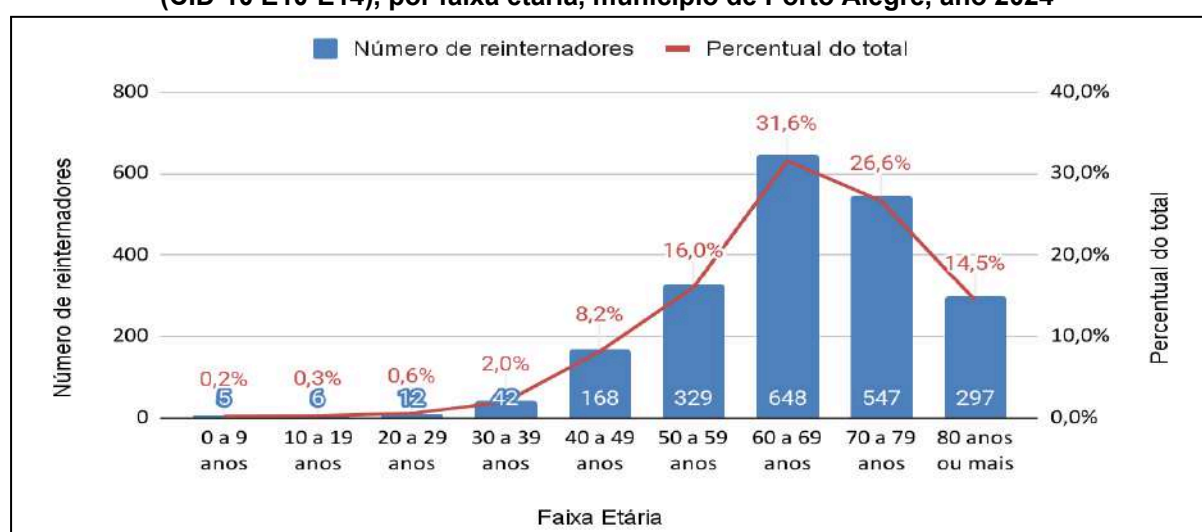
Gráfico 145: Proporção de reinternadores por doenças do aparelho circulatório CID-10(I00-I99), por cor ou raça, Porto Alegre, ano 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

Destaca-se, ainda, que as faixas etárias mais afetadas por reinternadores por causas circulatórias na raça negra estavam entre 60 a 69 anos (648; 31,6%) e 70 a 79 anos (547; 26,6%), conforme mostra o gráfico abaixo.

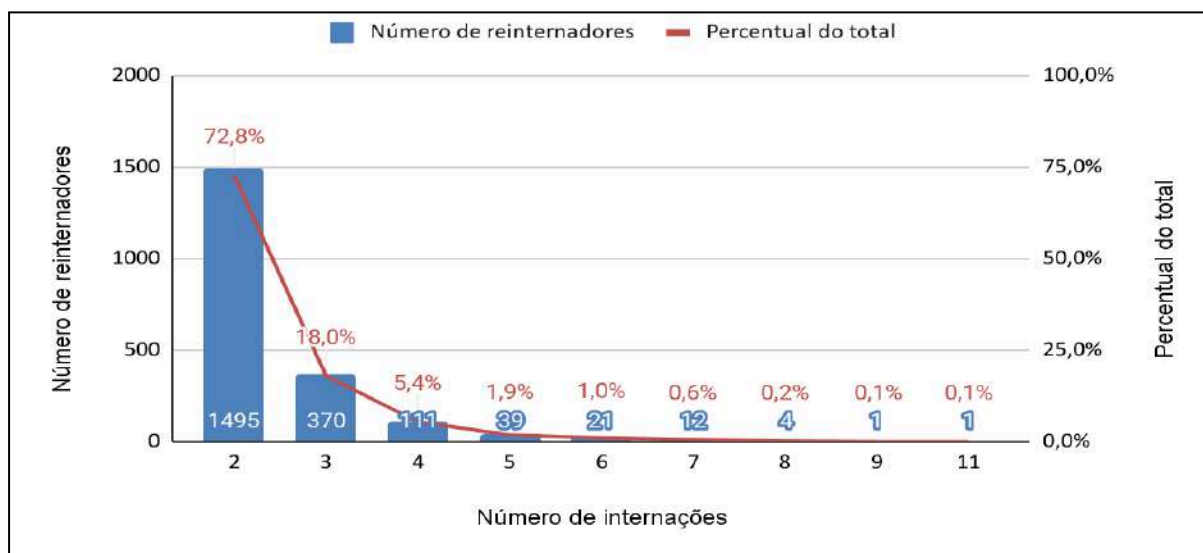
Gráfico 146: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças do aparelho circulatório (CID-10 E10-E14), por faixa etária, município de Porto Alegre, ano 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

O número de internações mais frequente foi o de pacientes que internaram duas vezes (1.495; 72,8%), seguido daqueles que internaram três vezes (370; 18%) e quatro vezes (111; 5,4%), conforme mostra o gráfico abaixo.

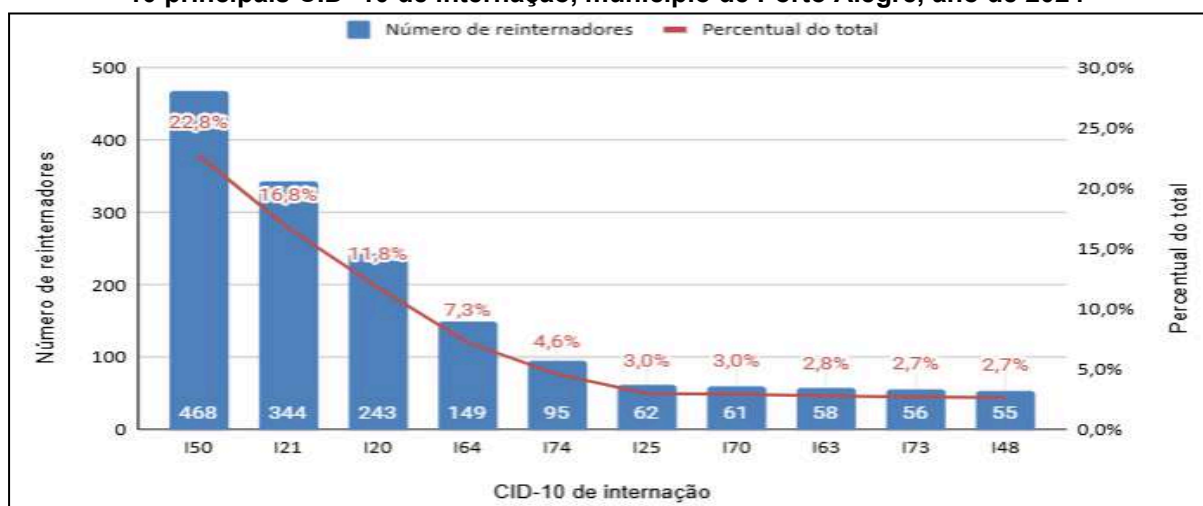
Gráfico 147: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças do aparelho circulatório (CID-10 E10-E14) segundo o número de internações. Porto Alegre, ano 2024



Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

Os 10 principais CID-10 de internação entre os reinternadores foram: insuficiência cardíaca (I50), infarto agudo do miocárdio (I21), angina pectoris (I20), acidente vascular cerebral não especificado (I64), embolia e trombose arteriais (I74), doença isquêmica crônica do coração (I25), aterosclerose (I70), infarto cerebral (I63), outras doenças vasculares periféricas (I73) e “flutter” e fibrilação atrial (I48), conforme mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 148: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças circulatórias, segundo 10 principais CID- 10 de internação, município de Porto Alegre, ano de 2024



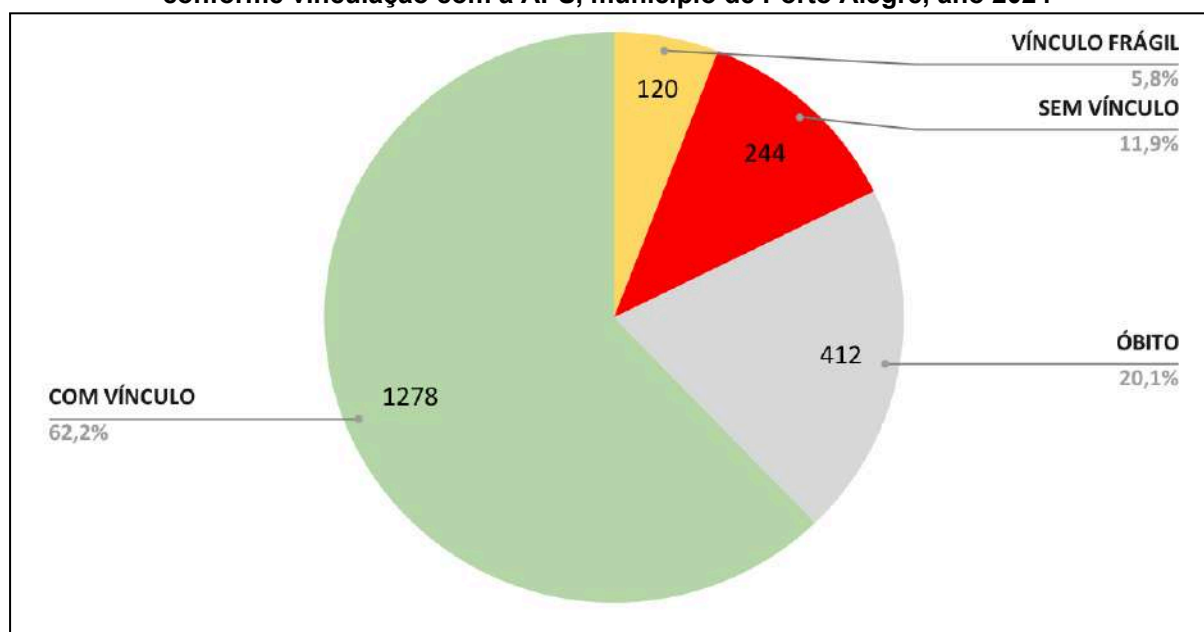
Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

Ao agrupar-se os CID-10 I21, I20 e I25, por serem expressões diferentes de uma mesma doença (a doença cardíaca isquêmica) temos que essa última torna-se a principal causa de internação entre os reinternadores, o que vai de encontro ao cenário nacional e mundial, em que ela lidera como principal causa de morte. Quanto à insuficiência cardíaca, que apareceu como principal CID-10 de internação, cabe salientar que trata-se de condição que é sempre consequência de outra doença de base, sendo sua causa mais comum a doença cardíaca isquêmica.

Dos 2.054 pacientes reinternados por doenças circulatórias, 62,2% (1.278) mantinham vínculo com suas unidades de saúde de referência, o que aponta para uma continuidade no acompanhamento. Em contrapartida, 11,9% (244) não possuíam esse vínculo, sugerindo falhas no acesso ou na adesão ao sistema de saúde. Adicionalmente, 5,8% (120) apresentavam um vínculo frágil, o que pode impactar negativamente a gestão de suas condições crônicas, conforme mostra o gráfico abaixo.

Quanto ao desfecho clínico, 20,1% (412 indivíduos) do total de pacientes reinternados por doenças circulatórias evoluíram para óbito. As doenças circulatórias foram a principal causa, correspondendo a 57,3% dos óbitos. Outras causas significativas incluíram diabetes mellitus (17,5%), causas não especificadas (23%) e causas desconhecidas (2,2%), evidenciando a relevância das comorbidades e a necessidade de aprimoramento na documentação das informações.

Gráfico 149: Distribuição e percentual de reinternadores por doenças do aparelho circulatório, conforme vinculação com a APS, município de Porto Alegre, ano 2024

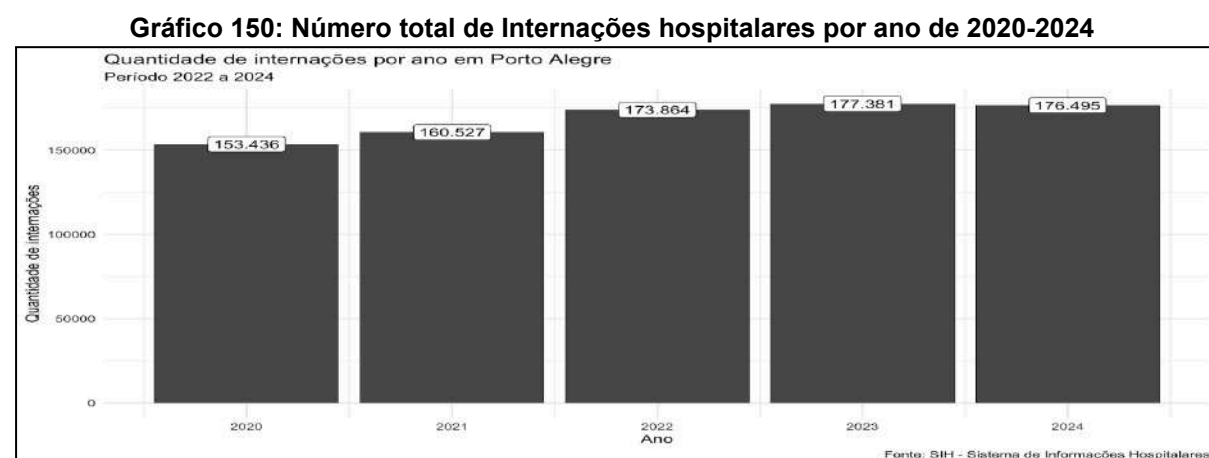


Fonte: AIH/EVDANT/DVS/SMS. Dados atualizados em 03/06/2025, sujeito a alterações.

1.2.3 Panorama de Internações Hospitalares

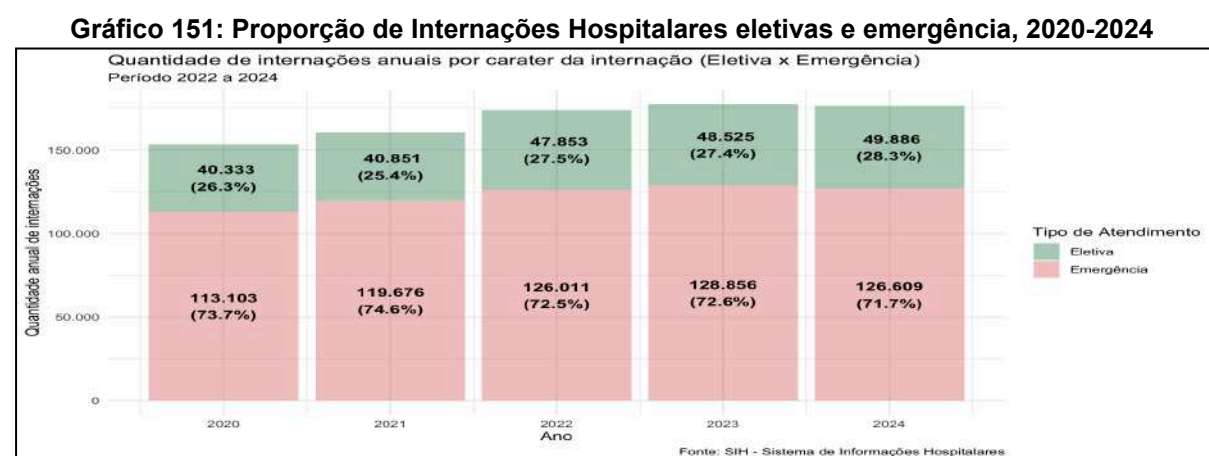
Neste tópico apresentamos um panorama das internações hospitalares no município no período de 2020 a 2024, a fonte dos dados para a análise é o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), base de dados da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) .

Durante este período de 5 anos foram emitidas 841.703 AIHs em Porto Alegre, distribuídas anualmente conforme o gráfico a seguir, com uma média de 168.340 internações por ano e desvio padrão 10.746 internações, com os anos de 2020 e 2021 contribuindo expressivamente para esta variabilidade, uma vez que se observa uma tendência a estabilidade entre 2022-2024.



Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalares.

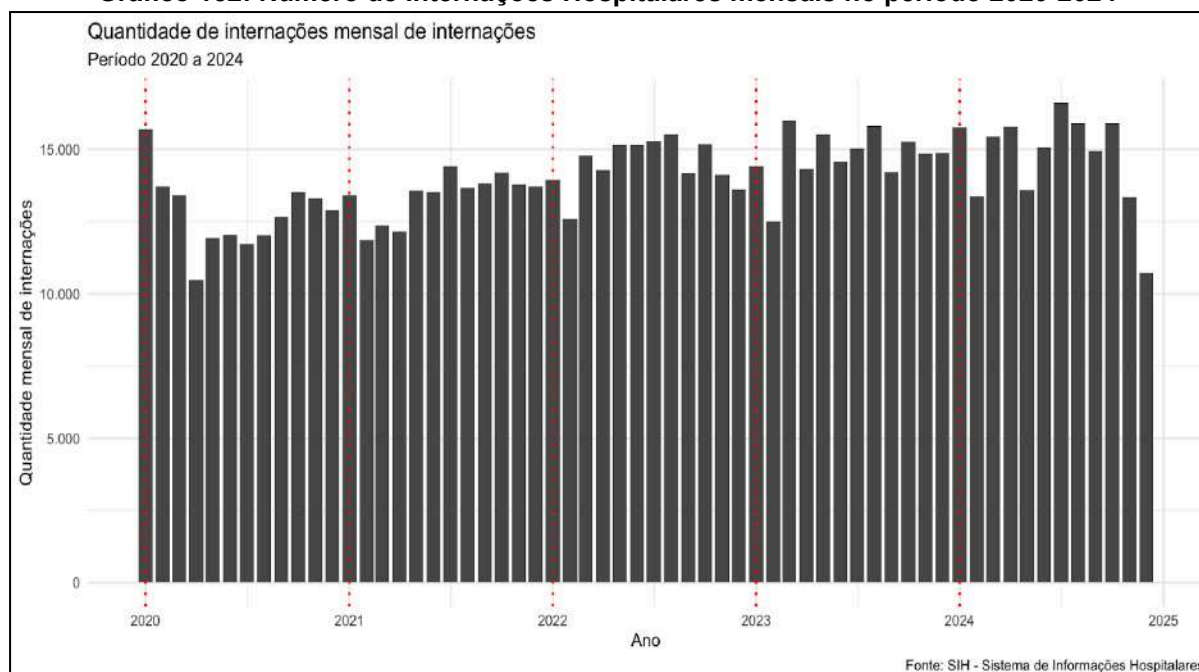
Do total de internações 73% (614.255) foram de caráter de Emergência e 27% (227.448) eletivas, com a proporção anual observada também com pequena variabilidade (2,7% entre o ano com a menor e maior proporção) com pode ser apreciado no gráfico a seguir.



Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalares.

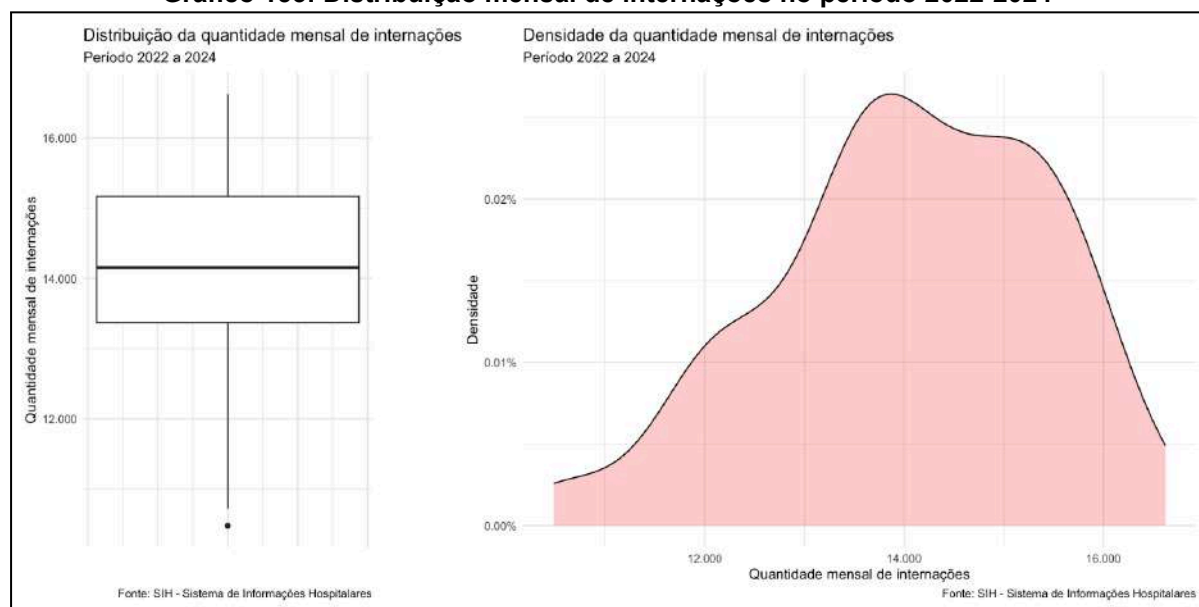
A média mensal de internações é de aproximadamente 14.028 internações com um desvio padrão de 1.379, um mínimo de 10.483 e um máximo de 16.623. O gráfico a seguir mostra a série histórica de 60 meses de internações.

Gráfico 152: Número de Internações Hospitalares mensais no período 2020-2024



Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalares.

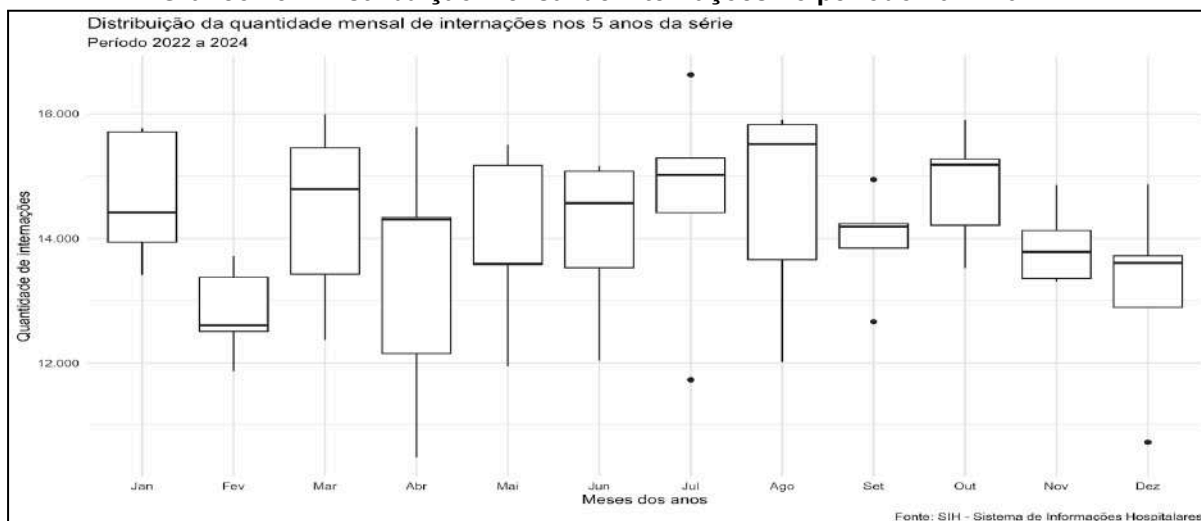
Gráfico 153: Distribuição mensal de internações no período 2022-2024



Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalares.

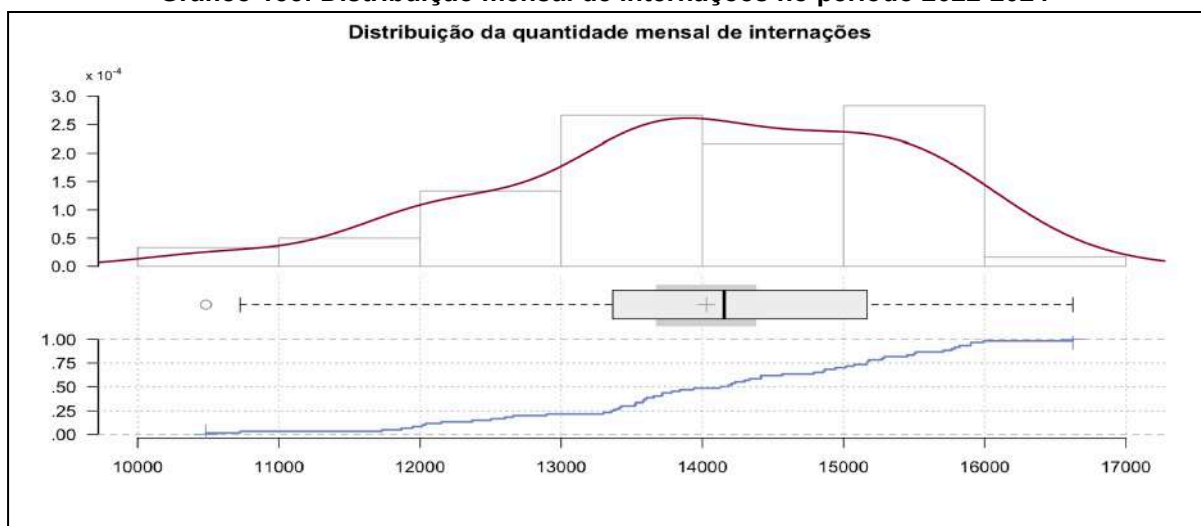
Ambos os gráficos acima nos mostram o agregado da quantidade de internações por mês em todo o período. O gráfico abaixo nos mostra a distribuição da quantidade de internações por mês do ano, durante o período de 2020 a 2024 (5 anos), a barra central representa a mediana.

Gráfico 154: Distribuição mensal de internações no período 2022-2024



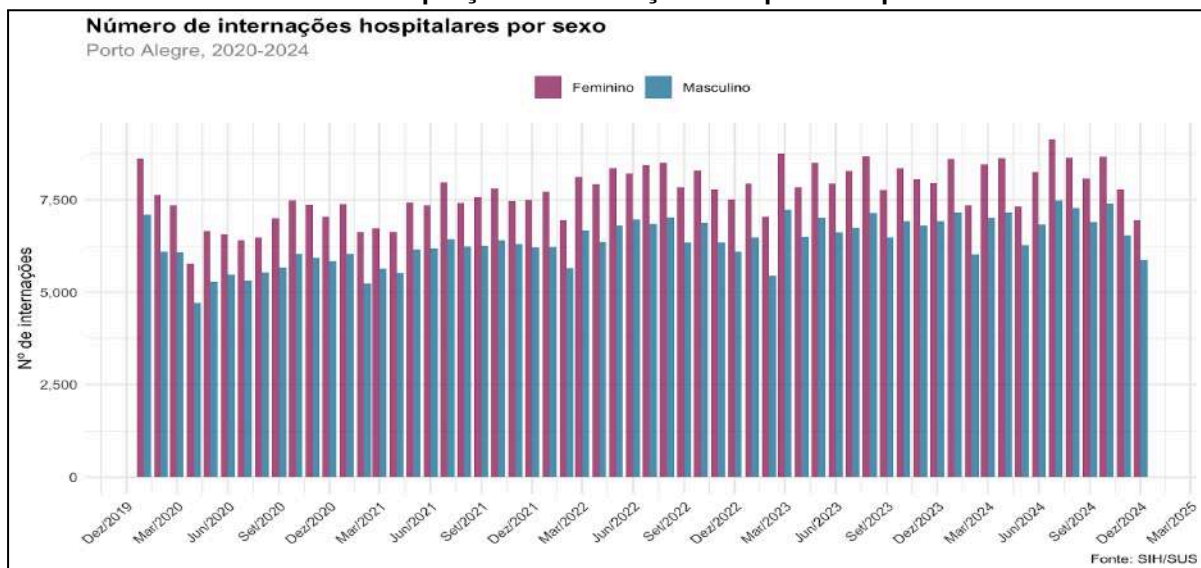
Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalares.

Gráfico 155: Distribuição mensal de internações no período 2022-2024



Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalares.

Gráfico 156: Proporção de Internações Hospitalares por sexo



Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalares.

O gráfico acima apresenta uma análise temporal das internações hospitalares em Porto Alegre entre 2020 e 2024, revelando padrões importantes relacionados às diferenças de gênero no acesso e utilização dos serviços de saúde na capital gaúcha. A visualização dos dados do SIH/SUS demonstra de forma clara que as mulheres representam consistentemente a maioria das internações hospitalares ao longo de todo o período analisado, com uma diferença que se mantém estável na ordem de 10% em relação aos homens durante a maior parte dos meses observados.

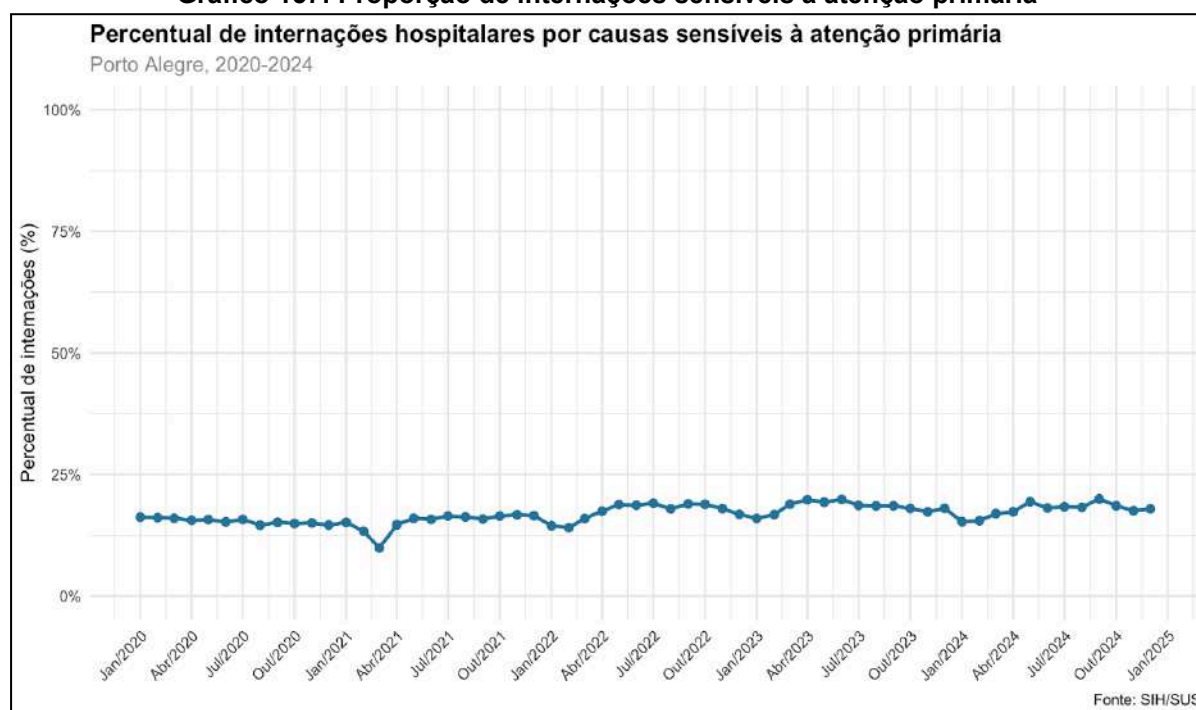
O impacto da pandemia de COVID-19 é claramente visível nos dados de Porto Alegre, especialmente no período entre março e junho de 2020, quando se observa uma queda acentuada no número total de internações para ambos os sexos. Esta redução coincide com o início da pandemia no Brasil e reflete múltiplos fatores específicos da realidade porto-alegrense, incluindo a suspensão de procedimentos eletivos nos hospitais da cidade, o receio da população local em buscar atendimento hospitalar devido ao risco de contaminação, e a reorganização do sistema de saúde municipal e estadual para enfrentar a emergência sanitária. É importante notar que esta queda afetou proporcionalmente ambos os sexos, mantendo a diferença relativa de aproximadamente 10% entre homens e mulheres. Observa-se também uma queda em fevereiro e março de 2021, pico do atendimento de pacientes pela COVID-19 na cidade. A recuperação do sistema de saúde porto-alegrense foi gradual e progressiva. A partir de julho de 2020, observa-se uma tendência de recuperação nos números de internação, com o retorno aos patamares pré-pandemia ocorrendo de forma paulatina. Os anos de 2022 a 2024 apresentam um padrão mais estável e previsível em Porto Alegre, com flutuações mensais menores em comparação com o período inicial da pandemia. É notável que, ao longo de 2023 e 2024, o sistema de saúde de Porto Alegre demonstra maior estabilidade.

A diferença de aproximadamente 10% nas internações entre mulheres e homens em Porto Alegre representa um padrão mais moderado em comparação com outras regiões do país, mas ainda assim significativo do ponto de vista epidemiológico. Esta diferença pode ser explicada por diversos fatores específicos da população porto-alegrense. As internações relacionadas à saúde reprodutiva, incluindo partos, cesarianas e complicações obstétricas nos hospitais da cidade, representam uma parcela das hospitalizações femininas. Além disso, o perfil

socioeconômico e cultural da população de Porto Alegre pode influenciar os padrões de busca por atendimento médico, com as mulheres tendendo a procurar atendimento hospitalar com maior frequência. A estrutura etária da população porto-alegrense, com uma proporção significativa de idosos, também contribui para este padrão, uma vez que as mulheres têm maior expectativa de vida e, conseqüentemente, maior representação nas faixas etárias onde as internações são mais frequentes.

Do ponto de vista das políticas públicas de saúde municipal, este padrão observado no gráfico tem implicações importantes para o planejamento e gestão do sistema de saúde de Porto Alegre. O planejamento de leitos hospitalares na rede municipal e conveniada deve considerar esta demanda diferenciada por sexo, garantindo capacidade adequada para atender às necessidades específicas da população feminina da cidade. A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre usa estes dados para desenvolver políticas específicas voltadas para a saúde da mulher. O gráfico também evidencia a importância de manter a capacidade de resposta do sistema de saúde local durante emergências sanitárias, assegurando que a preparação para crises não comprometa o atendimento regular à população porto-alegrense.

Gráfico 157: Proporção de internações sensíveis à atenção primária



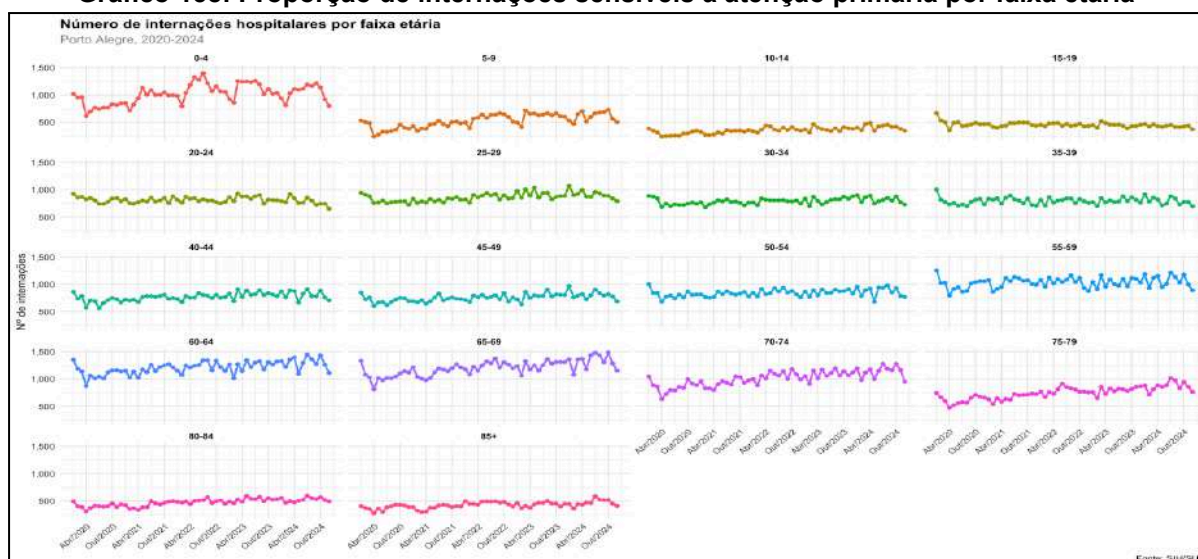
Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalares.

O gráfico acima apresenta a evolução do percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre, cobrindo o período de janeiro de 2020 a janeiro de 2025. A série temporal revela um comportamento relativamente estável, com o indicador oscilando predominantemente entre 10% e 20% ao longo de todo o período analisado, demonstrando uma variabilidade controlada sem grandes rupturas ou tendências abruptas.

No início do período, em janeiro de 2020, o indicador registrava aproximadamente 15% das internações. Observa-se uma tendência de declínio gradual que se acentuou durante 2020 e início de 2021, atingindo seu ponto mínimo em torno de 10-12% por volta de abril de 2021. Este comportamento pode estar relacionado às mudanças nos padrões de utilização dos serviços de saúde durante a pandemia de COVID-19, quando houve redução na procura por atendimentos eletivos e reorganização da rede assistencial.

A partir de meados de 2021, iniciou-se um processo de recuperação consistente e gradual, com o indicador elevando-se progressivamente até alcançar seu pico próximo de 20-22% em meados de 2022. Este movimento ascendente sugere uma normalização dos padrões de internação e possivelmente uma maior identificação de condições que poderiam ter sido prevenidas ou manejadas na atenção primária. Durante 2023 e 2024, o indicador demonstrou estabilização em um patamar ligeiramente superior ao observado no início da série, mantendo-se predominantemente na faixa de 15% a 20%.

Gráfico 158: Proporção de internações sensíveis à atenção primária por faixa etária



Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalares.

O gráfico apresenta o número de internações hospitalares por faixa etária em Porto Alegre, no período de 2020 a 2024, com base em dados do SIH/SUS. É crucial observar que o eixo Y para todas as faixas etárias mantém a mesma escala, variando de 0 a 1.500 internações, o que permite uma comparação direta da magnitude das hospitalizações entre os diferentes grupos.

Crianças e adolescentes (0-19 anos): a faixa etária de 0 a 4 anos apresenta o padrão mais volátil e, em diversos momentos, registra o maior número absoluto de internações. O período inicia com cerca de 1.000 internações, oscila intensamente, atingindo picos significativos próximos de 1.400 em meados de 2022 e 1.200 no início de 2023, antes de declinar para aproximadamente 800 no final do período. As faixas de 5-9 anos e 10-14 anos apresentam números consideravelmente menores e mais estáveis; a primeira oscila predominantemente entre 500 e 800 internações, enquanto a segunda se mantém em um patamar ainda mais baixo, geralmente entre 300 e 600. A faixa de 15-19 anos exhibe consistentemente os níveis mais baixos de internações entre todos os grupos, quase sempre abaixo de 500.

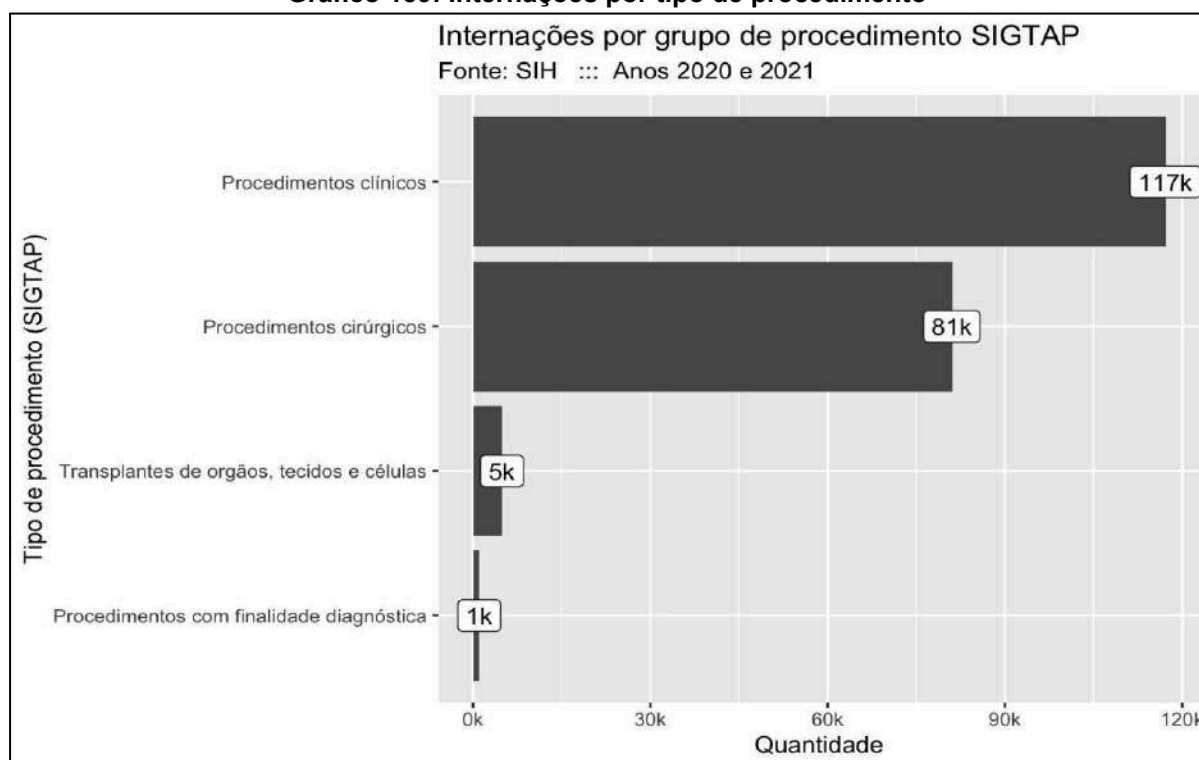
Adultos Jovens e de Meia-Idade (20-59 anos): As faixas etárias de 20-24, 25-29, 30-34 e 35-39 anos mostram um padrão de internações relativamente estável, com flutuações moderadas, predominantemente entre 600 e 900 internações. Há uma ligeira tendência de queda nos números para o final do período (final de 2023 e início de 2024) em todas essas faixas. A partir dos 40-44 anos, observa-se um aumento gradual nos números, com flutuações um pouco mais acentuadas. As faixas de 40-44, 45-49, 50-54 e 55-59 anos geralmente registram entre 700 e 1.100 internações. O grupo de 55-59 anos em particular mostra alguns picos notáveis, aproximando-se ou ultrapassando 1.200 internações em certos momentos (como no início de 2023).

Idosos (60 anos ou mais): As faixas etárias mais avançadas demonstram uma complexidade maior. O grupo de 60-64 anos apresenta um dos maiores volumes de internações, com flutuações intensas e picos frequentes próximos ou acima de 1.200, chegando a cerca de 1.400 em meados de 2022 e 2023. As faixas de 65-69 anos e 70-74 anos seguem um padrão similar, com números elevados (geralmente entre 800 e 1.300 internações) e uma aparente tendência ascendente ao longo do período, marcada por oscilações significativas. As internações para 75-79 anos iniciam em um patamar mais baixo (cerca de 600-800) mas exibem uma tendência de aumento gradual, atingindo cerca de 900-1.100 internações e picos de 1.200.

Finalmente, os grupos de 80-84 anos e 85+ anos, embora apresentem uma tendência ascendente ao longo do tempo (saindo de 400-500 e 300-400 respectivamente, para patamares de 600-800 e 500-700), registram os menores números absolutos entre os idosos, provavelmente devido à menor representatividade populacional nessas faixas etárias, mas ainda assim com picos que podem chegar a 900 e 800 internações, respectivamente.

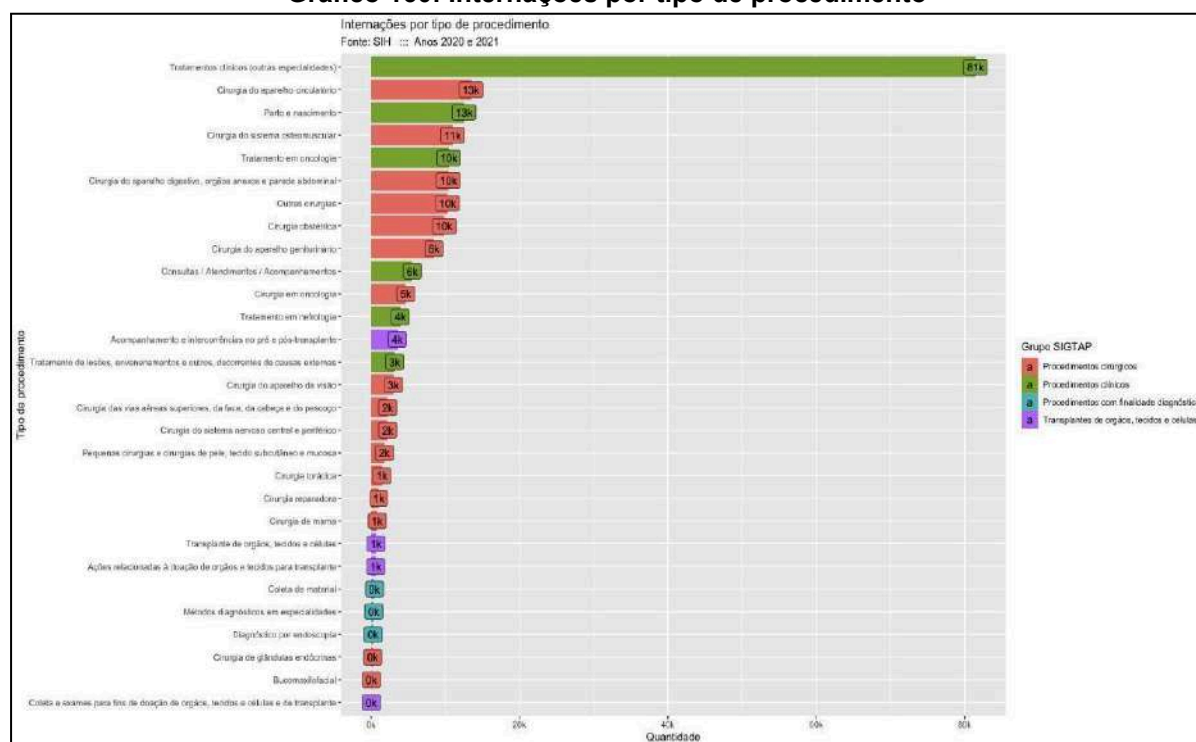
Em resumo, o número de internações hospitalares em Porto Alegre entre 2020 e 2024 revela uma bidirecionalidade: os maiores volumes de hospitalizações são observados nas crianças de 0-4 anos e nos idosos de 60-74 anos, com flutuações acentuadas. As faixas etárias adolescentes (10-19 anos) consistentemente apresentam os menores números de internações, enquanto os adultos jovens e de meia-idade (20-59 anos) mantêm níveis moderados e relativamente mais estáveis, com um aumento gradual no volume conforme a idade avança. Observa-se uma leve tendência de declínio nos números de internação em várias faixas etárias no final de 2023 e início de 2024.

Gráfico 159: Internações por tipo de procedimento



Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalares.

Gráfico 160: Internações por tipo de procedimento



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

1.3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

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

As desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de maneira diversa no que diz respeito ao processo saúde-doença em si, bem como no acesso e na utilização dos serviços de saúde. As desigualdades no estado de saúde estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade. O acesso e a utilização dos serviços refletem essas diferenças, mas podem assumir feições diversas, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde (BARATA, 2012, p.20).

As informações sobre os determinantes da saúde possibilitam explicar a tendência da saúde de um grupo populacional específico e entender as diferenças das condições de saúde entre os diferentes grupos sociais que compõem uma determinada sociedade.

No contexto local, é necessário tratar também de eventos que tornam as

iniquidades ainda mais evidentes. Por isso é importante frisar dois dos mais importantes acontecimentos dos últimos anos e que têm impactado a saúde da população porto-alegrense. Tanto a pandemia causada pela COVID-19 quanto os efeitos aos atingidos pelas enchentes do Rio Grande do Sul, em 2024, evidenciam a iniquidade do acesso à saúde e aos processos de superação da população atingida.

Nesse sentido, cabe pontuar que populações específicas foram impactadas de forma mais aguda por esses eventos e também têm suas condições de saúde influenciadas por uma série de condicionantes. A atenção prioritária voltada a populações específicas, como povos indígenas, quilombolas e população negra em geral, população em situação de rua, imigrantes, pessoas LGBTQIA+, privados de liberdade, serão descritas em capítulo específico deste plano a fim de destacar o alcance da políticas públicas de saúde que contribuem para atenuar os diagnósticos epidemiológicos desse público.

De forma a exemplificar as determinações estruturais, descreveremos os indicadores de desenvolvimento humano como exemplo das iniquidades em saúde que precisam ser superadas, considerando salário médio mensal, IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) desagregado por sexo e cor. O IDHM de Porto Alegre é ascendente (0,660 em 1991, 0,744 em 2000 e 0,805 em 2010). No entanto, ao desagregar o índice em relação ao gênero, tem-se dados melhores para mulheres em relação aos homens, e o índice é de 0,833 para a população branca, se comparada a 0,705 para negros. Ou seja, o IDHM para a população negra ainda encontra-se em nível inferior ao do município no ano 2000, e 18,2% menor que o da população branca (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fundação João Pinheiro, 2025).

O salário médio mensal dos trabalhadores de Porto Alegre em 2022 foi 4 salários mínimos, 23º melhor salário no país, 3º no Estado do RS e 1º na região metropolitana. No entanto, quando a renda é estratificada em percentual da população com rendimento nominal mensal até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, observa-se que 25,6% da população encontra-se nesta situação (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fundação João Pinheiro, 2025).

Ao comparar a população branca e negra, novamente destaca-se a diferença de renda per capita, 163% superior à da primeira, condição que se reproduz nos índices de pessoas com ensino fundamental (73% superior na população branca) e

médio completo na idade esperada (120% superior na população branca). Em relação à esperança de vida ao nascer, as mulheres que superam os homens, provavelmente devido ao índice superior de vítimas fatais de acidentes de trânsito (77% homens e 22,9% mulheres) (Empresa Pública de Transporte e Circulação, 2023) e outras violências e agravos que a população masculina é exposta de forma mais recorrente devido a fatores socioculturais.

Tabela 39: Índice de desenvolvimento Sócio econômico de Porto alegre IDSE

Anos	Educação índice	Educação ordem	Renda índice	Renda ordem	Saúde índice	Saúde ordem	Idese índice	Idese ordem
2020	0,78	155	0,87	7	0,83	349	0,82	35
2019	0,77	146	0,90	3	0,83	344	0,84	20
2018	0,75	211	0,89	5	0,83	334	0,82	39
2017	0,73	253	0,89	4	0,83	319	0,82	42
2016	0,73	244	0,88	4	0,83	327	0,81	39
2015	0,74	209	0,89	6	0,83	322	0,82	26
2014	0,74	187	0,90	8	0,83	315	0,82	22
2013	0,73	164	0,89	7	0,82	297	0,82	29
2012	0,71	175	0,90	3	0,82	311	0,81	21
2011	0,70	148	0,89	4	0,82	324	0,80	22
2010	0,71	104	0,88	3	0,81	324	0,80	13
2009	0,71	97	0,86	4	0,81	317	0,79	19
2008	0,70	88	0,86	5	0,81	326	0,79	14

Fonte: Anuário estatístico.

Educação

O tema de Educação referentes aos dados coletados pelo Censo Demográfico de 2022 mostra à caracterização da educação e da instrução da população brasileira estimados a partir de áreas de ponderação.

No caso de Porto Alegre, estima-se que a Taxa Bruta de Frequência Escolar, que representa a proporção de pessoas de uma determinada faixa etária que frequentam a escola, em relação ao total de pessoas nessa mesma faixa etária, independentemente de estarem ou não dentro da idade considerada padrão para aquele nível de ensino, seja de 25,2%.

A tabela abaixo evidencia marcadas variações na taxa bruta de frequência escolar por faixa etária em Porto Alegre, com cobertura quase universal no grupo de 6 a 14 anos (96,7%), O valor total agregado (25,2%) é fortemente influenciado pelo baixo engajamento educacional das faixas não obrigatórias, o que, sob a ótica dos Determinantes Sociais da Saúde, reforça a necessidade de políticas intersetoriais que ampliem o acesso e a permanência escolar, dada a correlação positiva entre escolaridade, condições de vida e indicadores de saúde.

Tabela 40: Taxa bruta de frequência escolar, segundo os grupos de idade - IBGE 2022

Faixa etária (anos)	Taxa
0 a 3	38,8
4 a 5	74,6
6 a 14	96,7
15 a 17	84,7
18 a 24	37,5
25 ou mais	8,4
Total	25,2

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2022 - Dados da Amostra.

A tabela abaixo revela uma diferença moderada, porém relevante, na taxa bruta de frequência escolar entre homens (26,6%) e mulheres (24,1%) em Porto Alegre, no conjunto das faixas etárias consideradas. Embora o valor global seja baixo devido à inclusão de idades fora do período de escolaridade obrigatória, o fato de os homens apresentarem taxa ligeiramente superior pode indicar maior presença masculina em níveis educacionais pós-obrigatórios (como cursos técnicos ou profissionalizantes) ou maior permanência em etapas intermediárias do ensino. Por outro lado, este resultado contrasta com a tendência nacional de maior escolaridade feminina, sugerindo que, no contexto local, fatores socioeconômicos, culturais ou de inserção precoce no mercado de trabalho podem estar modulando o padrão de participação escolar por sexo. Sob a ótica dos Determinantes Sociais da Saúde, tais diferenças de gênero merecem atenção, pois a escolaridade impacta diretamente oportunidades de emprego, renda, acesso à informação e, conseqüentemente, o perfil de saúde da população.

Tabela 41: Taxa bruta de frequência escolar, segundo o sexo - IBGE 2022

Sexo	Taxa
Homens	26,6
Mulheres	24,0
Total	25,2

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2022 - Dados da Amostra.

A tabela a seguir evidencia variações significativas na taxa bruta de frequência escolar entre os grupos de cor ou raça em Porto Alegre, com destaque para a maior participação do grupo pardo (28,9%), seguido por pretos (25,6%) e brancos (24,5%), enquanto indígenas (20,0%) e amarelos (19,0%) apresentam os menores índices. Esse padrão contrasta parcialmente com a tendência histórica de maior escolaridade entre brancos, sugerindo que, no recorte específico da taxa bruta — influenciada pela composição etária de cada grupo e pela presença em etapas não obrigatórias de ensino — outros fatores socioeconômicos e demográficos estão em jogo. A baixa frequência relativa entre indígenas e amarelos pode refletir

barreiras de acesso, deslocamento, pertinência cultural do currículo ou inserção precoce no trabalho. Do ponto de vista dos Determinantes Sociais da Saúde, essas disparidades são críticas, pois a escolaridade constitui fator estruturante para a redução de iniquidades, impactando diretamente renda, empregabilidade e capacidade de participação social, reforçando a necessidade de políticas educacionais interseccionais que considerem raça, território e condições de vida.

Tabela 42: Taxa bruta de frequência escolar, segundo cor ou raça - IBGE 2022

Cor ou raça	Taxa (%)
Branca	24,5
Preta	25,6
Amarela	19,0
Parda	28,9
Indígena	20,0
Total	25,2

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2022 - Dados da Amostra.

A Tabela abaixo aprofunda a análise ao cruzar grupos etários, sexo e cor ou raça, revelando padrões complexos de participação escolar em Porto Alegre. A partir dos 25 anos, as taxas são baixas em todos os grupos, evidenciando limitada adesão à educação continuada. Esses resultados reforçam, no âmbito dos Determinantes Sociais da Saúde, que desigualdades educacionais se expressam de forma interseccional por idade, gênero e raça, impactando a inserção laboral, a renda e, por consequência, as condições de saúde e bem-estar ao longo da vida.

Tabela 43: Taxa bruta de frequência escolar, segundo os grupos de idade, o sexo e a cor ou raça - IBGE 2022

Grupo de idade	Sexo	Cor ou raça					
		Total	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
0 a 3 anos	Homens	39,2	42,2	33,9	-	30,0	-
	Mulheres	38,4	38,7	42,1	36,0	34,8	-
4 a 5 anos	Homens	75,2	77,6	75,2	-	67,7	-
	Mulheres	73,9	77,4	75,9	47,7	57,0	100,0
6 a 14 anos	Homens	96,4	96,9	96,7	75,0	94,6	100,0
	Mulheres	97,0	97,3	96,3	100,0	96,4	100,0
15 a 17 anos	Homens	84,4	85,3	85,7	-	80,3	75,9
	Mulheres	85,1	85,3	83,7	-	85,2	100,0
18 a 24 anos	Homens	35,2	40,5	25,3	65,0	25,2	14,4
	Mulheres	39,7	45,4	25,2	37,9	29,5	36,2
25 anos ou mais	Homens	8,1	8,1	7,7	9,6	8,6	6,9
	Mulheres	8,7	8,6	8,8	10,9	9,0	I

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2022 - Dados da Amostra.

Entre as crianças de até 5 anos que frequentavam escola ou creche em Porto Alegre, a maioria estava matriculada na creche (67,9%), seguida pelo pré-escolar (30,6%) e, de forma residual, no ensino fundamental regular (1,6%). A elevada

participação em creches indica maior cobertura dessa etapa, essencial para o desenvolvimento infantil e para a conciliação entre vida familiar e trabalho, sobretudo em contextos de vulnerabilidade social. No entanto, a proporção significativa de crianças ainda fora da pré-escola, etapa obrigatória a partir dos 4 anos segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, pode sinalizar barreiras de acesso ou insuficiência de oferta. Sob a ótica dos Determinantes Sociais da Saúde, a ampliação da cobertura na educação infantil é estratégica, pois influencia diretamente o desenvolvimento cognitivo, a socialização precoce e a redução de desigualdades educacionais futuras.

Entre as pessoas de 6 a 17 anos que frequentavam escola, há uma concentração maciça de matrículas no ensino fundamental regular entre 6 e 14 anos (92,8% do total dessa faixa), o que reflete a obrigatoriedade legal dessa etapa e a cobertura praticamente universal nessa idade. Já entre 15 e 17 anos, a predominância desloca-se para o ensino médio regular (67,3%), com presença relevante na Educação de Jovens e Adultos (EJA), tanto nos níveis fundamental e médio, e até no ensino superior (0,7%), evidenciando percursos escolares diferenciados — desde trajetórias aceleradas até distorções idade-série que exigem modalidades alternativas. A presença de jovens de 15 a 17 anos no ensino fundamental (29,5% dessa faixa) revela atraso escolar significativo, indicador crítico de desigualdade educacional que impacta diretamente a inserção no mercado de trabalho e as perspectivas socioeconômicas. Do ponto de vista dos Determinantes Sociais da Saúde, essa estrutura etária e de níveis de ensino evidencia que, apesar da boa cobertura nas etapas iniciais, persistem desafios na transição e permanência no ensino médio, etapa estratégica para ampliar oportunidades e reduzir vulnerabilidades que repercutem ao longo da vida adulta.

Ao avaliarmos idade, sexo e cor ou raça, expõe com clareza desigualdades estruturais no percurso educacional de crianças e adolescentes em Porto Alegre. Entre 6 e 14 anos, a matrícula é majoritariamente no ensino fundamental regular para todos os grupos, mas a proporção absoluta de estudantes brancos é mais que o dobro da soma de pretos e pardos, refletindo diferenças demográficas e possivelmente barreiras socioeconômicas. Na faixa de 15 a 17 anos, há maior diversificação das trajetórias: no ensino médio regular, brancos mantêm ampla maioria, seguidos de pardos e pretos, enquanto indígenas, ainda que numericamente poucos, apresentam presença proporcionalmente relevante nesta

etapa. As modalidades de EJA e de alfabetização concentram-se sobretudo entre pardos e pretos, sinalizando maior incidência de atraso escolar e trajetórias interrompidas nesses grupos. O ingresso precoce no ensino superior é raro e praticamente restrito a brancos, com poucos registros de pretos. Essa configuração, no âmbito dos Determinantes Sociais da Saúde, reforça que o acesso e a permanência na educação — especialmente na transição para o ensino médio e na educação de qualidade — são condicionados por fatores interseccionais de raça, idade e gênero, perpetuando desigualdades que impactam diretamente oportunidades econômicas, participação social e condições de saúde ao longo do ciclo de vida.

Em todos os níveis de ensino, os brancos concentram a maior parte das matrículas, especialmente no ensino superior de graduação (79,4% do total) e na pós-graduação (mestrado e doutorado somando 6.935 pessoas) enquanto pretos e pardos apresentam participações significativamente menores, apesar de representarem parcelas relevantes da população.

Quanto ao número médio de anos de estudo segundo a cor ou raça, evidência desigualdades educacionais estruturais. Pessoas brancas e amarelas apresentam as maiores médias gerais (11,9 e 13,6 anos, respectivamente), enquanto pretos, pardos e indígenas registram valores próximos a 9,8 e 9,5 anos, indicando menor tempo de permanência escolar. Essas diferenças persistem em todas as faixas etárias, sendo mais acentuadas entre os adultos de 25 a 64 anos, onde a população amarela atinge 14,7 anos (superior completo ou pós-graduação, em média), contra apenas 10,4 entre pretos e 10,5 entre pardos. Já segundo sexo há ligeira vantagem das mulheres em todos os grupos etários, especialmente na faixa de 18 a 24 anos (11,9 anos contra 11,3 dos homens) e de 25 a 64 anos (12,4 contra 12,0), sugere maior permanência escolar feminina nas últimas décadas.

Condições ambientais gerais

Tabela 44: Condições ambientais gerais - IBGE

Característica	Não possui (%)	Possui (%)
Conectados à rede de esgoto	7,0	93,0
Abastecidos pela rede geral de água	0,9	99,1
Têm banheiro de uso exclusivo	0,3	99,7
Têm coleta de lixo	0,5	99,5

Fonte: IBGE.

Alimentação

O acesso a alimentos saudáveis e nutritivos é fundamental para uma alimentação adequada ao crescimento e desenvolvimento humano e à qualidade de vida das pessoas.

Os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel Brasil 2006-2023) sobre o consumo alimentar, mostram que apenas 36,1% dos porto-alegrenses consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias na semana, tendo as mulheres (42,6%) consumo maior que o dos homens (28,2%). O consumo de feijão com frequência superior a 5 dias na semana é de 45,2%. Neste caso, os homens (44%) fazem maior consumo que as mulheres (46,2%). Quanto aos refrigerantes, 19,5% consomem cinco ou mais dias na semana, sendo o consumo masculino (20%) maior que o feminino (19%). O consumo de ultraprocessados diariamente ocorre em 20,8% da população, em Porto Alegre.

Estudo recente comparou a porcentagem da participação de alimentos ultraprocessados no total de calorias consumidas pela população brasileira com 10 anos ou mais de idade (a partir de dados da POF 2007/2008 e POF 2017-2018) (Louzada, 2023). O autor encontrou consumo aumentado de ultraprocessados na população indígena (+6,0 pontos percentuais), na população negra (+2,0 pontos percentuais), na população com até 4 anos de estudo (+1,2 pontos percentuais) e na população do quintil mais baixo de renda (+3,5 pontos percentuais).

Neste contexto, importa considerar que, de acordo com dados do II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil (II Vigisan, 2022), há marcantes desigualdades relacionadas ao quesito cor ou raça no acesso à alimentação adequada, no Brasil. Enquanto 53,2% dos domicílios chefiados por pessoas brancas estavam em situação de segurança alimentar, esse percentual foi consideravelmente menor entre os domicílios com pessoas pardas (36,6%) e ainda mais baixo entre os com pessoas pretas (31,1%). A insegurança alimentar moderada ou grave afetou 39,1% dos domicílios com pessoas pretas e 34,4% dos com pessoas pardas, contrastando com apenas 21,0% dos domicílios com pessoas brancas. Esses dados evidenciam que a cor ou raça da pessoa de referência do domicílio está associada a maiores riscos de insegurança alimentar, revelando profundas desigualdades sociais no país.

O Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (COMSANS), que conta com a participação da SMS através da Área Técnica de Amamentação, Alimentação e Nutrição tem contribuído para avanços importantes para melhora efetiva da segurança alimentar, como a publicação de edital de chamamento público para execução de 68 hortas comunitárias na cidade e qualificação dos itens que compõem a cesta básica adquirida pelo município.

Entre os desafios da atuação intersetorial e interseccional, está a qualificação da interlocução com as instituições próprias e contratualizadas no SUS. No Comitê de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável, temos a representação das maternidades, universidades e coordenadorias de saúde. Também há participação da Área Técnica no COMSANS, no entanto, com pouca efetividade na melhora da segurança alimentar na cidade, frente à complexidade das demandas. Por outro lado, são perceptíveis alguns avanços importantes, com publicação de edital de chamamento público para execução de 68 hortas comunitárias na cidade e qualificação dos itens que compõem a cesta básica adquirida pelo município.

Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) representa uma das mais importantes políticas públicas do Brasil de combate à pobreza e às desigualdades sociais que promove o acesso a direitos sociais básicos, como saúde, educação e assistência social. Idealizado como um programa de transferência de renda com condicionalidades, possui como um de seus objetivos principais promover a dignidade e a cidadania das famílias pela atuação em ações complementares por meio de articulação com outras políticas para a superação da pobreza e transformação social, tais como esporte, ciência e trabalho.

O PBF se estrutura em três eixos principais: transferência de renda, que visa aliviar a pobreza imediata; condicionalidades, que buscam romper o ciclo intergeracional da pobreza por meio de investimentos em capital humano, e promover o acesso a direitos sociais essenciais, como a saúde; e articulação com outras políticas sociais, que procura fortalecer o acesso a serviços públicos.

A implementação do PBF no município de Porto Alegre ocorreu a partir do trabalho conjunto entre as Secretarias de Saúde e de Assistência Social, com o objetivo de melhorar indicadores de bem-estar das famílias em situação de

vulnerabilidade. Para tanto, a condicionalidade de saúde do PBF é um pilar fundamental da sua estrutura.

Nesta perspectiva, para que o benefício seja mantido, as famílias devem comparecer nas Unidades de Saúde para realizar periodicamente:

- acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de sete anos;
- cumprimento do calendário de vacinação infantil;
- acompanhamento pré-natal para gestantes e realização de ações de puerpério.

Essas ações não apenas garantem que os beneficiários acessem os serviços de saúde, mas também são um mecanismo de monitoramento e planejamento para as políticas públicas de saúde do município.

Conforme as estratégias que vêm sendo utilizadas e descritas nos relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, a presença do Programa Bolsa Família demonstra alguns efeitos positivos para os usuários acompanhados:

- aumento da cobertura vacinal: A exigência de manter a caderneta de vacinação das crianças em dia contribui para a elevação das taxas de imunização, prevenindo doenças e surtos. Este aspecto é particularmente relevante em áreas de maior vulnerabilidade social, onde o acesso aos serviços de saúde pode ser mais desafiador;
- melhora do acompanhamento pré-natal: A condicionalidade do pré-natal incentiva as gestantes a buscarem o acompanhamento regular. Isso resulta na redução de complicações na gravidez e no parto, bem como na diminuição da mortalidade infantil e materna;
- monitoramento da nutrição infantil: O acompanhamento do estado nutricional de crianças é essencial para prevenir e combater a desnutrição e a obesidade infantil, problemas que coexistem nas populações de baixa renda.

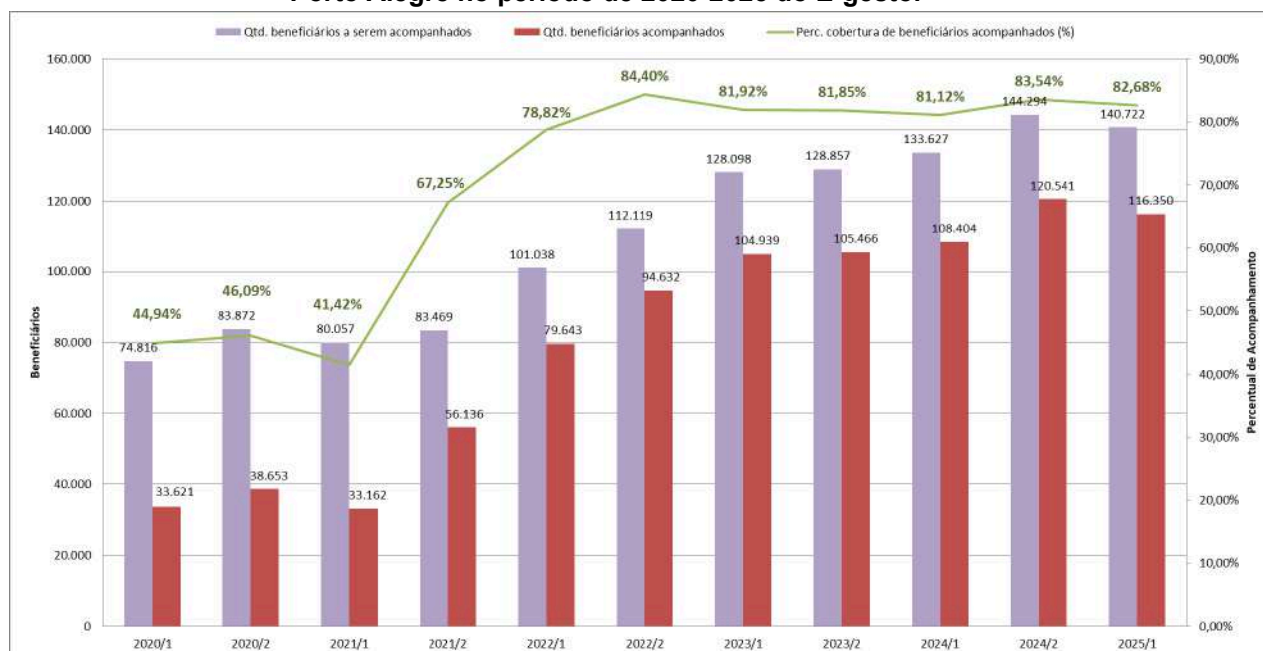
Cabe destacar também que na nova metodologia de cofinanciamento federal para a Atenção Primária à Saúde (APS), o Programa Bolsa Família assume um papel estratégico no componente de vínculo e acompanhamento territorial. Este componente, detalhado na [Portaria GM/MS nº 3.493/2024](#), visa o aprimoramento da territorialização, a análise epidemiológica e demográfica da população, e a qualificação do cadastro e do atendimento em saúde pelas equipes da APS.

A relevância do PBF reside no fato de que o cálculo do componente de vínculo e acompanhamento territorial considera, entre outros critérios, as características de vulnerabilidade socioeconômica, contemplando especificamente os beneficiários do PBF ou do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Ao integrar o PBF nesse novo modelo de financiamento, o Ministério da Saúde busca reduzir barreiras de acesso, aprimorar a qualidade do cuidado e otimizar a gestão do cuidado, tornando-o mais eficaz e alinhado às necessidades dos indivíduos em situação de maior vulnerabilidade.

Temos como desafio aprimorar o acompanhamento da saúde dos beneficiários, o que pode ser observado nos resultados alcançados nos últimos anos: 82% em 2022, 87,5% em 2023, 82,2% em 2024 e 82,7% no primeiro semestre de 2025, conforme mostra o gráfico abaixo. É crucial que o trabalho vá além do simples registro de dados, focando em um cuidado integral e de qualidade. Para isso, é fundamental sensibilizar os profissionais sobre a realidade de vulnerabilidade social das famílias atendidas, garantindo que o serviço prestado seja humanizado e eficaz.

Portanto, o Programa Bolsa Família não se limita a ser uma política de transferência de renda; ele atua como um catalisador para o acesso, reduzindo barreiras de acesso e aprimorando a qualidade do cuidado oferecido à população atendida". Ao condicionar o benefício a ações de saúde, o programa promove um ciclo virtuoso, incentivando a prevenção e o cuidado contínuo, e contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde das famílias mais vulneráveis da cidade.

Gráfico 161: Quantidade de beneficiários a serem acompanhados X Quantidade de beneficiários acompanhados e percentual de acompanhamento do Programa Bolsa Família em Porto Alegre no período de 2020-2025 do E-gestor



Fonte: E-gestor.

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

As políticas públicas de saúde no Brasil, fundamentadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), têm como objetivo garantir o acesso universal, integral e equitativo à saúde para toda a população. Para que esses princípios se concretizem na prática, é necessário considerar as necessidades específicas que surgem em cada fase da vida — infância, adolescência, vida adulta e envelhecimento —, assim como as particularidades dos grupos em situação de vulnerabilidade social.

No município de Porto Alegre, as políticas de saúde direcionadas aos diferentes ciclos de vida e às populações vulnerabilizadas são detalhadas nos subitens a seguir.

1.4.1 Povos Indígenas

Após a instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) pela Lei nº 9.836/1999, a Portaria GM/MS nº 254/2002 aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Tanto a criação do SasiSUS quanto a implementação da PNASPI têm como premissa o reconhecimento de que

os povos indígenas possuem direito a uma atenção à saúde que respeite suas especificidades étnicas e culturais.

Logo, a implementação da PNASPI requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados à proteção, promoção e recuperação da saúde dos indígenas. Esse modelo deve ser capaz de garantir a efetivação do direito à saúde considerando suas especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais, ou seja, com a devida atenção diferenciada.

Embora haja uma estrutura específica para a garantia do atendimento à saúde dos povos indígenas, especialmente com relação à assistência na atenção primária, a qual tem se consolidado desde a criação da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), uma estrutura do Ministério da Saúde, é também atribuição dos municípios garantir, de forma compartilhada e complementar, a saúde aos povos indígenas.

No contexto do estado do Rio Grande do Sul, as competências da gestão estadual de saúde e das gestões municipais estão definidas pela Resolução nº 214/2024 - CIB/RS, na implementação do SasiSUS e da PNASPI. De acordo com o pactuado, ficou definido que, aos municípios, compete, entre outros pontos, reconhecimento dos indígenas enquanto munícipes, garantindo acesso em todos os pontos da rede de atenção à saúde; identificação do perfil demográfico e epidemiológico dos povos indígenas do seu território; construção e pactuação, junto à Sesai e à SES/RS, fluxos de referência e contrarreferência aos povos indígenas; cofinanciamento dos serviços e das ações de saúde voltados aos povos indígenas; priorização do acesso dos indígenas a programas de proteção e promoção à saúde; monitoramento, avaliação e divulgação de informações relativas à saúde dos povos indígenas; realização de formações e atividades de educação permanente dos profissionais de saúde da rede municipal para o trabalho em contexto intercultural.

Diante desse contexto legal e infralegal, é importante destacar que o município de Porto Alegre está inserido na área de abrangência do Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI) Interior Sul, estrutura da Sesai/MS responsável por organizar e prestar serviços de saúde aos povos indígenas nos estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. Atualmente, o DSEI Interior Sul possui 12 Polos Base, que constituem as subdivisões territoriais e servem como referência técnica e administrativa para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).

No âmbito da Sesai, os povos indígenas presentes na capital são referenciados ao Polo Base Porto Alegre e ao Polo Base Viamão, que têm a responsabilidade de articular e executar a Atenção Primária à Saúde Indígena no território de Porto Alegre. As EMSI do primeiro atendem à aldeia Charrua (Polidoro) e às aldeias Kaingang (Fág Nhin, Oré Kupry, Van Ká, Komãg, Tupé Pãn e Gãh Ré). O PB Viamão possui uma EMSI que, conforme pactuado com o DSEI/ISUL, atende às aldeias Mbyá-Guarani situadas em Porto Alegre (Anhetenguá, Pindó Poty, Ka'aguy Mirim e Ponta do Arado). As aldeias estão localizadas nas áreas de abrangência da Coordenadoria de Saúde Leste e da Coordenadoria de Saúde Sul.

A Unidade Indígena, implantada em 2013, é composta por uma Equipe de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal e atende a diferentes aldeias, de forma itinerante. Atualmente, são atendidas seis aldeias, cinco da etnia Kaingang e uma da etnia Charrua.

A Atenção Primária à Saúde dos indígenas que residem fora das aldeias é realizada pelas unidades de saúde dos seus territórios. Assim como no restante do território nacional, a atenção secundária e a terciária (consultas, exames e internações) seguem a referência e contra-referência do SUS, utilizado para toda a população de Porto Alegre. Este é um dos principais desafios para a saúde indígena como um todo: estender a atenção diferenciada à média e à alta complexidade. Pois, em determinadas situações, por ainda não haver previsão de fluxo específico a outros níveis que não a atenção primária, o quadro de saúde de alguns indígenas acaba se agravando.

De acordo com os dados do Censo de 2022, no Brasil são 1.693.535 pessoas indígenas, das quais 689.532 estariam residindo em aldeias. Já os dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) apontam que são aproximadamente 811 mil indígenas nas aldeias de todo o país. Essa divergência decorre tanto das dinâmicas sociais próprias dos povos indígenas, quanto em razão das diferentes metodologias empregadas pelos diferentes órgãos para contabilizar os indígenas no território brasileiro.

No Rio Grande do Sul (RS), o último censo realizado pelo IBGE registrou a presença de 36.096 indígenas; e, de acordo com os dados da Sesai, no ano de 2023, seriam cerca de 25.705 indígenas vivendo em aldeias. Segundo o Boletim informativo de Saúde Indígena da Secretaria Estadual da Saúde, de 2023, 72 municípios contam com aldeias nos seus territórios, com um total de 150 aldeias,

Importante considerar que, em razão do contexto dos últimos anos, é razoável afirmar que novas aldeias surgirão entre a elaboração deste plano e sua implementação. O Rio Grande do Sul possui 72 municípios que contam com a presença indígena, sendo a maior concentração populacional no norte do estado, predominantemente composta pela etnia Kaingang.

Com base nos cadastros do e-SUS e do SIASI e, a área técnica de atenção à saúde dos povos indígenas da SMS estima que hoje há cerca de 900 indígenas em Porto Alegre vivendo em aldeias ou com algum vínculo de parentesco com os demais indígenas que vivem em aldeias no município ou em outros territórios. No entanto, é importante destacar que, por tratar-se de populações que têm o modo de vida baseado na mobilidade, os números são sempre uma estimativa.

Porto Alegre conta com a presença de três etnias indígenas reconhecidas pela Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai) e com atendimento por parte da Sesai: Mbyá Guarani, Kaingang, Charrua. Entretanto, nos últimos anos, com o fluxo migratório de venezuelanos, houve a chegada de grupos familiares da etnia Warao. Em que pese não haja a garantia de um atendimento diferenciado para essa população conforme preconizado pela PNASPI, as pessoas dessa etnia imigrante da Venezuela têm sido atendidas pelas unidades de saúde do território e pelos demais serviços de saúde levando em conta as suas especificidades etnoculturais. Nesse sentido, é importante apontar que tal atendimento é acompanhado pelas áreas técnicas do Núcleo de Equidade em Saúde.

De acordo com o monitoramento realizado pela área técnica de atenção à saúde dos povos indígenas, que é o setor de referência da política municipal de saúde para a política de saúde dos povos indígenas em Porto Alegre, há cerca de doze comunidades indígenas vivendo de forma coletiva. Nem todas já têm garantida a regularidade fundiária das terras por elas ocupadas. De qualquer modo, as estruturas da Secretaria Municipal de Saúde, em observância à Resolução Nº 514/2024 CIB/RS, buscam garantir, de forma compartilhada e complementar, a saúde integral aos povos indígenas no território do município.

Nesse sentido, e em consonância com o entendimento de que a garantia à saúde integral dos povos indígenas e a manutenção dos seus modos de vida tradicionais estão condicionados ao acesso ao território, cumpre pontuar que, ao longo das últimas décadas, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, por meio de políticas públicas inovadoras, já realizou o assentamento de quatro comunidades

indígenas (das etnias Kaingang, Mbyá Guarani e Charrua) em locais homologados como áreas de interesse cultural do município. No interior dessas áreas municipais, adquiridas para ocupação exclusiva pelos indígenas, há atendimento à saúde descentralizado e territorializado, em consonância com a PNASPI.

Em outros contextos, em especial nas regiões periféricas do município, em que os núcleos familiares indígenas não têm a garantia do direito ao território, as suas condições de saúde são agravadas. Além disso, esses indígenas são percebidos, muitas vezes, como apenas mais uma dentre as populações vulneráveis do território em que estão residindo, o que acaba por dificultar o reconhecimento da sua identidade étnica, e, conseqüentemente, dos seus direitos específicos. Esses núcleos familiares não têm a garantia de atendimento de EMSI da Sesai, e são atendidos, assim, unicamente pelas unidades de saúde do seu território, o que gera um desafio para a garantia de um atendimento culturalmente orientado.

No quadro abaixo, segue as aldeias reconhecidas pela Sesai e os núcleos familiares indígenas mapeados pela Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, com as suas respectivas unidades de saúde e polos base de referência.

Quadro 1: Coordenadorias e Serviços Referência da Atenção Primária à Saúde dos Povos Indígenas em Porto Alegre, 2025

Coordenadoria	Aldeia/núcleo	Etnia	Unidade de Saúde (SMS/PMPA)	Polo Base (Sesai)
Leste	Tupé Pãn	Kaingang	US Indígena	Porto Alegre
Leste	Fág Nhin	Kaingang	US Indígena	Porto Alegre
Leste	Oré Kupry	Kaingang	US Indígena	Porto Alegre
Leste	Komãg	Kaingang	US Indígena	Porto Alegre
Leste	Van Ká	Kaingang	US Indígena	Porto Alegre
Leste	Polidoro	Charrua	US Indígena	Porto Alegre
Leste	Gãh Ré	Kaingang	US Morro Santana	Porto Alegre
Leste	Agronomia	Kaingang	US Esmeralda	-
Leste	Dolores Duran	Mbyá Guarani	US Esmeralda	-
Leste	Quirinas	Kaingang	US Panorama	-
Sul	Anhetenguá	Mbyá Guarani	US Pitinga	Viamão
Sul	Ka'aguay Mirim	Mbyá Guarani	US Lami	Viamão
Sul	Pindó Poty	Mbyá Guarani	US Lami	Viamão
Sul	Ponta do Arado	Mbyá Guarani	US Belém Novo	Viamão
Leste	Vila Safira	Kaingang	US Vila Safira	-
Oeste	Estudantes Indígenas UFRGS	Diversas	US Santa Cecília	-

Fonte: Área técnica de atenção à saúde dos povos indígenas / SMS - 2025.

Todos os indicadores de morbidade e de mortalidade apontam para diferenças significativas nas condições de saúde das pessoas indígenas com relação ao restante da população - em especial, quando comparamos os dados das pessoas indígenas em relação às pessoas brancas.

Em que pese as condições de raridade das comunidades indígenas nas cidades, que apresentam hoje um reduzido número de pessoas indígenas, o grau de risco para as doenças infecto-respiratórias é elevado. O reconhecido espalhamento rápido de doenças infecciosas nessas comunidades decorre do modo de vida coletivo, compartilhamento de casas e objetos culturais (cachimbos, chimarrão), as áreas exíguas das aldeias em que vivem especialmente no espaço urbano e outros aspectos do cotidiano, entre os quais desnutrição, devido ao contexto de vulnerabilidade socioeconômica. Além disso, considera-se as condições de imunidade diferenciada desse público específico da saúde, quando comparada à população em geral, também reconhecida em diversos estudos.

Diante do contexto de transição epidemiológica que o Brasil vem passando, as comunidades indígenas estão sob um processo conhecido como sobreposição epidemiológica, que deve ser entendido pelo aumento na carga de doenças crônico-degenerativas. Nesse sentido, baseando-se nos dados da Sesai, pode-se inferir que os agravos que mais acometeram os povos indígenas são: doenças do aparelho respiratório, seguidas das vasculares e das infecciosas e parasitárias. Sendo que a cada 100 óbitos indígenas registrados na região sul, 30 foram relacionados a doenças do aparelho circulatório, podendo inferir que, embora esse grupo de doenças apresenta uma morbidade baixa, há uma alta letalidade.

Tais agravos estão relacionados a mudanças de hábitos alimentares dos indígenas, principalmente no contexto urbano, onde seus itens de sua culinária tradicional são raros ou inexistentes. No contexto urbano, as principais causas de mortalidade entre os indígenas são as doenças crônicas cardiovasculares associadas a mudanças nos hábitos, principalmente de atividades físicas, desses povos decorrentes do fato de viverem em áreas pequenas, inadequadas ao amplo exercício dos seus modos distintos de ser e estar no mundo.

De acordo com os dados da Secretaria Estadual da Saúde, entre os anos de 2019 e 2022, crianças filhas de mães indígenas menores de um ano de vida morreram duas vezes mais que as crianças filhas de mães brancas. Nesse quesito, apesar de ter havido uma redução no número de registros de óbitos infantis de crianças indígenas nos anos mais agudos da pandemia de COVID-19, a partir de 2022, voltou-se a verificar um aumento no número de óbitos. A taxa de mortalidade materna indígena também é consideravelmente mais elevada do que a taxa de mortalidade materna das outras cores/raças, em especial a das mulheres brancas.

Ainda de acordo com os dados do estado, com relação às internações hospitalares, excluindo-se o grupo de internações por gravidez, parto e puerpério, as doenças do aparelho respiratório têm sido a principal causa de morbidade hospitalar, seguida das doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo.

Por fim, cabe apontar as principais causas de mortalidade entre os indígenas. Segundo os dados da Secretaria Estadual da Saúde, doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho circulatório aparecem como as principais causas de mortalidade nos últimos anos, além de doenças infecciosas e parasitárias e de causas externas.

A tensão social crescente, as situações de racismo, as constantes ameaças à integridade dos seus territórios e a insegurança das suas comunidades em geral colocam os indígenas em posição de maior vulnerabilidade. As questões acabam por constituir um cenário que os predispõe ao uso abusivo de álcool e a agravos de saúde mental.

É importante destacar que um cenário de melhora das condições de saúde dos povos indígenas não decorre somente da simples transferência de conhecimento e da implementação de novas tecnologias biomédicas. Para tanto, é imprescindível a constante valorização dos sistemas tradicionais de saúde dos povos indígenas e a implementação dos conhecimentos tradicionais nas práticas dos profissionais das equipes de saúde indígena.

Nesse sentido, é importante destacar que os conhecimentos tradicionais são baseados em complexas cosmologias. Além disso, as práticas de cura possuem formas muito peculiares em cada etnia, o que significa que não é possível a adoção de conhecimentos genéricos sob o rótulo de “conhecimento tradicional indígena”. Cada etnia ou mesmo cada aldeia tem suas práticas de cura e cuidado próprias. E, por isso, é necessário que se produza uma aproximação ainda mais intensa entre os serviços de saúde, os profissionais, e as comunidades indígenas atendidas.

No planejamento e na realização das ações em saúde, estas questões devem ser consideradas, bem como a articulação constante com as lideranças indígenas e a centralidade dos xamãs (kujà, karaí, pajés). Da mesma forma, os agentes indígenas de saúde devem ser vistos como facilitadores no processo de construção do diálogo intercultural necessário para a efetivação das ações em saúde. Outro aspecto a ser considerado é a qualidade da comunicação entre os profissionais de

saúde e as comunidades, pois essa pode ser dificultada pelo desconhecimento das línguas maternas desses povos.

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

Nos últimos anos, houve avanços no fortalecimento das relações e vínculos entre as lideranças das comunidades indígenas presentes no município, bem como o fortalecimento das ações de saúde nos territórios indígenas. Entretanto, ainda é necessário reconhecimento por parte de setores da gestão em saúde e órgãos municipais quanto à necessidade de adequação dos processos de trabalho para garantir a atenção diferenciada aos indígenas, em respeito a legislação indigenista vigente.

A mobilidade dos indígenas ainda é vista como desafio importante na continuidade do cuidado em saúde, devido à necessidade de uma articulação interfederativa mais ágil, rápida e desburocratizada. Nesse sentido, a falta de interoperabilidade entre os sistemas de saúde, entre SIASI, que é utilizado pelos profissionais da Sesai, e e-SUS, utilizado pelos profissionais vinculados à equipe da US Indígena, dificulta o acesso a informações qualificadas e um compartilhamento do cuidado mais efetivo.

1.4.2 População Negra

O direito à saúde, previsto na Constituição Federal, é condição essencial para o exercício pleno da cidadania. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, representa um eixo estratégico e fundamental para a superação do racismo e a promoção da igualdade racial no Sistema Único de Saúde (SUS). Seu objetivo central é combater a discriminação étnico-racial, enfrentar o racismo institucional e promover a equidade no cuidado à saúde da população negra.

Em Porto Alegre, a implementação dessa política busca efetivar, no âmbito municipal, o comprometimento com os direitos humanos à saúde, reconhecendo o racismo institucional como determinante social histórico das condições de vida e saúde. Essa abordagem é reforçada pelo contexto recente de crise sanitária e

econômica, agravado pela pandemia de COVID-19 e enchentes históricas que evidenciaram e aprofundaram as desigualdades preexistentes.

A população negra representa 26,7% de Porto Alegre (aproximadamente 355 mil pessoas), com crescimento mais expressivo entre os autodeclarados pardos. No Brasil, esse percentual é de 55,5%, e no Rio Grande do Sul, 20,9%. No município, indicadores epidemiológicos revelam desigualdades importantes, como no caso das gestantes.

A análise dos dados de consultas de pré-natal dos anos de 2024 e 2025 (dados parciais) revela que, do total de 19.772 gestantes atendidas, 3.416 se autodeclararam negras (pretas ou pardas), o que corresponde a 17,3% do total. Em relação aos procedimentos realizados, foram registradas 117.890 consultas, das quais 21.013 (17,8%) foram destinadas a gestantes negras. Embora esses números indiquem a presença dessa população no acompanhamento pré-natal, a proporção é inferior à representatividade de pessoas negras na população brasileira, o que pode refletir barreiras de acesso, desigualdades no cuidado ou falhas no registro adequado do quesito cor ou raça. Cabe destacar que mais da metade das gestantes (10.077) não teve a informação sobre cor ou raça registrada, o que compromete a precisão das análises e a formulação de políticas voltadas para a equidade racial em saúde (e-SUS, 2025).

No caso da tuberculose, as taxas de cura são consistentemente mais baixas entre a população negra quando comparadas à população branca, conforme dados do Sinan/NET (2018–2020). Além disso, os casos novos entre pessoas negras representam quase três vezes o número registrado entre pessoas brancas — número que, em 2023, ultrapassou quatro vezes mais casos. Embora a população negra represente cerca de um quarto dos habitantes de Porto Alegre, ela é acometida pela tuberculose em uma frequência ao menos duas vezes superior à da população branca. Essa disparidade reflete a forma como as desigualdades sociais foram historicamente estruturadas com base em critérios raciais.

Fatores como pobreza, baixa escolaridade e coinfeção pelo HIV exercem forte influência tanto na prevenção quanto na evolução e nos desfechos da doença. Essas vulnerabilidades reforçam o ciclo de discriminação e estigma associado à tuberculose, frequentemente levando à interrupção do tratamento, ao desenvolvimento de resistência ao esquema terapêutico padrão e à reincidência decorrente da descontinuidade no cuidado. Além das implicações clínicas, o impacto

social também é significativo: o diagnóstico pode resultar em isolamento social, perda de emprego e redução — ou até perda total — da renda, o que contribui para o aprofundamento da miséria e para desfechos ainda mais desfavoráveis em saúde. Demonstrados no boletim do novembro negro de 2024 ([Porto Alegre, 2024](#)).

A doença falciforme, condição genética prevalente na população negra, constitui um dos focos prioritários da Política de Saúde da População Negra em Porto Alegre. Até agosto de 2025, o banco de dados conta com 260 casos identificados. Alinhada às diretrizes federais, estaduais e municipais, a rede municipal de saúde estrutura uma linha de cuidado que visa garantir atenção integral, contínua e qualificada às pessoas com DF, desde a detecção até o acompanhamento especializado.

O cuidado inicia-se com a triagem neonatal, realizada entre o terceiro e o quinto dia útil de vida, permitindo a identificação precoce de casos. A partir do diagnóstico, segue-se o acolhimento e regulação dos usuários para um dos ambulatórios de hemoglobinopatias, localizados nos hospitais de referência para o tratamento. Quando necessário, é realizada busca ativa para localizar e integrar ao cuidado pessoas diagnosticadas, especialmente em situações de perda de seguimento. O atendimento contempla aconselhamento genético não diretivo, orientação familiar, acompanhamento clínico periódico e acesso garantido a medicamentos e imunobiológicos específicos. O fluxo inclui o monitoramento de eventos agudos, a prevenção de complicações e o encaminhamento para especialistas conforme a necessidade. As ações são fortalecidas por projetos e estratégias de educação em saúde, que abordam desde o manejo clínico até os direitos das pessoas com DF, promovendo o protagonismo dos usuários e de suas famílias. Em julho de 2025, o Ministério da Saúde emitiu a [Nota Técnica 02/2025](#), que versa sobre a notificação compulsória da DF, orientando os fluxos e sistemas de notificação.

A [Linha de Cuidado Integral às Pessoas com DF](#), lançada em 2023 por meio da Portaria nº 31.760.380/2024, estabelece responsabilidades em todos os níveis de atenção. Esse arranjo visa garantir a regionalização do atendimento, o fortalecimento do vínculo com os serviços, a responsabilização institucional e a equidade na atenção, assegurando que todas as pessoas com DF recebam acompanhamento integral, independentemente de seu local de residência no município.

A execução da política no município conta com uma forte estratégia de formação e educação permanente. O Curso de Promotores em Saúde da População Negra, realizado anualmente desde 2012 (exceto em 2020 e 2021 devido à pandemia), já formou 850 promotores em 25 turmas. Em 2025, há 98 cursistas, incluindo trabalhadores da saúde, membros do controle social, acadêmicos, residentes e profissionais de outras secretarias. Também foram consolidados comitês técnicos de saúde da população negra nas coordenadorias de saúde. Esses espaços fortalecem a articulação local e intersetorial.

Nos últimos anos, a Política de Saúde da População Negra em Porto Alegre tem alcançado avanços significativos, com destaque para a produção científica reconhecida em eventos de grande relevância, como a Abrasco (2022), a Rede Unida (2023) e a FioCruz. Também se destaca a incorporação da temática em trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses acadêmicas. Outro ponto de progresso é o fortalecimento do monitoramento epidemiológico de agravos que afetam de forma desproporcional a população negra, como a tuberculose e a doença falciforme.

Entretanto, apesar desses avanços, persistem desafios estruturais que precisam ser superados. O enfrentamento do racismo estrutural e institucional continua sendo um obstáculo central, assim como a baixa qualificação no preenchimento do quesito cor ou raça nos sistemas de informação, o que compromete a qualidade dos dados e a formulação de políticas mais precisas. Soma-se a isso a insuficiência de recursos humanos dedicados exclusivamente à política, a necessidade de manter um monitoramento contínuo e de fortalecer a rede de atenção à doença falciforme, além da ampliação das ações voltadas às comunidades quilombolas.

Para consolidar a equidade no SUS e avançar na implementação da política, estão previstas ações estratégicas que incluem a promoção de políticas intersetoriais voltadas para a prevenção, tratamento e recuperação de doenças, com prioridade para agravos de maior prevalência na população negra, como a morbimortalidade materna e infantil, doença falciforme, IST/HIV/AIDS, tuberculose, câncer de colo de útero e mama. Também estão em andamento o fortalecimento dos comitês técnicos nas coordenadorias de saúde, a produção e difusão de materiais educativos que valorizem tanto o saber científico quanto os conhecimentos culturais, a ampliação do monitoramento dos indicadores de saúde das populações

quilombolas e o incentivo à realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde.

A Política de Saúde da População Negra em Porto Alegre é um instrumento fundamental para reduzir desigualdades e promover justiça social. Garantir a equidade não é apenas uma meta sanitária, mas um imperativo ético e constitucional.

1.4.3 População em Situação de Rua

A população em situação de rua (PSR) representa um dos segmentos sociais mais vulneráveis e invisibilizados nas cidades brasileiras. Esta população enfrenta múltiplas formas de exclusão — social, econômica, cultural e política — que atravessam sua condição de vida e impactam diretamente seu acesso a direitos básicos, especialmente o direito à saúde. Em Porto Alegre, capital gaúcha, o fenômeno da rua não é apenas resultado de fatores individuais, mas de um complexo conjunto de determinantes estruturais, que envolvem desde desigualdades históricas, carência de políticas públicas efetivas de habitação e assistência social, até crises econômicas e o aumento da pobreza urbana.

A realidade da PSR na cidade é marcada por condições de vida precárias, como a ausência de moradia digna, insegurança alimentar, falta de acesso a saneamento básico e serviços de saúde, além da fragilização dos vínculos familiares e comunitários que poderiam oferecer algum suporte social. Esses fatores contribuem para a alta vulnerabilidade da PSR, refletida no aumento de agravos à saúde, como doenças infecciosas, transtornos mentais, dependência química e mortalidade precoce. A invisibilidade social que recai sobre essa população, muitas vezes reforçada por preconceitos e estigmas, dificulta ainda mais a implementação de políticas públicas efetivas e o acesso pleno aos serviços de saúde.

Neste contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel fundamental ao estabelecer o princípio da universalidade do acesso, da integralidade do cuidado e da equidade, buscando garantir que mesmo os grupos mais vulnerabilizados possam usufruir do direito à saúde. O Plano Municipal de Saúde 2026-2029 reflete esse compromisso, buscando articular ações integradas e intersetoriais que considerem as especificidades e demandas da PSR.

Os dados do Cadastro Único, realizado em fevereiro de 2025, apontam para a existência de 5.226 pessoas vivendo nessa condição no município, representando

um aumento em relação aos levantamentos anteriores. Esse crescimento está relacionado a uma série de fatores estruturais e conjunturais que afetam a realidade social local. Entre eles, destacam-se o aumento da pobreza extrema, as transformações no mercado de trabalho que levaram à maior precarização das ocupações, além dos impactos socioeconômicos provocados pela pandemia de COVID-19, que contribuíram para o agravamento das vulnerabilidades (CadÚnico, 2025).

As condições de vida da população em situação de rua são marcadas por extrema vulnerabilidade, caracterizada pela ausência de moradia adequada, insegurança alimentar e nutricional, exposição constante a violências físicas e psicológicas, além de barreiras persistentes para o acesso a serviços de saúde e assistência social. Estudos recentes indicam que esse grupo apresenta prevalência elevada de doenças infecciosas, transtornos mentais, dependência química e múltiplas comorbidades crônicas (Oliveira & Silva, 2024).

No município, as enchentes de maio de 2024 impactaram de forma direta as áreas de maior concentração dessa população, especialmente nas regiões central e do 4º distrito, agravando as condições de saúde e dificultando ainda mais o acesso aos serviços (Relatório da Secretaria Municipal de Saúde, 2024). Apesar desse cenário adverso, as equipes de Consultórios na Rua intensificaram suas ações, alcançando 10.288 atendimentos no terceiro quadrimestre de 2024 — um aumento significativo em relação aos períodos anteriores, refletindo o esforço contínuo para garantir cuidado e proteção social. Em 2024, foram totalizados mais de 20.000 mil atendimentos pelas equipes de Consultório na Rua.

A pandemia de COVID-19, associada à redução de políticas públicas voltadas à garantia de direitos fundamentais, resultou em um aumento de 38% na população em situação de rua no Brasil entre 2019 e 2022 (IPEA, 2022). Nesse mesmo período, o país retornou ao Mapa da Fome, com cerca de 33 milhões de pessoas em situação de insegurança alimentar grave — indicador que reflete o agravamento das condições socioeconômicas e o aprofundamento de vulnerabilidades já existentes.

O impacto da crise sanitária e econômica não se restringiu ao aumento da pobreza e da fome, mas também provocou mudanças significativas nas dinâmicas urbanas e no perfil das pessoas em situação de rua. Observou-se o crescimento de grupos que antes não compunham majoritariamente essa população, como famílias

inteiras e trabalhadores recentemente desempregados, além do aumento de casos associados à perda de vínculos comunitários e familiares.

Esse contexto nacional repercutiu diretamente no cenário local, demandando a formulação e a implementação de respostas articuladas entre diferentes setores da gestão municipal, como assistência social, saúde, habitação e segurança alimentar. Entretanto, a execução dessas ações enfrenta desafios orçamentários, administrativos e institucionais que limitam a capacidade de resposta, dificultando a contenção da tendência de crescimento da população em situação de rua e a mitigação de suas vulnerabilidades.

A população em situação de rua é particularmente vulnerável aos desastres ambientais devido à fragilidade de suas condições de moradia e à ausência de redes de proteção social consolidadas. No município, as enchentes ocorridas em maio de 2024 evidenciaram essa vulnerabilidade de forma dramática.

As áreas mais atingidas pelas enchentes coincidiram com os territórios de maior concentração de pessoas em situação de rua, especialmente nas regiões central e do 4º distrito. A inundação dessas áreas resultou na destruição de bens materiais essenciais, na perda de objetos pessoais e na destruição de abrigos improvisados, forçando deslocamentos forçados e agravando a insegurança alimentar e sanitária desses indivíduos.

Do ponto de vista da saúde, os desastres ambientais ampliam os riscos de agravos para essa população, que já enfrenta condições adversas. A exposição prolongada à água contaminada, a hipotermia, o aumento da propagação de doenças infectocontagiosas, como leptospirose, hepatites e doenças diarreicas, são consequências diretas das enchentes. Além disso, o trauma psicológico decorrente da perda de referências territoriais e a ruptura dos vínculos sociais agravam o quadro de saúde mental, frequentemente já fragilizado (Oliveira & Silva, 2024; Relatório Secretaria de Saúde, 2024).

As equipes do Consultório na Rua foram impactadas, tendo algumas bases físicas, como a Unidade de Saúde da Ilha do Pavão e Santa Marta, comprometidas pelas enchentes, o que exigiu realocação temporária e reorganização do atendimento. Mesmo assim, as equipes mantiveram um aumento nos atendimentos e no cadastro de novos usuários, demonstrando resiliência e reforçando a importância da continuidade dos serviços mesmo em situações adversas.

Esse episódio evidencia a necessidade de integrar a gestão de riscos e desastres às políticas públicas voltadas para a população em situação de rua, garantindo planos emergenciais específicos, provisão rápida de abrigos temporários, serviços de saúde móveis e apoio psicossocial, com articulação intersetorial eficaz.

O reconhecimento das vulnerabilidades específicas da população em situação de rua diante dos desastres ambientais deve orientar o planejamento municipal, ampliando a capacidade de resposta rápida e humanizada, reduzindo o impacto das catástrofes e promovendo a reconstrução digna dessas vidas (Ministério da Saúde, 2025).

Observa-se que a população em situação de rua possui demandas de saúde diversas e complexas, que refletem diretamente as vulnerabilidades às quais estão expostas. As maiores demandas identificadas correspondem a transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas, que representam 35% dos atendimentos realizados pelas equipes de saúde itinerante. Em seguida, as doenças infecciosas, incluindo tuberculose, HIV/AIDS e infecções respiratórias, respondem por 25% dos casos.

Problemas relacionados a doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, representam 20% das demandas, evidenciando a necessidade de um cuidado contínuo e integrado para controle dessas condições, frequentemente negligenciadas pela população em situação de rua devido às barreiras de acesso aos serviços. Questões dermatológicas e lesões físicas, muitas vezes agravadas pela exposição às intempéries, somam 15% dos atendimentos, enquanto demandas relacionadas à saúde bucal correspondem a 5%.

Esse panorama reforça a importância de estratégias de cuidado que contemplem tanto a prevenção quanto o tratamento dessas condições, promovendo uma abordagem interdisciplinar e humanizada. As equipes de Consultório na Rua desempenham papel fundamental ao oferecer atendimento direto, realizando acolhimento, acompanhamento e encaminhamentos que visam à promoção da saúde integral e à redução das desigualdades existentes.

As abordagens contemporâneas sobre a população em situação de rua reforçam a importância de compreendê-la a partir de uma perspectiva ampliada, que transcenda a simples ausência de moradia e considere os múltiplos fatores estruturantes da exclusão social. Essa análise envolve o reconhecimento de processos históricos e estruturais, como o racismo institucional, a desigualdade

econômica persistente, a violência urbana e a insuficiência de políticas públicas efetivas, que, de forma articulada, produzem e reproduzem a marginalização.

Nesse sentido, o conceito de determinantes sociais da saúde tem se consolidado como referência central, evidenciando que as condições de vida e saúde dessa população resultam de um conjunto de fatores econômicos, culturais, ambientais e políticos, que influenciam tanto o risco de adoecimento quanto às possibilidades de cuidado e recuperação.

A teoria do cuidado em saúde integral, pautada no princípio da equidade, orienta a formulação de estratégias que garantam não apenas o acesso aos serviços, mas também o acolhimento qualificado, a continuidade do cuidado e o fortalecimento da autonomia e do protagonismo das pessoas em situação de rua (Pinto & Carvalho, 2024). Essa abordagem propõe que a atuação das equipes de saúde seja integrada a redes intersetoriais robustas — envolvendo assistência social, habitação, educação, segurança alimentar e geração de renda — de forma a promover respostas mais efetivas e sustentáveis às vulnerabilidades identificadas.

Além disso, perspectivas teóricas recentes têm enfatizado a necessidade de superar modelos assistencialistas e fragmentados, priorizando políticas de longo prazo que articulem prevenção, promoção de saúde e reinserção social. Esse enfoque não apenas amplia a efetividade das intervenções, como também contribui para a transformação estrutural das condições que originam e perpetuam a situação de rua.

Considerando o cenário complexo e multifacetado enfrentado pela população em situação de rua no município, torna-se imprescindível a implementação de estratégias integradas que contemplem não apenas a ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas também a mitigação dos impactos de crises sanitárias e ambientais, que incidem de maneira desproporcional sobre esse grupo populacional.

A pandemia da COVID-19 evidenciou a extrema vulnerabilidade das pessoas em situação de rua, que frequentemente enfrentam condições precárias de higiene, dificuldades no acesso à informação e restrições ao isolamento social, fatores que potencializaram o risco de contágio e agravamento da doença.

Os desastres ambientais, como as enchentes que atingiram Porto Alegre em maio de 2024, são eventos que agravam ainda mais essa vulnerabilidade. A população em situação de rua está entre as primeiras a serem atingidas por tais catástrofes, sofrendo perdas imediatas de abrigo, bens pessoais, e enfrentando o

aumento dos riscos à saúde física e mental, como infecções, traumas e desnutrição. A fragilidade das condições de moradia e a ausência de uma rede formal de proteção social dificultam o acesso a abrigos temporários e serviços essenciais em momentos de emergência (Secretaria Municipal de Saúde, 2024; Oliveira & Silva, 2024).

Diante deste contexto, o município aderiu em 2025 ao Programa Nacional Ruas Visíveis, que representa uma estratégia fundamental para ampliar a efetividade das ações voltadas à população em situação de rua, promovendo uma abordagem intersetorial, articulada e contínua. A adesão ao programa potencializa a integração entre saúde, assistência social, segurança pública e demais políticas, fortalecendo a rede de proteção e os serviços destinados a essa população, principalmente em situações de crise, como as vivenciadas durante a pandemia e desastres ambientais.

Através do Ruas Visíveis, o município busca não apenas garantir o acesso ampliado e qualificado aos serviços de saúde, incluindo as equipes de Consultório na Rua, mas também fortalecer os mecanismos de acolhimento, a proteção social e a garantia de direitos, com foco na promoção da dignidade e da cidadania. A iniciativa reforça a necessidade de respostas rápidas e articuladas em emergências, reconhecendo que a população em situação de rua está entre as primeiras a sofrer os impactos desses eventos adversos, demandando atenção especial e políticas públicas eficazes para mitigar suas vulnerabilidades.

O monitoramento e a avaliação constituem etapas fundamentais para a gestão efetiva das políticas públicas voltadas à população em situação de rua, assegurando que as ações implementadas estejam alinhadas com os objetivos estabelecidos, promovam resultados positivos e permitam ajustes contínuos diante das demandas e desafios reais observados nos territórios.

Dada a vulnerabilidade e a dinâmica desse grupo populacional, o monitoramento deve ser realizado de forma sistemática, com coleta regular de dados qualitativos e quantitativos que retratem as condições de vida, saúde, acesso a serviços, e impacto das intervenções realizadas. O acompanhamento contínuo permite identificar mudanças no perfil epidemiológico, variações no número de pessoas em situação de rua, bem como os efeitos de eventos extraordinários, como pandemias e desastres ambientais. A atualização periódica do cadastro das pessoas em situação de rua, em consonância com o Sistema Único de Assistência Social

(SUAS) e o Cadastro Único (CadÚnico), é essencial para garantir a precisão dos dados e a capacidade de resposta rápida por parte das equipes de saúde e assistência social.

O enfrentamento da situação de vulnerabilidade da população em situação de rua representa um dos maiores desafios para as políticas públicas municipais, exigindo um compromisso consolidado e articulado do poder público em todas as esferas: municipal, estadual e federal. Somente por meio da cooperação integrada e do alinhamento às diretrizes nacionais, como as preconizadas na Política Nacional para a População em Situação de Rua, será possível avançar na construção de respostas efetivas, sustentáveis e humanizadas.

A complexidade inerente a essa população, que convive com múltiplas vulnerabilidades — desde a precarização habitacional e a ruptura dos vínculos familiares, até a exposição contínua a riscos sanitários, sociais e ambientais — demanda a implementação de estratégias que ultrapassem a lógica do assistencialismo pontual. É fundamental que as ações públicas contemplem o cuidado integral, que inclui não apenas o acesso aos serviços de saúde, mas também a garantia dos direitos sociais básicos, o acesso à moradia digna, à segurança alimentar, à educação, e à reinserção social.

Este Plano Municipal de Saúde reafirma o compromisso inalienável com o fortalecimento e a ampliação das ações voltadas para a população em situação de rua, reconhecendo que a superação dessa condição depende da qualificação constante dos profissionais envolvidos, da ampliação e qualificação da rede de serviços, e da construção de uma interlocução permanente entre os setores de saúde, assistência social, habitação, segurança pública e demais políticas públicas. A intersetorialidade deve ser a base para uma atuação integrada e eficaz, capaz de responder de forma coordenada aos múltiplos desafios enfrentados por essa população.

Além disso, a participação social, especialmente a inclusão e o protagonismo das próprias pessoas em situação de rua, deve ser garantida em todas as etapas do planejamento, implementação e avaliação das políticas. Esta participação é fundamental para que as ações estejam efetivamente sintonizadas com as necessidades reais e para fortalecer o controle social das políticas públicas.

Ademais, este plano reconhece a importância de que as políticas públicas estejam preparadas para responder a eventos extraordinários, como a pandemia de

COVID-19 e desastres ambientais — incluindo as enchentes que atingiram nossa cidade em 2024 —, que historicamente afetam de maneira desproporcional as pessoas em situação de rua. Assim, o município deve manter planos de contingência específicos, que garantam a proteção e o atendimento emergencial dessa população, minimizando os impactos das crises e promovendo a resiliência comunitária.

Em suma, o presente documento reafirma que o combate à situação de rua exige não apenas ações pontuais, mas um compromisso contínuo, estruturado em políticas públicas eficazes, inclusivas e humanizadas, que promovam a dignidade, a justiça social e a cidadania plena para todas as pessoas, independentemente de sua condição social.

Este Plano Municipal de Saúde, portanto, se coloca como um instrumento fundamental para orientar a atuação do município nessa missão, propondo caminhos e metas claras para a transformação da realidade da população em situação de rua, consolidando o compromisso com um município mais justo, solidário e inclusivo.

1.4.4 População Privada de Liberdade no Sistema Prisional

Em 2014, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), com o objetivo de ampliar as ações de saúde do SUS para a população privada de liberdade, e, assim, garantir acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade, nos estabelecimentos prisionais.

Além da PNAISP, há outros marcos legais importantes para a estruturação da assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade e para a habilitação e credenciamento das equipes. Cabe destacar a [Portaria de Consolidação GM/MS nº 2.298/2021](#), no âmbito Federal e o [Decreto Estadual nº 56.061/2021](#), o qual, no estado do Rio Grande do Sul, estabelece diretrizes para o Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), que consiste no repasse, pelo estado, de recursos financeiros aos municípios, entre os quais aqueles destinados à atenção primária prisional. Atualmente, os parâmetros para o financiamento estadual das equipes estão previstos na [Portaria SES nº 212/2025](#) e na [Portaria SES nº](#)

[213/2025](#) – que habilitam e financiam as equipes de Atenção Primária Prisional (eAPPs).

De acordo com os dados do Painel da Polícia Penal da Secretaria de Sistemas Penal e Socioeducativo do Rio Grande do Sul (SSPS/RS), atualmente, há 6.466 pessoas privadas de liberdade sob custódia da 10ª Delegacia Penitenciária Regional, a qual engloba os estabelecimentos penais localizados em Porto Alegre. Além das pessoas privadas de liberdade em estabelecimentos vinculados a essa Delegacia, há outras cerca de 650 pessoas no Núcleo de Gestão Estratégica do Sistema Prisional, que é um estabelecimento denominado de “Casa Especial”, que também está localizado no município de Porto Alegre/RS.

Quadro 2: Estabelecimentos Prisionais em Porto Alegre/RS

Estabelecimento Prisional	Coordenadoria	Regime
Núcleo de Gestão Estratégica do Sistema Prisional	Leste	Fechado
Cadeia Pública de Porto Alegre	Leste	Fechado
Penitenciária Estadual de Porto Alegre	Leste	Fechado
Penitenciária Estadual Feminina Madre Pelletier	Oeste	Fechado
Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso	Leste	Medida de segurança
Instituto Penal Feminino de Porto Alegre	Leste	Semiaberto
Instituto Penal Irmão Miguel Dario (masculino)	Leste	Semiaberto
Patronato Lima Drummond (masculino)	Oeste	Semiaberto

Fonte: SSPS-RS (2025).

No município de Porto Alegre/RS, assim como nos demais municípios do estado do Rio Grande do Sul, a atenção à saúde nos estabelecimentos prisionais é realizada pelas equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) habilitadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Tais equipes são constituídas por profissionais contratualizados pela secretaria por profissionais da Polícia Penal. Atualmente, há nove eAPP atuando em estabelecimentos de regime fechado, conforme quadro abaixo.

Quadro 3: EAPP nos estabelecimentos de regime fechado em Porto Alegre/RS

Estabelecimento	CNES	INE	Tipo de Equipe
Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso	9948007	2248743	eAPP Ampliada 20h
		2248751	eAPP Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional 20h
Cadeia Pública de Porto Alegre	6957560	430986	eAPP Ampliada 30h - Com profissional de Saúde Bucal
		1491563	eAPP Ampliada 20h - Com profissional de Saúde Bucal
		2241730	Equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional 30h
Penitenciária Estadual Feminina Madre Pelletier	6957544	430951	eAPP Ampliada 20h - Com profissional de Saúde Bucal

Penitenciária Estadual de Porto Alegre	804959	1673394	eAPP Ampliada 30h - Com profissional de Saúde Bucal
		2241722	Equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional 30h
Núcleo de Gestão Estratégica do Sistema Prisional	4560191	430978	eAPP Ampliada 20h - Com profissional de Saúde Bucal

Fonte: CNES.

Além das equipes atuando no atendimento das pessoas privadas de liberdade nos estabelecimentos de regime fechado, também há o atendimento a apenados dos três estabelecimentos do chamado regime semiaberto. Esses atendimentos são realizados por equipes das unidades de saúde do território. Assim, as apenadas do Instituto Penal Feminino de Porto Alegre são atendidas pela Unidade de Saúde Bananeiras; os apenados do Instituto Penal Irmão Miguel Dario são atendidos por profissionais da Unidade de Saúde São Carlos; e os do Patronato Lima Drummond por equipes US Moab Caldas. Além disso, todos aqueles que estão em monitoramento eletrônico e residindo em Porto Alegre/RS têm atendimento de saúde como o restante da população, ou seja, pela unidade de saúde do seu território.

Ao longo da vigência do último Plano Municipal de Saúde, houve avanços significativos na assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade. Entre os mais destacados estão a ampliação do número de equipes, com especial destaque para a eAPP no Núcleo de Gestão Estratégica do Sistema Prisional.

Com relação à melhoria na qualidade assistencial, cumpre apontar para a eliminação da hepatite C, decorrente do Projeto Teste-Trate; a aproximação progressiva e o aumento do atendimento das apenadas do Instituto Penal Feminino de Porto Alegre, pela unidade de saúde do território do estabelecimento, com a consolidação do vínculo assistencial entre profissionais da equipe e usuárias; e a garantia de participação dos profissionais das equipes de Atenção Primária Prisional nas capacitações voltadas para os profissionais da atenção primária à saúde. Já com relação à gestão das equipes, houve avanço no processo de monitoramento da assistência farmacêutica prisional e no monitoramento e acompanhamento da composição das eAPP dos estabelecimentos fechados.

O último plano municipal de saúde também foi marcado pelo processo de desinstitucionalização do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. No decorrer desse processo, que seguirá pelo período de vigência deste mais recente plano, está sendo necessária uma intensa articulação com a rede de atenção psicossocial do município, para garantir que os egressos do IPF Maurício Cardoso.

Para os próximos quatro anos, será necessário seguir melhorando a qualidade assistencial, reduzir a morbimortalidade das pessoas privadas de liberdade, incidindo sobre os principais agravos; garantir a universalização dos registros de atendimento em saúde no sistema específico da atenção primária municipal, com a realização dos registros de todos os atendimentos em saúde dos profissionais vinculados à Polícia Penal; possibilitar os acessos, à Secretaria Municipal de Saúde, dos dados produzidos no âmbito dos sistemas de informação da Polícia Penal; garantir acesso à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e à Profilaxia Pós-Exposição (PEP), como estratégias de prevenção ao HIV, para as pessoas privadas de liberdade; aprimorar os processos de acompanhamento da produtividade das equipes de Atenção Primária Prisional.

Para que a maior parte dessas melhorias sejam efetivadas, é necessário seguir aproximando os diferentes órgãos responsáveis pelo atendimento em saúde nos estabelecimentos prisionais, notadamente Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Sistemas Penal e Socioeducativo do Rio Grande do Sul.

No âmbito hospitalar, há o Centro de Custódia Hospitalar Vila Nova, o qual conta com leitos masculinos e de saúde mental contratualizados pela Secretaria de Sistemas Penal e Socioeducativo do Rio Grande do Sul (SSPS/RS), e que recebe pessoas privadas de liberdade que estão cumprindo pena também em estabelecimentos prisionais localizados em outros municípios da região metropolitana. Além disso, há internações no Hospital Nossa Senhora Conceição por meio da emergência. Essas internações ocorrem depois de haver triagem do próprio hospital e o/a apenado/a permanece com escolta da Polícia Penal.

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

1.4.5 População LGBTQI+

A visibilidade das questões de saúde da população LGBTQI+ deu-se a partir da década de 1980, quando o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids em parceria com os movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos de grupos gays.

A Política Municipal de Saúde Integral LGBTQI+ ([Portaria nº 571, de 28 de Junho de 2019](#)) em Porto Alegre elaborada para buscar a garantia dos direitos estabelecidos, para a população LGBTQI+, baseada na Política Nacional de Saúde Integral LGBT ([Portaria MS nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011](#)), na Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBTQI+ no Rio Grande do Sul ([Portaria SES nº 343/2014](#)), segue em processo de implementação das ações estabelecidas.

A política municipal estabelece ações de acolhimento, combate à discriminação e qualificação dos serviços de saúde; princípios, diretrizes e estratégias para atender às especificidades dessa população. Também visa implementar localmente os eixos da Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+.

Em relação às questões referentes ao acesso da população transfeminina/transmasculina, se atendeu ao objetivo de implementar o Ambulatório Trans da Atenção Primária de Porto Alegre, o que ocorreu em agosto de 2019.

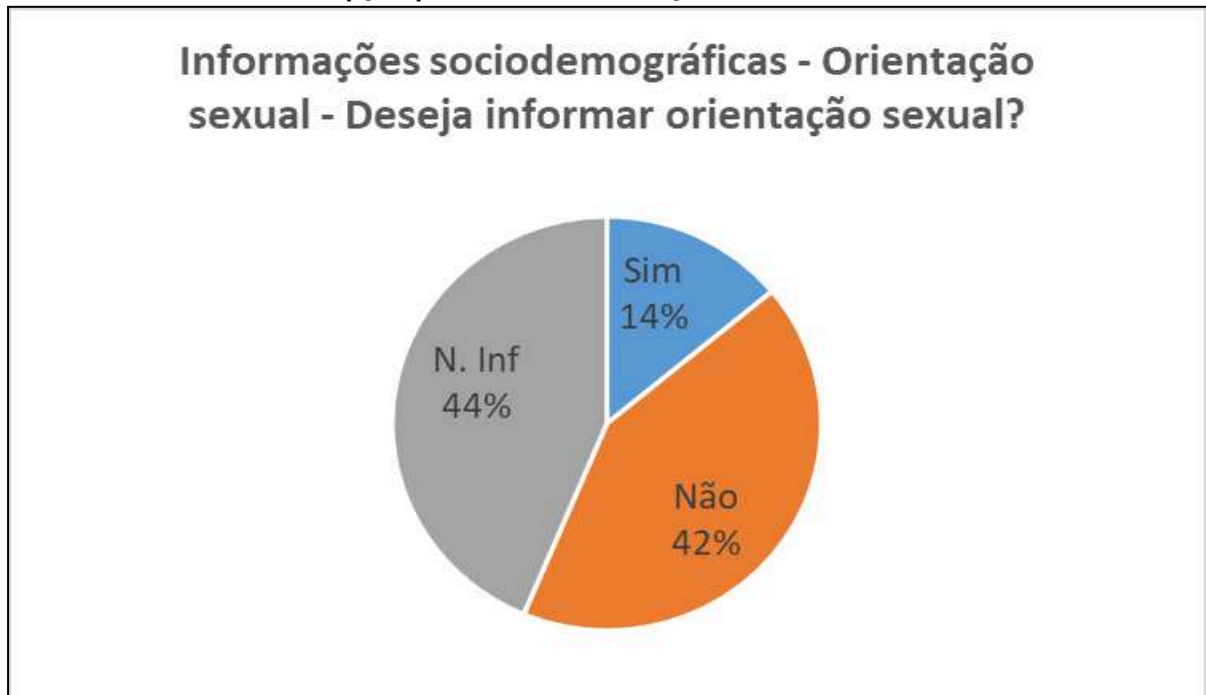
O Ambulatório T trabalha na perspectiva de compreensão da transexualidade não como uma doença, mas como uma entre tantas outras formas de vida para além dos binarismos rígidos de gênero, na lógica do reconhecimento das identidades trans e da autonomia dos sujeitos quanto a como essas pessoas levarão adiante seu processo de transição de gênero e na lógica da atenção integral à saúde de pessoas trans.

As ações referentes à educação permanente, educação popular em saúde através de materiais informativos na Biblioteca Virtual da Atenção Primária (BVAPS). e comunicação foram desenvolvidas ao longo dos anos explorando diferentes frentes como seminários, cursos de capacitação, rodas de conversa e a execução de projetos qualificando a rede municipal de serviços do SUS para atenção e o cuidado integral à saúde de LGBTQI+. De uma maneira geral, percebe-se que desde a instituição da área técnica em 2017 as atuações para a população LGBTQI+ se ampliaram e se qualificaram. Há ainda um longo caminho a ser percorrido em relação a diminuição da LGBTQI+fobia nos espaços de saúde institucionais.

Com relação aos sistemas, a partir de julho de 2024, o e-SUS passou a contar com o preenchimento obrigatório dos campos identidade de gênero e orientação sexual nos seus cadastros. Entretanto, o cidadão tem a opção se deseja ou não informar esses dados. Com isso, ainda temos dados limitados da caracterização epidemiológica e sociodemográfica dessa população visto que somente 14% da

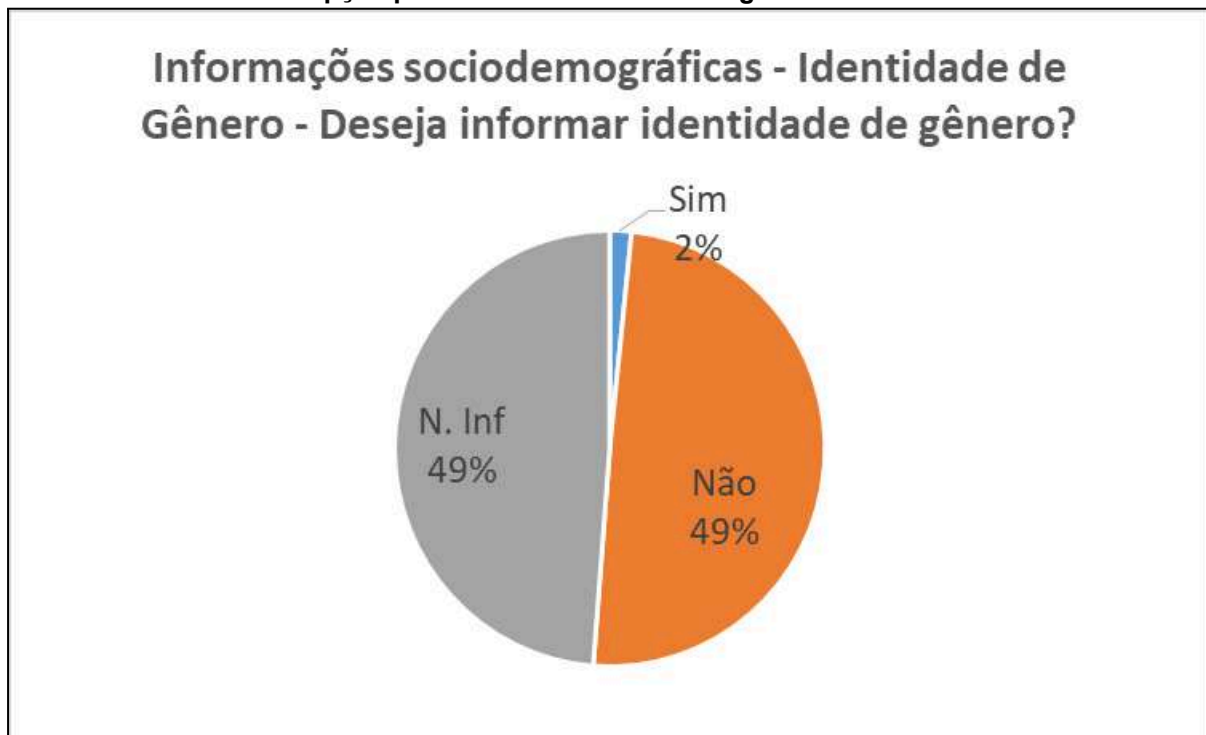
população cadastrada informou orientação sexual e apenas 2% a identidade de gênero.

Gráfico 162: Opção por informar orientação sexual no e-SUS em 2025



Fonte: Relatório de cadastro individual do e-SUS (acesso em 18/09/2025).

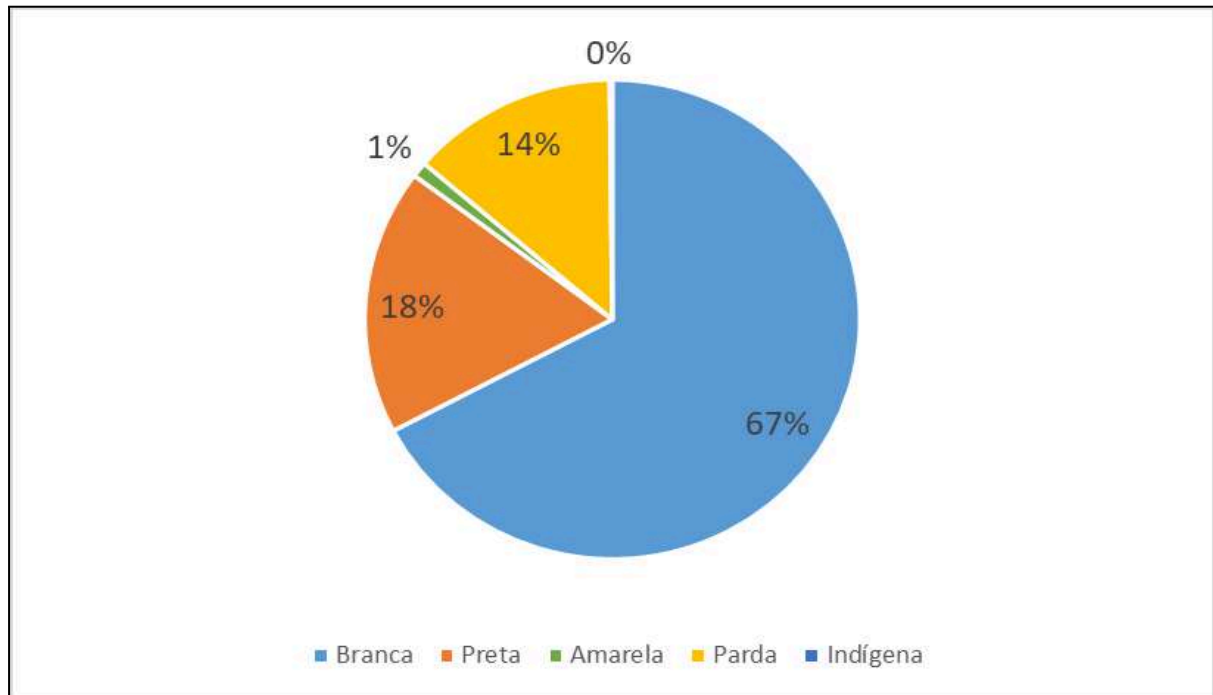
Gráfico 163: Opção por informar identidade de gênero no e-SUS em 2025



Fonte: Relatório de cadastro individual do e-SUS (acesso em 18/09/2025).

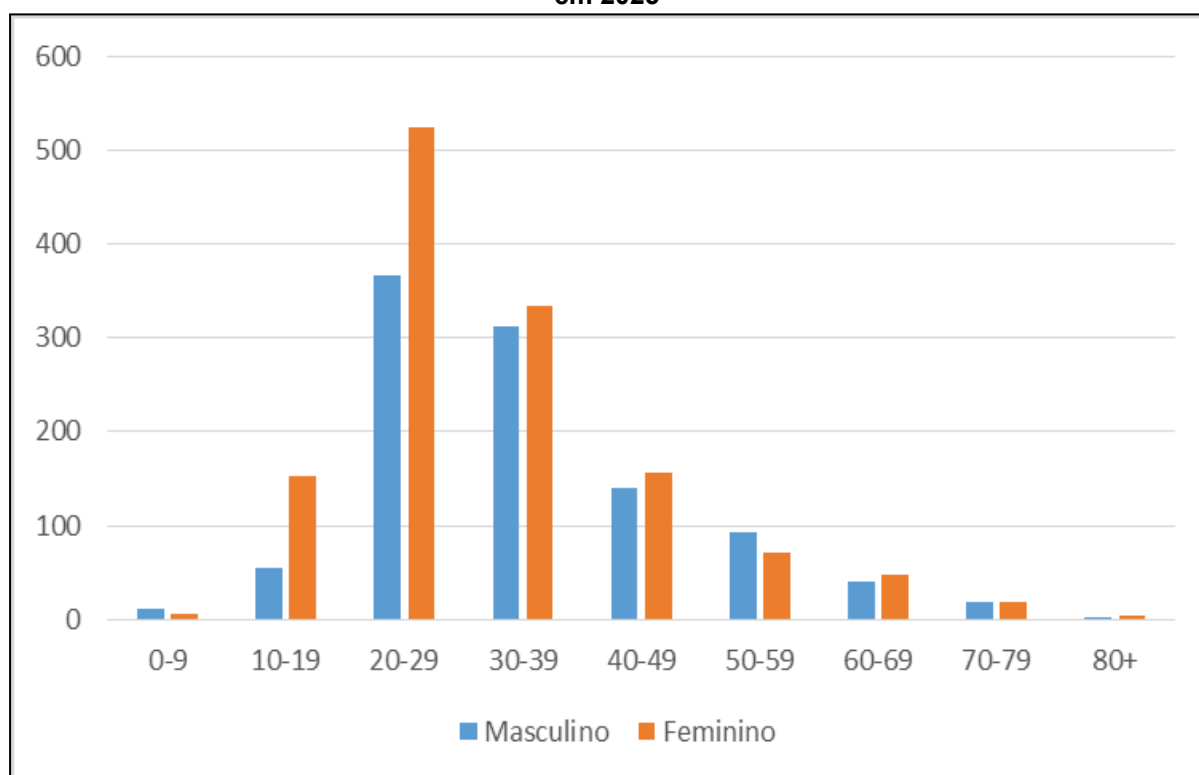
Há necessidade de qualificação dos registros e do incentivo da importância do preenchimento dos mesmo para que os dados sejam mais fidedignos. A seguir seguem gráficos de algumas análises da população LGBTQI+:

Gráfico 164: Perfil da população LGBTQI+ nos Cadastros Individuais do e-SUS por cor ou raça em 2025



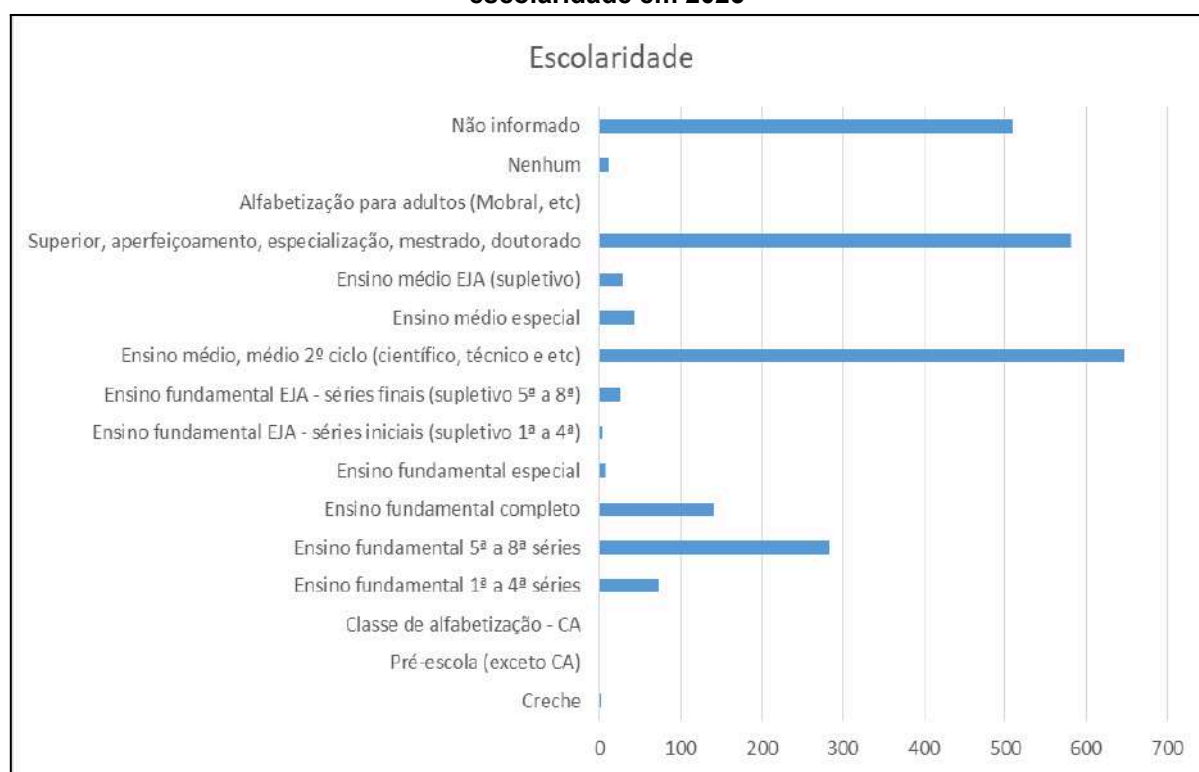
Fonte: Relatório de cadastro individual do e-SUS (acesso em 18/09/2025).

Gráfico 165: Perfil da população LGBTQI+ nos Cadastros Individuais do e-SUS por faixa etária em 2025



Fonte: Relatório de cadastro individual do e-SUS (acesso em 18/09/2025).

Gráfico 166: Escolaridade da população LGBTQI+ nos Cadastros Individuais do e-SUS por escolaridade em 2025



Fonte: Relatório de cadastro individual do e-SUS (acesso em 18/09/2025).

Gráfico 167: da população LGBTQI+ nos Cadastros Individuais do e-SUS por situação no mercado de trabalho em 2025

Fonte: Relatório de cadastro individual do e-SUS (acesso em 18/09/2025).

1.4.6 População de Imigrantes, Refugiados e Apátridas

Nas últimas décadas, o fenômeno das migrações internacionais tem se intensificado, particularmente na América Latina e, sobretudo, no Brasil. Com o crescimento dos movimentos migratórios Sul-Sul, caracterizados pela entrada de indivíduos de nações como Venezuela, Bolívia e Haiti, entre outras, a discussão sobre imigração e refúgio no Brasil adquiriu um novo olhar nas últimas décadas.

O Relatório Anual OBMigra aponta que entre 2022 e julho de 2024, a movimentação nas fronteiras brasileiras - entradas e saídas das pessoas no país pelos postos de controle de fronteiras terrestres, portos e aeroportos - registraram 62,3 milhões de pessoas, sendo majoritariamente argentinos, chilenos, estadunidenses, uruguaios e paraguaios. Destes 481,0 mil imigrantes obtiveram registros de residência, a maioria do sexo masculino, mas cabe ressaltar a participação crescente de mulheres, como também de crianças e adolescentes, com destaque para venezuelanos, bolivianos, colombianos e argentinos.

Nesses dois anos e meio, 139,2 mil pessoas solicitaram ao Brasil o reconhecimento da condição de refugiado, a maioria de venezuelanos, mas com participação importante de cubanos e angolanos. Entre os solicitantes de refúgio cresce o contingente de mulheres e crianças. Nesse período, 87,5 mil pessoas foram reconhecidas como refugiadas, 96,0% delas de nacionalidade venezuelana, com as mulheres representando 47,2% dos refugiados reconhecidos.

A fronteira Sul do Brasil com Argentina e Uruguai é marcada por um alto volume de movimentações, dominado por argentinos, paraguaios e uruguaios. O número total de registros de imigrantes aumentou de 50.724 em 2022 para 62.839 em 2023, com um crescimento de 23,9% em relação ao ano anterior. As nacionalidades predominantes são os venezuelanos com maior número de registros, seguidos por argentinos e haitianos. Quanto à distribuição etária, a maioria dos/as imigrantes registrados têm menos de 25 anos, representando 45,9% do total, com um aumento em todas as faixas etárias.

A Região Sul é a terceira em número de solicitações de refúgio no Brasil, com uma predominância de cubanos e venezuelanos entre os solicitantes. O mercado de

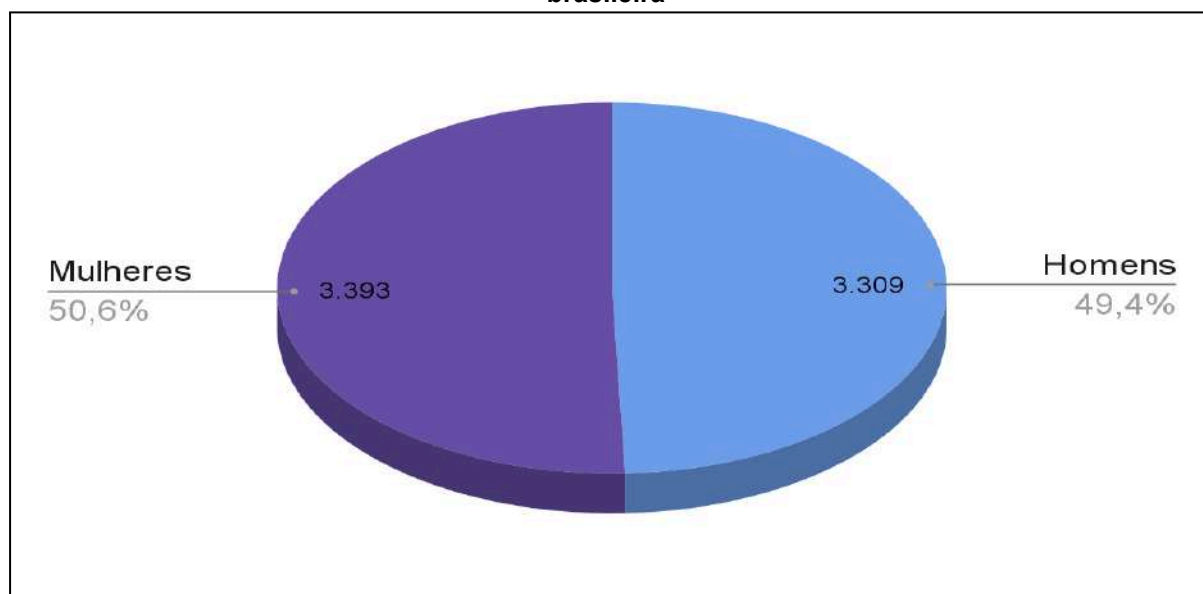
trabalho da Região Sul tem absorvido um número crescente de imigrantes, com a maioria sendo venezuelanos, homens e mulheres. Em termos de qualificação educacional, a maioria dos/as imigrantes no mercado formal possui Ensino Médio completo, mas há um percentual significativo de trabalhadores com baixa formação, tendo ensino médio incompleto ou apenas o fundamental.

Quanto ao mercado de trabalho, os imigrantes estão majoritariamente empregados em setores que demandam mão de obra intensiva, como o abate de aves e suínos, indicando uma concentração em atividades de processamento de alimentos e serviços, apresentando o menor rendimento médio do país. Nos últimos anos houve um aumento expressivo no número de imigrantes em situação de vulnerabilidade registrados no Cadastro Único.

Segundo o [Boletim informativo: Saúde da População Migrante Internacional residente no Rio Grande do Sul](#), o Estado possuía, até 2020, 161.960 usuários migrantes internacionais com registro de Cartão Nacional de Saúde e residência no estado. Porto Alegre é o município com maior concentração desses usuários (34.526-21,32,0%) e se destaca como o município com maior número de migrantes internacionais com Cartão Nacional de Saúde e a nacionalidade identificada (13.697 usuários-20,1%).

No contexto da saúde municipal, a obtenção de dados de pessoas diferentes, cadastradas entre 2020 a 2025 no e-SUS por nacionalidade exceto a brasileira, aponta um total de 6.702 pessoas sendo 50,6% mulheres e 49,4% homens. Importante analisar, junto ao dado de nacionalidade, o número de crianças nascidas no Brasil filhos/as de imigrantes que, no ano de 2024, totalizaram 149 crianças que necessitam de um olhar intercultural no seu acompanhamento de saúde, integrado com os pais que possuem diferentes culturas de cuidado, oriundas de seus países de origem.

Gráfico 168: Total de pessoas cadastradas no e-SUS 2020-2025 com nacionalidade exceto brasileira



Fonte: e-SUS (Pentaho cadastro individual). Data da Consulta: 07/2025.

Tabela 45: Principais nacionalidades dos imigrantes nos cadastros no e-SUS

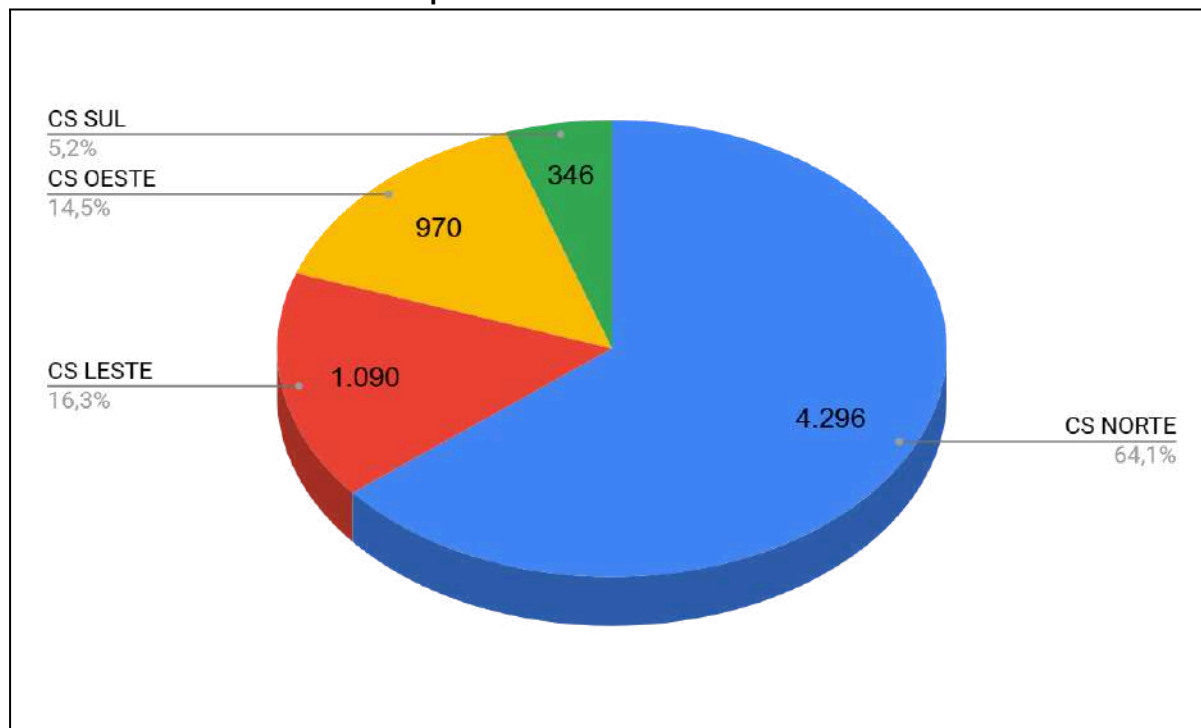
	País	Mulheres	Homens	Total
1	Venezuela	1.611	1.421	3.032
2	Haiti	911	910	1.821
3	Uruguai	168	171	339
4	Argentina	106	122	228
5	Colômbia	88	78	166
6	Cuba	70	69	139
7	Peru	45	55	100
8	Senegal	16	81	97
9	Portugal	51	42	93
10	Chile	28	34	62
11	Itália	24	24	48
12	Equador	23	16	39
13	Espanha	16	22	38
14	Alemanha	18	15	33
15	Japão	12	19	31
16	Paraguai	17	13	30
17	Moçambique	14	12	26
18	Angola	13	12	25
19	República Dominicana	13	10	23
20	Polônia	12	3	15

Fonte: Pentaho, pessoas diferentes, cadastradas entre 2020 a 2025 no e-SUS, País exceto Brasil.

Em relação à faixa etária dos migrantes, os dados apresentam maior concentração dos 20 aos 34 anos para as mulheres, sendo 372 na faixa etária de 20 a 24 anos, 468 entre 25 a 29 anos e 466 mulheres entre 30 a 34 anos. Em relação aos homens, a concentração da faixa etária apresenta pouca variação

concentrando-se entre os 25 aos 39 anos sendo 387 entre 25 e 29 anos, 501 entre 30 a 34 anos e 395 indivíduos dos 35 aos 39 anos.

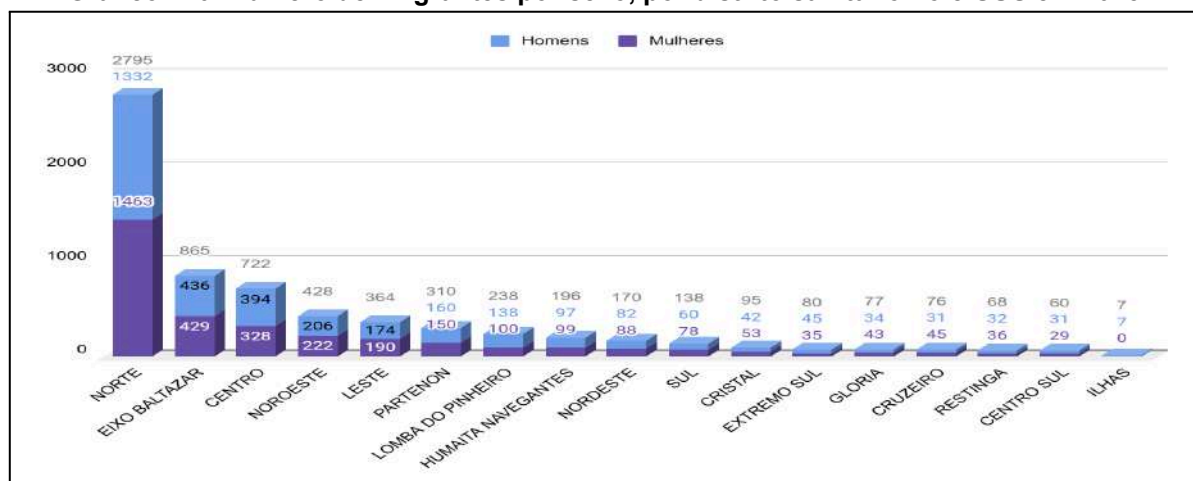
Gráfico 169: Total de pessoas cadastradas no e-SUS 2020-2025 com nacionalidade exceto brasileira por Coordenadoria de Saúde em 2025



Fonte: e-SUS (Pentaho cadastro individual). Data da Consulta: 07/2025.

Quanto ao total da população imigrante por Coordenadorias de Saúde, temos a CS Sul com 5,2%, equivalente à 346 pessoas, sendo 178 mulheres e 168 homens. A CS Oeste apresenta 970 pessoas, sendo 469 mulheres e 501 homens, representando 14,5%. A CS Leste tem 109 pessoas cadastradas, sendo 526 mulheres e 562 homens, um percentual de 16,3%. Já a CS Norte apresenta a maior concentração de imigrantes da cidade, 2.218 mulheres e 2.078 homens, totalizando 4.296 pessoas, representando 64,1% dos migrantes atendidos pelo sistema de saúde municipal.

Gráfico 170: Número de imigrantes por sexo, por distrito sanitário no e-SUS em 2025



Fonte: e-SUS (Pentaho cadastro individual). Data da Consulta: 07/2025.

Em relação ao número de imigrantes presentes nos Distritos Sanitários, elencamos as 6 primeiras posições, sendo a Norte com 2.795 imigrantes, seguido do Eixo Baltazar com 865, Centro com 722, Nordeste com 598, Leste com 364 e Partenon com 310 imigrantes.

As unidades de saúde com maior número de imigrantes cadastrados, por ordem decrescente são: US Ramos, US Santo Agostinho, CF Santa Marta, US Asa Branca, CF IAPI, US Vila Elizabeth, US Esperança Cordeiro, US Santa Fé, US Sarandi e US Santa Cecília.

Quadro 4: Lista das 20 Unidades de Saúde com maior número de pessoas com cadastro no e-SUS (período 2020-2025), com nacionalidade exceto brasileira, em Porto Alegre

Coordenadoria	Distrito	Unidade de Saúde	Mulheres	Homens	Total
Norte	Norte	US Ramos	406	372	778
Norte	Norte	US Santo Agostinho	341	329	670
Oeste	Centro	CF Santa Marta	232	309	541
Norte	Norte	US Asa Branca	269	225	494
Norte	Noroeste	CF Iapi	143	130	273
Norte	Norte	US Vila Elizabeth	130	108	238
Norte	Eixo Baltazar	US Esperanca Cordeiro	107	99	206
Norte	Eixo Baltazar	US Santa Fé	72	77	149
Norte	Norte	US Sarandi	75	70	145
Oeste	Centro	US Santa Cecília	70	73	143
Norte	Humaitá/Navegantes	US Farrapos	70	67	137
Norte	Norte	US Nova Brasília	69	61	130
Leste	Partenon	US Maria da Conceicao Marcelo Martins Moreira	59	59	118
Norte	Eixo Baltazar	US Passo das Pedras I	62	56	118
Norte	Eixo Baltazar	US Sao Cristovao	47	56	103
Norte	Eixo Baltazar	US Santa Maria	45	50	95
Norte	Norte	US Sao Borja	44	47	91
Sul	Sul	CF Tristeza	51	37	88
Leste	Leste	US Divina Providência	44	43	87
Norte	Eixo Baltazar	US Passo das Pedras II	36	36	72

Fonte: e-SUS (Pentaho cadastro individual). Data da Consulta: 07/2025.

O acesso de imigrantes, refugiados e apátridas aos serviços públicos de saúde, segundo a [Lei de Migrações nº 13.445/2017](#), que, no inciso VIII do Art. 4º, garante, ao migrante, no território nacional e, em condição de igualdade com os nacionais, o “acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória”. (BRASIL, 2017).

Nesta temática, é necessário fazer referência à [Lei nº 8.080/1990](#), que estabeleceu as balizas de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), e que, em seu Art. 7º, garante a universalidade e a integralidade. Entretanto, esta não pode ser compreendida sem levar em consideração as demais leis e portarias que foram sendo efetivadas ao longo das últimas décadas e que atualizaram o SUS no tempo presente. Por isso, é necessário atentar para o que estabeleceu a [Portaria nº 2.436/2017](#), que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, e revisou as diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS, e que determinou, que além da universalidade e da integralidade, a equidade também é um princípio de funcionamento do SUS. Dito isto, entende-se que as políticas públicas de acesso e promoção à saúde devem ser elaboradas e implementadas visando a garantir o direito à saúde daqueles que, por sua condição, têm dificuldades estruturais.

Tendo em vista tais parâmetros legais, o município de Porto Alegre, por meio desta Secretaria Municipal de Saúde, tem procurado efetivar uma série de ações e projetos para garantir o acesso equânime das populações migrantes, em especial aquelas mais vulneráveis. É de extrema relevância a Lei que institui a - [Lei Municipal nº 13.527, de 4 de julho de 2023](#), que ‘Institui a Política Municipal para o imigrante, o apátrida, o asilado político e o solicitante de asilo político, o refugiado e o solicitante de refúgio, e para o migrante, interno ou externo, vítima de redução à condição análoga à de escravo, vítima de tráfico humano ou em situação de vulnerabilidade”, formalizando as ações já desenvolvidas por esta Secretaria de Saúde bem como estimulando o conjunto dos demais órgãos municipais à realizarem projetos e ações transversais no sentido de oportunizar a efetiva inclusão desta população na dinâmica da cidade, garantindo o acesso aos serviços públicos de qualidade.

Em conclusão, a Região Sul do Brasil experimenta um aumento significativo no número de imigrantes, refletindo uma dinâmica migratória complexa e desafios sociais. A fragilidade econômica e a vulnerabilidade social dos imigrantes são

preocupações que necessitam de atenção, especialmente para garantir uma inclusão eficaz e o acesso à políticas de acolhimento através da implementação de serviços de apoio social e psicológico visando atender às necessidades dos/as imigrantes em situação de vulnerabilidade. Por fim, é fundamental promover campanhas de sensibilização para a sociedade, visando à construção de um ambiente mais acolhedor e inclusivo para os/as imigrantes, na cidade de Porto Alegre.

1.4.7 Povos Ciganos

O reconhecimento e a valorização da diversidade cultural dos povos ciganos são fundamentais para garantir seus direitos e promover sua inclusão na sociedade brasileira.

No Brasil, existem três grandes grupos que compõem os povos ciganos: os Rom, os Sinti e os Calon. Estão distribuídos em todos os estados da Federação e no Distrito Federal. De acordo com IBGE, cerca de 800 mil a um milhão de pessoas se identificam como ciganos.

Cada um desses grupos étnicos possui dialetos, tradições e costumes próprios. Muitos deles ainda estão voltados às atividades itinerantes tradicionais da cultura cigana, porém nem toda pessoa de etnia cigana é nômade. Muitos têm residência fixa, variando desde casas sofisticadas à tendas, acampamentos e casas de pau a pique.

No estado do RS, também há 3 grupos: Rom (ou Roma), Calon (ou Kalon) e Sinti. Dentro dessas etnias, existem diversos subgrupos e clãs, cada um com suas particularidades culturais, religiosas e linguísticas.

O [Decreto nº12.128, de 1 de agosto de 2024](#), instituiu o [Plano Nacional de Políticas para Povos Ciganos 2024-2027](#). O Plano visa combater o preconceito e a discriminação étnico-racial contra os povos ciganos, além de ampliar seu acesso a serviços públicos e direitos sociais. foi organizado em eixos temáticos (direitos sociais e cidadania; e inclusão produtiva, econômica e cultural), e objetivos.

No município foram elaboradas propostas de ajuste dos serviços de saúde para o atendimento das necessidades específicas da população cigana, como a oferta de atendimento em seus acampamentos ou a criação de unidades móveis de saúde e a realização de campanhas informativas sobre a importância da saúde e os

serviços disponíveis, utilizando linguagem acessível e respeitando as diferenças culturais.

No entanto, há a necessidade de organizar o diagnóstico situacional dessa população no município e de implementar essas ações criadas para qualificar o acesso e atendimento dos povos ciganos.

1.4.8 Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e a Tuberculose

A Coordenação de Atenção às IST, HIV/AIDS e Tuberculose (CAIST) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre baseia-se no cenário epidemiológico local para estruturar políticas públicas que garantam prevenção, diagnóstico em tempo oportuno, tratamento e cuidado integral, de forma equitativa e livre de estigma e discriminação. As estratégias implementadas pela CAIST estão alinhadas às diretrizes nacionais e internacionais.

A implementação de políticas públicas efetivas para o controle das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e da tuberculose representa um desafio multifacetado, que exige abordagens integradas, baseadas em evidências científicas e adaptadas às realidades epidemiológicas locais. O modelo desenvolvido pela CAIST de Porto Alegre engloba prevenção combinada, diagnóstico precoce, tratamento adequado e cuidado contínuo, estabelecendo uma rede de atenção coordenada que responde às necessidades da população. Esse modelo não somente reflete as melhores práticas científicas, como também se adapta às especificidades do contexto epidemiológico local, oferecendo uma resposta estruturada e sustentável aos desafios impostos por essas condições de saúde. Destaca-se no seu escopo de atuação a realização de ações extramuros que visam promover acesso de pessoas que não chegam aos serviços, por diferentes fatores, assegurando o cuidado integral através da estratégia “Teste e Trate”.

A rede de atenção está organizada para a realização de ações para o controle das ISTs e tuberculose, é necessário a união de diferentes áreas e a apresentação de uma rede de atenção fortalecida e integrada para a realização das ações que perpassam pela prevenção até aos cuidados de alta complexidade. A rede municipal oferece atenção integral e coordenada, com fluxo definido entre atenção primária, serviços especializados, pronto atendimentos, e hospitais.

A rede municipal de atenção, estruturada para responder integralmente a esses agravos, articula a atenção primária, os serviços especializados, os pronto-atendimentos e a alta complexidade hospitalar.

Todas as Unidades de Saúde do município realizam ações relacionadas à política de IST/AIDS/ tuberculose e hepatites, como:

- realização da testagem rápida (HIV, sífilis, hepatites, outras ISTs);
- manejo das ISTs e tuberculose;
- rastreamento clínico de HTLV;
- busca ativa de sintomáticos respiratórios e realização do tratamento diretamente observado (TDO);
- distribuição de insumos: preservativos internos/externos, gel lubrificante e auto testes de HIV;
- realização e ampliação do acesso à PrEP e PEP;
- início imediato de TARV, tratamento de sífilis, hepatites, outras ISTs e manejo de tuberculose latente.

Na reorganização das estratégias para o alcance das metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde, a Coordenação de Atenção à Tuberculose, IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais (CAIST) priorizou o fortalecimento da rede de assistência especializada na perspectiva da construção de retaguardas aos serviços da APS, visando apoiá-los a partir de ferramentas como matriciamento, monitoramento e educação permanente.

Os Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) e Centros de Referência em Tuberculose (CRTB) são responsáveis pelo atendimento de usuários com uma complexidade que extrapola as atribuições de cuidado da APS. Este fluxo ocorre a partir de definições disponíveis nas linhas de cuidado construídas ou em construção no município.

O acesso aos serviços especializados é mediante agendamento no sistema Gercon. Entretanto, há a disponibilidade de demanda espontânea em casos mais complexos e graves que sofrem regulação provisória, bem como casos discutidos entre as equipes na elaboração do Projeto Terapêutico Singular. É de extrema importância o seguimento das linhas de cuidado destes agravos e que estas sejam diversas para atender também populações mais vulnerabilizadas, sendo as mais acometidas por formas mais graves da doença. A priorização ocorre para minimizar desfechos graves como internações e óbitos.

Neste contexto de demanda espontânea, destaca-se o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Santa Marta. O serviço realiza oferta de testagens rápidas para detecção de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C, manejo de infecções sexualmente transmissíveis (IST), profilaxias Pré e Pós-exposição de Risco à Infecção pelo HIV, primeiro atendimento após a descoberta do diagnóstico de HIV e tratamento imediato, assim como coleta de sangue para realização de contagem de linfócitos T CD4+ e CD8+ (HIV) e carga viral. Ainda no Santa Marta, encontra-se inserido o SAE hepatites, responsável pelo atendimento de mais de 90% dos casos de hepatites virais em Porto Alegre.

Os SAEs apresentam uma responsabilidade importante referente aos casos graves de AIDS e são pontos da rede essenciais para o funcionamento do Circuito Rápido da AIDS Avançada. Ele representa uma estratégia fundamental para redução da mortalidade, considerando que grande parte dos óbitos por AIDS ocorre em pessoas com diagnóstico tardio e imunossupressão severa. Esta ampliação deve incluir não somente aspectos clínicos, mas também estratégias de identificação precoce de pessoas em risco e vinculação ágil aos serviços de saúde.

Porto Alegre apresenta 1 Centro de Testagem e aconselhamento, 1 serviços de Assistência Especializada em Hepatites , 4 Serviços de Assistência Especializada em HIV, 4 Centros de Referência em Tuberculose, 4 Unidades Dispensadora de Antirretrovirais e 1 Centro Regionalizado de Atenção Integral e Prevenção às IST/HIV/AIDS e Coinfecções (CRAIP).

Tabela 46: Número de usuários cadastrados ativos nos Serviços Atendimento Especializado (SAEs) e Centro de Referência em Tuberculose (CRTB) em 2025

Serviços	Número de usuários Cadastrados Ativos
SAE Murialdo	645
SAE Vila dos Comerciantes	4.205
SAE Santa Marta	3.840
SAE IAPI	1.852
CRTB Vila dos Comerciantes	116
CRTB Bom Jesus	206
CRTB Centro	96
CRTB Navegantes	137

Fonte: CAIST - Agosto de 2025.

Os CRTBs promovem a integração com a APS, disponibilizando espaços de discussão de casos e matriciamento, bem como educação permanente e continuada. Também são responsáveis pelo fomento e facilitação da articulação dos serviços de saúde e assistência social. Realizam atendimentos de pacientes com tuberculose ativa e em ILTB.

Na atenção hospitalar e de urgência ocorrem os atendimentos de casos graves, mediante a regulação de leitos, garantindo fluxos ágeis de referência e contrarreferência. Incluem a realização do protocolo de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis nas maternidades, bem como a avaliação e prescrição da profilaxia pós-exposição (PEP) para diferentes situações nos prontos atendimentos, no Hospital de Pronto Socorro e no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (PEP sexual, PEP ocupacional e em casos de violência sexual).

Como diretrizes da política de IST/AIDS/tuberculose e hepatites para o novo quadriênio temos:

- garantir o cuidado contínuo e integrado: promoção → prevenção → diagnóstico → vinculação → tratamento → retenção → adesão → supressão viral (ou cura na sífilis, tuberculose e hepatite C);
- reduzir desigualdades, priorizando populações-chave e vulneráveis;
- articular estratégias intersetoriais e fomentar a participação da sociedade civil;
- combater o estigma e a discriminação;
- fortalecer a prevenção combinada;
- eliminar as doenças como problema de saúde pública.

A CAIST apresenta-se alinhada às diretrizes internacionais e nacionais disponíveis nos seguintes documentos:

- programa Brasil Saudável (Ministério da Saúde);
- diretrizes Nacionais para Eliminação da Aids e da Transmissão Vertical do HIV como problema de saúde pública até 2030 (MS/Dathi);
- planos nacionais de enfrentamento das IST, hepatites e tuberculose, em consonância com as estratégias da OMS (End TB, eliminação da hepatite C e da sífilis congênita);
- metas Globais da OMS para Hepatites Virais até 2030 (OMS);
- metas do UNAids 2024: Zero novas infecções, Zero discriminação, Zero mortes relacionadas à Aids (UNAids).

Diante dos dados epidemiológicos apresentados neste documento para as doenças e agravos relacionados à CAIST é importante intensificar as ações para o alcance das metas. Na tuberculose é primordial a ampliação da prevenção, estimulando a investigação dos contatos e ampliando a indicação da terapia preventiva para tuberculose. Outro eixo importante a ser expandido é a ampliação

do percentual de usuários em Tratamento Diretamente Observado (TDO), nos formatos presenciais e não presenciais, à esta ser uma ferramenta comprovada de redução de abandono e aumento de cura de tuberculose. Cabe também o desenvolvimento de estratégias para mitigar os impactos dos determinantes sociais na população mais vulnerabilizada diretamente relacionada a esta patologia.

No que tange às hepatites virais, destaca-se nas metas globais de eliminação a importância de intensificar os projetos de micro e macro eliminação, ações já realizadas no município e com propósito de ampliação. O coeficiente de mortalidade tanto da hepatite C quanto da hepatite B reduziu-se, ficando muito próximo das metas da OMS, o que pode indicar que os diagnósticos e tratamentos estão sendo feitos de maneira mais precoce em Porto Alegre.

As ações estratégicas citadas abaixo estão implantadas sendo eleitas para fortalecimento e ampliação nos próximos quatro anos. Compreende-se que estes eixos são essenciais para o alcance dos objetivos considerados prioritários para a eliminação das doenças como problema de saúde pública até 2030.

A prevenção combinada representa um caminho importante na abordagem das ISTs e HIV, integrando intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais. Nela destaca-se como iniciativa para Porto Alegre ampliação das intervenções biomédicas incluem a profilaxia pré-exposição (PrEP), profilaxia pós-exposição (PEP), tratamento como prevenção (TcP), distribuição de preservativos e lubrificantes, testagem regular e tratamento imediato das ISTs. A PrEP em Porto Alegre considera, não só as especificidades das populações-chave, mas inclui todos que desejam a prevenção ao HIV e entendem-se com risco aumentado à infecção. A CAIST promoveu e seguirá realizando a ampliação dos pontos de PrEP e PEP como estratégia central de prevenção. A descentralização da PrEP para a atenção primária permite maior capilaridade e redução de barreiras de acesso, enquanto a disponibilização da PEP garante o atendimento oportuno após exposições de risco. A prevenção combinada também inclui o início do tratamento de forma imediata, quando excluídas complicações e comorbidades.

Os Centros de Referência em Tuberculose e Serviços de Assistência Especializada (SAE) desempenham papel crucial no manejo de casos complexos que extrapolam a capacidade resolutiva da atenção primária. A CAIST tem promovido significativa expansão desta rede, incluindo a abertura de novos serviços nos últimos anos. O CRTB e SAE da Coordenadoria de Saúde Sul estão sendo

projetados para compor a policlínica da região sul. A criação do Centro Regionalizado de Atenção Integral e Prevenção às IST/HIV/Aids e Coinfecções (CRAIP) representa um marco na organização da atenção especializada, concentrando técnica e recursos especializados para o atendimento de casos de maior complexidade. Esta unidade, planejada para funcionar no prédio da Dermatologia Sanitária, centralizará atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento e pesquisa, otimizando recursos e melhorando a qualidade da assistência.

A implementação da UDM virtual (Unidade Dispensadora de Medicamento) representa uma inovação tecnológica importante que expande o tratamento para a atenção primária, facilitando o acesso aos medicamentos antirretrovirais e reduzindo a necessidade de deslocamento dos usuários aos serviços especializados. Esta estratégia é particularmente relevante para garantir a continuidade do tratamento e melhorar a adesão terapêutica. Encontra-se em processo de estruturação com previsão de início breve.

A alta mortalidade por Aids observada em Porto Alegre demanda estratégias específicas de enfrentamento, incluindo a implementação do Circuito Rápido da Aids Avançada, que integra diferentes níveis de atenção para o diagnóstico e tratamento precoces de infecções oportunistas. Este circuito utiliza tecnologias de point of care como o PIMA para leitura de CD4 e testes rápidos para detecção de infecções oportunistas como histoplasmoses, criptococose e tuberculose. Cabe ressaltar a inauguração, em 2024, de 41 leitos de infectologia no Hospital Vila Nova, que possibilitou a qualificação da atenção a casos complexos, especialmente de Aids avançada e tuberculose em Porto Alegre. Essa ação aponta para um impacto importante na melhoria dos desfechos de mortalidade. Essas iniciativas visam garantir que pessoas com HIV em estágio avançado tenham acesso oportuno aos cuidados necessários, reduzindo a mortalidade evitável.

A reformulação do Comitê de Mortalidade por Aids, representa uma estratégia importante de vigilância e melhoria da qualidade da assistência, permitindo a identificação de falhas no sistema de saúde e a implementação de medidas corretivas baseadas na análise de casos fatais.

A qualificação dos profissionais de saúde constitui componente essencial para o sucesso das estratégias de controle das ISTs e tuberculose. A CAIST tem implementado cronogramas de educação permanente que incluem treinamentos em

testes rápidos, manejos clínicos de HIV, hepatites virais e tuberculose, além de estratégias de matriciamento que promovem a troca de conhecimentos entre profissionais de diferentes níveis de atenção.

A incorporação de tecnologias digitais nas estratégias de enfrentamento das ISTs e tuberculose representa uma fronteira importante de inovação. A implementação do PACK-Brasil na APS, introduziu ferramentas de apoio à tomada de decisão clínica, melhorando a qualidade da assistência e a padronização dos cuidados.

O projeto “TelePreP” representa uma inovação significativa na oferta de profilaxia pré-exposição, utilizando tecnologias de telemedicina para ampliar o acesso e reduzir barreiras geográficas e temporais. Esta estratégia é particularmente relevante para populações com dificuldades de deslocamento, democratizando o acesso a esta importante ferramenta de prevenção.

A contagem de linfócitos T CD4 é um marcador imunológico essencial no manejo clínico das pessoas vivendo com HIV (PVHIV), especialmente para a definição do estágio da infecção e da necessidade de profilaxias para infecções oportunistas. Considerando a agilidade na liberação dos resultados — em aproximadamente 30 minutos —, essa análise passou a ser realizada a partir de tecnologias de testagem rápida no local de cuidado (Point-of-Care). Nesse contexto, Porto Alegre implantou o equipamento portátil PIMA® em três locais descentralizados, garantindo suporte às unidades de atenção primária e capacidade de encaminhamentos rápidos de casos complexos e interrupções de tratamento.

Devido à necessidade de ampliar a oferta de radiografias de tórax, foi incorporado ao CRTB Navegantes um equipamento de raio-x portátil. Essa tecnologia representa uma alternativa estratégica para garantir o diagnóstico oportuno e o acompanhamento dos casos de tuberculose, além de subsidiar a indicação de inclusão de usuários no Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT), voltado à profilaxia da infecção latente. Quando totalmente implantada, a estratégia será expandida para os três CRTBs da rede.

O enfrentamento efetivo das ISTs e tuberculose requer abordagem intersetorial que transcenda os limites do setor saúde, envolvendo parcerias com organizações da sociedade civil, instituições acadêmicas e outros setores governamentais.

A tuberculose permanece como uma das principais causas de morte por doenças infecciosas em âmbito global, especialmente entre pessoas vivendo com HIV. Diante desse cenário, torna-se necessário reforçar a aplicação das diretrizes estabelecidas pelos protocolos do Ministério da Saúde, que recomendam a investigação de tuberculose em indivíduos com diagnóstico de HIV, bem como a testagem para HIV em todos os casos confirmados de tuberculose.

A ampliação da confecção de material gráfico e o aumento dos pontos de distribuição de insumos de prevenção refletem o reconhecimento de que a comunicação efetiva e o acesso facilitado a insumos preventivos constituem componentes essenciais das estratégias de prevenção combinada.

A CAIST realiza a gestão das ISTs e TB apoiada em planejamento, implementação e avaliação das intervenções. Para isso utiliza sistemas de monitoramento que integram painéis de acompanhamento de indicadores específicos, boletins epidemiológicos (BI-SMS, DATHI/MS). Os relatórios de gestão trimestrais e anuais e instrumentos de planejamento e a Programação Anual de Saúde são instrumentos de gestão, disponíveis na SMS para a avaliação da efetividade das ações realizadas.

Para a tuberculose, a utilização dos sistemas nacionais e locais — como Sinan, Siclom, Siscel, SIM, QualiAids, Gercon e Sentinela —, além das bases técnicas da BVAPS, é indispensável para o monitoramento contínuo das estratégias implementadas, exigindo também processos permanentes de qualificação. O acompanhamento das hospitalizações por tuberculose e a organização da transição do cuidado no momento da alta constituem estratégias primordiais para assegurar a continuidade do tratamento e alcançar a cura da doença.

A comunicação em saúde configura-se como um instrumento estratégico e transversal para o enfrentamento das IST, das hepatites virais e da tuberculose no município de Porto Alegre. Entendida como prática que ultrapassa a simples divulgação de informações, a comunicação assertiva e capitalizada busca promover o diálogo qualificado com diferentes públicos, garantindo o acesso a informações confiáveis, contextualizadas e culturalmente adequadas. Nesse sentido, a comunicação deve contribuir para a mobilização social, a redução do estigma, o fortalecimento do autocuidado e a promoção da saúde em sua dimensão integral. A proposta municipal organiza-se em quatro eixos estruturantes de comunicação:

- eixo 1 – Campanhas e redes sociais: O município reconhece o papel estratégico das campanhas de comunicação e das redes sociais como ferramentas de disseminação de informações em larga escala. Serão produzidos materiais gráficos, impressos e virtuais adaptados às especificidades de cada público, com linguagem acessível e inclusiva, a fim de combater a desinformação e fortalecer a prevenção combinada. A comunicação digital, incluindo redes sociais institucionais, neste eixo, destaca-se também a articulação com iniciativas inovadoras, como a parceria com o projeto “A Hora é Agora”, que apoia o processo de comunicação no município;
- eixo 2 – Educação permanente para profissionais de saúde: por cursos, oficinas, rodas de capacitação e materiais pedagógicos, busca-se qualificar a abordagem comunicativa nas práticas de cuidado, de modo a fomentar o acolhimento sem discriminação e o manejo clínico adequado das IST, das hepatites e da tuberculose, fortalecendo o processo de aprendizagem e a humanização do cuidado;
- eixo 3 – Ações extramuros junto às populações vulnerabilizadas: O município reconhece que a comunicação assertiva deve ir além dos espaços institucionais e alcançar as comunidades em situação de maior vulnerabilidade. Nesse sentido, o eixo extramuros organiza atividades em territórios prioritários, aproximando os serviços de saúde da população;
- eixo 4 – Sociedade civil e organizações: A comunicação assertiva também pressupõe o diálogo e a construção conjunta com a sociedade civil. Este eixo reconhece o papel estratégico das organizações sociais na disseminação de informações, no fortalecimento da rede de apoio comunitário e na defesa de direitos. Assim, serão incentivadas ações de comunicação em parceria com movimentos sociais, organizações não governamentais e coletivos comunitários, com vistas a potencializar o alcance das mensagens de prevenção e cuidado. Essa cooperação amplia a legitimidade das informações transmitidas, favorece a adesão às estratégias de saúde e fortalece o protagonismo das populações historicamente mais afetadas pelas IST, hepatites virais e tuberculose.

1.4.9 Saúde da Mulher

O objetivo da Política de Saúde da Mulher do Município de Porto Alegre é reduzir a morbimortalidade pelos agravos mais prevalentes na população feminina, articulando ações nos diferentes níveis de complexidade em saúde, bem como ações transversais com áreas afins para promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e recuperação de condições de saúde, qualificando assim a saúde das mulheres no município.

Neste sentido, os principais eixos de ação para a atenção à saúde das mulheres do município são:

- promoção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações;
- acesso a métodos contraceptivos, informações sobre os métodos disponíveis, a fim de subsidiar escolha compartilhada entre a mulher e o profissional de saúde, considerando as condições clínicas e perfil das mulheres, a fim de garantir a eficácia do método escolhido;
- assistência Obstétrica: Qualificação da rede nos diferentes níveis de complexidade: pré-natal de risco habitual, acesso ao pré natal alto risco, regionalização da assistência obstétrica, monitoramento dos indicadores obstétricos pactuados com as maternidades, a partir da adesão à Rede Alyne, programa instituído pela Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 que substituiu o Programa Rede Cegonha;
- redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, atuando em conjunto com a Política de Doenças não Transmissíveis e Política de Alimentação e Nutrição no estabelecimento de estratégias que estimulem hábitos de vida saudáveis como prevenção de Doenças Cardiovasculares (DVC) e de estratégias para garantia de diagnóstico precoce e tratamento das DVC;
- redução da morbimortalidade por câncer na população feminina, atuando em conjunto com a Política de Doenças não Transmissíveis, Política de Alimentação e Nutrição e Prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero e câncer de mama. Estabelecendo ações estratégicas para

realização de ações preventivas, diagnóstico e detecção precoce e tratamento em tempo oportuno;

- articulação de ações em transversalidade com as demais Políticas (População Negra, Povos indígenas, População LGBTQI+, Imigrantes, Mulheres privadas de liberdade, Mulheres com HIV) para melhora nas condições de saúde das mulheres e atenção às diversidades;
- violência contra a Mulher: O Município de Porto Alegre instituiu em 2023 a Rede Conta Comigo com intuito de aproximar os diferentes serviços da rede; reconhecimentos dos profissionais entre si; levantamento de possibilidades para os pontos críticos; trabalho em rede; informação qualificada para dar segurança aos profissionais e às usuárias; pactuação intersetorial e interinstitucional e processo de capacitação continuada dos profissionais.

A SMS compõe esta rede e vem trabalhando para o estabelecimento e aprimoramento dos fluxos de atendimento intersetorial e interinstitucional à mulher vítima de violência doméstica e/ou sexual, considerando todos os serviços constituídos no município e no nível estadual, por meio de articulação capitaneada pela Coordenação dos Direitos das Mulheres.

Ainda como ação de proteção, a SMS construiu o Plano de Enfrentamento à Violência. Dentre as ações deste plano está a constituição do Comitê de Enfrentamento à Violência. Neste Comitê é possível, a partir das discussões dos casos, identificar os pontos frágeis da rede de saúde e buscar alternativas para superá-los.

Quanto à violência sexual, o atendimento a esse agravo é uma emergência em saúde, garantindo profilaxia IST/HIV, contracepção de urgência e cuidado multiprofissional. São serviços de referência credenciados pelo Ministério da Saúde: HMIPV (crianças, adolescentes, mulheres), Hospital Fêmeina (≥14 anos), Hospital de Clínicas (todos os públicos, incluindo homens e trans), Hospital Conceição (≥13 anos, todos os públicos, incluindo homens e trans). Não é necessário apresentar boletim de ocorrência policial para receber atendimento. Os serviços destacados acima também são referência para realização da interrupção de gestação oriunda de violência sexual.

As mulheres representam a maioria da população brasileira, correspondendo a 51,5%, conforme o Censo Demográfico 2022 do IBGE. No município de Porto

Alegre, com base no mesmo levantamento, a população feminina totaliza 719.538 mulheres, o que equivale a 52% da população municipal. Na faixa etária de 10 a 49 anos, considerada período de idade fértil, são 379.826 mulheres (53%). As mulheres com mais de 60 anos correspondem a 25% e as mulheres negras também representam 25% do total de mulheres no município.

Ao longo dos últimos três anos, as doenças cardiovasculares aparecem como principal causa de mortalidade em mulheres, com um coeficiente em torno de 230 casos por 100 mil mulheres, seguido das neoplasias malignas, com 200 casos por 100 mil mulheres. Dentre as neoplasias, as relacionadas com o aparelho digestivo são as mais prevalentes (68 casos por 100.000 mulheres), seguidas das neoplasias do aparelho respiratório (35 casos por 100.000 mulheres). O câncer de mama é a terceira causa de morte entre as neoplasias, com 30 casos por 100.000 mulheres.

Quanto à mortalidade de mulheres em idade fértil, as neoplasias malignas despontam como principal causa de óbito, com um coeficiente de 32 casos por 100.000 mulheres nesta faixa etária, nos últimos três anos. Na sequência, as mortes por doenças causadas pelo HIV somam 18 casos/100.000 e causas externas com 16 casos/100.000. O câncer de mama é responsável por 8 casos de morte /100.000 mulheres em idade fértil e o câncer do colo uterino 5 casos/100.000.

Conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a estimativa de incidência de câncer de mama para o triênio 2023-2025 é de 670 casos absolutos, com uma taxa de 81,8 casos por 100 mil mulheres. Já a estimativa de casos novos de câncer do colo do útero é de 7,8 casos por 100 mil mulheres anualmente no município, com um número absoluto de 60 casos novos por ano.

Coeficiente de Mortalidade Materna

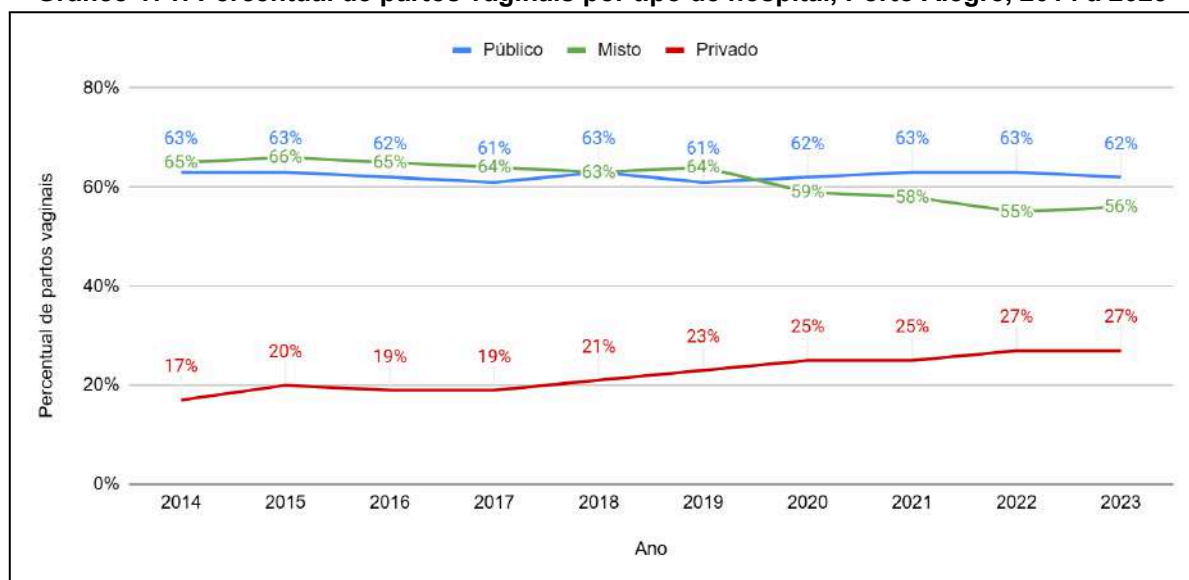
Este coeficiente é um indicador de impacto. Porto Alegre tem instituído por portaria o Comitê de Mortalidade Materna, órgão que, por meio das investigação dos óbitos maternos ocorridos no município, analisa, discute e propõe práticas e rotinas com o objetivo de evitar óbitos maternos e qualificar a assistência a mulheres no ciclo gravídico puerperal.

Outros indicadores de processo auxiliam a monitorar o acesso e a qualidade da assistência obstétrica, como: número de consultas de pré-natal realizadas, acesso em tempo oportuno ao pré-natal de alto risco, garantia de vinculação da

gestante à maternidade de referência no início da gestação, monitoramento de indicadores de qualidade da atenção ao parto e pós-parto na maternidade.

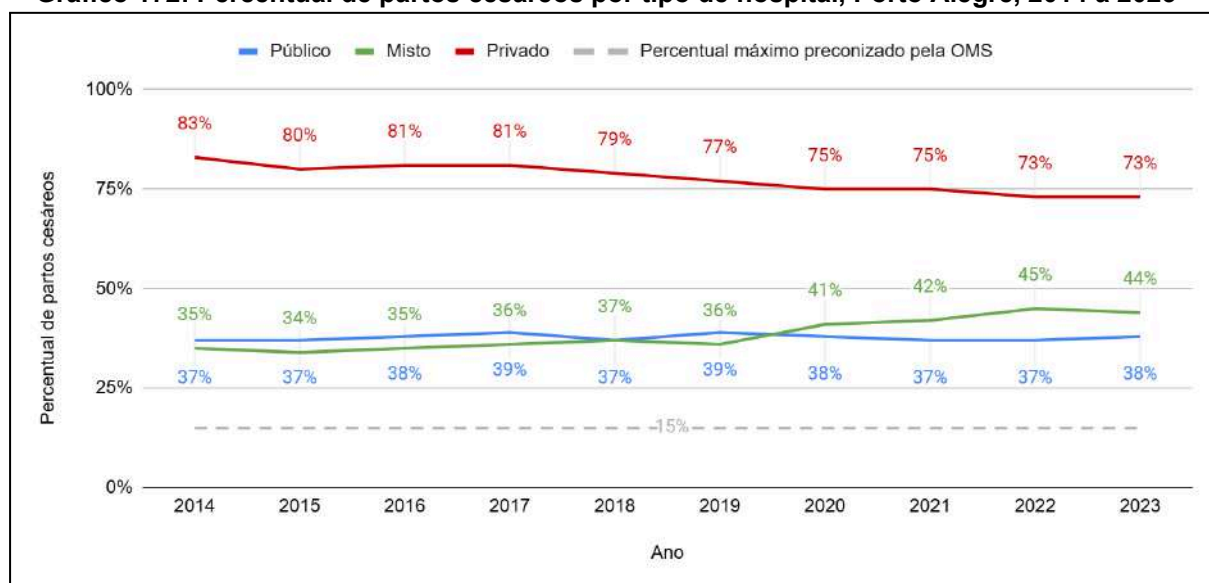
Um dos indicadores de qualidade da atenção ao parto e nascimento é a taxa de cesariana e de parto por via vaginal.

Gráfico 171: Percentual de partos vaginais por tipo de hospital, Porto Alegre, 2014 a 2023



Fonte: SINASC/EVEV/DVS, dados extraídos em 23/06/2025.

Gráfico 172: Percentual de partos cesáreos por tipo de hospital, Porto Alegre, 2014 a 2023



Fonte: SINASC/EVEV/DVS, dados extraídos em 23/06/2025.

Nos gráficos acima apresenta-se uma série histórica dos partos vaginal e cesáreo por tipo de estabelecimentos de saúde. Dos estabelecimentos apresentados, apenas três são 100% SUS, três são mistos, com atendimentos pelo SUS e convênios, e três estabelecimentos são maternidades privadas que atendem convênios e particulares. Nos hospitais privados se observa uma porcentagem maior

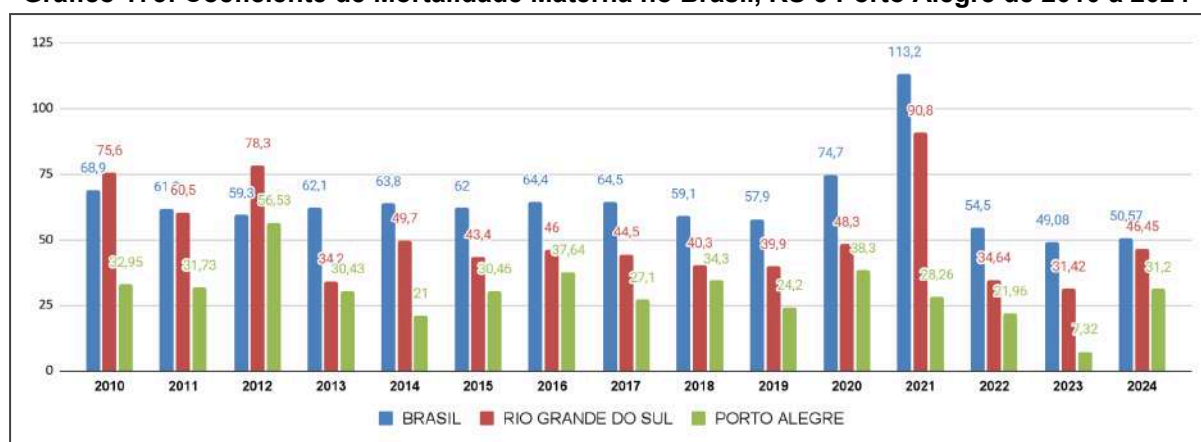
que nos estabelecimentos mistos e públicos mas ainda longe do percentual preconizado pela OMS.

Os partos cesáreos foram o tipo de parto predominante em todo o período analisado, sendo que em 2014 era 52% e em 2023 50%. Nos gráficos podemos observar que há grande diferença entre os hospitais públicos e privados no que se refere a taxa de cesariana.

O Programa Rede Cegonha tinha como um dos indicadores de qualidade a taxa de cesariana e a manutenção desta taxa num percentual máximo 35%. Em 12 setembro de 2024 foi publicada a Portaria GM/MS nº 5.350 que instituiu a Rede Alyne, programa que vem para substituir a Rede Cegonha, que será apresentada em capítulo específico neste documento.

Quanto à mortalidade materna, este é um importante indicador para avaliar as condições socioeconômicas de um território e da qualidade de vida de sua população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo índice de informação e escolaridade e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. O Coeficiente de Mortalidade Materna, no município, na média dos últimos cinco anos, ficou em torno dos 25 casos por 100.000 nascidos vivos. No gráfico a seguir são apresentados os resultados deste indicador no município em comparação com o Estado e o País.

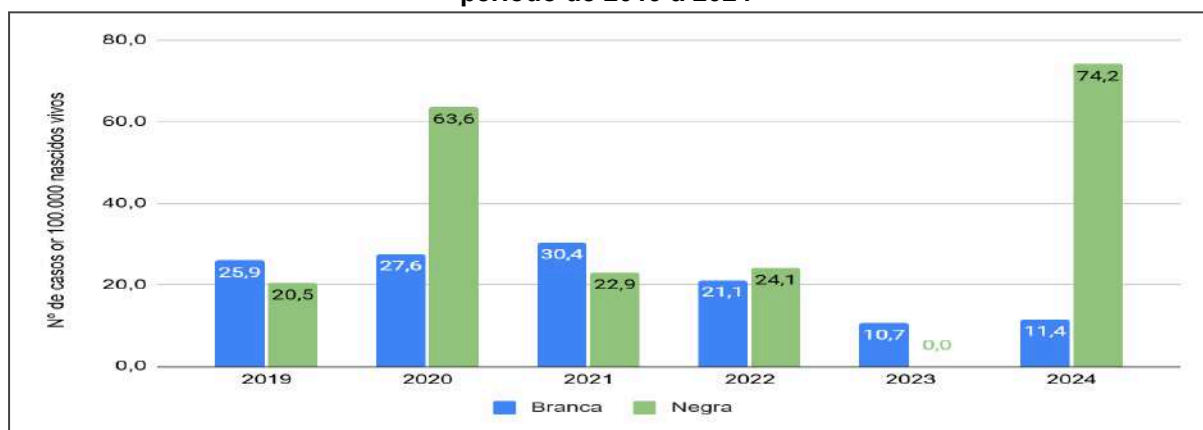
Gráfico 173: Coeficiente de Mortalidade Materna no Brasil, RS e Porto Alegre de 2010 a 2024



Fonte: SINASC/DVS/SMS e SIM/DVS/SMS.

Ao analisar o coeficiente de mortalidade materna por cor ou raça num período de cinco anos, verificou-se que a equidade de cor ou raça não é uma constante. Houve, como mostra o gráfico abaixo, em 2019 e 2021, um coeficiente de mortalidade materna em mulheres negras menor do que o coeficiente em mulheres brancas. Em 2023 não houve nenhum óbito maternos em mulheres negras, o que não foi observado nos outros anos do período analisado.

Gráfico 174: Coeficiente de Mortalidade Materna segundo cor ou raça em Porto Alegre no período de 2019 a 2024



Fonte: SINASC e SIM/DVS/SMS. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna/MS.

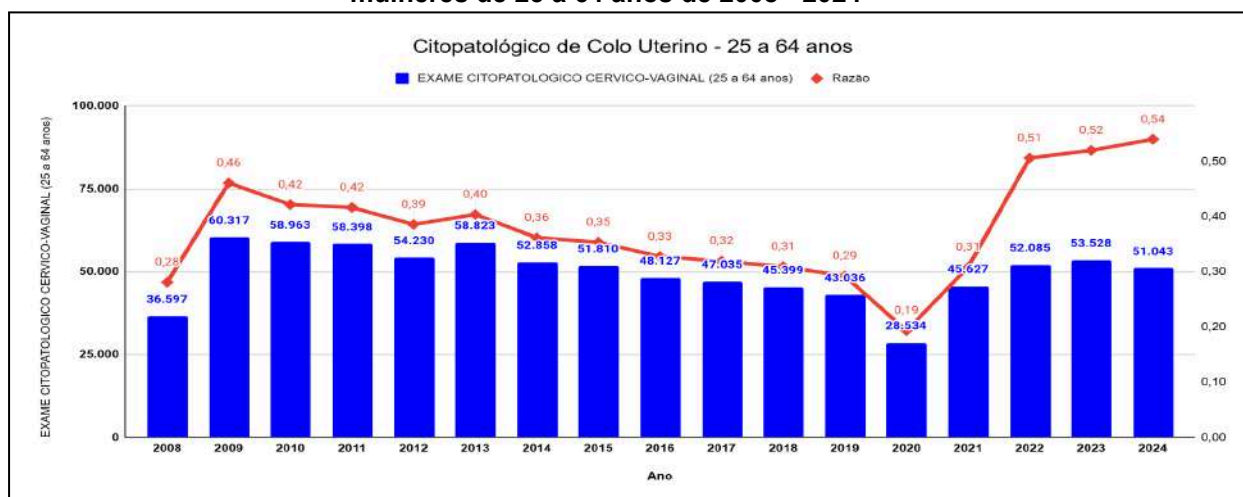
Atualmente a avaliação do acesso e a qualidade da atenção em saúde à população feminina no município, é monitorada, principalmente, pelos seguintes indicadores:

Razão de exames citopatológico do colo do útero realizados

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

Segundo a **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, é possível reduzir, em média, entre 60% e 90% a incidência de câncer do colo do útero quando se alcança cobertura de rastreamento de pelo menos 80% da população-alvo, associada à garantia de diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos identificados. Esse dado reforça a importância de estratégias sistemáticas de prevenção, rastreamento e acompanhamento terapêutico, visando reduzir a morbimortalidade associada à doença.

Gráfico 175: Número e Razão de Exames Citopatológicos de Rastreamento realizados em mulheres de 25 a 64 anos de 2008 - 2024



Fonte: Tabwin- SIASUS.

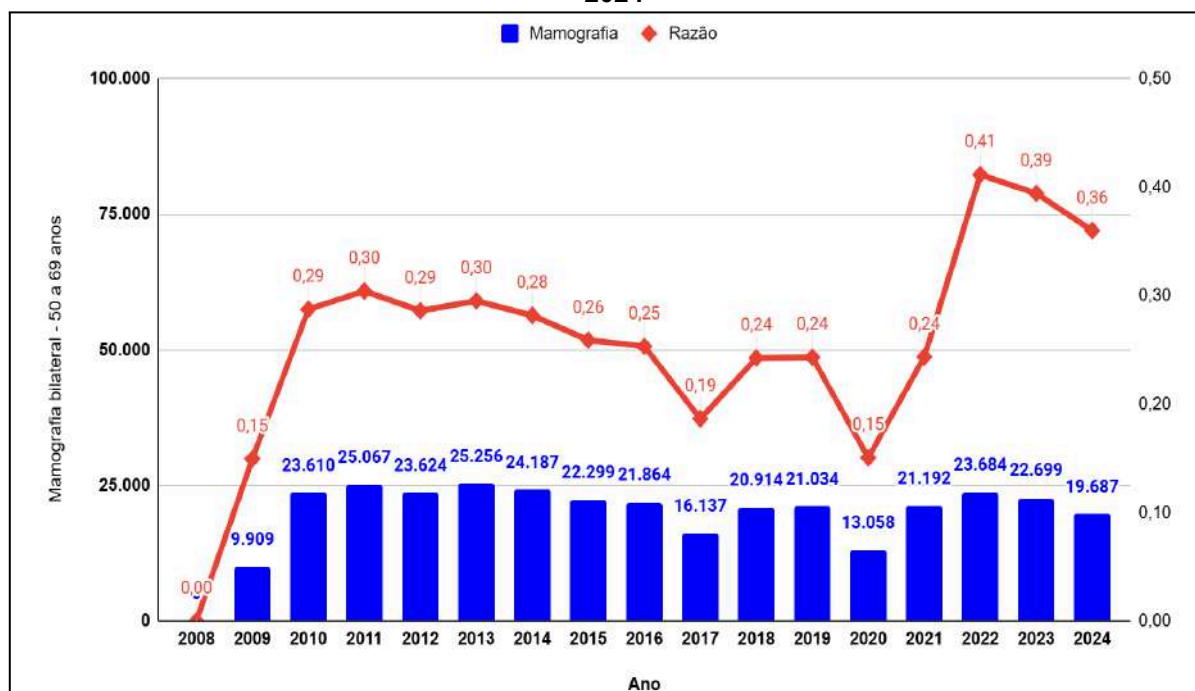
No gráfico acima evidencia-se, nos últimos anos, um aumento no número absoluto e na razão dos exames realizados, isto deve-se à mudança nos processos de trabalho nas unidades de saúde, com o fim do agendamento para coleta de Citopatológico (CP) do colo uterino e o atendimento por demanda espontânea principalmente devido à meta de financiamento do MS (Previne,Brasil).

Houve também alteração no método de cálculo deste indicador, conforme parâmetros técnicos do Instituto Nacional do Câncer (INCA), retirando do denominador as mulheres, na faixa etária, com cobertura de plano de saúde, a partir das informações da Agência Nacional de Saúde (ANS). [Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero](#)

Razão de mamografia

Considerando que a detecção precoce do câncer de mama é fundamental para um prognóstico favorável e para a diminuição da mortalidade. Sendo necessário, o acompanhamento das mulheres com exames alterados, a fim de monitorar a continuidade da investigação e início do tratamento.

Gráfico 176: Número e Razão de Mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos de 2008 - 2024



Fonte: Tabwin- SIASUS.

É perceptível, ao analisar no gráfico acima, um aumento na razão das mamografias realizadas a partir de 2021, mesmo que este aumento não seja tão significativo ao olhar para os números absolutos.

1.4.10 Saúde do Homem

No âmbito dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), foram estabelecidas diretrizes e objetivos voltados à ampliação e qualificação do acesso da população masculina adulta aos serviços de saúde. Em âmbito nacional, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. No Estado do Rio Grande do Sul, a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, também designada PNAISH, foi implementada por meio da Resolução CIB/RS nº 236, de 2014, com foco na atenção à população masculina na faixa etária de 18 a 59 anos. No município de Porto Alegre, o Programa de Saúde do Homem (PSH) foi instituído pela Lei Municipal nº 11.992, de 30 de dezembro de 2015.

Ao menos nas últimas quatro décadas a saúde do homem tem sido objeto de estudo devido a diferença em seu perfil de morbimortalidade quando comparado ao das mulheres (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). É sabido que os homens tendem a evitar os serviços de saúde, acessando preferencialmente níveis que não

o da Atenção Primária à Saúde (APS), e quando o fazem, são demandas focadas em doenças, acidentes ou lesões. Diferente das mulheres que buscam majoritariamente os serviços para realização de exames de rotina e prevenção. Este comportamento resistente à APS aumenta não apenas seu sofrimento físico e emocional, mas do núcleo familiar. Além disso, sua protelação do cuidado provoca uma sobrecarga financeira ao sistema de saúde, já que a intervenção ocorre nos estágios mais avançados das doenças (BRASIL, 2009).

A APS desempenha um papel fundamental na saúde do homem, sendo o primeiro contato com os serviços de saúde e o local onde se pode identificar precocemente problemas de saúde e iniciar o tratamento adequado.

Os homens são o estrato mais frágil dentro dos serviços de saúde e são diversos os motivos político-econômicos e socioculturais encontrados na literatura para que isto ocorra. Por exemplo, relatam que a responsabilidade pelo provento da família e sua ausência no trabalho comprometeria tal estabilidade (BRASIL, 2009), o que é um fato importante quando aproximadamente 50,4% da população com emprego formal entre 20 e 59 anos em Porto Alegre é composta por homens (BRASIL, 2019). Além de não se perceberem como pertencentes aos ambientes de saúde, por considerarem espaços que se destinam às pessoas idosas, mulheres e crianças, os homens também julgam-se invulneráveis, e na unidade de saúde o mito da invulnerabilidade é desfeito (BRASIL, 2009; Couto et al., 2010).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) baseia-se em cinco eixos temáticos: Acesso e Acolhimento, Prevenção de Violência e Acidentes, Sexualidade e Planejamento Familiar, Paternidade e Cuidado, e Doenças Prevalentes na População Masculina. A política visa desconstruir estereótipos de masculinidade e promover um cuidado mais integral, incluindo a saúde física e mental do homem no contexto da família e da comunidade.

Os eixos da PNAISH são:

- acesso e acolhimento: Garante que os homens tenham um acesso mais fácil e um acolhimento humanizado nos serviços de saúde;
- prevenção de violência e Acidentes: Inclui ações voltadas para a prevenção de violências e acidentes, buscando reduzir os riscos para a população masculina;

- sexualidade e planejamento Familiar: Abrange a promoção da saúde sexual e reprodutiva, incluindo a participação dos homens no planejamento familiar e no pré-natal;
- paternidade e cuidado: Foca na figura do pai e no cuidado com a família, promovendo um papel mais ativo e saudável do homem na vida familiar;
- doenças prevalentes na população masculina: Aborda as doenças mais comuns na população masculina, incentivando a prevenção, a identificação precoce e o tratamento eficaz.

Os objetivos da PNAISH:

- ampliar e melhorar o acesso dos homens aos serviços de saúde;
- desenvolver estratégias e ações que promovam a saúde do homem de forma integral;
- desconstruir estereótipos de masculinidade, promovendo modelos positivos de masculinidade que valorizem o autocuidado, o cuidado com a família e a comunidade;
- articular a saúde do homem: com outras políticas públicas e considerar os diferentes níveis do sistema de saúde.

1.4.11 Saúde da População Idosa

Dentre os marcos legais relacionados ao envelhecimento no Brasil, se evidencia o Estatuto da Pessoa Idosa, Lei Federal nº 10.741 de 2003, que define, entre os direitos fundamentais, o envelhecimento como “direito personalíssimo, e a sua proteção, um direito social”. Além disso, estabelece que pessoa idosa é toda pessoa com 60 anos ou mais de idade. Os direitos da pessoa idosa, assim como no Estatuto, estão relacionados à Lei Federal nº 8.842, de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso, determina ainda as competências dos órgãos e entidades públicos da saúde, tais como a garantia de assistência nos diversos níveis de atendimento no SUS e as normas de funcionamento das Instituições de Longa Permanência de Pessoas Idosas (ILPIs) e similares e de serviços geriátricos hospitalares, com fiscalização pelos gestores do SUS. Ressalta-se, nesse contexto, que o Estado deve garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, com promoção de políticas sociais públicas que ofereçam envelhecimento saudável e digno. Sendo assim, em 2006 pela Portaria nº 2.528, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa reforça estas diretrizes ao definir que

sua finalidade principal é assegurar os direitos das pessoas idosas e criar condições de promoção, manutenção e recuperação de sua autonomia e independência por meio de medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em Porto Alegre, a área técnica da saúde da pessoa idosa está vinculada à Coordenação de Políticas Públicas de Saúde, dentro da Direção da Atenção Primária à Saúde (DAPS). Possui entre suas atribuições a participação em instâncias como o Conselho Municipal da Pessoa Idosa - COMUI, comitês de enfrentamento às violências, fóruns e redes de atenção à pessoa idosa, com o objetivo de criar estratégias e ações para cumprimento das políticas públicas e qualificação da assistência prestada à população idosa do município.

Complementando, com o novo modelo de cofinanciamento federal, foi criado um eixo temático específico para o Cuidado da Pessoa Idosa nos indicadores do componente e qualidade das equipes de Atenção Primária, o que estimula as equipes a promover boas práticas para o cuidado integral ao idoso. Dentre os indicadores estão: consultas periódicas, avaliação antropométrica, visitas domiciliares dos ACS e vacinação.

1.4.12 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde são modelos de cuidados de saúde que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. As PICS foram institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Estes recursos terapêuticos do SUS são transversais em suas ações em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, prioritariamente na Atenção Primária com grande potencial de atuação.

Uma das abordagens das PICS é a visão ampliada do processo saúde/doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. As indicações das PICS são embasadas no indivíduo como um todo, considerando-o em seus vários aspectos: físico, mental, emocional e social.

Entre as principais diretrizes da PNPIC está o aumento da resolutividade dos serviços de saúde, que ocorre a partir da integração – ao modelo convencional de

cuidado – de racionalidades com olhar e atuação mais ampliados, agindo de forma integrada e/ou complementar no diagnóstico, na avaliação e no cuidado.

Em Porto Alegre, além de seguir as diretrizes de implementação da PNPIC, foram estabelecidos os marcos legais das PICS no SUS, iniciando com a Lei Municipal nº 11.475/2013 – Política Intersectorial de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares e de Fitoterápicos (PIPMACF), seguida pela Lei Municipal nº 13.204/2022 – Programa Farmácia Viva de Porto Alegre, e posteriormente pela Lei Municipal nº 13.388/2023 – Programa Municipal de PICS e Educação Popular em Saúde (PMPICEPS). Todas essas leis legitimam esses modelos de cuidado em saúde na rede pública, sendo fundamentais para garantir o direito à saúde como um direito de todos e dever do Município, além de orientar a organização e o funcionamento do SUS, promovendo a saúde de forma integral e equânime para a população porto-alegrense.

As PICS são tecnologias leves ditas mais naturais, menos invasivas, de baixo custo e alta efetividade que podem auxiliar na melhora da qualidade de vida, ampliando a resolutividade dos demais acompanhamentos de saúde, sempre aliadas ao atendimento tradicional. Sua porta de entrada é prioritariamente na Atenção Primária de Saúde (APS), consequentemente suas ações diminuem as busca por consultas especializadas, pedidos de exames e baixas hospitalares.

Para os usuários terem acesso às PICS na Atenção Primária, devem procurar a sua unidade de saúde de referência, verificar quais PICS disponíveis no local e solicitar atendimento com profissional capacitado, sendo um serviço de demanda espontânea. Para o usuário ter informação de sua unidade de saúde pode acessar o [site da SMS](#). Ao entrar no site da SMS na página da Biblioteca Virtual da Atenção Primária em Saúde - BVAPS em Programas e Políticas de Saúde no índice Práticas Integrativas e Complementares em Saúde onde temos a lista orientativa das PICS por US de POA, que mostrará a lista de PICS do SUS de Porto Alegre e onde são realizadas, disponível no endereço virtual: [lista de PICS do SUS](#).

Na atenção especializada temos 5 PICS sendo ofertadas no SUS (reguladas via Gercon) são:

- acupuntura geral – realizada por equipe médica no Ambulatório PICS no CS Santa Marta, no Ambulatório de Especialidades Vila dos Comerciantes, Hospital Cristo Redentor e no Ambulatório de Especialidades IAPI;

- fitoterapia geral – Ambulatório PICS Modelo;
- homeopatia geral - Ambulatório PICS Modelo e no Hospital Nossa Senhora da Conceição;
- osteopatia geral – realizada por equipe da fisioterapia no Ambulatório de Especialidades Vila dos Comerciários e no Ambulatório de Especialidades IAPI;
- osteopatia pediátrica (para recém nascidos à crianças até seis anos) - Ambulatório de Especialidades Vila dos Comerciários.

A tabela abaixo faz o mapeamento dos registros dos procedimentos de PICS no período de 2019 a 2024 pelo e-SUS.

Tabela 47: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde realizadas nas US, por competência, nos anos de 2019 a 2024

PICS	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Acupuntura com inserção de agulhas	275	969	1.477	2.252	3.107	3.580
Sessão de auriculoterapia	1.872	453	1.398	2.728	6.062	4.056
Sessão de antroposofia aplicada à saúde	27	0	67	46	21	34
Tratamento fitoterápico	10	58	61	318	623	1.684
Sessão acupuntura aplicação ventosa/moxa	45	86	113	201	309	236
Sessão de imposição de mãos	212	0	214	705	1.084	462
Sessão de eletroestimulação	127	28	92	448	871	648
Tratamento em medicina tradicional chinesa	6	30	87	760	1.298	1.626
Sessão de constelação familiar	7	11	18	94	68	7
Sessão de aromaterapia	12	210	1.036	15.791	12.367	6.191
Sessão de terapia floral	0	32	85	18	93	8
Sessão de bioenergética	4	6	7	3	6	0
Sessão de geoterapia	14	6	57	63	106	119
Sessão de cromoterapia	0	15	111	2.344	1.933	530
Sessão de massoterapia	9	2	13	156	258	180
Sessão de hipnoterapia	0	2	4	2	2	1
Tratamento antroposófico	0	1	1	0	0	0
Tratamento naturopático	0	99	274	3.406	1.119	300
Sessão de meditação	0	0	0	28	2	1
Tratamento osteopático	0	0	0	2	1	8
Tratamento homeopático	0	0	0	28	34	100
Outras PICS*	102	0	0	0	0	0
Total	2.722	2.008	5.115	29.393	29.364	19.771

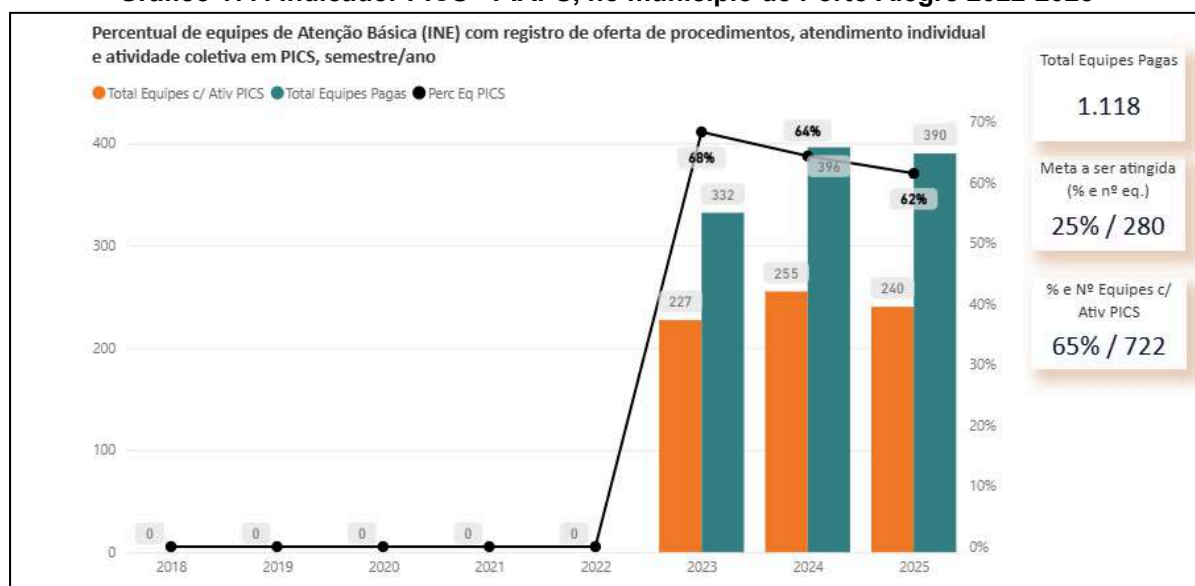
Fonte: e-SUS.

Comparando-se o ano de 2019 com 2020, obteve-se um número de atendimentos 40% menor do que o ano anterior, devido ao surgimento da pandemia da COVID-19 e a saída dos profissionais de saúde do IMESF. Já em 2021 tivemos 5.115 atendimentos registrados também devido à população já iniciar a vacinação COVID-19 e se sentirem mais seguros para ir à US para serem atendidos com alguma PIC. Nos anos de 2022 e de 2023, obtivemos 29.398 e 29.364 registros de procedimentos, respectivamente. Foram anos que os profissionais de saúde receberam cursos de capacitação de PICS em seus territórios, aumentando em torno de 500% as ofertas de consultas.. Em 2024 tivemos 19.777 registros de PICS via e-SUS e comparando ao ano anterior de 2023, destacamos uma diminuição na produção devido a catástrofe da enchente no município.

Ainda existem dificuldades de mapear as ações das PICS no e-SUS e no Gercon, pois os profissionais não registram corretamente suas ações e procedimentos nestes sistemas. Constata-se a necessidade de elaboração de estratégias de matriciamento e educação permanente de PICS para a rede de atenção, assim como garantir orçamento de insumos para os trabalhadores. Estas

dificuldades de registros podem impactar também em metas do Programa Estadual de Incentivos para APS – PIAPS, demonstrados no gráfico abaixo.

Gráfico 177: Indicador PICS - PIAPS, no município de Porto Alegre 2022-2025



Fonte: [BLSSES](#).

Segundo dados do Gercon, o número de primeiras consultas por serviço de PICS no ano de 2024, foi de 2.447 de oferta real, realizados pelas equipes de saúde na atenção especializada. A Osteopatia Pediátrica e a Osteopatia Adulta foram as especialidades mais procuradas no rol de especialidades PICS. Provavelmente porque no início do ano de 2024, iniciou a especialidade de Osteopatia Adulta, no Ambulatório de Especialidades do IAPI. Também a Acupuntura do Hospital Cristo Redentor teve um aumento significativo nas primeiras consultas, em torno de 30%. Durante o quadriênio 2022-2025 foi reaberto a Farmácia Homeopática e a aquisição de várias matrizes de medicamentos homeopáticos, sendo ofertado este serviço desde 1991, no CS Modelo.

Política de Saúde das Plantas Medicinais e Fitoterápicos

O Grupo Técnico de Trabalho de Fitoterapia (GTT de Fito) foi constituído para a formulação da Relação Municipal de Plantas Medicinais de interesse ao SUS de Porto Alegre. Em 2020 foi organizada a lista de plantas medicinais pela equipe do GTT de Fito, aprovada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica. A lista compõe de 81 exemplares e foi realizada de acordo com a Lei nº 11.476/2013, a Política Intersetorial de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares e de Fitoterápicos do município de Porto Alegre, com a Portaria nº 588/2017, com a Relação Estadual

de Plantas Medicinais de interesse do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul (Replame/RS), com o Decreto nº 5.813/2006, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e com a Portaria nº 971/2206, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). A iniciativa tem por objetivo resgatar, valorizar, ampliar e qualificar a utilização das plantas medicinais, além de promover ações para o uso da Fitoterapia nos serviços de saúde.

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

1.4.13 Saúde Bucal

A Saúde Bucal compõe a rede de ações de Atenção Primária ofertadas nas Unidades de Saúde de Porto Alegre. A carteira de serviços de saúde bucal contempla atividades de promoção e prevenção das doenças bucais, com atendimentos individuais e coletivos, além de tratamentos como restaurações diretas, pequenas cirurgias, exodontias, profilaxia, identificação e tratamento de lesões bucais e atendimento às urgências.

Os atendimentos odontológicos ocorrem em turnos diurnos e noturnos. Todas as US 22h apresentam estrutura para atendimento odontológico em horário estendido. Nas US contratualizadas, cabe salientar que a CF Diretor Pestana ainda não retomou os atendimentos após o evento climático de 2024.

Atualmente, das 134 Unidades de Saúde, 107 apresentam equipes de saúde bucal (ESB) em suas dependências. As 27 US que não possuem ESB, possuem US de referência para o atendimento odontológico.

A análise situacional da cobertura de saúde bucal no município de Porto Alegre, conforme a tabela abaixo, respaldada nos dados extraídos dos relatórios públicos de histórico de cobertura e no novo método de cálculo instituído pelo Departamento de Atenção Básica, permite verificar que de 2021 a 2024 houve um incremento na cobertura de saúde bucal nas equipes de saúde da família de 37,8% para 48,7%. Em relação à cobertura de SB na atenção básica, observou-se que houve flutuações, com diminuição de 59,6% em 2021 para 57,2% em 2023 e 56,2%

em 2024, resultando em uma cobertura final ligeiramente inferior à inicial do período analisado. É importante ressaltar que a população de Porto Alegre apresentou variação ao longo dos anos analisados. A população estimada em 2021 era de 1.492.530, e diminuiu para 1.332.845 em 2024. Essa flutuação no quantitativo populacional influencia diretamente nas taxas de cobertura, uma vez que o percentual de cobertura é calculado em relação à população total, e mudanças no denominador podem alterar a percepção do progresso ou regressão dos serviços de saúde bucal, mesmo com o mesmo número absoluto de equipes.

Tabela 48: Dados de população estimada, cobertura de saúde bucal na atenção básica e cobertura de atenção básica, 2021-2025

Ano	População	Cobertura SBAB (%)	Cobertura AB (%)
2021	1.492.531	48,8	80,9
2022	1.492.531	50,0	79,3
2023	1.492.531	47,3	93,8
2024	1.332.845	53,2	97,4
2025	1.332.845	52,5	94,0

Fonte: ^ARAG 2022, ^BRAG 2023, ^CRAG 2024, ^DRG 1º quadrimestre 2025 - e-gestor, relatórios públicos, histórico de cobertura, cobertura de saúde bucal e de atenção básica, data base: abril de 2021, abril de 2022, abril de 2023, abril de 2024 e abril de 2021 (acesso em 30/06/2025).

Das 134 US do município, 107 possuem equipe de saúde bucal, perfazendo quase 80% de US com ESB. As 27 US que não possuem ESB têm uma US de referência para atendimento aos usuários.

Coordenadoria de Saúde Oeste

A Coordenadoria Oeste passou a contar com mais 03 Unidades de Saúde com Equipes de Saúde Bucal em 2023 (US Nossa Senhora das Graças, Cruzeiro do Sul e Rincão). A despeito desse aumento, houve uma diminuição do número total de ESB. Essa redução ocorreu em função do novo contrato da APS, onde as ESB com carga horária reduzida (20h) das US contratualizadas foram extintas, tendo algumas sido unificadas em ESB de 40h.

Tabela 49: Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Coordenadoria Oeste

Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESB 40h	Nº ESB CH diferenciada	Cobertura populacional SB (%)
2022 ^A	452.146	21	14	31	7	28,2
2023 ^B	452.146	21	17	31	1	26,8
2024 ^C	367.934	21	17	32	1	30,8
2025 ^D	367.934	21	17	32	1	30,8

Fonte: ^ARAG 2022, ^BRAG 2023, ^CRAG 2024, ^DDados BI CNES histórico (competência julho/2025).

O Centro é o distrito que apresenta a menor cobertura de saúde bucal do município, conforme mostra a tabela abaixo. Esta cobertura reduzida está

relacionada, em grande parte, ao alto IDH do distrito, conforme já mencionado no PMS 2022-2025.

Tabela 50: Dados de cobertura populacional de saúde bucal nos distritos da Coordenadoria Oeste

Distrito de saúde	Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESB 40h	Nº ESB CH diferenciada	Cobertura populacional SB (%)
Centro	2022 ^A	293.689	3	2	10	0	11,7
	2023 ^B	239.689	3	2	7	1	9,2
	2024 ^C	243.761	3	2	8	1	12,6
	2025 ^D	243.761	3	2	8	1	12,6
Glória	2022 ^A	63.137	8	6	11	0	59,4
	2023 ^B	63.137	8	7	11	0	60,1
	2024 ^C	53.446	8	7	11	0	71,0
	2025 ^D	53.446	8	7	11	0	71,0
Cruzeiro	2022 ^A	86.262	5	2	5	4	33,9
	2023 ^B	86.262	5	3	6	0	24,0
	2024 ^C	40.883	5	3	6	0	50,6
	2025 ^D	40.883	5	3	6	0	50,6
Cristal	2022 ^A	9.058	5	4	6	2	294,8
	2023 ^B	9.058	5	5	7	0	266,6
	2024 ^C	29.844	5	5	7	0	80,9
	2025 ^D	29.844	5	5	7	0	80,9

Fonte: ^ARAG 2022, ^BRAG 2023, ^CRAG 2024, ^DDados BI CNES histórico (competência julho/2025).

Coordenadoria de Saúde Leste

A Coordenadoria Leste também teve um aumento de Unidades de Saúde com Equipes de Saúde Bucal em 2023, passando de 16 para 19 (US Tijuca, Vila Brasília e Jardim Protásio Alves). Em 2025, com o fim do convênio com o SESC, em função da necessidade de adequação da carreta onde eram prestados atendimentos para usuários de 2 US, a cobertura apresentou uma diminuição, como consta na tabela abaixo.

Tabela 51: Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Coordenadoria Leste

Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESB 40 h	Nº ESB CH diferenciada	Cobertura populacional SB (%)
2022 ^A	343.349	43	33	54	6	58,9
2023 ^B	343.349	44	36	60	2	61,4
2024 ^C	314.310	44	36	59	3	67,6
2025 ^D	314.310	44	34	59	1	65,7

Fonte: ^ARAG 2022, ^BRAG 2023, ^CRAG 2024, ^DDados BI CNES histórico (competência julho/2025).

Tabela 52: Dados de cobertura populacional de saúde bucal nos distritos da Coordenadoria Leste

Distrito de saúde	Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESB 40h	Nº ESB CH diferenciada	Cobertura populacional SB (%)
Leste	2022 ^A	119.462	15	11	20	2	62,8
	2023 ^B	119.462	15	13	23	1	68,9

Nordeste	2024 ^C	105.725	15	13	22	2	77,5
	2025 ^D	105.725	15	11	22	0	71,8
	2022 ^A	40.528	8	5	6	1	58,5
	2023 ^B	40.528	8	6	8	0	68,1
	2024 ^C	46.808	8	6	8	0	59,0
	2025 ^D	46.808	8	6	8	0	59,0
Partenon	2022 ^A	114.705	11	10	18	1	56,8
	2023 ^B	114.705	11	10	18	1	56,8
	2024 ^C	106.057	11	10	18	1	61,4
	2025 ^D	106.057	11	10	18	1	61,4
Lomba do Pinheiro	2022 ^A	72.066	9	7	10	2	56,2
	2023 ^B	72.066	10	7	11	0	52,7
	2024 ^C	55.720	10	7	11	0	68,1
	2025 ^D	55.720	10	7	11	0	68,1

Fonte: ^ARAG 2022, ^BRAG 2023, ^CRAG 2024, ^DDados BI CNES histórico (competência julho/2025).

Coordenadoria de Saúde Norte

A Coordenadoria Norte apresentou uma redução do número de Equipes de Saúde Bucal a partir do novo contrato da APS em 2023, onde as ESB 20h das Parceiras foram extintas, tendo algumas sido unificadas em ESB 40h, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 53: Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Coordenadoria Norte

Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESB 40 h	Nº ESB CH diferenciada	Cobertura populacional SB (%)
2022 ^A	395.602	38	30	53	15	57,4
2023 ^B	395.602	38	30	58	4	53,5
2024 ^C	343.592	38	30	58	4	61,7
2025 ^D	343.592	38	30	59	2	60,9

Fonte: ^ARAG 2022, ^BRAG 2023, ^CRAG 2024, ^DDados BI CNES histórico (competência julho/2025).

O distrito Eixo Baltazar teve o incremento de 1 ESB na US Passo das Pedras I em 2024. No distrito Ilhas, a US Ilha do Pavão passou a contar com 1 ESB 20h a partir de 2023, a qual foi extinta em 2025, conforme demonstra a tabela abaixo.

Tabela 54: Dados de cobertura populacional de saúde bucal nos distritos da Coordenadoria Norte

Distrito de saúde	Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESB 40h	Nº ESB CH diferenciada	Cobertura populacional SB (%)
Norte	2022 ^A	116.879	15	10	16	4	57,5
	2023 ^B	116.879	14	10	20	0	59,0
	2024 ^C	88.567	14	10	20	0	77,9
	2025 ^D	88.567	14	10	20	0	77,9
Eixo Baltazar	2022 ^A	86.733	10	7	12	4	61,6
	2023 ^B	86.733	11	7	12	0	51,2
	2024 ^C	84.855	11	7	13	0	52,9
	2025 ^D	84.855	11	7	13	0	52,9
Noroeste	2022 ^A	135.747	5	5	13	2	36,8
	2023 ^B	135.747	5	5	12	3	37,5
	2024 ^C	122.856	5	5	13	2	41,4

	2025 ^D	122.856	5	5	13	2	41,4
	2022 ^A	47.422	5	5	10	5	104,4
Humaitá	2023 ^B	47.422	5	5	11	0	79,1
Navegantes	2024 ^C	41.263	5	5	10	1	90,9
	2025 ^D	41.263	5	5	11	0	92,0
	2022 ^A	8.822	3	3	2	0	78,2
Ilhas	2023 ^B	8.822	3	3	2	1	112,2
	2024 ^C	6.411	3	3	2	1	154,4
	2025 ^D	6.411	3	2	2	0	107,6

Fonte: ^ARAG 2022, ^BRAG 2023, ^CRAG 2024, ^DDados BI CNES histórico (competência julho/2025).

Coordenadoria de Saúde Sul

A Coordenadoria Sul apresentou uma diminuição em sua cobertura populacional entre 2022 e 2025. Esta redução ocorreu em função de 2 fatores: (1) a reorganização das ESB em 2023 e (2) o aumento populacional do território, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 55: Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Coordenadoria Sul

Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESB 40 h	Nº ESB CH diferenciada	Cobertura populacional SB (%)
2022 ^A	301.433	31	27	50	5	62,8
2023 ^B	301.433	31	27	48	2	57,6
2024 ^C	306.649	31	27	48	2	56,0
2025 ^D	306.649	31	27	49	1	56,1

Fonte: ^ARAG 2022, ^BRAG 2023, ^CRAG 2024, ^DDados BI CNES histórico (competência julho/2025).

O Distrito Restinga foi o mais afetado com a reorganização da ESB. Aliado ao aumento da população (cerca de 18%), apresentou uma queda importante na cobertura de saúde bucal, conforme demonstra a tabela abaixo.

Tabela 56: Dados de cobertura populacional de saúde bucal nos distritos da Coordenadoria Sul

Distrito de saúde	Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESB 40h	Nº ESB CH diferenciada	Cobertura populacional SB (%)
Sul	2022 ^A	91.169	7	7	14	0	53,0
	2023 ^B	91.169	8	8	15	0	56,8
	2024 ^C	91.897	8	8	15	0	56,3
	2025 ^D	91.897	8	8	15	0	56,3
Centro Sul	2022 ^A	110.932	11	9	11	2	39,2
	2023 ^B	110.932	10	8	11	1	36,9
	2024 ^C	101.134	10	8	11	1	40,5
	2025 ^D	101.134	10	8	12	0	40,9
Extremo Sul	2022 ^A	36.125	5	5	10	0	95,5
	2023 ^B	36.125	5	5	9	1	94,3
	2024 ^C	40.789	5	5	9	1	83,5
	2025 ^D	40.789	5	5	9	1	83,5
Restinga	2022 ^A	59.795	8	6	15	3	101,6
	2023 ^B	59.795	8	6	13	0	75,0
	2024 ^C	72.829	8	6	13	0	61,6

2025 ^D	72.829	8	6	13	0	61,6

Fonte: ^ARAG 2022, ^BRAG 2023, ^CRAG 2024, ^DDados BI CNES histórico (competência julho/2025).

Com o objetivo de aumentar a cobertura populacional, a CSB-DAPS tem como meta manter o quantitativo de Equipes de Saúde Bucal e implantar ESB em mais 3 Unidades de Saúde na Coordenadoria Norte (US Beco dos Coqueiros, US Jenor Jarros e US Vila Elizabeth), no período de 2026 a 2029. Da mesma forma, objetiva-se adequar os consultórios odontológicos nas Unidades de Saúde com melhoria da ambiência, da equipe de recursos humanos, da capacidade diagnóstica, proporcionando melhor resolutividade na assistência aos usuários.

Ainda, no que tange a APS, há planejamento para qualificação dos equipamentos voltados à adequação e ajuste de próteses dentárias na atenção primária.

Atenção Especializada em Saúde Bucal

Quando as demandas de saúde bucal ultrapassam a capacidade de atendimento da APS, no que se refere à complexidade dos procedimentos, as ESB referenciam aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para atendimento especializado. Os usuários são encaminhados via sistema Gercon, seguindo os protocolos validados e implantados para as especialidades de endodontia, periodontia, estomatologia, prótese dentária, pacientes com necessidades especiais, odontopediatria e cirurgia buco-maxilo-facial, além de exames radiográficos.

O município conta com 4 CEOs próprios (Santa Marta, GCC, Bom Jesus e IAPI), além do CEO GHC e do CEO UFRGS. Para o ano de 2025, pretende-se implantar mais 2 CEOs no município: 1 CEO Tipo I (Uniritter) e 1 CEO Tipo II (PUC).

A pandemia impactou diretamente a oferta de consultas especializadas, resultando em um aumento significativo da demanda reprimida nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Em 2024, esse cenário foi agravado pelo fechamento temporário do CEO Santa Marta, em decorrência da interdição do prédio atingido pela enchente. O serviço foi retomado em setembro de 2024.

Tabela 57: Demanda reprimida de consultas especializadas, oferta de primeiras consultas, novas solicitações, tempo médio de espera para pacientes com alta prioridade (dias), tempo médio de espera geral (dias), em julho de 2025

Agenda	Pacientes em fila de espera	Oferta de primeiras consultas em julho/2025	Novas solicitações em julho/2025	Efetividade (últimos 6 meses)	Tempo médio de espera para pacientes com alta prioridade (dias)	Tempo médio de espera para pacientes com baixa prioridade (dias)

Cirurgia Bucomaxilofacial CEO	1.175	237	417	0,82	4	22
Endodontia	4.755	712	806	0,83	3	11
Estomatologia CEO	85	89	144	0,92	2	5
Odontopediatria	872	38	51	0,74	53	357
Pacientes com necessidades especiais em Odontologia	227	35	50	0,82	16	30
Periodontia	118	19	74	1,07	10	144
Prótese dentária	8.726	77	430	0,33	429	1.401

Fonte: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMmQ1YTYxMGUtNzgZOC00ZWY3LWJhOTYtYTAwZjk5YjNmOGlyliwidCI6IjAONmFkMWJlWE5NTYtNDAA0OC05ODAzLTc4MTIyN2FhMDAzOSIsImMiOj9> (acesso em 15/08/2025).

A tabela acima apresenta os dados de demanda reprimida de consultas especializadas, oferta de primeiras consultas, novas solicitações, a efetividade dos últimos 6 meses (proporção entre a oferta e a demanda) e a mediana de espera dos últimos 6 meses (tempo médio de espera para pacientes com alta e baixa prioridade) em julho de 2025. As especialidades com maior fila de espera são prótese dentária, endodontia, cirurgia bucomaxilofacial CEO e odontopediatria. As estratégias para redução do tempo de espera de consultas passam, primeiramente, pela requalificação das filas de espera, mediante pendenciamento das solicitações e reavaliação por parte da APS da manutenção da necessidade de tratamento, preferencialmente por consulta presencial. Em virtude do longo tempo de espera nestas especialidades, não raramente, os pacientes realizam o tratamento dos dentes em instituições privadas ou de ensino, entre outras. Ou ainda, há piora na condição de saúde bucal que inviabiliza ou contraindica o procedimento especializado previamente indicado. Outra estratégia para reduzir este passivo são os mutirões nas especialidades de endodontia, cirurgia bucomaxilofacial, periodontia e odontopediatria, mediante credenciamentos ou parcerização.

Da mesma forma, visando à redução da demanda reprimida por próteses dentárias, há planejamento para a contratualização da prestação desses serviços, abrangendo tanto o atendimento clínico quanto a confecção de aparelhos protéticos, conforme já estipulado no PROMETA. O município conta com 2 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária credenciados junto ao Ministério da Saúde. Atualmente, existem 3 locais para atendimento das agendas de prótese: CEO GHC, SESC Navegantes e SESC Alberto Bins. Os casos encaminhados pela Atenção

Primária são priorizados conforme o Protocolo Municipal. Há oferta de reabilitação protética removível para pacientes total ou parcialmente desdentados, com o objetivo de restabelecer as funções mastigatória e estética, fundamentais para a adoção de uma dieta balanceada e para a reintegração social desses indivíduos.

A tabela a seguir apresenta a oferta de primeiras consultas no período de 2022 a 2025. O ano de 2024 apresentou uma diminuição no número de consultas ofertadas em virtude da enchente, a qual afetou, sobretudo, o CEO Santa Marta.

Tabela 58: Oferta de primeiras consultas nos Centros de Especialidades Odontológicas, por especialidade, por ano

Especialidade	2021	2022	2023	2024	2025*
Cirurgia Bucomaxilofacial CEO	1.525	2.899	4.396	4.087	4.172
Endodontia	2.069	4.893	7.487	6.781	7.270
Estomatologia	1.196	1.476	2.162	1.719	2.456
Pacientes com necessidades especiais em Odontologia + Pediatria	208	752	995	610	667
Periodontia	1.071	1.450	1.986	1.925	3.604
Prótese dentária	603	849	1.688	1.344	996

Fonte: BI Consultas Ambulatoriais / estatística da agenda (acesso em 27/08/2025).* dados parciais.

Com relação à estrutura física dos serviços, os CEOs próprios passaram por algumas adequações de menor porte para melhora da ambiência. Nos CEOs Vila dos Comerciários e Bom Jesus, houve reforma nas salas. Nos CEOs IAPI e Santa Marta houve ampliação. Apesar das reformas realizadas, os espaços físicos ainda necessitam de melhorias (principalmente nas Centrais de Material e Esterilização). Os CEOs tiveram sua capacidade de trabalho ampliada com o incremento de recursos humanos, especialmente cirurgiões-dentistas nas especialidades de endodontia, cirurgia bucomaxilofacial e periodontia, além de auxiliares de saúde bucal, conforme demonstra a tabela abaixo.

Tabela 59: Carga horária dos profissionais lotados nos Centros de Especialidades Odontológicas

Especialidade	2021 (horas)	2025 (horas)	Incremento absoluto (horas)	Incremento percentual (%)
Cirurgia Bucomaxilofacial CEO	140	260	120	85,7
Endodontia	396	568	172	43,4
Estomatologia	54	46	-8	-14,8
Pacientes com necessidades especiais em Odontologia + Pediatria	32	70	38	118,8
Periodontia	170	170	0	0
Radiologia	24	100	76	316,7
Auxiliar de Saúde Bucal	740	1214	474	64,1

Fonte: CNES.

Com relação aos exames de diagnóstico (radiografias), em virtude da grande demanda reprimida no período da pandemia, foram realizadas contratações para dirimir o grande número de solicitações de exames pendentes. Houve a contratação de um prestador privado em 2023 após processo de licitação. Considerando a contrapartida destinada ao CS Santa Marta para reestruturação do Serviço de Radiologia do Santa Marta, este serviço contará com o primeiro serviço de radiologia extra oral (RX panorâmico) do município, além das duas salas de exames intra-orais que já funcionam. A parceria com a UFRGS para realização de exames extra orais, conforme ocorria previamente à pandemia, foi retomada em 2023. Existe, ainda, o planejamento para colocação de um aparelho de raio-x panorâmico no CS IAPI, aumentando a oferta desses exames.

Atualmente, além do Serviço de Radiologia do Santa Marta, ofertam radiografias intra-orais, o Serviço de Radiologia do IAPI, do HMIPV e a Clínica da Família José Mauro Ceratti. A oferta de exames foi ampliada para algumas Unidades de Atenção Primária, com o objetivo de descentralizar os serviços e facilitar o acesso da população, especialmente nos locais em que há estrutura física adequada para a instalação de aparelhos de raios X. Até o momento, foram instalados equipamentos nas seguintes Unidades: CF IAPI, US Ramos, US Navegantes, US Belém Novo, CF Álvaro Difini, US Tristeza, US Lami, CF Campo da Tuca, US Panorama e US Jardim Protásio Alves. Está em andamento o planejamento para a implantação de aparelhos em, pelo menos, outras 13 unidades.

Serviços de Urgência Odontológica

Os serviços de atendimento odontológico compõem o leque de serviços da SMS e estão localizados no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (atendimento 24 horas) e na Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar (GHC - atendimento de segunda a sábado das 7h às 18h).

O Setor de Odontologia do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), criado em 1989, atende aproximadamente 1.154 pacientes em situação de urgência odontológica por mês. Desenvolve suas atividades assistenciais com base em protocolo clínico desenvolvido pela equipe e publicado em 2014. O serviço é referência para toda a rede de atenção básica nos casos de urgências odontológicas, como infecções odontogênicas graves, traumas dentários, pulpites e hemorragias. Os pacientes são atendidos pela equipe odontológicas e se necessário

internados em Sala de Observação adulta e pediátrica, e acompanhados até sua alta ou encaminhados, através de fluxos já pactuados, a hospitais da rede de saúde. Atualmente, dispõe de três consultórios completos, um aparelho de RX e sensor radiográfico digital. Seu corpo clínico é composto de 11 Cirurgiões Dentistas e 11 Auxiliares de Consultório Dentário com funcionamento 24 horas todos os dias da semana, garantindo suporte contínuo para a rede de atenção em saúde.

Tabela 60: Distribuição do número de atendimentos odontológicos e desistências em saúde bucal na Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, Porto Alegre de 2021 a 2024

Atendimentos Odontológicos	2021	2022	2023	2024
Nº de Boletins emitidos	8.237	9.237	11.178	12.709
Nº de Atendimentos	8.161	9.148	11.059	12.593
Nº de Desistências	76	89	119	116
Percentual de Desistências	0,9%	1,0%	1,1%	0,9%

Fonte: SIHO/AMB. Percentual de desistências = Total de desistências / total de boletins emitidos x 100.

A Emergência Odontológica da UPA Moacyr Scliar atende desde setembro de 2012, quando foi inaugurada a Unidade de Pronto Atendimento. Dispõe de um consultório odontológico. Seu corpo clínico é composto por 2 cirurgiões dentistas. São atendidas emergências odontológicas conforme Protocolo de Urgências Odontológicas do Município de Porto Alegre, de 2014. Houve aumento na procura por atendimento, desde o ano de 2021 com significativa diminuição no ano de 2024.

Tabela 61: Distribuição do número de atendimentos odontológicos e desistências em saúde bucal na UPA Moacyr Scliar, Porto Alegre de 2021 a 2024

Atendimentos odontológicos	2021	2022	2023	2024
Nº boletins emitidos	2.483	3.405	3.952	2.629
Nº de atendimentos	2.404	3.121	3.513	2.143
Nº de desistências	79	284	439	486
Percentual de desistências	3,2	8,3	18,1	18,5

Fonte: SIHO/AMB. Percentual de desistências = Total de desistências/ total de boletins emitidos x 100.

Tabagismo

O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como cânceres, câncer de boca, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis. Relatório da OMS ratifica e alerta sobre a epidemia global do tabaco (WHO 2025). Estudos também apontam o tabagismo como o principal causador da doença periodontal (Ferreira, 2024).

Desde o final da década de 1980, sob a ótica da promoção da saúde, a gestão e governança do controle do tabagismo no Brasil vêm sendo articuladas pelo

Ministério da Saúde através do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil seguindo um modelo lógico no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio à adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre crianças, adolescentes e jovens; para promover a cessação de fumar; e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco. O PNCT faz parte da rede de tratamento do tabagismo no SUS e não tem custo para os usuários, pois toda a medicação e material são fornecidos pelo INCA/Ministério da Saúde (INCA, 2022).

O Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) é uma pesquisa telefônica realizada com maiores de 18 anos, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, sobre diversos assuntos relacionados à saúde. Segundo dados do estudo Vigitel 2023, Porto Alegre lidera, entre as capitais, as frequências de adultos que fumam (13,8%), e também de mulheres tabagistas (15,6%). A frequência de fumantes passivos no domicílio foi de 6,5%, e no local de trabalho foi de 5,5% (BRASIL, 2023).

Conforme as responsabilidades da gestão municipal estabelecidas na Portaria GM/MS nº 908, de 20 de abril de 2022, em Porto Alegre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) é oferecido nas unidades de saúde por profissionais capacitados da Atenção Primária, por meio de atendimentos individuais e coletivos, mediante agendamento presencial na unidade de saúde ou pelo aplicativo 156+POA – Quero Parar de Fumar APS (BRASIL, 2022a). De acordo com o preenchimento do formulário do primeiro quadrimestre de 2025 pelas equipes de saúde, 47 unidades de saúde disponibilizaram o tratamento para cessação do tabagismo. A rede conta atualmente com 264 profissionais prescritores, entre médicos, farmacêuticos e cirurgiões-dentistas. Em 2026, a lista de prescritores será ampliada para incluir também enfermeiros.

A Coordenação de Saúde Bucal tem como objetivo atuar para reduzir a prevalência de fumantes e os agravos à saúde dos munícipes.

O planejamento segue o que preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2022a):

- ampliar o número de Unidades de Saúde e equipes que ofereçam os tratamentos individuais e em grupo aos tabagistas, principalmente no que tange a profissão do cirurgião-dentista e das equipes de saúde bucal, de forma interdisciplinar;
- instituir o Guia do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, alinhado às diretrizes nacionais e internacionais, com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes e promover qualidade de vida à população (BRASIL, 2021);
- ampliar a capacitação de profissionais para 100% nas Unidades de Saúde, mediante cursos do INCA ou dos Programas de Controle de Tabagismo Estadual ou Municipal. Há a previsão de criação de um produto educacional direcionado às equipes com a temática Tabagismo, junto à Plataforma EducaPOA;
- coletar e monitorar os indicadores e o alcance das metas de cuidado ao tabagista, para avaliação e monitoramento em âmbito municipal, repassando os dados municipais à Secretaria Estadual de Saúde;
- garantir ao usuário o direito de atendimento em qualquer unidade da APS, independente de sua adscrição territorial nos serviços de saúde com funcionamento até às 22h (previsão: 2026);
- estimular junto às equipes as abordagens breve e intensiva para o tratamento do tabagismo, e disponibilizar o tratamento medicamentoso e materiais educativos, sempre que indicado, em consonância com a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e a legislação sanitária vigente;
- articular ações e capacitação às equipes de saúde bucal, para redução dos efeitos negativos do tabaco sobre a saúde bucal, com o objetivo de reduzir a periodontite e o edentulismo (perda de dentes) na população (Ferreira, 2024).

Quanto às ações coletivas de promoção de saúde:

- estimular atividades educativas relativas ao controle, à prevenção e ao tratamento do tabagismo nos estabelecimentos de saúde e espaços coletivos;

- fortalecer as ações pelos ambientes livres de fumaça do tabaco, e de controle do uso de cigarros eletrônicos e *vapes*, junto ao Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2022b), e à equipe do Coletivo Técnico do Programa Saber Saúde (INCA, 2015);
- fortalecer as ações do Projeto Maio Vermelho para ações de promoção e prevenção primária do câncer de boca, atuando na redução do fumo e de outras formas de tabaco. As atividades são intensificadas no mês de maio, mas podem ser realizadas ao longo do ano nas unidades de saúde (Herpich, 2022);
- apoiar campanhas e atividades de prevenção e combate ao Tabagismo junto ao Dia Mundial da Saúde (7 abril), campanha de prevenção de Câncer Bucal (Maio Vermelho) no mês de maio, Dia Mundial Sem Tabaco (31 de maio), Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) e Semana da Saúde Bucal em outubro;
- articular ações intra e intersetoriais envolvidas com o tabagismo, as doenças e agravos não transmissíveis, Vigilância em Saúde, Assessoria de Comunicação, PET-SAÚDE, Universidades, empresas parceiras, entre outros.

1.4.14 Saúde da Criança e do Adolescente

Utilizando como referência o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); Lei nº 8.069 de 1990, considera-se criança, a pessoa com até 12 anos de idade incompletos e, adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade. Como descrito no ECA, a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando-se lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Os direitos previstos no ECA aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, cor ou raça, etnia, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem.

Na busca da garantia de crescimento e desenvolvimento pleno das crianças e adolescentes é imprescindível considerar a necessidade de desenvolver ações desde a concepção até o nascimento e posteriormente à este, o necessário acompanhamento, visando oportunizar, de forma equânime, o acesso adequado aos cuidados de crianças e adolescentes.

Saúde da Criança

A Atenção à Saúde da Criança em Porto Alegre baseia-se, fundamentalmente, na Portaria nº1130/2015, que institui no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Objetiva efetivar medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, reduzindo vulnerabilidades e risco de adoecimento e outros agravos, prevenção das doenças na vida adulta e da morte prematura em crianças. São diretrizes da Política:

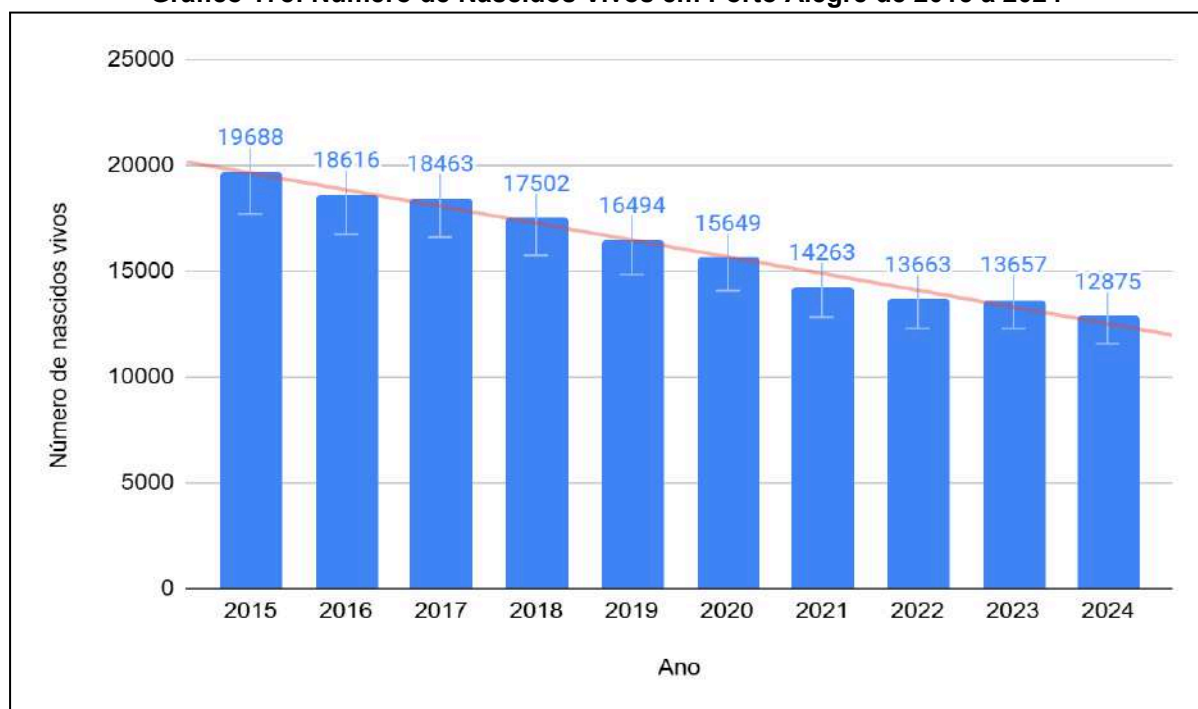
- atenção humanizada e qualificada da gestação, parto, nascimento e assistência ao recém-nascido – foco da estruturação e fortalecimento de uma rede articulada de atenção;
- promover ações de aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- promover e acompanhar o crescimento e desenvolvimento integral – vigiar e estimular o pleno crescimento e desenvolvimento da criança pela APS, utilizando como norteador a “caderneta de saúde da criança”, fortalecendo e apoiando a família como protagonista deste cuidado;
- oferecer atenção integral à crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas, estabelecendo o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo destas doenças, implementando ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível;
- atenção à criança em situação de violência, prevenção de acidentes e cultura da paz – articular ações e estratégias de rede, organizando os fluxos dos territórios, o acesso aos serviços especializados e qualificação da atenção à criança em situação de violência sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando a proteção social do território e promovendo a formação dos profissionais envolvidos;

- atenção à criança com deficiência, em situações específicas e de vulnerabilidade;
- vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal – monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal – análise e adoção de medidas focadas na prevenção dos óbitos evitáveis.

Analisando os números de crianças e adolescentes que compõem a base populacional da cidade se verificam os seguintes números: crianças de zero a 4 anos: 64.258 hab; crianças de 5 a 9 anos: 76.417 habitantes; adolescentes de 10 a 14 anos: 72.898 habitantes e adolescentes de 15 a 19 anos: 75.603 habitantes (Fonte: IBGE, 2022).

Neste sentido, os números de nascidos vivos em Porto Alegre mostram que tem havido uma redução gradativa nos nascimentos no decorrer dos anos. O gráfico abaixo mostra a tendência de redução no número de nascimentos ao longo da última década. Entre os anos de 2015 e 2024, foram registrados 6.813 nascimentos a menos.

Gráfico 178: Número de Nascidos Vivos em Porto Alegre de 2015 a 2024



Fonte: SINASC Porto Alegre. Acesso em maio de 2025.

De acordo com os dados do SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), apresentados na tabela abaixo, os distritos de Porto Alegre que registraram os maiores quantitativos de nascimentos em 2024 foram: Centro, Leste, Partenon, Norte, Eixo Baltazar, Noroeste e Restinga.

Tabela 62: Nascidos vivos por distrito de Porto Alegre no período de 2015 a 2024

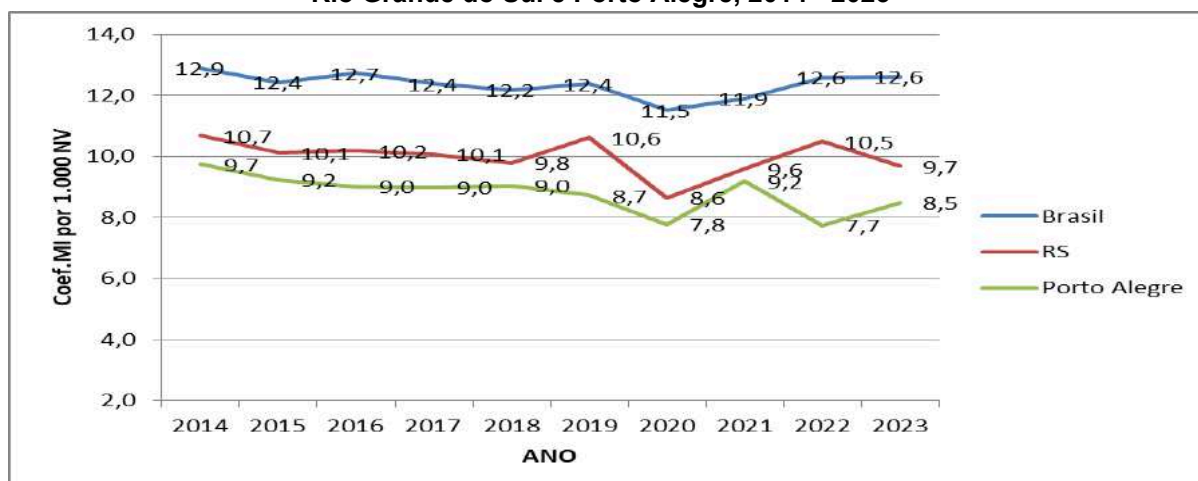
Distrito	Ano de Nascimento									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Centro	2.532	2.402	2.499	2.269	2.168	1.907	1.866	1.849	1.859	1.724
Centro Sul	1.416	1.333	1.185	1.179	1.067	959	894	892	806	785
Cristal	100	350	328	283	279	298	281	324	329	293
Cruzeiro	1.116	786	807	690	676	579	529	498	429	454
Eixo Baltazar	1.242	1.204	1.233	1.212	1.160	1.061	1.034	922	936	886
Extremo Sul	522	540	526	540	438	448	439	419	450	395
Glória	957	918	917	838	768	736	669	583	601	533
Humaitá										
Navegantes	567	626	602	568	547	542	505	497	468	395
Ign	1.139	802	418	232	222	654	20	13	409	468
Ilhas	145	110	131	141	124	97	81	93	71	68
Leste	1.644	1.457	1.487	1.558	1.458	1.405	1.285	1.166	1.160	1.119
Lomba Do Pinheiro	1.008	981	1.025	889	865	810	772	735	696	670
Nordeste	658	675	611	641	643	594	637	650	584	618
Noroeste	1.493	1.352	1.387	1.360	1.273	1.076	1.015	982	973	883
Norte	1.405	1.366	1.394	1.365	1.265	1.229	1.147	1.047	1.061	915
Partenon	1.640	1.647	1.642	1.608	1.461	1.319	1.198	1.186	1.093	1.012
Restinga	963	932	1.063	1.035	1.009	977	970	937	884	871
Sul	1.141	1.135	1.208	1.102	1.071	958	921	870	848	784
Total Geral	19.688	18.616	18.463	17.510	16.494	15.649	14.263	13.663	13.657	12.873

Fonte: SINASC Porto Alegre. Acesso em maio de 2025.

Mortalidade infantil

A mortalidade infantil é um importante indicador de saúde e de condições de vida de uma população. O cálculo do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) estima o risco de um nascido vivo morrer antes de completar um ano de vida. Quanto maior o valor do CMI, pior é o nível de desenvolvimento socioeconômico e de assistência à saúde de uma região. O adequado acompanhamento da gestação tem repercussão direta na saúde do neonato e, por consequência, nos coeficientes de mortalidade infantil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere em seus documentos técnicos que o CMI de qualquer país representa os cuidados materno-infantis dispensados desde a gestação, passando pela assistência ao parto e nascimento, assim como os cuidados ao neonato, pelo menos até o primeiro ano de vida.

Gráfico 179: Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) por 1.000 nascidos vivos(NV) no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, 2014 - 2023*

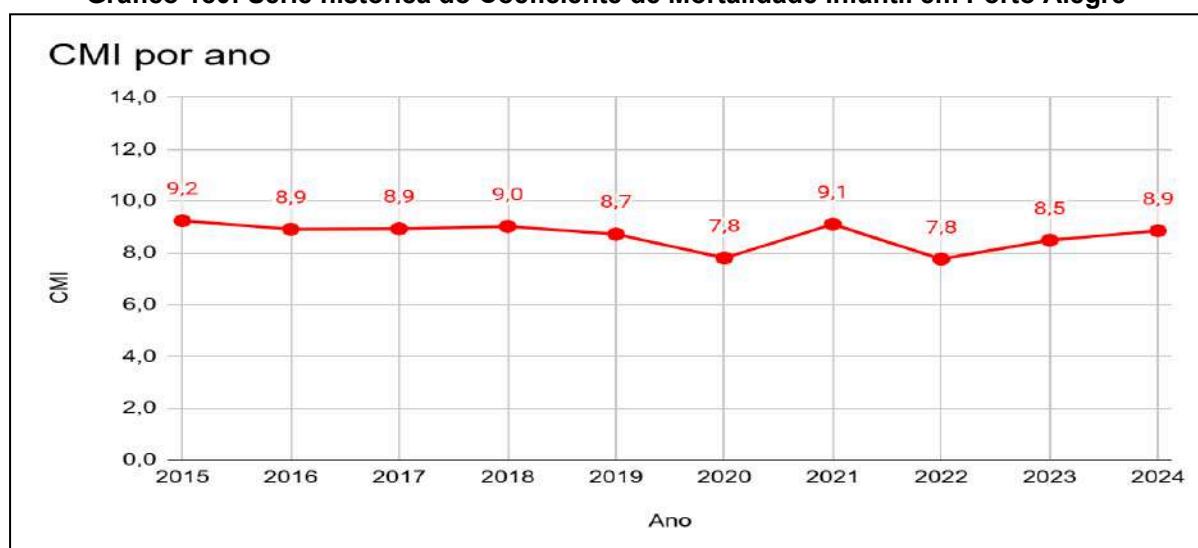


Fonte: SIM/SINASC/DATASUS, dados extraídos em 27/02/2025.

O gráfico acima mostra a evolução do coeficiente de mortalidade infantil entre 2014 e 2023 no Brasil, no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre. Observa-se uma tendência geral de queda da mortalidade infantil nas três esferas; porém, em Porto Alegre, o coeficiente se mantém abaixo das taxas do estado e do país

A série histórica do coeficiente de mortalidade infantil no município de Porto Alegre mostra que o CMI tem se mantido abaixo de dois dígitos há mais de dez anos, sendo os menores coeficientes observados nos anos de 2020 e 2022, conforme mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 180: Série histórica do Coeficiente de Mortalidade Infantil em Porto Alegre



Fonte: SIM/ SINASC Porto Alegre. Acesso em maio de 2025.

Tabela 63: Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) em Porto Alegre conforme cor ou raça, 2014 - 2023

Ano		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Cor ou raça											

Branca	10,6	9,3	8,3	8,5	7,9	9,3	7,1	9,6	8,1	9,4
Preta	5,8	6,9	6,9	5,0	9,3	4,6	9,0	6,1	4,6	5,0
Amarela	0,0	0,0	52,6	0,0	0,0	454,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Parda	6,7	10,2	12,2	12,0	9,2	4,8	5,1	4,8	8,5	8,1
Indígena	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	62,5	35,7	0,0	0,0	33,3
Total	9,7	9,2	8,9	8,9	9,0	8,7	7,8	9,2	7,8	8,5

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

Tabela 64: Coeficiente de mortalidade infantil por Distrito Sanitário, Porto Alegre 2014 - 2023

Distrito Sanitário	Ano									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Centro	6,2	8,7	7,5	2,4	7,1	3,7	6,8	7,1	3,8	6,5
Centro-sul	11,4	4,2	11,3	11,0	10,2	6,6	6,3	10,1	7,8	6,2
Cristal	13,7	0,0	8,6	6,1	17,7	21,5	10,1	14,2	3,1	12,2
Cruzeiro	13,1	3,6	8,9	5,0	13,0	10,4	15,5	9,6	10,0	14,0
Eixo Baltazar	10,2	8,9	11,6	10,5	9,9	8,6	6,6	8,8	13,0	13,9
Extremo Sul	9,7	5,7	20,4	1,9	9,3	20,5	13,4	9,2	11,9	20,0
Glória	10,2	11,5	8,7	7,6	8,4	15,6	4,1	4,5	3,4	10,0
Humaitá Navegantes	6,1	10,6	11,2	19,9	5,3	5,5	1,8	4,0	2,0	8,5
Ilhas	8,4	27,6	27,3	15,3	35,5	16,1	0,0	12,3	21,5	0,0
Leste	13,8	15,2	10,3	7,4	8,4	7,5	9,3	7,0	8,6	6,0
Lomba do Pinheiro	10,6	12,9	7,1	10,7	12,4	9,2	11,1	10,4	4,1	2,9
Nordeste	10,1	16,7	14,8	13,1	14,0	12,4	5,1	14,2	16,9	8,6
Noroeste	6,8	7,4	3,7	7,9	5,1	5,5	3,7	5,0	11,2	8,2
Norte	8,0	10,7	12,4	15,1	9,5	8,7	16,3	5,3	5,7	4,7
Partenon	10,6	12,2	6,7	12,2	5,6	8,9	6,1	13,5	5,1	11,0
Restinga	11,7	16,6	10,7	13,2	15,5	15,9	9,2	15,6	13,9	10,2
Sul	6,3	2,6	3,5	5,8	4,5	5,6	4,2	9,8	4,6	7,1
Porto Alegre	9,7	9,2	8,9	8,9	9,0	8,7	7,8	9,2	7,8	8,5

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

Historicamente observamos maiores índices de mortalidade infantil em distritos mais distantes da zona central da cidade, em especial na Zona Sul os distritos Extremo Sul e Restinga, na Norte o Distrito Eixo Baltazar, na Oeste os distritos Cruzeiro e Cristal e na Leste o distrito Partenon. Nestes 10 anos observamos um decréscimo na mortalidade infantil na cidade, de 9,7 óbitos por mil nascidos vivos para 8,5 óbitos por mil.

O Comitê de Prevenção ao Óbito Infantil e Fetal de Porto Alegre tem desempenhado ações contundentes no sentido de esclarecer as causas e circunstâncias dos óbitos, atuando na prevenção de novos eventos, assim como analisando as ações possíveis para que haja redução no número de casos de óbitos. Relevante ressaltar que o Comitê está ativo desde 2008 e que, além de promover encontros mensais de discussão de casos com os serviços envolvidos, tem trabalhado de modo sistemático na investigação dos óbitos infantis, analisando individualmente os casos, identificando as ações possíveis para revisão dos processos de trabalho e de qualificação no acesso dos usuários, buscando propor

ações de melhorias no acesso à rede de atenção. Neste sentido há vários anos 100% dos óbitos infantis são investigados na cidade, ação que permite conhecer individualmente cada caso de óbito e as ações necessárias para mitigação das causas.

Um dos desafios para a redução dos óbitos infantis é a faixa etária nos quais ocorrem. Os óbitos no período neonatal, que correspondem aos óbitos ocorridos até os 28 dias de vida do recém nascido, refletem principalmente as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, incluindo os cuidados no pré-natal, no parto, nascimento e nos cuidados imediatos ao recém-nascido. Analisando a mortalidade infantil por faixa etária conforme a tabela abaixo, identifica-se que o maior quantitativo de óbitos infantis têm ocorrido no período neonatal precoce (entre 0 a 6 dias de vida), seguido no período pós neonatal (entre 28 dias a 1 ano de vida) e do período neonatal tardio (entre 7 e 27 dias de vida).

Tabela 65: Mortalidade infantil por faixa etária de nascimento em Porto Alegre nos anos de 2020 a 2024

Faixa etária	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Neonatal Precoce	63 (52%)	60 (46%)	50 (47%)	58 (50%)	56 (49%)	287 (49%)
Neonatal Tardio	22 (18%)	28 (21%)	21 (20%)	22 (19%)	33 (29%)	126 (21%)
Pós Neonatal	37 (30%)	42 (32%)	35 (33%)	36 (31%)	25 (22%)	175 (30%)
Total	122	130	106	116	114	588 (100%)

Fonte: SIM/ SINASC Porto Alegre. Acesso em maio de 2025.

Na tabela a seguir estão apresentados dados que corroboram a correlação entre menor peso ao nascer e o CMI, ou seja quanto menor o peso de nascimento, maior é o coeficiente de mortalidade infantil e portanto, o risco de morrer. Nos últimos cinco anos, nasceram, em Porto Alegre, 451 bebês com peso entre 500 a 999 gramas, dos quais 184 morreram, atingindo um coeficiente de mortalidade infantil (CMI) entre 300 e 400 óbitos para cada 1000 nascidos vivos para essa faixa de peso de nascimento. Porém, a maioria dos bebês nasceram com peso entre 2.500 e 3.999 gramas, os quais têm a mortalidade mais baixa, correspondendo ao CMI entre 2 e 3 óbitos para cada 1000 nascidos vivos. O dado mostra a diferença da mortalidade relacionado à prematuridade, reforçando a necessidade de políticas e ações voltadas aos cuidados do pré-natal para evitar o nascimento pré-termo, bem como a atenção no cuidado ao recém nascido nessa condição.

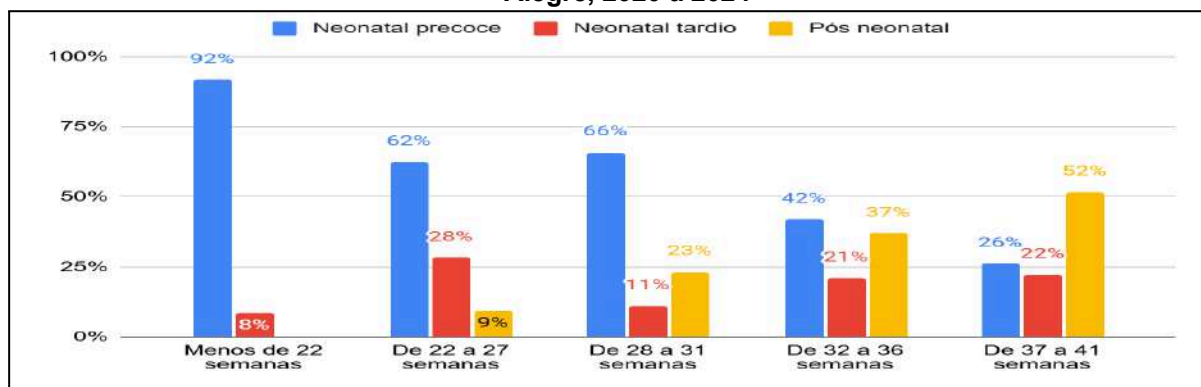
Tabela 66: Mortalidade infantil por peso de nascimento em Porto Alegre no período de 2020 a 2024

Peso ao nascer	2020			2021			2022			2023			2024		
	NV	Óbitos	CMI	NV	Óbitos	CMI	NV	Óbitos	CMI	NV	Óbitos	CMI	NV	Óbitos	CMI
0 - 499 gramas	12	10	-	10	9	-	7	5	-	15	14	-	14	11	-
500 - 999 gramas	86	35	407,0	112	44	392,9	81	33	407,4	73	35	479,5	99	37	373,7
1000 - 1499 gramas	161	17	105,6	111	12	108,1	150	12	80,0	112	9	80,4	111	9	81,1
1500 - 1999 gramas	319	8	25,1	259	7	27,0	272	5	18,4	286	7	24,5	257	14	54,5
2000 - 2499 gramas	920	11	12,0	901	18	20,0	883	17	19,3	916	12	13,1	857	7	8,2
2500 - 3999 gramas	13.217	38	2,9	12.176	39	3,2	11.589	31	2,7	11.595	37	3,2	10.894	34	3,1
4000 gramas ou mais	934	3	3,2	694	1	1,4	681	1	1,5	660	2	3,0	614	2	3,3
Total	15.649	122	7,8	14.263	130	9,1	13.663	106	7,8	13.657	116	8,5	12.846	114	8,9

Fonte: SIM/ SINASC Porto Alegre. Acesso em maio de 2025.

O gráfico a seguir mostra os dados relacionados ao período de ocorrência do óbito do bebê e a duração da gestação. Vê-se que, dentre os bebês nascidos a termo, a maioria dos óbitos ocorre no período pós neonatal, enquanto para os bebês nascidos pré-termo (<37 semanas), os óbitos no período neonatal precoce são mais significativos. Porém há um número significativo de bebês prematuros que vão a óbito no período pós neonatal, reforçando a importância do cuidado da rede de atenção primária com essa população e o fortalecimento do Método Canguru nos diferentes níveis de atenção, especialmente a implementação da etapa 3 que envolve os cuidados na APS.

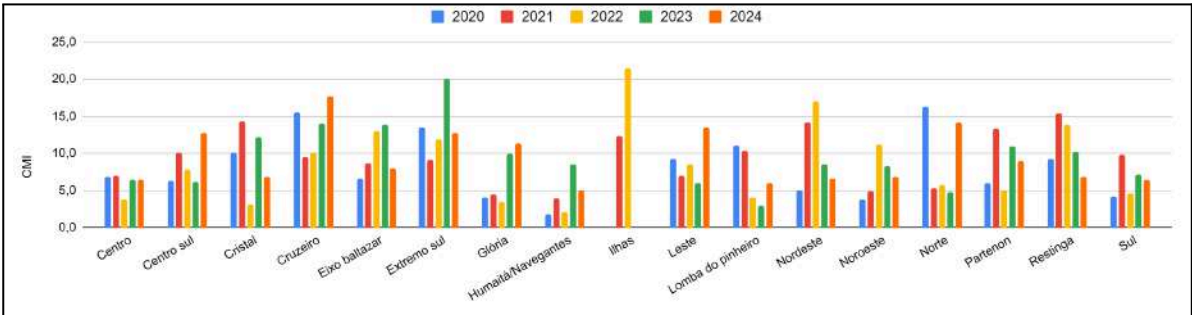
Gráfico 181: Óbitos infantis por duração da gestação e período de ocorrência do óbito em Porto Alegre, 2020 a 2024



Fonte: SIM/ SINASC Porto Alegre. Acesso em maio de 2025.

Outro desafio encontrado, em relação aos coeficientes de mortalidade infantil, é a sua distribuição na cidade. Analisando-se os dados de mortalidade infantil por distrito de saúde na cidade, verifica-se uma ocorrência desigual entre as regiões, como mostra o gráfico abaixo. Os distritos Cruzeiro e Extremo Sul apresentaram os maiores coeficientes de mortalidade infantil nos últimos anos, enquanto o Centro manteve o CMI os menores coeficientes da cidade. Estes dados representam as desigualdades de acesso que ainda se verificam em diversos territórios e para os quais é fundamental atuar na identificação das causas e na sua evitabilidade, atuando na implementação de ações para redução das iniquidades verificadas entres os territórios.

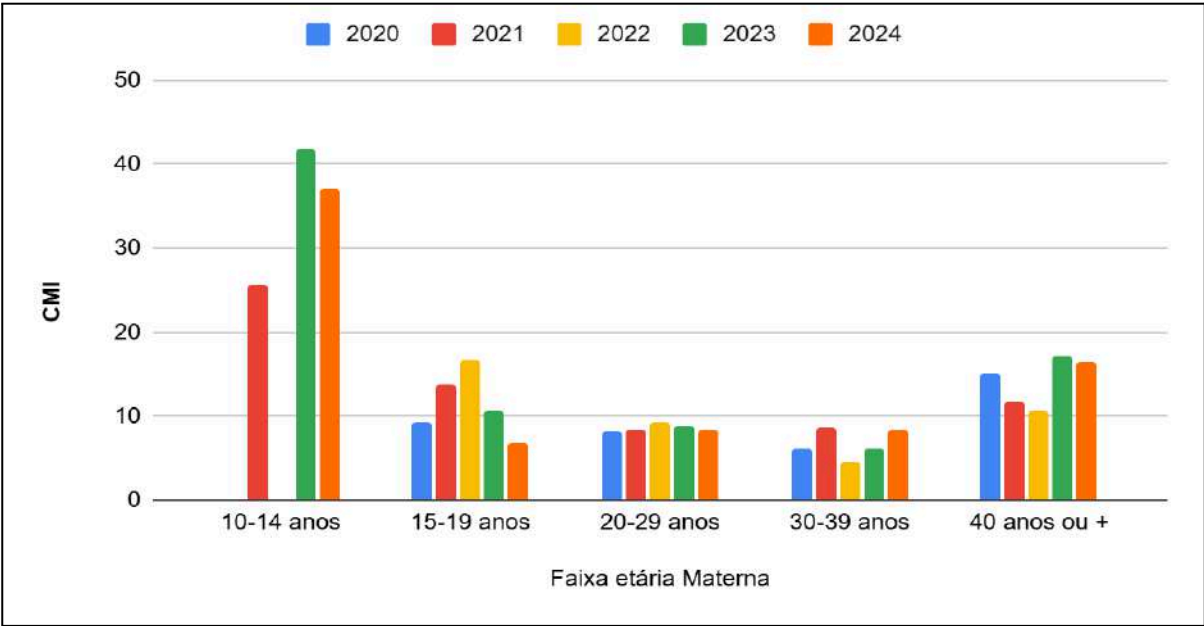
Gráfico 182: Coeficiente de Mortalidade Infantil por distrito de saúde em Porto Alegre no período de 2020 a 2024



Fonte: SIM/ SINASC Porto Alegre. Acesso em maio de 2025.

Em relação à faixa etária materna, os dados do gráfico abaixo mostram que os extremos de idade materna apresentam maior risco para óbito infantil, sendo a mortalidade infantil significativamente maior na faixa etária de 10 a 14 anos, seguida pela faixa etária de mais de 40 anos.

Gráfico 183: Coeficiente de Mortalidade Infantil por faixa etária materna no período de 2020 a 2024



Fonte: SIM/ SINASC Porto Alegre. Acesso em junho de 2025.

A tabela abaixo apresenta os dados da mortalidade infantil por escolaridade materna. Os dados mostram que uma menor escolaridade materna aumenta os riscos de óbitos infantil. Neste sentido, a maior escolaridade da mãe é fator protetor para o óbito infantil.

Tabela 67: Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) por escolaridade materna, nos anos de 2020 a 2024, em Porto Alegre

	CMI por ano

Escolaridade Materna	2020	2021	2022	2023	2024
Nenhuma	76,9	66,7	0,0	0,0	0,0
de 1 a 3 anos	11,0	16,1	0,0	16,1	23,3
de 4 a 7 anos	9,7	14,1	16,2	10,1	13,4
de 8 a 11 anos	7,3	10,7	8,6	8,8	10,5
12 anos ou mais	6,3	3,9	4,0	7,1	4,8

Fonte: SIM/ SINASC Porto Alegre. Acesso em junho de 2025.

A tabela abaixo mostra os óbitos infantis considerando a cor ou raça da mãe. Verifica-se que o coeficiente foi maior entre os filhos das mães para as quais temos a informação de cor ou raça preta ou parda (10,8/1.000). Já entre os filhos de mães brancas o coeficiente foi de 7,3/1.000. Se considereramos a proporcionalidade de negros e brancos na população de Porto Alegre, podemos afirmar que o coeficiente entre negros é pelo menos três vezes maior, já que a população da cidade é composta por 32,0% de negros e 68,0% de brancos.

Tabela 68: Mortalidade infantil por cor ou raça anos 2022, 2023 e 2024

Cor ou raça	Óbitos	Nascidos	CMI
Branca	201	27.583	7,3
Indígena	1	76	13,2
Preta/Parda*	134	12.439	10,8
Amarela	0	49	0

Fonte: Declaração de nascido vivo, declaração de óbito, SIM / SINASC. Acesso em maio de 2025. *Foram incluídas as crianças referidas como de cor ou raça preta ou parda ou filhos de mães de cor ou raça preta ou parda.

As causas de óbito por grupo CID ao longo dos últimos anos estão apresentadas na tabela a seguir. As principais causas de mortalidade infantil foram as afecções originadas no período perinatal, e, dentre essas, os transtornos hipertensivos maternos foram responsáveis pela maior parte dos óbitos infantis (67 óbitos). A segunda causa mais frequente foram as malformações congênitas, sendo que, dentre as malformações, as cardiopatia congênitas causaram a maior parte dos óbitos infantis (75 óbitos).

As doenças respiratórias foram responsáveis por 14 óbitos nos anos analisados. As doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 22 óbitos, sendo a maioria deles (14 casos) causados sífilis congênita. As causas externas de mortalidade foram responsáveis por 34 óbitos, sendo que em 2024 tivemos um número significativo de óbitos domiciliares (10 casos) de bebês que morreram por exposição ao risco durante o sono, como asfixia por compartilhamento do leito e por aspiração de conteúdo gástrico.

A análise das causas permite afirmar que intercorrências no período perinatal são responsáveis por cerca de metade dos óbitos infantis; esta situação traz o desafio de qualificar o pré-natal, o parto e o nascimento, como uma estratégia de

redução da mortalidade infantil. Ainda é importante que haja o fortalecimento das ações para promoção de sono seguro, ação estratégica de evitabilidade de novos casos e que o Comitê vem desenvolvendo de forma permanente junto aos serviços de saúde e a população, por meio de diferentes medidas.

Tabela 69: Causas de óbito infantil, por grupo CID, em Porto Alegre no ano de 2020 a 2024

CAPÍTULO CID	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	7	5	6	2	22*
Neoplasias	2	1	1	0	0	4
Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	0	0	1	0	0	1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	1	0	1	0	2
Doenças do sistema nervoso	0	4	2	2	2	10
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	1	1
Doenças do aparelho respiratório	4	1	3	4	2	14
Doenças do aparelho digestivo	1	1	0	0	1	3
Afecções originadas no período perinatal	65	66	50	54	64	299**
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	44	37	37	41	31	190***
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	0	5	0	3	0	8
Causas externas de mortalidade	4	7	7	5	11****	34

Fonte: SIM/ SINASC Porto Alegre. Acesso em maio de 2025. *14 óbitos por sífilis congênita, ** 67 óbitos por transtornos maternos hipertensivos, ***75 óbitos por cardiopatia congênita e ****10 casos de óbito domiciliar por risco não especificado à respiração.

A tabela abaixo mostra a classificação dos óbitos infantis em Porto Alegre pelo grupamento da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) que tem sido utilizada para analisar os óbitos infantis no Brasil, baseando-se na causa básica do óbito de acordo com o CID-10. Vê-se que a maior parte dos óbitos são classificados como evitáveis sendo que destes, 202 óbitos poderiam ser evitados por adequado controle na gravidez. Estes resultados reafirmam a necessidade de qualificação do pré-natal para redução da mortalidade infantil na cidade.

Tabela 70: Causas de óbito infantil por evitabilidade em Porto Alegre (SEADE)

Evitáveis Seade	2020	2021	2022	2023	2024	Total Geral
Imunoprevenção				1		1
Adequado controle na gravidez	40	51	33	39	39	202
Adequada atenção ao parto	16	14	17	15	14	76
Ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces	15	13	8	8	19	63
Parcerias com outros setores	30	34	36	32	29	161
Não evitáveis	20	13	12	18	13	76
Mal definidas	1	5		3		9

Fonte: SIM/ SINASC Porto Alegre. Acesso em maio de 2025.

Tabela 71: Número e proporção de consultas de pré-natal por cor ou raça em Porto Alegre, 2015 a 2024 - SINASC

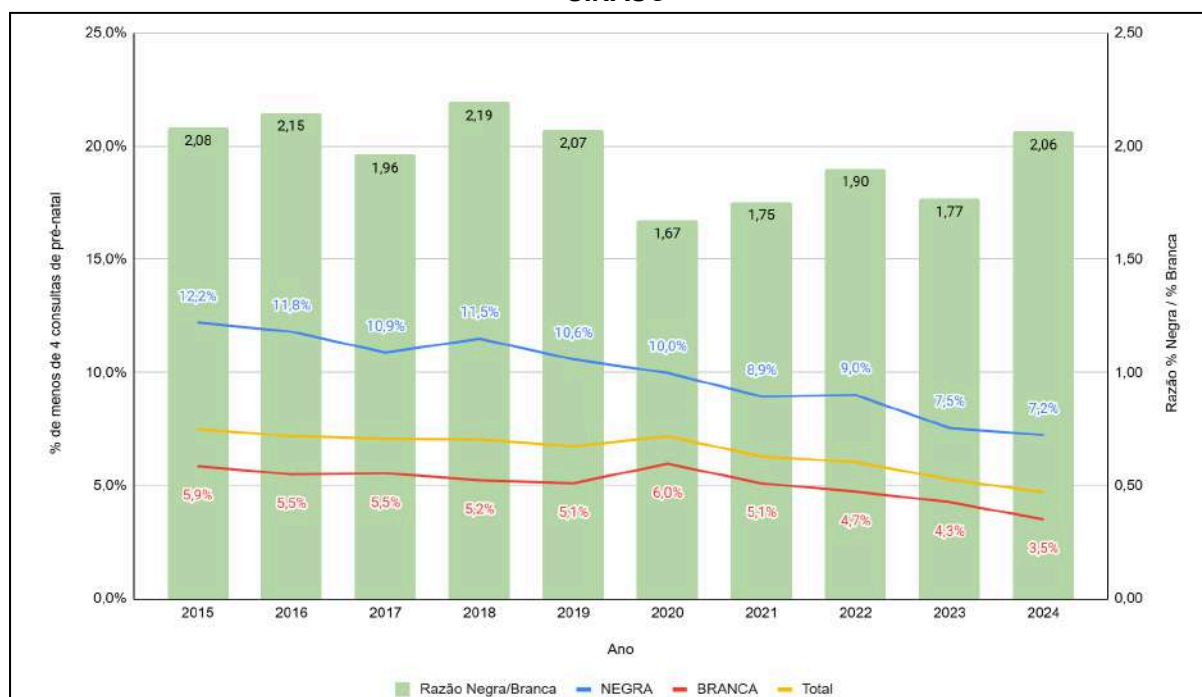
Menos de 4 consultas de pré-natal	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024

NEGRA	604	577	555	570	516	471	387	374	320	293
BRANCA	861	752	738	654	591	649	499	448	400	307
Total	1.475	1.339	1.304	1.232	1.112	1.123	890	825	721	604

Menos de 4 consultas de pré-natal	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
NEGRA	12,2%	11,8%	10,9%	11,5%	10,6%	10,0%	8,9%	9,0%	7,5%	7,2%
BRANCA	5,9%	5,5%	5,5%	5,2%	5,1%	6,0%	5,1%	4,7%	4,3%	3,5%
Total	7,5%	7,2%	7,1%	7,0%	6,7%	7,2%	6,3%	6,0%	5,3%	4,7%
Razão Negra/Branca	2,08	2,15	1,96	2,19	2,07	1,67	1,75	1,90	1,77	2,06

Fonte: SINASC set/25

Gráfico 184: Proporção de consultas de pré-natal por cor ou raça em Porto Alegre, 2015 a 2024 - SINASC



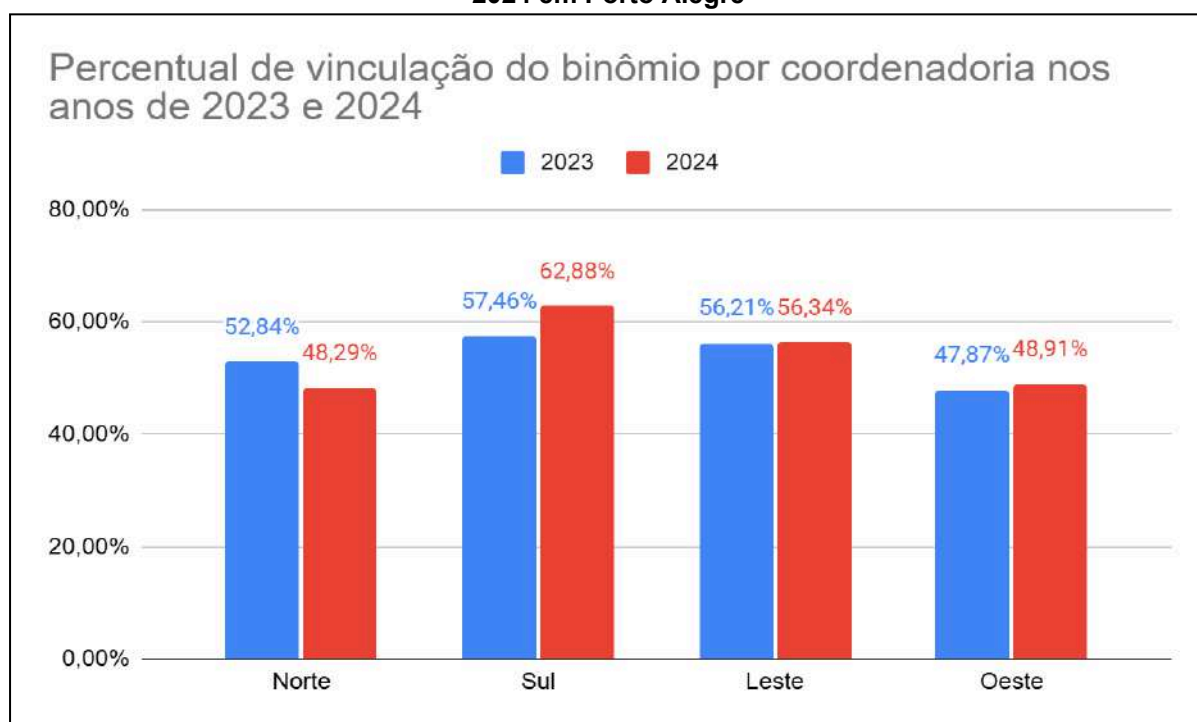
Fonte: SINASC set/25.

Cuidados oportunos ao Binômio Mãe-Bebê

Uma das principais estratégias da Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente é implementar ações no reconhecimento pela rede de cuidado materno-infantil, em seus diferentes níveis de atenção, para a relevância da vinculação do binômio mãe x bebê na primeira semana de vida após o nascimento. Para isso, têm sido implementadas estratégias com os serviços hospitalares e APS para a alta referenciada do binômio mãe-bebê. Nesse sentido, é fundamental que a mãe e o bebê recebam alta hospitalar com a orientação para a consulta do neonato e da puérpera até o 7º dia de vida na unidade de saúde. Essa medida é importante

para a identificação precoce de anormalidades ou acompanhamentos necessários após o nascimento, apoio ao aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical, icterícia neonatal, depressão pós parto e outros problemas que podem surgir após a alta. A vinculação da família com a unidade de saúde nesse período de fragilidade da mãe e do bebê é uma estratégia valiosa de promoção à saúde e redução da morbimortalidade materno infantil.

Gráfico 185: Vinculação do binômio na unidade de saúde por coordenadoria nos anos 2023 e 2024 em Porto Alegre



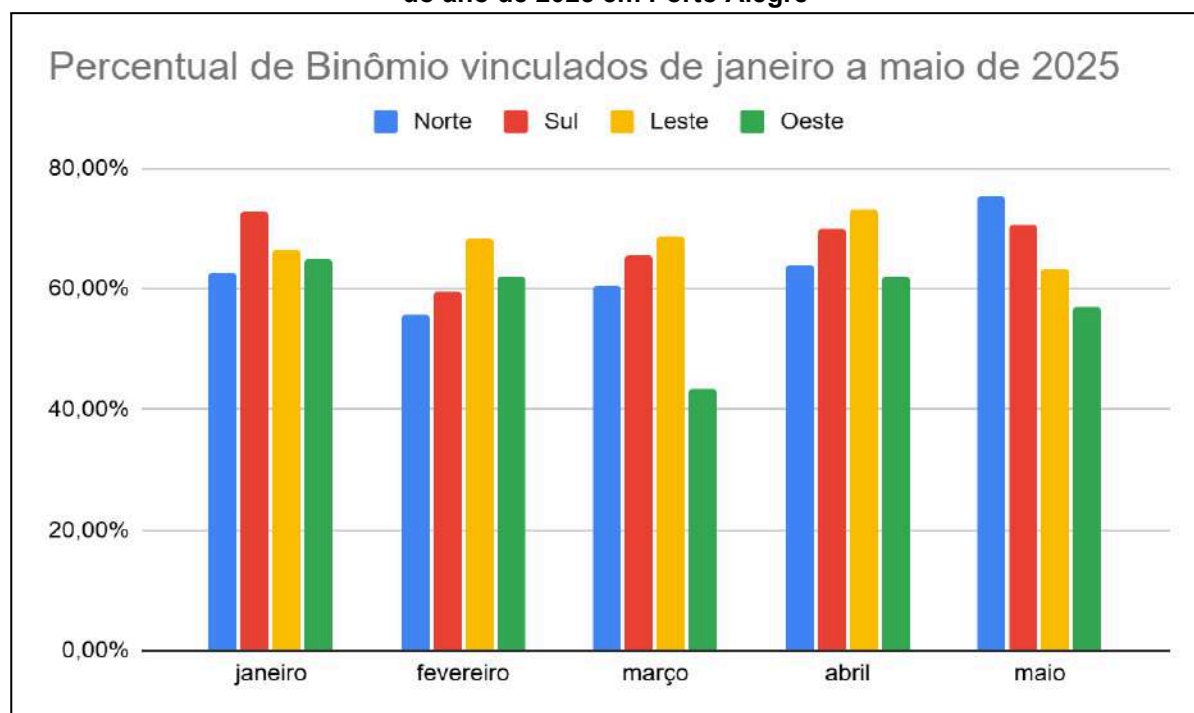
Fonte: sistema PowerBi e sistema e-SUS.

Analisando os dados de 2025, após a implementação de medidas junto às Coordenadorias, verifica-se uma melhora no percentual de vinculação do binômio, com números próximos a 70%, ainda que com algumas variações mensais entre as Coordenadorias de Saúde, conforme mostra o gráfico abaixo. Os resultados refletem o empenho das equipes de saúde em qualificar o acesso do binômio e também no reconhecimento desta importante estratégia para vinculação da mãe e do bebê na APS.

É relevante destacar que o monitoramento além de possibilitar às USs identificar precocemente os nascimentos ocorridos no seu território, também recebem da Área Técnica alertas acerca de situações de risco que necessitam de maior acompanhamento como puérperas adolescentes ou com alguma necessidade específica de acompanhamento, uso de substâncias psicoativas pelas mães,

situações familiares de risco .Ainda em relação ao teste do pezinho, tem sido realizado o monitoramento do encaminhamento do teste no tempo adequado após a coleta (até o 5º dia após a coleta), uma vez que a celeridade no envio do exame ao SRTN (Serviço de Triagem Neonatal), possibilita o diagnóstico e tratamento precoce da criança com vistas a reduzir suas repercussões na saúde da criança.

Gráfico 186: Vinculação do binômio na unidade de saúde por coordenadoria de janeiro a maio do ano de 2025 em Porto Alegre



Fonte: sistema PowerBi e sistema e-SUS.

Qualificando o acompanhamento para o desenvolvimento infantil

Os primeiros anos de vida da criança estabelecem as bases para o seu desenvolvimento ao longo da vida. A saúde física e emocional, as habilidades sociais e capacidades cognitivo-linguísticas que surgem nos primeiros anos de vida são pré-requisitos importantes para o sucesso na escola e, mais tarde, no ambiente de trabalho e comunidade. Acompanhar o desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida é essencial para a promoção da saúde, identificação precoce de atrasos na evolução neuropsicomotora e prevenção de agravos. A orientação do Ministério da Saúde é de que qualquer programa de estimulação do desenvolvimento da criança deve ter início ao nascimento até os três anos de idade.

Na tabela abaixo, são apresentados dados da fila de espera de crianças para alguns serviços especializados, refletindo a necessidade de qualificação na

avaliação das crianças na primeiríssima infância (0 a 3 anos). Atualmente, há 4.189 crianças aguardando consulta com fonoaudióloga e 3.135 crianças aguardando consulta com neurologista pediátrico. Observa-se ainda que algumas crianças estão na fila para atendimento com especialista há mais de dois anos, o que impacta seu pleno desenvolvimento. Nesse sentido, torna-se premente a implementação de ações voltadas ao estímulo do desenvolvimento infantil, à prevenção de ocorrências em saúde mental, ao diagnóstico precoce e ao acesso à rede especializada.

Tabela 72: Fila de espera para consulta nas especialidades relacionadas ao neurodesenvolvimento infantil

Especialidade	Total em fila de espera	Mediana de dia de espera nos últimos 6 meses			
		Alta prioridade Alta complexidade	Alta prioridade Média complexidade	Baixa prioridade Alta complexidade	Baixa prioridade Média complexidade
Atendimento TEA*	741	-	-	-	-
Estimulação precoce	13		529		
Fonoaudiologia pediátrica	4.189	-	732	-	127
Neurologia pediátrica	3.135	5	10	420	424
Pediatria distúrbio do desenvolvimento	739	25	733	-	845
Reabilitação intelectual**	3.845	-	551	-	455
Saúde mental infantil	41.791	9	108	69	301

Fonte: Prefeitura de Porto Alegre, Transparência - dados abertos, Fila de espera de consultas atualizado em 12/03/2025.

* Para consulta nos serviços: Certa, Libertad, HD 360 e Horizontes) **Para consulta nos serviços: CER Cerepal, e Santa Ana.

Diante desse desafio, a Área Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente tem realizado diversas frentes de atuação no intuito de qualificar os profissionais da atenção primária nos atendimentos de puericultura. Desde 2023 têm sido realizadas capacitações presenciais sistemáticas em todas as Coordenadorias de Saúde com os profissionais das unidades de saúde para a qualificação do diagnóstico, prevenção e estimulação do desenvolvimento infantil. Nesses encontros é enfatizado a importância de que ocorra o acompanhamento regular e sistemático de puericultura, com avaliação do desenvolvimento das crianças e orientações de estimulação do desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e socialização da criança, em todas as consultas preconizadas conforme consta na Caderneta da Criança, assim como os registros adequados, ação que pode impactar nos encaminhamentos para a demanda de desenvolvimento infantil e no futuro das crianças.

Para facilitar a avaliação do desenvolvimento infantil, a SMS distribuiu em 2023 para todas as equipes de saúde da atenção primária um material de apoio

diagnóstico conforme o instrumento de avaliação do desenvolvimento integral da criança presente na caderneta da criança do Ministério da Saúde. O “kit” é composto por um jogo de blocos para empilhar, caneca plástica, chocalho e tatame. Além disso, no ano de 2024, foram disponibilizados diversos materiais de apoio para orientações às famílias, incluindo vídeos com orientações de estimulação ao desenvolvimento infantil, por faixa etária. Já no ano de 2025, está sendo ofertado aos profissionais da atenção primária um curso EAD de 30 horas, promovido pelo Ministério da Saúde que visa capacitar os profissionais para o cuidado ao desenvolvimento infantil. A iniciativa fortalece a Política Nacional Integrada para a Primeira Infância à Saúde da Criança. A medida estratégica para efetivar as avaliações do desenvolvimento infantil, também prevê a inclusão da pauta do desenvolvimento infantil nas metas de contrato da SMS com as parceiras da APS, que prevê o monitoramento do acompanhamento sistemático do desenvolvimento das crianças pelas equipes.

Programa Primeira Infância Melhor (PIM)

Concomitante às ações de prevenção e promoção realizadas pela rede de atenção à saúde da criança, Porto Alegre aderiu e executa desde 2004 o Programa Primeira Infância Melhor - Porto Infância Alegre - PIM PIA, ação estratégica e transversal, de caráter intersetorial, preventivo e protetivo, com foco na promoção do desenvolvimento integral infantil, da parentalidade positiva, da identificação de potencialidades e necessidades das famílias com crianças de 0 a 6 anos incompletos e gestantes, em situação de vulnerabilidade social e beneficiárias do Programa Bolsa Família. A atuação do PIM se dá por meio de visitas domiciliares semanais e atividades grupais periódicas de caráter lúdico, que são realizadas a partir de planos singulares de atendimento e da articulação com ações em rede. As ações do PIM impactam na melhoria das condições de saúde, educação e desenvolvimento social, por meio do acesso à direitos sociais básicos, do fortalecimento da parentalidade positiva e da prontidão para a aprendizagem, incidindo na ampliação dos anos de estudo, na redução da mortalidade materno-infantil, das violências, das desigualdades e na ruptura dos ciclos intergeracionais de pobreza.

Ao longo da última década, o PIM teve diferentes formatos de vínculo dos visitantes, contando inicialmente com estudantes de cursos de graduação e, no

formato atual, conta com visitantes técnicos de enfermagem vinculados às unidades de saúde do território no qual as crianças e gestantes residem.

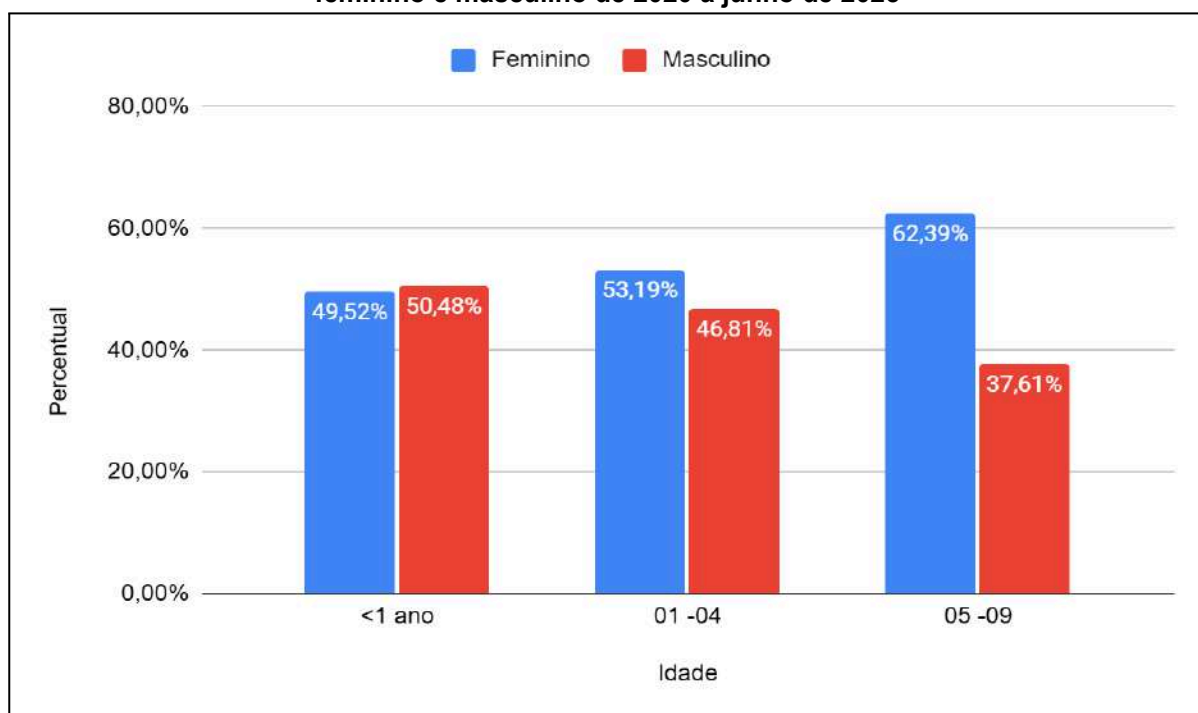
Em abril de 2025, haviam 12 visitantes em atividade. A cobertura em abril de 2025 foi de 64% da meta, com 89 usuários cadastrados. Estão previstos, a partir de agosto de 2025, 15 visitantes exclusivos, para atendimento em 25 unidades de saúde e territórios prioritários. A meta para o ano de 2025 é de 960 visitas/ano por visitante, totalizando 13.440 visitas anuais.

Violências na infância

A Organização Mundial da Saúde reconhece a violência envolvendo crianças como um agravo de grande magnitude e um desafio à Saúde Pública, responsável por mais de 1,3 milhão de mortes a cada ano. As crianças, por se encontrarem em um estágio imaturo de desenvolvimento, são as vítimas mais vulneráveis à violência. E esse fenômeno se manifesta de diversas formas, seja por meio da negligência, abandono, maus tratos, agressões físicas, psicológicas, sexuais, autoprovocadas, entre outras. As consequências decorrentes da sua exposição, muitas vezes, são irreversíveis e implicam em danos físicos, psicológicos e intelectuais, causando prejuízos no seu crescimento e no pleno desenvolvimento.

Dados do sistema de notificação de violência da Vigilância em Saúde, Sentinela, mostram que, no período de 2020 até junho de 2025, foram notificados 5.785 casos de violências contra crianças de 0 a 9 anos em Porto Alegre. A partir desses dados, verifica-se um aumento nas notificações envolvendo meninos e meninas de 0 a 4 anos; no entanto, a partir dos 5 anos, as meninas foram mais vítimas de violência, conforme mostra o gráfico abaixo.

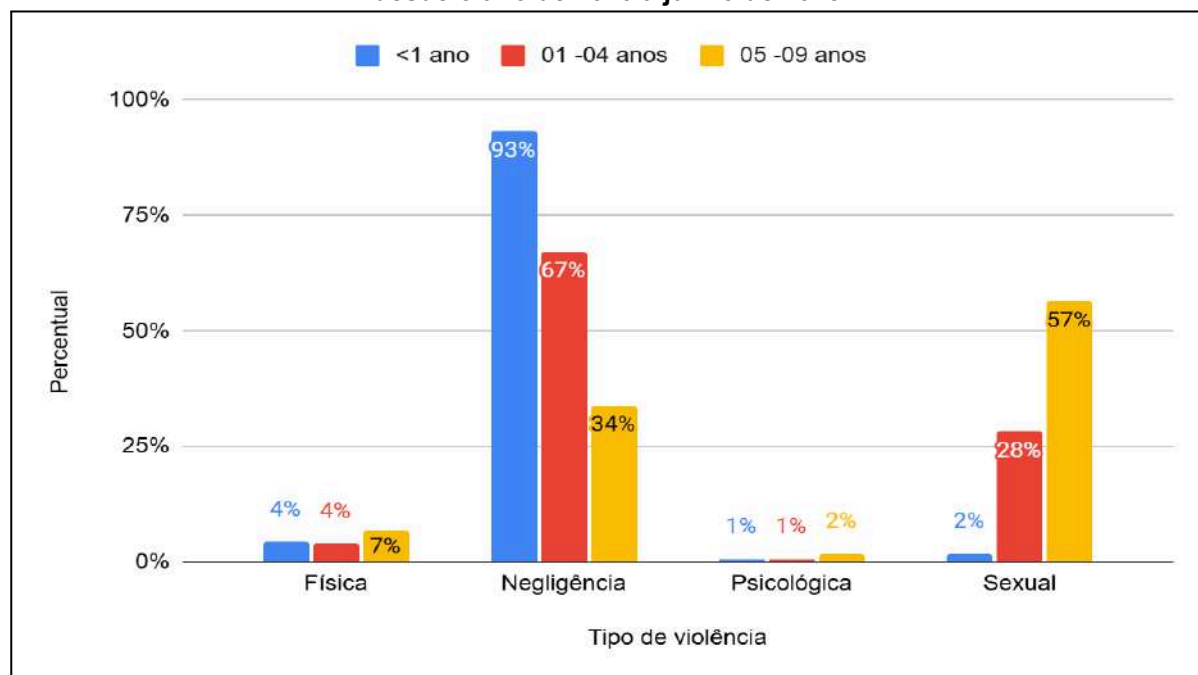
Gráfico 187: Percentual de notificações de violência na faixa etária de 0 a 9 anos por sexo feminino e masculino de 2020 à junho de 2025



Fonte: Sentinela, acesso em junho de 2025.

Ao se analisar o tipo de violência, observa-se que a violência física foi a mais comum entre os menores de 1 ano; a negligência predominou na faixa etária de 0 a 4 anos; e a violência sexual foi a mais notificada entre crianças de 5 a 9 anos, conforme mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 188: Percentual de notificações por tipo de violência na faixa etária de 0 a 9 anos desde o ano de 2020 à junho de 2025



Fonte: Sentinela, acesso em junho de 2025.

Identificar e notificar os casos de violência contra as crianças é ação fundamental pois permite conhecer e atuar efetivamente na proteção das mesmas, buscando intervenções precoces para romper com as situações de violência, visando minimizar os efeitos decorrentes desses atos e as repercussões na vida destas crianças. Abordagens efetivas de sensibilização dos profissionais de saúde e a qualificação dos mesmos para a identificação, notificação, assim como o acompanhamento das famílias e crianças em situação de violência tornar-se estratégica. Considerando a necessidade da rede no cuidado e acompanhamento dos casos de violência, é fundamental destacar as microrredes dos territórios, como uma grande oportunidade de acompanhamento e encaminhamento efetivo dos casos de crianças em situação de violência. A fim de qualificar o normatizar a participação das equipes de saúde nas reuniões de microrrede, em 2023 foi divulgada a Nota Técnica 007/2023 que determina a participação das equipes de saúde da atenção primária nas reuniões ampliadas de rede e microrrede de proteção da criança e do adolescente de Porto Alegre. Esta ação busca garantir a participação dos profissionais de saúde nas discussões de casos da Rede de Proteção da Criança e do Adolescente é uma estratégia fundamental para a proteção dos direitos da criança.

Saúde do adolescente

A população atual de adolescentes de Porto Alegre conta com 148.501 pessoas com idade entre 10 e 19 anos, representando 11,1% da população. Desse universo, 75.656 são do sexo masculino e 72.845, do sexo feminino (IBGE, 2022).

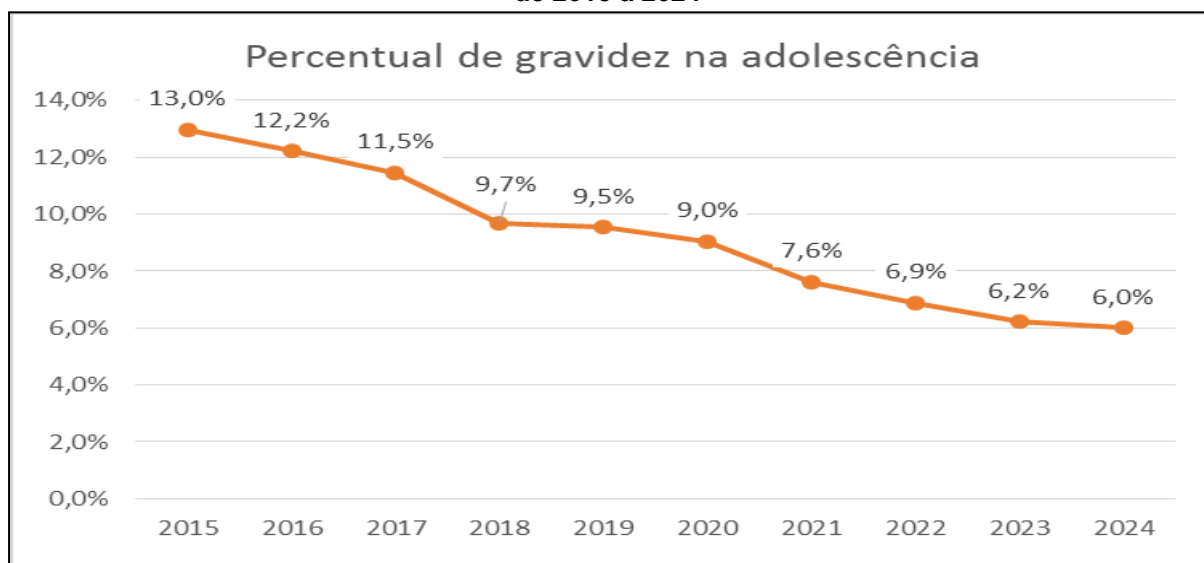
Gravidez na adolescência

Dados estatísticos mostram que os adolescentes têm iniciado a vida sexual cada vez mais precoce nos últimos anos. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde e com o apoio do Ministério da Educação, divulga informações que permitem conhecer e dimensionar os fatores de risco e proteção à saúde dos escolares. Os dados da pesquisa PeNSE do ano de 2019 mostraram que o percentual de escolares do município de Porto Alegre do 9º ano do ensino fundamental que tiveram relação sexual alguma vez foi de 35,6%, sendo que, quando analisado apenas os estudantes de escola pública, esse número sobe para 43,5%. Dentre aqueles que afirmaram ter

iniciado a vida sexual, o percentual dos que tiveram a primeira relação sexual com 13 anos ou menos foi de 42%. Estes dados mostram a importância de oportunizar orientações e métodos contraceptivos adequados para essa faixa etária.

Os dados do SINASC mostram que a proporção de gravidez na adolescência, em relação ao total de gestações no município de Porto Alegre, tem diminuído ao longo dos últimos anos, como pode ser observado no gráfico abaixo.

Gráfico 189: Proporção de nascidos vivos filhos de mães com idade entre 10 a 19 no período de 2015 a 2024



Fonte: SINASC Porto Alegre. Acesso em março de 2025.

Gráfico 190: Proporção de nascidos vivos filhos de mães com idade entre 10 a 19 no período de 2015 a 2024, por cor ou raça



Fonte: SINASC/Vitais/EVEV/DVS/SMS - 01/09/2025.

Observa-se uma redução contínua no número absoluto de nascidos vivos em todas as faixas etárias, conforme indicado na tabela a seguir. Essa tendência resulta em uma diminuição cada vez mais significativa da contribuição da gravidez na adolescência para os dados estatísticos, refletindo uma redução proporcional do impacto dessa faixa etária nas estatísticas gerais de nascimentos.

Tabela 73: Nascidos vivos filhos de mães adolescentes por faixa etária e total de nascidos vivos de 2015 a 2023

Ano de nascimento	10-14	15-19	Total de nascidos vivos
2015	110	2.556	19.688
2016	84	2.276	18.616
2017	68	2.115	18.463
2018	67	1.697	17.510
2019	53	1.575	16.494
2020	46	1.415	15.649
2021	39	1.088	14.263
2022	33	904	13.663
2023	24	851	13.656
2024	27	738	12.846

Fonte: SINASC Porto Alegre. Acesso em março de 2025.

Na tabela abaixo, estão descritos os número absolutos, no período entre os anos de 2015 a 2024, dentre os 524 nascidos vivos filhos de adolescentes na faixa etária dos 10 aos 14 anos de Porto Alegre, nenhum ocorreu em meninas com menos de 12 anos.

Tabela 74: Idade materna dos nascidos vivos filhos de mães na faixa etária dos 10 aos 14 anos no período de 2020 a 2024

Idade materna (anos)	Total de nascidos vivos
10	zero
11	zero
12	4
13	26
14	139
Total	169

Fonte: SINASC Porto Alegre. Acesso em março de 2025.

Embora tenha ocorrido um decréscimo de ocorrência de gestações na adolescência entre os anos de 2015 e 2024, ainda se identificam disparidades entre grupos específicos, sendo a gravidez na adolescência uma realidade incontestável nas faixas de renda mais carentes, contribuindo para a perpetuação da pobreza e desigualdade social. A tabela a seguir mostra que o percentual de gravidez na adolescência é discrepante em diferentes regiões da cidade, chegando a 16,2% no distrito Ilhas e a 9,4% no Humaitá/Navegantes e 8,5% na Restinga.

Tabela 75: Nascidos vivos filhos de mães adolescentes de 10 a 19 anos, por distrito de saúde, em Porto Alegre no ano de 2020 a 2024

Distrito	2020	2021	2022	2023	2024
Centro	3,1%	2,2%	1,9%	1,7%	1,9%
Centro Sul	7,0%	5,7%	6,5%	4,5%	5,7%
Cristal	13,4%	11,7%	11,7%	10,9%	5,5%
Cruzeiro	13,5%	11,0%	8,0%	4,9%	4,8%
Eixo Baltazar	9,6%	7,6%	6,5%	6,2%	7,4%
Extremo Sul	9,8%	10,7%	10,3%	7,3%	5,6%
Glória	10,2%	7,3%	6,7%	6,3%	7,0%
Humaitá/ Navegantes	11,3%	8,3%	7,4%	10,0%	9,4%
Ignorado	14,2%	5,0%	7,7%	9,0%	7,6%
Ilhas	20,6%	11,1%	9,7%	7,0%	16,2%
Leste	9,5%	9,4%	7,6%	6,6%	6,1%
Lomba Do Pinheiro	10,7%	9,7%	8,4%	9,2%	7,2%
Nordeste	14,6%	14,1%	11,2%	9,2%	7,4%
Noroeste	3,8%	2,3%	1,7%	2,2%	2,0%
Norte	8,8%	9,5%	9,3%	8,9%	6,6%
Partenon	12,7%	10,6%	8,6%	9,3%	8,2%
Restinga	13,5%	12,1%	9,2%	9,2%	8,5%
Sul	6,9%	6,0%	5,7%	4,8%	5,9%

Fonte: SINASC Porto Alegre. Acesso em março de 2025.

Analisando estes mesmos dados da gravidez na adolescência por cor ou raça, se verifica que a proporção é maior nas raças negra e indígena, quando comparado à raça branca, dados mostrados na tabela abaixo.

Tabela 76: Nascidos vivos filhos de mães adolescentes de 10 a 19 anos por cor ou raça, em Porto Alegre, no ano de 2020 a 2024

Cor ou raça	Nascidos vivos de mães adolescentes	Total de nascidos vivos	Taxa de gravidez na adolescência
Branca	2.881	48.328	6,0%
Preta	2.249	21.518	10,5%
Amarela	3	85	3,5%
Indígena	30	126	23,8%

Fonte: SINASC Porto Alegre. Acesso em março de 2025.

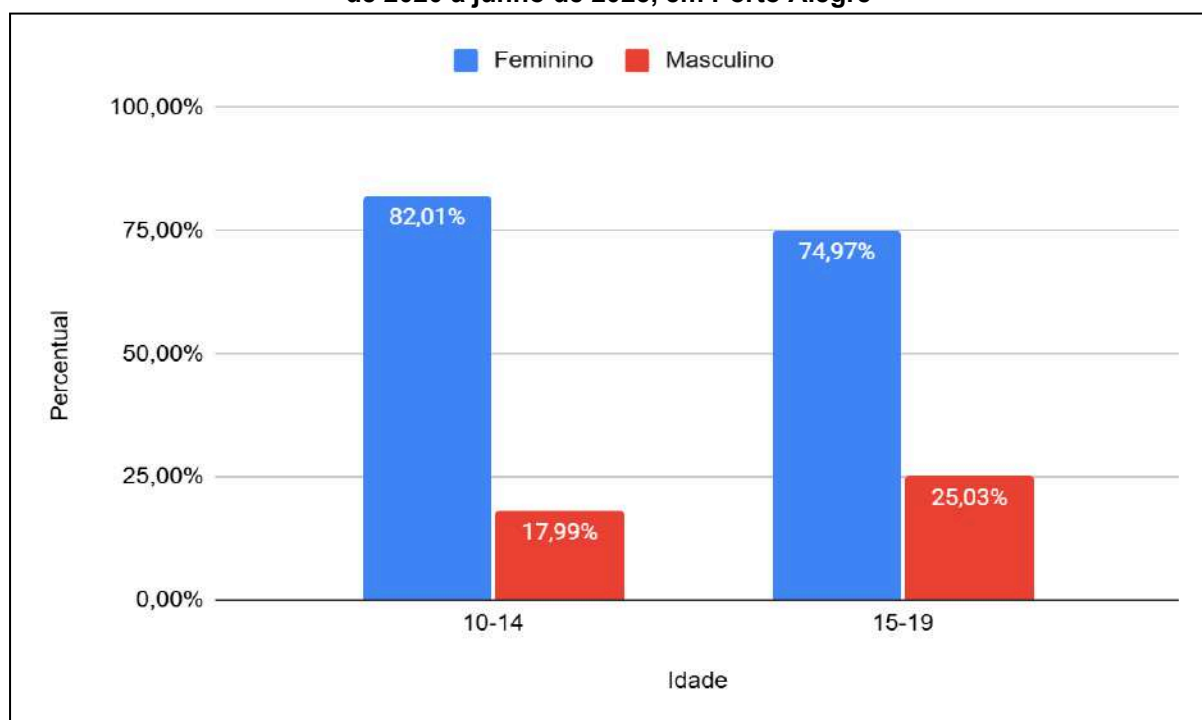
Violências entre adolescentes

A OMS reconhece a violência envolvendo adolescentes como um agravo de grande magnitude e um desafio à saúde pública, responsável por mais de 1 milhão de mortes a cada ano no mundo. A violência contra o público juvenil é, de uma forma geral, potencializadora da violência social. A área da saúde é reconhecida como um importante espaço para o enfrentamento das violências. Os profissionais de saúde, além de identificá-las e tratá-las, podem, juntamente com outros integrantes da rede de atenção, criar estratégias para a proteção da pessoa em situação de violência. Nesse sentido, dar a devida visibilidade para o reconhecimento e enfrentamento do

fenômeno é essencial, e o canal destinado para este fim é o sistema de notificação e monitoramento das violências.

Dados do sistema Sentinela da Vigilância em Saúde mostram que, no período de 2020 até junho de 2025, foram notificados 6.852 casos de violências contra adolescentes de 10 a 19 anos em Porto Alegre. Dentre esses casos, as meninas foram as que sofreram mais violência, representando entre 70% e 80% de todas as notificações, conforme mostra o gráfico a seguir.

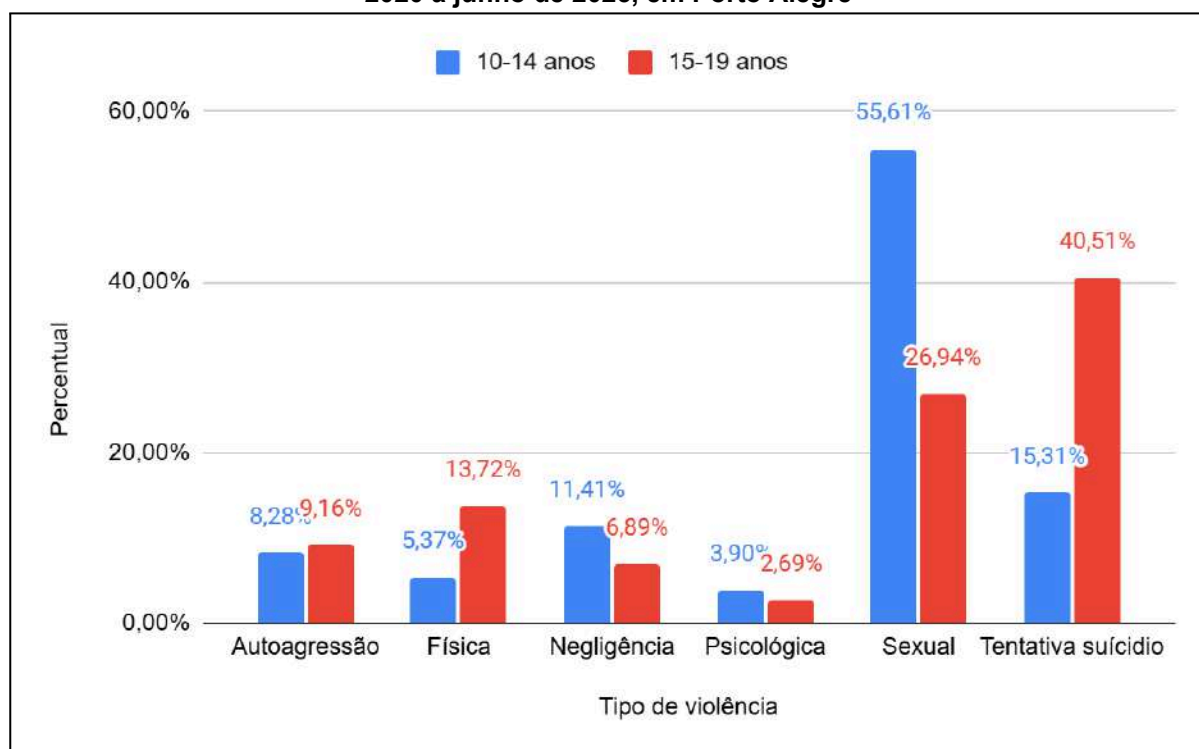
Gráfico 191: Percentual de notificações de violência por sexo, na faixa etária de 10 a 19 anos, de 2020 à junho de 2025, em Porto Alegre



Fonte: Sistema Sentinela, DVS/SMS. acesso em junho de 2025.

A violência sexual foi o tipo de violência mais notificado para a faixa etária de 10 a 19 anos, seguida pela tentativa de suicídio, conforme mostra o gráfico abaixo.

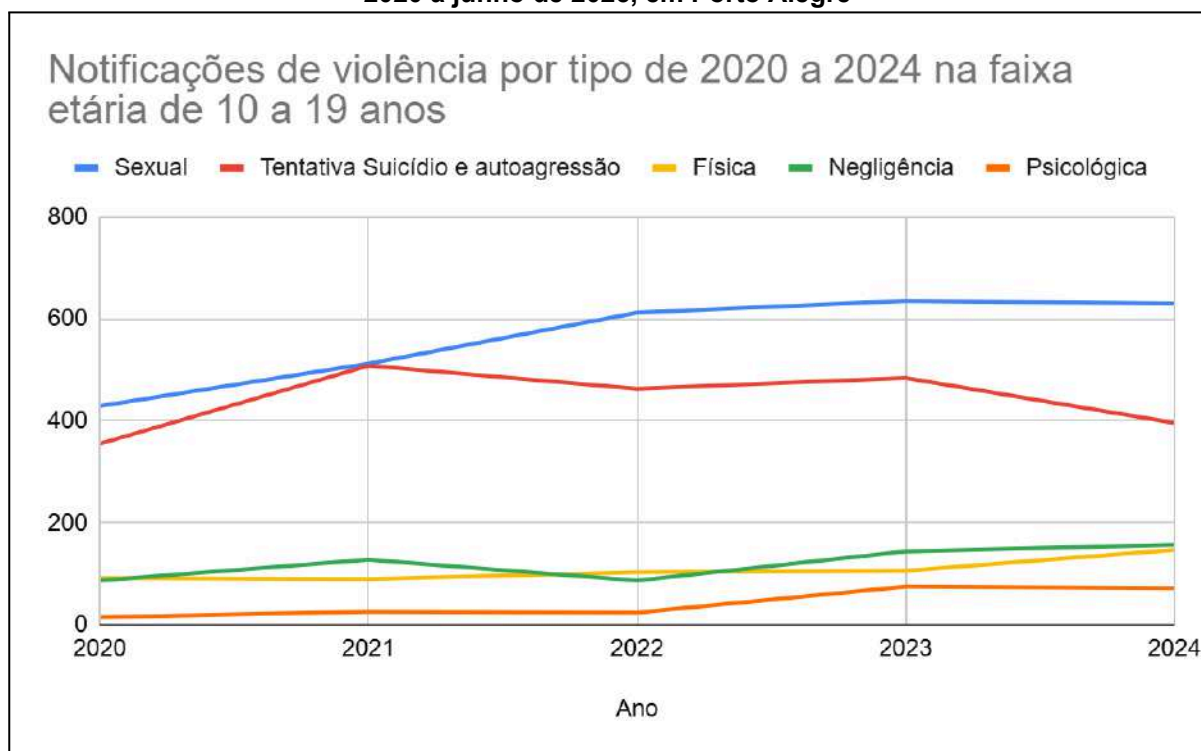
Gráfico 192: Percentual de notificações por tipo de violência na faixa etária de 10 a 19 anos, de 2020 à junho de 2025, em Porto Alegre



Fonte: Sistema Sentinela, DVS/SMS. acesso em junho de 2025.

No gráfico a seguir, estão apresentadas as notificações de violência na faixa etária de 10 a 19 anos. Nele é possível verificar que as ocorrências de violência sexual, mostram uma ascendência de 2021 a 2022, mantendo-se em torno de 600 casos ao ano, de 2022 a 2024; em relação as tentativas de suicídio e autogressões mostram uma manutenção de ocorrências ao longo dos anos, com leve redução em 2024, porém têm oscilado em torno de 400 notificações por ano.

Gráfico 193: Número de notificações por tipo de violência na faixa etária de 10 a 19 anos, de 2020 à junho de 2025, em Porto Alegre



Fonte: Sistema Sentinela, DVS/SMS. acesso em junho de 2025.

Reconhecendo que os dados do sistema Sentinela provavelmente refletem apenas parte da realidade, considerando a hipótese de subnotificação de muitos casos, estima-se que estes dados são maiores. A sensibilização e qualificação da rede intersetorial para a importância das notificações de violência é uma estratégia fundamental, pois permite nortear as políticas públicas nas melhores decisões para o enfrentamento das violências. No entanto, mesmo acreditando que haja subnotificação de dados, os que temos disponíveis, já apontam para a necessidade de maior integração entre as diferentes instituições de modo a propor ações de prevenção da violência sexual e tentativa de suicídio e autoagressão na adolescência.

Adolescentes em conflito com a lei

A Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul, FASE, tem como missão, executar o Programa Estadual de Medidas Socioeducativas (MSE) de internação e semiliberdade, oportunizando a reinserção social destes adolescentes, em parceria com a sociedade. A FASE/RS tem a competência e a responsabilidade da execução de medidas socioeducativas, cujo público de atendimento são adolescentes/jovens adultos em cumprimento de medida de

internação, de internação provisória e semiliberdade de acordo com as leis, normas e resoluções de âmbito nacional e estadual.

Todo adolescente/jovem adulto que ingressar nas Unidades de Internação Provisória, Internação ou Semiliberdade, será avaliado pela Equipe Técnica, devendo ser elaborado um Plano Individual de Atendimento – PIA, que é um instrumento de intervenção dinâmico, estando sempre em processo de avaliação e mudança, e acompanha o socioeducando desde o seu ingresso até o seu desligamento. O PIA é estruturado de acordo com as necessidades do socioeducando, descrevendo as atividades que o auxiliarão no seu desenvolvimento e amadurecimento pessoal e social, garantindo a interlocução com a rede socioassistencial de referência; em relação a saúde do adolescente é planejado a integralidade do socioeducando, considerado ações de prevenção/promoção e reabilitação. É um acompanhamento sistemático que garante que a Equipe de Trabalho possa revisar frequentemente o processo de evolução do cumprimento da medida socioeducativa. Para assegurar o apontado no ECA, Art. 94, item V a FASE desenvolverá ações que proporcionem o fortalecimento e restabelecimento dos vínculos afetivos entre os socioeducandos e seus familiares com a oferta de práticas restaurativas.

Segundo o levantamento da Assessoria de Informação e Gestão da FASE/RS (AIG), referente à população de setembro/2023, existiam nessa avaliação 392 adolescentes nas Unidades de todo estado ante aos 1.315 adolescentes nas unidades no último POL do ano de 2019, observando-se uma redução considerável na população de adolescentes em cumprimento de MSE em meio fechado. Destes, 123 cumpriam MSE divididos nos 7 Centros da capital (5 de internação e 2 de semiliberdade), no POL anterior foi registrada uma população de 612 adolescentes na capital, ou seja, houve uma redução de 80% aproximadamente, possibilitando um melhor atendimento das necessidades de saúde destes adolescentes.

Analisando-se o perfil dos adolescentes da FASE, podemos ver na tabela abaixo que no ano de 2023, a região Norte/Eixo Baltazar concentrou o maior número de casos, seguida da região Glória/Cruzeiro/Cristal e Restinga/Extremo Sul. Em relação à cor ou raça dos socioeducandos se verifica um percentual maior de adolescentes brancos, no entanto é fundamental considerar as características de Porto Alegre que possui uma proporção consideravelmente maior de brancos. É

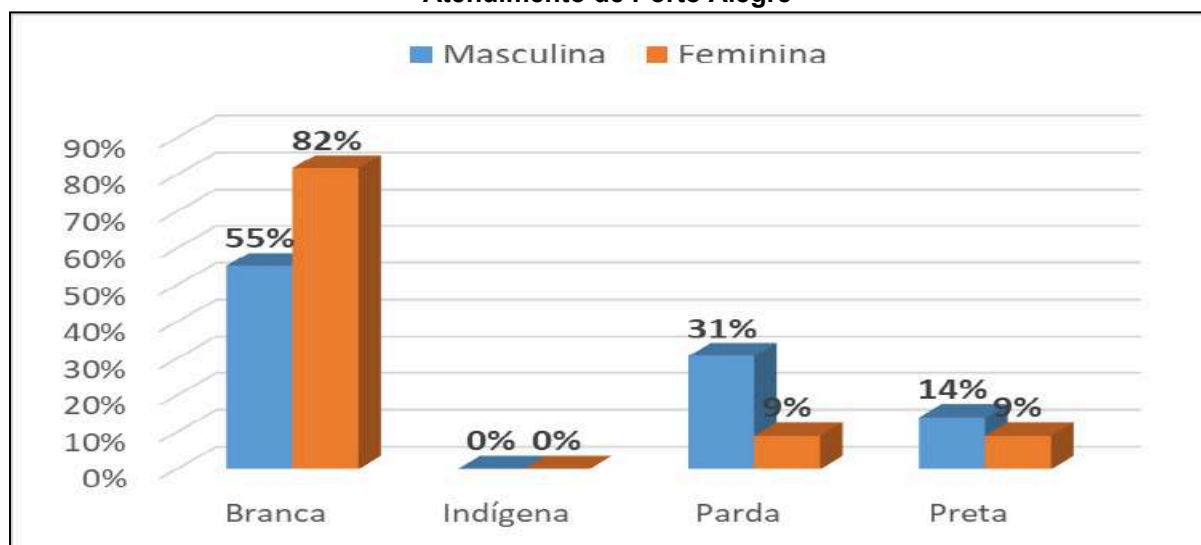
possível também constatar que o número de homens é maior do que o número de mulheres em cumprimento de medida.

Tabela 77: Bairros de residência dos socioeducandos da FASE oriundos do município de Porto Alegre no ano de 2023

Região	Região do Orçamento Participativo	Bairro	Nº
Centro	Centro	Centro	2
	Centro	Santana	1
Total da Região			3
Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas	Humaitá/Navegantes	Farrapos	1
	Noroeste	Cristo Redentor	1
Total da região			2
Norte/Eixo Baltazar	Eixo Baltazar	Passo das Pedras	1
	Eixo Baltazar	Rubem Berta	7
	Norte	Sarandi	2
Total da Região			10
Leste/Nordeste	Leste	Bom Jesus	3
	Nordeste	Mário Quintana	2
Total da Região			5
Glória/Cruzeiro/Cristal	Cristal	Cristal	2
	Cruzeiro	Santa Tereza	2
	Glória	Belém Velho	1
	Glória	Cascata	2
Total da Região			7
Sul/Centro-Sul	Centro-Sul	Camaquã	1
	Centro- Sul	Cavallhada	2
Total da Região			3
Partenon/Lomba do Pinheiro	Lomba do Pinheiro	Lomba do Pinheiro	1
	Partenon	Partenon	1
Total da Região			2
Restinga/Extremo Sul	Extremo Sul	Lami	2
	Restinga	Restinga	4
Total Região			6
Total de Porto Alegre			38

Fonte: Banco de dados da FASE. Data: 03/08/2023.

Gráfico 194: Cor ou raça e sexo dos socioeducandos atendidos pela FASE, nos Centros de Atendimento de Porto Alegre



Fonte: Assessoria de Informação e Gestão da FASE. Setembro/23.

Tabela 78: Faixa etária da população atendida pela FASE nos Centros de Atendimento de Porto Alegre RS

Idade	Internação de Porto Alegre					Semiliberdade		Total
	CIPCS	CASE PC	CSE	CASE POA II	CASEF	CAS POA	CAS FEM	
12 anos								0
13 anos								0
14 anos						1		1
15 anos	2	4	3	2	1			12
16 anos	4	5	1	9	2	4		25
17 anos	10	4	7	14	3	5		43
18 anos	4	2	4	9	1	4	1	25
19 anos		2	4	3	1	1		11
20 anos			3	2	1	1	1	8
total	20	17	22	39	9	16	2	125

Fonte: Assessoria de Informação e Gestão da FASE. Setembro/2023.

Tabela 79: Escolaridade da população atendida pela FASE, nos Centros de Atendimento de Porto Alegre RS, em agosto de 2023

Escolaridade	Unidades de Internação de Porto Alegre					Semiliberdade		Total
	CIPCS	CASE PC	CSE	CASE POA II	CASEF	CAS POA	CAS FEM	
Analfabeto								0
Alfabetizado								0
1ª								0
2ª								0
3ª						1		1
4ª		1						1
5ª	1	3	4	1				9
6ª	3	3	2	5	1	3		17
7ª		4	2	14		1		21
8ª	3	2	3	4	2	5	1	20
9ª	2	4		6	4	1	1	18
1º ano EM	2		7	4		4		17
2º ano EM			3	3		1		7
3º ano EM			1		2			3
Superior Incompleto								0
Não Informada	9			2				11

Total	20	17	22	39	9	16	2	125

Fonte: Assessoria de Informação e Gestão da FASE. Agosto/2023.

Dentre as atribuições da FASE, uma delas é possibilitar o acesso às políticas públicas, sendo um espaço estratégico para pautar as questões que permeiam a vida dos adolescentes, identificar as necessidades dos mesmos e propor intervenções sociais, escolares, familiares e de saúde, constituindo assim importante ferramenta de ressocialização dos adolescentes. Neste sentido, a Instituição consiste em espaço privilegiado na proposição de construção de um projeto de vida que faça sentido aos nossos adolescentes, frente aos diversos componentes de sua vida: econômicos, políticos, culturais, físico e ambientais que estão intimamente ligados a sua vida e que precisam ser abordados antes de seu retorno ao convívio na comunidade de origem.

Visando qualificar as ferramentas disponibilizadas aos adolescentes, para o seu retorno à comunidade, em 2019 Porto Alegre aderiu à PNAISARI (Política Nacional de Atendimento Integral aos Adolescentes em Medida Socioeducativa) e desde então vem propondo e realizando uma série de ações voltadas aos profissionais que atuam na FASE, assim como aos adolescentes que se encontram em meio fechado. Entre os anos de 2020 e 2023 foi desenvolvido o Projeto *Tamujunto* e com ele foram qualificados os agentes socioeducativos e profissionais da FASE; por meio de oficinas foram abordados os principais temas que permeiam a adolescência e seus desafios. Juntamente com os adolescentes foram identificados temas prioritários e após este diagnóstico, ocorreu a efetivação de 180 oficinas distribuídas em grandes eixos que abordam a autonomia, aprendizagem socioemocional, perspectivas futuras e gerenciamento de riscos.

O Projeto foi um sucesso e permitiu, por meio de suas estratégias e temáticas, desenvolver o produto - “*Tamujunto- EAD*” que é um curso de 15 horas de duração, disponibilizado a todos os funcionários da FASE possibilitando melhor conhecer as características da adolescência e as melhores formas de abordagem, dando sustentabilidade ao Projeto, uma vez que permite que todos os profissionais tenham habilidade na abordagem e realização de oficinas com os adolescentes. O curso tem o formato ensino à distância e está disponível na plataforma EducaPOA, disponibilizada pela prefeitura.

No tocante às ações de promoção e prevenção à saúde, a atualização do calendário vacinal seguiu sendo realizada, assim como a oferta e realização de

testes rápidos no ingresso, avaliação da saúde ocular com oferta de lentes, avaliação da saúde mental e encaminhamentos para Rede especializada sempre que houver necessidade. Ações do Programa Saúde na Escola também vêm sendo desenvolvidas e têm obtido excelentes resultados em diferentes unidades, numa parceria com as escolas que estão inseridas naqueles espaços.

Os próximos passos que vêm sendo desenvolvidos, juntamente com o Núcleo de Formação e de Saúde da FASE, é a estratégia denominada ConectaTamojunto, que visa trazer elementos de discussão e enfrentamento ao maior desafio dos adolescentes da FASE - a saúde mental. Por meio do Projeto estão pensadas oficinas de teatro e de música que serão desenvolvidas semanalmente com os adolescentes, contando com a mediação dos profissionais da FASE e da Vydia que estão diretamente envolvidos no planejamento e a proposição do Trabalho com a participação efetiva do Grupo Gestor da FASE e da SMS. A proposta é que os adolescentes possam ressignificar sua história de vida de forma lúdica, construindo estratégias de enfrentamento para os próximos desafios, por meio da dança e do teatro.

Para o próximo período também estão previstas ações voltadas aos adolescentes do meio aberto, estas ações estão sendo construídas juntamente com o Conselho Gestor.

Mortalidade entre adolescentes

No período de 2020 a 2024 foram registrados 67.425 óbitos em Porto Alegre, dos quais 344 ocorreram em adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos. A tabela abaixo mostra as causas de morte entre adolescentes de 10 a 14 anos, onde podemos identificar maior ocorrência das neoplasias e causas externas. Já na tabela seguinte, podemos ver que na faixa etária de 15 a 19 anos, as causas externas foram impactantes, contribuindo com 70,9% dos óbitos.

Tabela 80: Causas de morte em adolescentes de 10 a 14 anos, no período de 2020 a 2024, em Porto Alegre

Capítulo CID	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias		2	1	2	2	7
Neoplasias	4		6	4	3	17
Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários			2			2
Doenças do sistema nervoso	1	2		1	1	5
Doenças do aparelho circulatório	1			1		2
Doenças do aparelho respiratório		1			1	2

Doenças do aparelho digestivo				1		1
Doenças do aparelho geniturinário					1	1
Gravidez, parto e puerpério	1					1
Afecções originadas no período perinatal		2	1		2	5
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	1	1		2	5
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais			1		1	2
Causas externas de mortalidade	5	4	7	4	2	22

Fonte: SIM/DVS/SMS. Acesso em junho de 2025.

Tabela 81: Óbitos por causas externas em adolescentes de 15 a 19 anos, no período de 2020 a 2024, em Porto Alegre

Capítulo CID	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	7	3	6	3	23
neoplasias	6	8	3	2	3	22
Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	3					3
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	1	1		1	4
Transtornos mentais e comportamentais	1				1	2
Doenças do sistema nervoso	4		5	3	3	15
Doenças do aparelho circulatório	1	1				2
Doenças do aparelho respiratório	1	3		3	1	8
Doenças do aparelho digestivo		1		2		3
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo		1				1
Gravidez, parto e puerpério			2			2
Afecções originadas no período perinatal	2	2	4	1	1	10
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	2	1	1		5
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	1	2	1		1	5
Causas externas de mortalidade	48	60	64	50	34	256

Fonte: SIM/DVS/SMS. Acesso em junho de 2025.

Dentre os óbitos por causas externas na faixa etária de 15 a 19 anos, se verifica na tabela a seguir que a principal causa foram as agressões, seguida pelas lesões autoprovocadas intencionalmente. Os números mostram a necessidade de implementação de políticas públicas de prevenção de violência nessa faixa etária.

Tabela 82: Causas dos óbitos por causas externas na faixa etária de 15-19 anos, no período de 2020 a 2024, em Porto Alegre

CID	2020	2021	2022	2023	2024	Total
v01-v09 -> Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	3	1		1	2	7
v20-v29 -> Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	1	1	1			3
v40-v49 -> Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	2		2	2		6
v98-v99 -> Outros acidentes de transporte e os não especificados		1				1
w65-w74 -> Afogamento e submersão acidentais	1	2	3	1	1	8
w75-w84 -> Outros riscos acidentais à respiração			1			1
w85-w99 -> Exposição à eletricidade, radiação temperatura, pressões		1				1

x00-x09 -> Exposição à fumaça, ao fogo e as chamas	1			1		2
x58-x59 -> Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados				1		1
x60-x84 -> Lesões autoprovocadas intencionalmente	4	4	6	4	10	28
x85-y09 -> Agressões	35	46	49	39	20	189
y10-y34 -> Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada		2		1		3
y35-y36 -> Intervenções legais e operações de guerra		1	1		1	3
y85-y89 -> Sequelas causas externas de morbidade e de mortalidade	1	1	1			3

Fonte: SIM/DVS/SMS. Acesso em junho de 2025.

A tabela abaixo mostra que a mortalidade entre adolescentes da cor ou raça negra foi de 40,18%, enquanto entre os brancos foi de 57,51%. No entanto, considerando que a população branca representa 73% do município de Porto Alegre, conforme o Censo Demográfico 2022 do IBGE, esses dados indicam que, proporcionalmente, os adolescentes negros apresentam maior risco de óbito.

Tabela 83: Óbitos por cor ou raça em adolescentes de 10 a 19 anos, no período de 2020 a 2024, em Porto Alegre

Cor ou raça	Total	%
Branca	249	57,5
Indígena	4	0,9
Negra	174	40,2
Ignorado	6	1,4
Total Geral	433	100,0

Fonte: SIM/DVS/SMS. Acesso em junho de 2025.

Na tabela abaixo, se verifica que a mortalidade é mais impactante entre adolescentes do sexo masculino, em relação ao sexo feminino, contabilizando pelo menos três vezes mais, 75% dos óbitos. Historicamente os homens se envolvem mais em situações de violência, que muitas vezes tem como desfecho o óbito, neste sentido ações de prevenção precisam ser planejadas de forma intersetorial.

Tabela 84: Óbitos por cor ou raça em adolescentes de 10 a 19 anos em Porto Alegre no período de 2020 a 2024

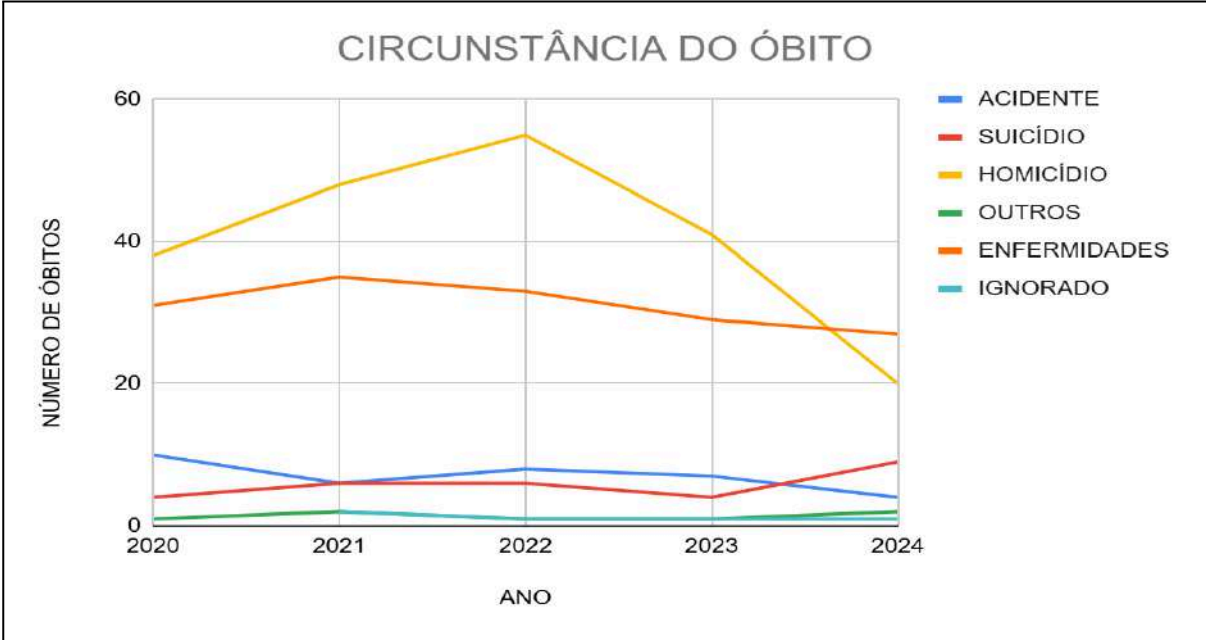
Sexo	Total	%
Feminino	108	24,9
Masculino	325	75,1
Total Geral	433	100,0

Fonte: SIM/DVS/SMS. Acesso em junho de 2025.

Analisando a linha do tempo dos últimos cinco anos, no gráfico a seguir, se verifica que os óbitos por homicídio foram a principal causa de morte entre adolescentes, porém se nota que esses estão em queda desde 2022. Já os óbitos

por suicídio parecem estar aumentando, apontando a necessidade premente de ações de saúde mental voltadas para os adolescentes.

Gráfico 195: Circunstância do óbito por causas externas em adolescentes de 10 a 19 anos, no período de 2020 a 2024, em Porto Alegre



Fonte: SIM/DVS/SMS. Acesso em junho de 2025.

Analisando os dados da tabela abaixo, se identifica um total de 433 óbitos de jovens na faixa etária de 10 a 19 anos, nos cinco anos apresentados. Avaliando os territórios nos quais esses óbitos ocorreram, vemos uma distribuição desigual na mortalidade de adolescentes, apontando para territórios de maior risco e para os quais é fundamental pensar em estratégias de enfrentamento de diferentes órgãos públicos. Nesse sentido, o distrito Partenon foi o local com maior número de óbitos nos últimos anos, seguido do Centro, da Restinga e da região Leste. As regiões das Ilhas e Noroeste mostraram os menores números nos anos avaliados.

Tabela 85: Mortalidade na faixa etária 10 - 19 anos por distrito de saúde, no período de 2020 a 2024, em Porto Alegre

Distrito	2020	2021	2022	2023	2024	Total Geral
Centro	6	12	8	7	6	39
Centro Sul	2	5	9	4	1	21
Cristal	3	2	6	6	2	19
Cruzeiro	3	3	8	4	2	20
Eixo Baltazar	4	7	8	6	3	28
Extremo Sul	2	1	3	4	3	13
Glória	7	7	11	3	2	30
Humaitá Navegantes	3	4	1	3	1	12
Ign	7	6	5	8	8	34
Ilhas	1	1				2
Leste	8	11	7	3	2	31
Lomba Do Pinheiro	5	6	2	5	6	24

Nordeste	4	3	7	6	2	22
Noroeste	2		3	2	2	9
Norte	3	8	7	4	4	26
Partenon	13	10	9	12	6	50
Restinga	9	6	6	4	8	33
Sul	2	7	4	2	5	20
Total Geral	84	99	104	83	63	433

Fonte: SIM/DVS/SMS. Acesso em junho de 2025.

O conceito de juvenicídio é recente e problematiza os altos índices de mortalidade juvenil, associados à violência, ao tráfico de drogas e a ausência de políticas de inclusão desses jovens na sociedade. Os jovens são os principais alvos dos traficantes, no que concerne ao aliciamento em atividades ilícitas e envolvimento em confrontos com armas de fogo. Nesse sentido, é possível identificar que a vulnerabilidade social se relaciona com o juvenicídio, visto que ambos conceitos destacam a perversa inserção social desses jovens, a criminalização da juventude, a ausência de políticas públicas de inserção social e o alto nível de mortes por causas violentas que aflige essa população. Políticas públicas efetivas precisam ser implementadas em todos os níveis de gestão, contemplando diferentes setores como a educação, segurança pública, assistência social, cultura e saúde. O contexto se complexifica quanto às medidas de intervenção demandadas e, ainda, pelas suas repercussões em diversas áreas da sociedade.

1.4.15 Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE), criado pelo Decreto nº 6.286, de 2007, que tem como objetivo promover a formação integral dos estudantes, articulando os setores de educação e saúde, através da Atenção Primária à Saúde (APS). A estratégia do PSE visa combater as vulnerabilidades de crianças e adolescentes por meio da promoção, educação e atenção à saúde.

A articulação do PSE ocorre de forma transversal, sendo coordenada pelo Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal, que envolve as secretarias municipais e estaduais de saúde e educação — esta última representada pela 1ª Coordenadoria Regional de Educação. O PSE compreende 14 ações prioritárias estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Educação:

- ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- verificação e atualização da situação vacinal;
- prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;

- promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
- promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil.
- prevenção à COVID-19 nas escolas;
- promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
- prevenção das violências e dos acidentes;
- identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
- direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS;
- promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
- promoção de saúde mental.

Atualmente, todas as escolas municipais e estaduais de Porto Alegre estão pactuadas no programa, com adesão formalizada em biênios. Para o período 2025-2026, foram pactuadas 554 instituições, distribuídas conforme a coordenadoria de saúde, conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 86: Número de escolas por Coordenadoria de Saúde e Distrito Sanitário			
Coordenadoria de Saúde	Distrito de Saúde	Número de Escolas	Total
Norte	Eixo Baltazar	38	142
	Humaitá/ Navegantes	28	
	Ilhas	7	
	Noroeste	26	
	Norte	43	
Sul	Centro Sul	30	129
	Extremo Sul	25	
	Restinga	48	
	Sul	26	
Leste	Leste	44	144
	Lomba Do Pinheiro	32	
	Nordeste	20	
	Partenon	48	
Oeste	Centro	63	139
	Cristal	22	
	Cruzeiro	29	
	Glória	25	
Total			554

Fonte: Termo de adesão ao PSE 2025-2026, Geosaúde - SMS POA.

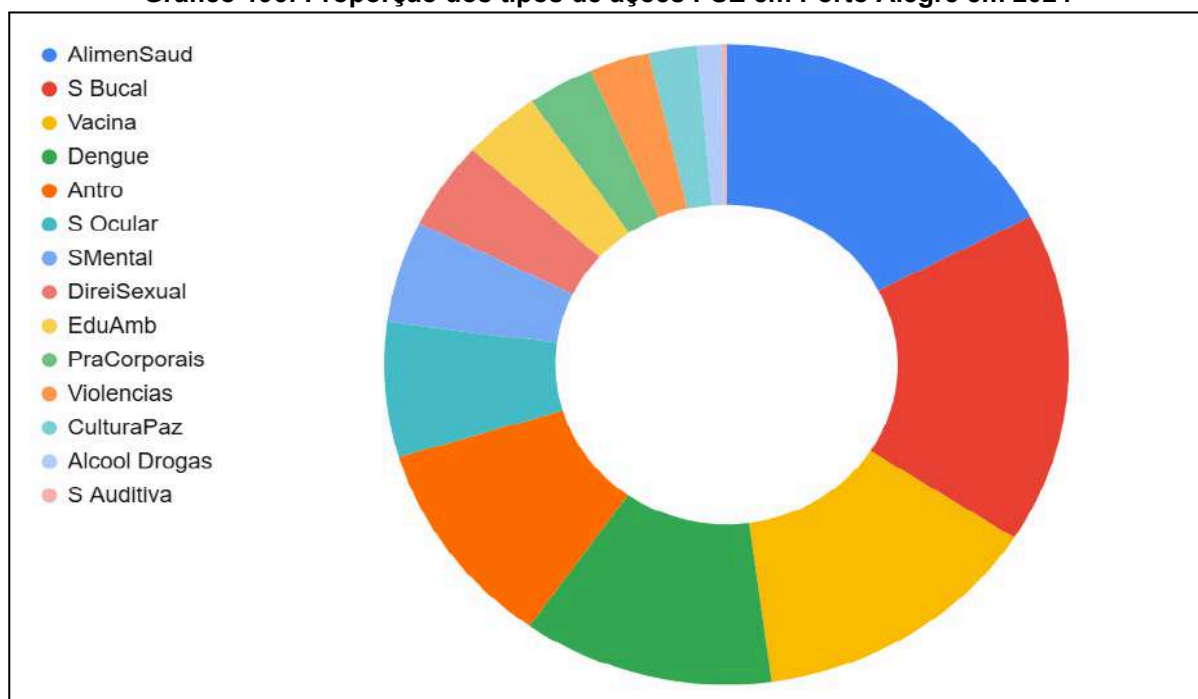
Das ações prioritárias acima, a avaliação da acuidade visual é complementada com o fornecimento gratuito de óculos para crianças, adolescentes

e estudantes matriculados no EJA pelo Programa Porto Olhar Alegre. Nos últimos anos, houve aumento ativo no número de óculos distribuídos: 192 em 2021, 342 em 2022, 781 em 2023 e 999 em 2024.

Outra iniciativa municipal integrada ao PSE é o “Projeto Amamentar é Tri!”, resultado da parceria entre SMS e SMED, que incentiva a manutenção do aleitamento materno mesmo após o ingresso da criança na escola. Reconhecido como o melhor alimento para o bebê, o leite materno deve ser oferecido exclusivamente até os seis meses e complementarmente até os dois anos ou mais. O projeto visa facilitar a continuidade da amamentação, especialmente em situações críticas como o retorno da mãe ao trabalho, oferecendo orientações sobre extração, armazenamento, transporte e oferta do leite materno, além de kits específicos para famílias interessadas.

Após o período de fechamento das escolas durante a pandemia de COVID-19 houve crescimento consistente no número absoluto de ações do PSE: 69 ações em 2020; 2.569 em 2021; 2.971 em 2022; 3.268 em 2023; e 2.494 em 2024. A redução em 2024 pode estar relacionada aos períodos de alagamentos que afetaram a cidade e fecharam escolas. Em 2024, aproximadamente 80% das escolas pactuadas receberam alguma ação do programa, com maior frequência conforme demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 196: Proporção dos tipos de ações PSE em Porto Alegre em 2024



Fonte: Pentaho, em janeiro de 2025.

Durantes os últimos anos houve os avanços significativos na execução do PSE, como a maior integração entre as secretarias de saúde e educação, a articulação com universidades e outras instituições parceiras, a contratação de estagiários para apoio na execução e monitoramento das ações em todas as CS e a elaboração de materiais virtuais para melhor alcance do público-alvo.

Entre os principais desafios do PSE destacam-se a execução do programa frente às urgências da assistência em saúde e o desconhecimento do programa por parte das equipes da educação e, em menor grau, da saúde. A continuidade e ampliação das ações do PSE nos próximos anos representam uma importante estratégia para a promoção da saúde integral de crianças e adolescentes.

1.4.16 Amamentação, Alimentação e Nutrição

A Área Técnica de Amamentação, Alimentação e Nutrição está vinculada ao Núcleo de Promoção em Saúde, no âmbito da Coordenação de Políticas Públicas de Saúde da Diretoria de Atenção Primária. Atualmente, conta com uma profissional nutricionista em sua composição. Suas ações são orientadas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), instituída em 1999 e atualizada pela Portaria MS/GM nº 2.715/2011, que estabelece a promoção da alimentação adequada e saudável como diretriz central.

As interfaces da área técnica incluem principalmente as políticas de DANTS, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente e Rede Alyne, Coordenação de Saúde Bucal, Práticas Integrativas, educação popular em saúde, além do Programa Nascer, ações junto à população indígena, negra, migrantes, em situação de rua, LGBTQI+. Quanto às interfaces externas, temos o Programa Saúde na Escola – com o apoio à implementação de hortas escolares e antropometria, entre outras e outros setores/secretarias vinculados à promoção da segurança alimentar na cidade.

Para viabilizar a execução de suas ações, a PNAN conta com o apoio financeiro do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), que, em 2024, passou a destinar o valor anual de R\$ 92.000,00 aos municípios com mais de um milhão de habitantes, conforme definido pela Portaria GM/MS nº 5.836, de 5 de dezembro de 2024. As diretrizes estabelecidas pela PNAN nortearão a presente análise situacional.

Vigilância alimentar e nutricional

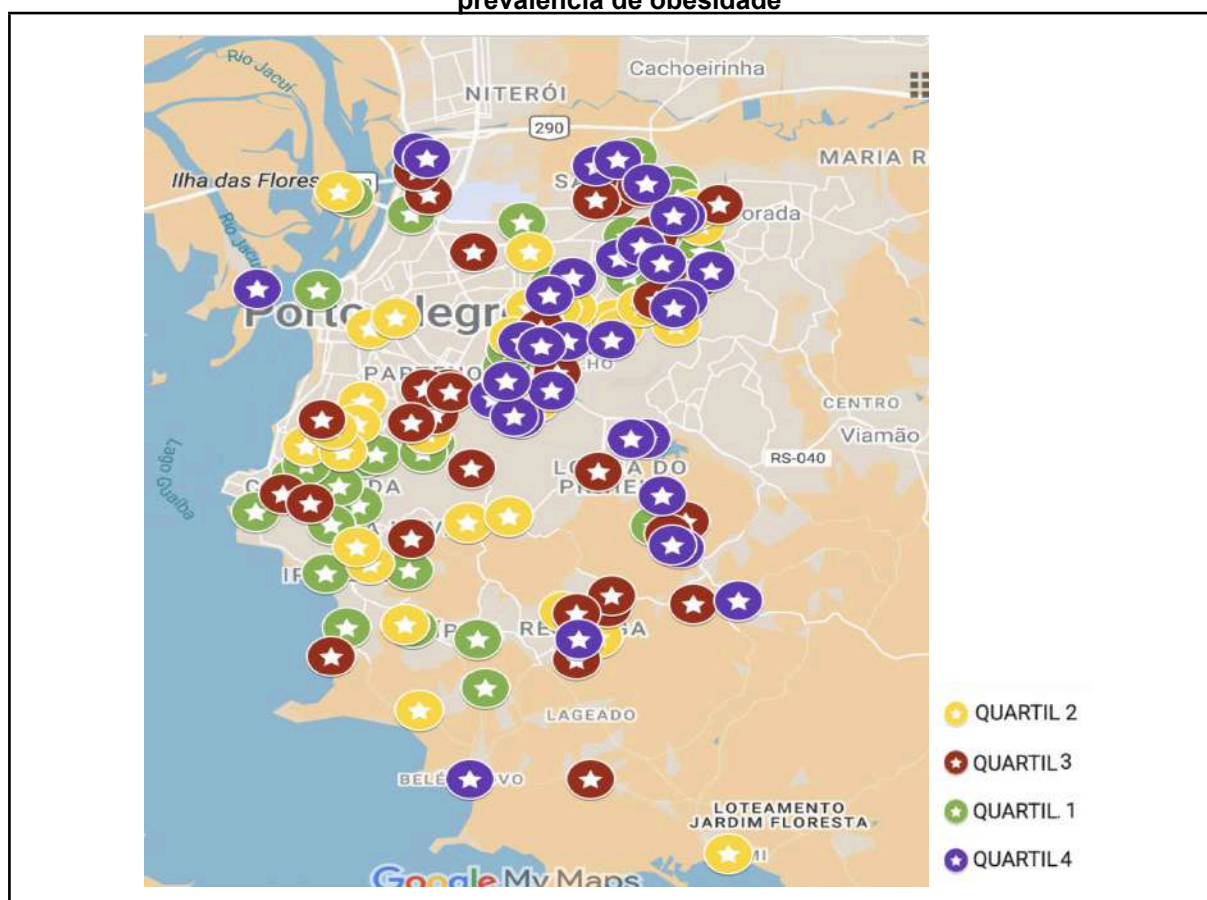
A Vigilância Alimentar e Nutricional é uma das diretrizes da PNAN, e consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Entre suas fontes diretas de informação são o e-SUS, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), além de dados do Programa Bolsa Família, as fontes de estimativa populacional são a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), o Programa de Orçamentos Familiares (POF) e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Outras fontes de dados municipais são as avaliações antropométricas realizadas nas Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEIs) e por meio do Programa Saúde na Escola (PSE).

Para fins de estruturação da Vigilância Nutricional, o governo federal realiza aportes ocasionais de recursos financeiros para aquisição de equipamentos antropométricos. Em 2019, o município recebeu R\$ 399.000,00 para esta finalidade, e foram adquiridos balanças pediátricas e regulares fixas e portáteis, antropômetros horizontais fixos e portáteis, fitas métricas, adipômetros e paquímetros para otimizar a coleta dos dados de vigilância em toda rede de saúde.

A má nutrição é o resultado da deficiência, excesso ou desequilíbrio na ingestão de energia e/ou nutrientes, em relação às necessidades de uma pessoa e é um dos principais problemas de saúde coletiva na atualidade. Importa reconhecer que a desnutrição e a obesidade são distintas expressões da insegurança alimentar e nutricional.

Segundo o Sisvan, em 2024, 74,6% dos porto-alegrenses possuem excesso de peso. Os gráficos a seguir indicam o diagnóstico nutricional de adultos em Porto Alegre, sendo (A) estado nutricional em 2024 por Unidade de Saúde e (B) linha temporal do estado nutricional em Porto Alegre, nos dois gráficos foram utilizados dados coletados do Sisvan.

Figura 12: Estado nutricional em 2024 por Unidade de Saúde (A), considerando os quartis de prevalência de obesidade



Fonte: Sisvan, acesso em janeiro de 2025.

Considerando as faixas etárias, apresentamos os gráficos abaixo com dados do estado nutricional em crianças de 5 a 10 anos, adolescentes, gestantes e idosos. Em relação aos dados apresentados, ressaltamos alguns pontos importantes relacionados aos mil dias de vida, janela de oportunidade relacionada aos desfechos em saúde no futuro: 38,6% das crianças menores de 5 anos já precisam de tratamento para excesso de peso e 68,9% das gestantes apresentam excesso de peso. Nas crianças entre 5 e 10 anos e na adolescência, a prevalência de obesidade é de 38,9% e 41,9%, respectivamente, a obesidade e os hábitos alimentares destas fases são preditivas para comportamentos na vida adulta. Finalmente, em relação aos idosos, quase 55% apresentam sobrepeso e 11,4% têm baixo peso.

Gráfico 197: Estado Nutricional por faixa etária em 2024



Fonte: Sisvan -03/01/2025.

Do total de casos, 245 (94%) referem-se a pessoas de nacionalidade brasileira, 9 (3%) a haitianos, além de um caso envolvendo um indivíduo congolês e outro uma paraguaia. Em dois casos, a nacionalidade não foi informada.

É importante ressaltar que o excesso de peso tem relação com determinantes sociais de saúde como gênero, escolaridade, renda e cor ou raça. Inquéritos nacionais (Vigitel,2023) mostram que mulheres apresentam maior prevalência de obesidade se comparada a homens e, ainda, que mulheres que se autodeclaram negras apresentam maiores prevalências de excesso de peso e obesidade, quando comparadas a mulheres que se autodeclaram brancas, mesmo se comparadas a

mulheres de mesma renda. Finalmente, considerando a questão de escolaridade, quanto maior o número de anos de estudos, menor a porcentagem de pessoas com excesso de peso.

Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) corresponde a uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e contribui para a promoção à saúde da população, para o pleno potencial de crescimento e desenvolvimento humano e para o aumento da qualidade de vida. Ademais, visa reduzir carências nutricionais, desnutrição, redução da prevalência de sobrepeso e obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis.

O contexto de alimentação não saudável agrega diversas variáveis como o nível socioeconômico, padrões estéticos, cor ou raça, gênero, idade, cultura, relações familiares, políticas sociais, meio ambiente, desertos e pântanos alimentares, acesso a segurança alimentar e nutricional, e publicidade.

Amamentação exclusiva e continuada

Os dados de consumo alimentar do Sisvan demonstram manutenção na prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) no ponto de corte 180 dias: 65,3% em 2021; 65,4% em 2022; 65,4% em 2023 e 63,9% em 2024. Estes valores superam os dados de pesquisa nacional realizada em 2008 (última amostra), em que Porto Alegre apresentou 38% de AME. Em relação à amamentação continuada, considerando o Sisvan, a prevalência de aleitamento materno continuado (ponto de corte 720 dias), percebemos aumento de 31,6% em 2015 para 44,5% em 2024. A qualificação da assistência e manejo clínico do aleitamento materno devem permanecer na agenda de ações perinatais ao longo da primeira infância.

O município conta com um pequeno número de nutricionistas para o atendimento nutricional especializado. Por outro lado, ocorre a presença de nutricionistas em todas as e-Multis estabelecidas no final de 2024. A presença de nutricionistas na APS é essencial para a articulação relacionada à promoção de hábitos alimentares saudáveis. Algumas limitações enfrentadas estão relacionadas à falta de pessoal na gestão, necessidade de aumento de equipes multiprofissionais na APS e maior articulação nas orientações nutricionais pelas equipes de saúde. Ainda, fazem parte dos limitantes, conforme discutido em mais detalhes acima: as

condições socioeconômicas da população e, ainda, as constantes fontes de informação inadequadas através dos meios de comunicação, entre outros.

Para identificação de pontos críticos da alimentação nas diversas fases do curso da vida, o Sisvan propõe o uso de marcadores do consumo alimentar, os quais consistem em ferramentas de triagem de práticas e da ingestão de grupos alimentares. Atualmente, os marcadores de consumo alimentar encontram-se disponíveis também no e-SUS. Os marcadores referem-se a itens selecionados do consumo alimentar no dia anterior, coibindo vieses de memória e com possibilidade de uso por diferentes profissionais. Ainda que não detalhe a alimentação habitual dos usuários, mostram-se apropriados a diversos objetivos na produção do cuidado em saúde no contexto da APS, em substituição a métodos especializados para apurar o de nutrientes. Em âmbito populacional, a análise desses dados pode apoiar o planejamento e o acompanhamento de ações e programas e a atuação dos profissionais de saúde com indivíduos, coletividades e territórios.

A área técnica tem estruturado formações continuadas considerando os três diferentes marcadores de consumo alimentar, a saber:

- marcadores para crianças de até 6 meses, voltados para a fase de amamentação exclusiva;
- marcadores para crianças de 6 a 24 meses, voltados para a fase de introdução/apresentação alimentar;
- marcadores de consumo alimentar para maiores de 2 anos.

As formações são:

- formação para Manejo da Amamentação na APS, curso de 4 horas, com 4 edições anuais;
- formação para Introdução Alimentar na APS, curso de 4 horas, com aula prática na cozinha, também com 4 edições anuais;
- curso de Acolhimento da Pessoa com Sobrepeso e Obesidade, com duração de 8 horas, sendo, no mínimo, 4 edições anuais.

As formações estão acontecendo desde 2024, sendo a medida de avaliação da efetividade para o serviços, o preenchimento de marcadores de consumo alimentar, entendendo que, desta forma, os profissionais olham com mais cuidado para a qualidade da alimentação das pessoas que frequentam as Unidades de Saúde da capital. Percebe-se aumento importante no número de marcadores de consumo preenchidos (aumento em torno de 35%, a depender da faixa etária

estudada). Os dados, no entanto, indicam que apenas uma pequena amostra da população possui as informações registradas, uma vez que os marcadores de consumo alimentar do CDS eletrônico são pouco informados, não alcançando 10% da população da faixa etária.

1.4.17 Política Municipal de Acesso Mais Seguro

O Acesso Mais Seguro (AMS) é uma metodologia de gestão de riscos desenvolvida e adaptada pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), cujo objetivo é prevenir, reduzir e mitigar as consequências da violência armada para profissionais e beneficiários dos serviços públicos essenciais no Brasil. Essa metodologia foi parametrizada pela norma internacional de gestão de riscos ABNT NBR, a ISO 31000, e vem trazendo importante contribuição para toda a rede de atenção à saúde no município de Porto Alegre, em especial no que se refere à visibilidade e compreensão da violência como um dos fatores que impactam no trabalho em saúde. O AMS contribui para qualificação das ações de proteção dos trabalhadores, sem perder de vista a importância da continuidade da atuação dos serviços em áreas com alta vulnerabilidade à violência armada. Com o Decreto nº 20.830, de 03 de dezembro de 2020, o município de Porto Alegre consolidou a implementação da metodologia, instituindo o AMS como Política Municipal de Acesso Mais Seguro.

A metodologia do AMS prevê que os serviços façam uma análise de contexto, identifiquem e avaliem os riscos a que estão expostos e construam um Plano de Contingência (Plano AMS) que estabelece as condutas a serem tomadas em situações de crise. Identifica-se que a organização prévia através do plano do AMS, construído com a participação dos trabalhadores dos serviços, resulta em menor número de horas de fechamento dos serviços, bem como maior habilidade para o manejo das crises de violência. Esta situação reduz o impacto emocional do imprevisto ou desconhecido.

A metodologia do AMS exige o monitoramento e atualização dos sinais no território para a elaboração do plano de contingência (plano AMS), que inclui Comportamentos Mais Seguros (CMS) nas estratégias de ação. O CMS são orientações de comportamentos que previnem ou limitam as consequências humanitárias da violência no serviço e no território. Com o AMS temos uma redução do tempo de resposta diante das situações de risco alto e crítico e as equipes

conseguem promover maior proteção aos trabalhadores e usuários. Os quadros abaixo demonstram o acompanhamento das classificações de risco ao longo dos últimos quatro anos. As classificações graduadas por cor: amarelo representa o risco médio, laranja representa o risco alto e vermelho representa o risco crítico. Na classificação em amarelo mantém-se alerta e cancelam-se os serviços externos. Diante da classificação em laranja os serviços são fechados temporariamente para reorganização interna. Na classificação em vermelho os serviços são fechados no dia ou turno do acontecimento devido à exposição que a violência em situações de risco crítico acarretaria.

O volume de classificações de risco por período relaciona-se tanto ao preparo das equipes para a utilização da metodologia, que é uma variável sob gestão dos serviços de saúde, quanto a situações relativas ao aumento da violência nos territórios, sobre a qual os serviços não têm ingerência. Assim, um indicador significativo a ser desenvolvido é o da exposição e da proteção dos trabalhadores à violência e suas consequências.

Os principais tipos de incidentes relacionados às classificações de risco estão demonstrados nos quadros abaixo.

Quadro 5: Unidades de Saúde que mais notificaram risco (médio, alto, crítico) no período entre 2022-2025 no Município de Porto Alegre

CS	Distrito	Unidade de Saúde	2022			2023			2024			2025* (até 13/08)			Total
			Médio	Alto	Crítico	Médio	Alto	Crítico	Médio	Alto	Crítico	Médio	Alto	Crítico	
Oeste	Cristal	CAPS AD II GCC	0	2	0										2
Sul	Restinga	CAPS AS III Girassol Restinga Extremo Sul							0	10	0				10
Norte	Humaitá/ Navegantes	CF Diretor Pestana				6	0	0							6
Sul	Centro Sul	EESCA SCS				13	0	0							13
Leste	Nordeste	US Batista Flores	50	0	0							0	6	0	56
Sul	Centro Sul	US Calábria										62	0		62
Sul	Centro Sul	US Camaquã							40	0	0				40
Sul	Centro Sul	US Cidade de Deus							22	0	0				22
Oeste	Cristal	US Cristal				6	0	0							6
Leste	Partenon	US Ernesto Araújo										24	0	0	24
Norte	Humaitá/ Navegantes	US Fradique Vizeu										0	8	0	8
Oeste	Glória	US Glória										26	0	0	26
Norte	Ilhas	US Ilha dos Marinheiros	1	1	1										3
Leste	Nordeste	US Jardim Protásio Alves	7	2	0										9
Sul	Restinga	US Macedônia							75	0	0	0	7	0	82
Leste	Partenon	US Maria da Conceição	19	3	3	4	1	3							33
Norte	Humaitá/ Navegantes	US Mário Quintana	0	3	1										4
Sul	Centro Sul	US Monte Cristo							20	8	0				28
Sul	Sul	US Morro dos Sargentos										9	0	0	9
Sul	Restinga	US Núcleo Esperança	22	0	0	9	0	2	21	3	0				57
Oeste	Cruzeiro	US Osmar Freitas	0	0	2										2
Sul	Centro Sul	US Paulo Ávila							9	1	3				13
Sul	Restinga	US Pitinga				21	3	0							24
Norte	Norte	US Ramos				60	4	3	7	0	0	23	3	0	100
Sul	Restinga	US Restinga							15	0	0	0	1	5	21
Oeste	Cruzeiro	US Santa Anita				22	1	10							33
Norte	Norte	US Santíssima Trindade				12	0	0							12
Leste	Nordeste	US Timbaúva	0	4	0	8	4	0	65	0	6	36	0	0	123
Leste	Leste	US Vila Pinto	0	0	2										2

Fonte: Sistema AMS.

Note-se que a lógica das classificações de risco pelo AMS dialoga diretamente com a violência armada. No entanto, em sua aplicabilidade o AMS também é utilizado diante da violência interpessoal dirigida aos profissionais e entre usuários, que demanda ações de preparação e resolução de conflitos por parte das equipes.

Na SMS-POA prioriza-se a realização de oficinas com todos os trabalhadores dos serviços, entendendo-se necessária a participação e construção coletiva dos planos de contingência. Até agosto de 2025, contamos com 123 unidades utilizando o AMS de forma plena, o que corresponde a 61% dos serviços da rede de atenção à saúde, exceto hospitais. Destacamos que os períodos do ano em que não há possibilidade de realização de oficinas com todos trabalhadores, devido às demandas assistenciais, tais como períodos de incidência de dengue, períodos de vacinação e de atendimento dos casos sintomático-respiratórios, têm promovido dificuldades no atendimento das metas anuais elencadas e demandará para o próximo período alternativas de abordagem do AMS com parte das equipes e formação de multiplicadores. Ainda, para o período de 2022 a 2025 foram incluídos os serviços de Pronto Atendimento nas metas para a realização do AMS. No entanto, existe uma dificuldade na operacionalização do programa nesses serviços uma vez que a metodologia é proposta para os serviços da atenção básica. Acresce-se a isso que é fundamental a participação da gestão dos serviços para o desenvolvimento e monitoramento do programa e a coordenação do AMS nos serviços de saúde está vinculada aos serviços da atenção primária.

Identifica-se que a dinâmica de atualização do AMS é constante e permanente, tendo em vista a rotatividade dos trabalhadores e a dinâmica da violência nos territórios. Desde 2024, tem sido desenvolvida formação complementar on-line de Comportamentos Mais Seguros (CMS) para os trabalhadores das OS parceirizadas, em plataforma própria do Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV). Esta atividade visa a permanente capacitação de novos trabalhadores que ingressam em serviços com o AMS já implantado.

Para o registro das notificações de violência, foi desenvolvida e disponibilizada pelo CICV a Plataforma Digital do AMS, que tem potencial de gerar análises geolocalizadas e análises do impacto da violência sobre os serviços. Em paralelo, também é utilizada a comunicação através de grupos de Whatsapp, que, por estar incorporada à cultura dos trabalhadores, revela-se eficaz e protetiva nos

serviços de saúde, porém precisa ser complementada com a qualificação dos dados na Plataforma Digital para o desenvolvimento das análises acerca do impacto da violência nos serviços.

Um aspecto, ainda, a destacar é que a operacionalidade das ações protetivas demanda eficaz comunicação entre trabalhadores e gestão. E entre serviços de saúde e de segurança, em especial a Guarda Municipal, com quem a gestão do AMS mantém diálogo constante.

Neste sentido identificamos como desafios para os próximos 4 anos:

- qualificação das notificações de risco - AMS tem sido usado de forma eficaz para prevenir agravamento da exposição aos riscos, mas precisa evoluir com relação à alimentação de dados pós crise;
- formação permanente dos trabalhadores, devido à rotatividade de pessoal das OS parceiras;
- períodos de paradas nas oficinas pelas demandas assistenciais;
- o AMS é projetado para a Atenção Primária e demanda adaptações e a sua utilização em serviços de saúde mental e especializados demanda ajustes

1.5 CARACTERIZAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS

1.5.1 Distrito Sanitário Centro

O distrito sanitário Centro abrange os bairros: Auxiliadora, Azenha, Bela Vista, Bom Fim, Centro, Cidade Baixa, Farroupilha, Floresta, Independência, Jardim Botânico, Menino Deus, Moinhos de Vento, Mont'Serrat, Petrópolis, Praia de Belas, Rio Branco, Santa Cecília e Santana.

Segundo dados do IBGE (2022), o distrito sanitário Centro é o mais populoso da cidade.

O perfil demográfico da região apresenta singularidades que o diferenciam do conjunto do município. Do total da população residente, 56,08% são mulheres e 43,92% homens, evidenciando uma predominância feminina que se intensifica nas faixas etárias mais avançadas, em consonância com a maior expectativa de vida das mulheres e o fenômeno de feminização no envelhecimento.

No que se refere à variável cor ou raça, 25.578 pessoas (10,5%) se autodeclararam negras (pretas e pardas), proporção expressivamente inferior à

média municipal. Esse indicador reflete não apenas a baixa representatividade da população negra no território, mas também a reprodução de desigualdades raciais associadas ao processo histórico de segregação urbana e ao elevado custo de vida na região central, que historicamente restringem o acesso de grupos socialmente mais vulnerabilizados a esse espaço da cidade.

A estrutura etária revela um intenso processo de envelhecimento populacional: enquanto a população infantil compreende 7.202 crianças menores de cinco anos, o número de pessoas idosas atinge 71.475 indivíduos, representando 24,49% do total de idosos de Porto Alegre.

O Distrito Centro repercute uma tendência de envelhecimento populacional, o que impõe à rede de atenção à saúde a necessidade de concentrar esforços no cuidado de condições crônicas, na promoção do envelhecimento saudável, na prevenção de incapacidades e na ampliação da oferta de serviços especializados de média e alta complexidade.

A Atenção Primária à Saúde (APS) do território dispõe de uma rede composta por 03 Unidades de Saúde (US), apoiadas por 16 Equipes de Saúde da Família (ESF), 09 Equipe de Atenção Primária (EAP), 23 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 02 Equipes de Consultório de Rua (e-CR) e 03 Equipes Multidisciplinar (e-Multi). Das três Unidades de Saúde, duas contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 08 equipes na modalidade I e 01 ESB modalidade diferenciada A.

O Centro de Saúde Santa Marta, localizado na região central, constitui referência em atenção primária, saúde mental e especialidades médicas. O espaço reúne diversos serviços, entre eles a Clínica da Família, a Farmácia Distrital, o Serviço de Atenção Especializada (SAE), o Centro de Referência em Tuberculose (CRTB), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Ambulatório Trans, entre outros. O prédio também abriga estruturas estratégicas da rede municipal, como o Cerest (Saúde do Trabalhador), o Ambulatório de Especialidades, a equipe do Consultório na Rua e oficinas de geração de renda voltadas a pessoas em situação de rua.

No território estão localizados o Centro Logístico de Medicamentos Especiais (CELME), anteriormente denominado Farmácia de Medicamentos Especiais e municipalizado em dezembro de 2022, no bairro Azenha. Também integra a rede a Farmácia Distrital do Centro de Saúde Modelo, situada no bairro Santana,

responsável pela dispensação de medicamentos que exigem receita especial/controlada ou antibióticos.

No Distrito Sanitário Centro estão situados importantes equipamentos hospitalares que desempenham papel estratégico na rede de atenção à saúde do município. O Hospital Municipal de Pronto Socorro funciona em regime ininterrupto, 24 horas por dia, com atendimento voltado a vítimas de violência e de traumas, como acidentes de trânsito, quedas e queimaduras.

O Hospital Materno Infantil Presidente Vargas destaca-se pela assistência especializada a gestantes, crianças e mulheres. Oferece atendimento de emergência, consultas ambulatoriais e internações nas áreas de neonatologia, pediatria, ginecologia, obstetrícia e psiquiatria infantojuvenil. Além disso, é referência no cuidado a mulheres em situação de violência sexual e a crianças vítimas de diferentes formas de violência, fortalecendo a rede de proteção e atenção integral à saúde materno-infantil.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), vinculado à UFRGS e ao MEC, oferece assistência de alta complexidade, ensino e pesquisa, contribuindo para a formação de profissionais qualificados e para a inovação científica e tecnológica no SUS.

O Distrito Centro de Porto Alegre dispõe de uma [Rede de Atenção Psicossocial \(RAPS\)](#), que oferece acompanhamento contínuo a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. O atendimento é realizado por equipe multiprofissional, garantindo cuidado integral e humanizado, com foco na qualidade de vida e inclusão social dos usuários. As unidades que compõem a RAPS Centro são:

A Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA), no Centro de Saúde Santa Marta, oferece atendimento especializado a adultos;

A Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente (EESCA), no Centro de Saúde Santa Marta, presta atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes;

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), atende adultos com transtornos mentais graves e persistentes. O distrito conta atualmente com dois CAPS:

- CAPS II Hospital de Clínicas
- CAPS II Adulto Centro

O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, além de casos de uso abusivo de álcool e outras drogas. O distrito conta atualmente com dois CAPS:

- CAPSi Casa Harmonia
- CAPSi Supimpa

O CAPS AD IV Céu Aberto, atende pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, adultos e adolescentes a partir de 15 anos, funcionando 24 horas e oferece leitos para internações de curta duração.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) destina-se à pessoas com transtornos mentais graves, preferencialmente egressas de longas internações em hospital psiquiátrico ou de custódia, sem rede de apoio e necessitam desenvolver autonomia. O distrito conta com três unidades.

- SRT Nova Vida
- SRT A Grande Família
- SRT 18 de Maio

A Reabilitação Psicossocial dispõe da oficina GerAção Poa, voltada à inclusão social e produtiva de usuários da rede de saúde mental. O serviço desenvolve atividades de acolhimento, oficinas de trabalho e geração de renda, grupos de produção literária, capacitação profissional e atendimentos individuais.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território durante as reuniões dos conselhos distritais.

Quadro 6: Demandas do Distrito Centro PMS 2026-2029

Levantamento dos Problemas	Ações de Enfrentamento
Baixa cobertura de saúde da família no Distrito Centro (39,33%)	Ampliação da cobertura de Saúde da Família com a estruturação da unidade escola da UFCSPA, com equipes suficientes e definição de território adscrito que contemple populações em situação de maior vulnerabilidade, como a do Loteamento Santa Terezinha. O novo equipamento reduzirá a pressão assistencial, atualmente concentrada nas Unidades de Saúde Santa Marta e Modelo, garantindo melhor acesso, acolhimento e continuidade do cuidado. Ampliação de uma equipe de Saúde da Família na Unidade Santa Cecília, de modo a adequar a cobertura populacional às necessidades do território, assegurando vínculo, acompanhamento longitudinal e resposta mais efetiva às demandas.
Baixa cobertura de saúde bucal (12,6%), sendo	Implantação de equipes de saúde bucal na

que a US Santa Cecília não possui equipe odontológica.	unidade escola da UFCSPA e na Unidade Santa Cecília, onde atualmente não há cobertura; e ampliação de equipes na unidade Modelo, de modo a adequar a oferta de serviços odontológicos às necessidades populacionais do território, ampliando o acesso.
Estrutura física precária da US Modelo com necessidade prioritária de reforma do telhado, instalação de caixa d'água, além de revitalização, devido ao alto fluxo de atendimento e importância histórica/arquitetônica do prédio.	Qualificação da infraestrutura da unidade de saúde Modelo, priorizando a reforma do telhado e instalação de caixa d'água.
Necessidade de ampliação da sala de espera da Farmácia Distrital Modelo, além de reorganização dos consultórios dos farmacêuticos e mudança na disposição de guichês.	Ampliação da Farmácia Distrital Modelo, contemplando sala de espera, consultórios farmacêuticos, redistribuição de guichês e instalação de toldo na área externa.
Situações de violência frequentes na US Modelo.	Estruturação no município de protocolos sólidos para mitigação das violências e desacatos aos trabalhadores. Instalação de câmeras de vigilância/monitoramento na unidade de saúde e Farmácia Distrital Modelo, promovendo maior segurança aos usuários, trabalhadores e ao patrimônio público.
Necessidade de ampliação do número de Agentes Comunitários de Saúde por Equipe de Saúde da Família, considerando que os indicadores apontam fragilidades na situação de saúde da região e no cuidado de populações específicas como saúde criança, da mulher, da população idosa, assim como alta incidência de doenças como HIV/AIDS, tuberculose e baixo acompanhamento de populações vulneráveis como os beneficiários do Programa Bolsa Família.	Ampliação no número de Agentes Comunitários, conforme necessidades de cada território, considerando indicadores de saúde desfavoráveis, vulnerabilidade social, extensão territorial, acompanhamento de populações específicas, como quilombolas, imigrantes, além do elevado número de usuários restritos ao domicílio e Instituições de Longa Permanência.
A Unidade de Saúde Santa Marta possui uma Equipe de Saúde da Família descoberta por Agente Comunitário de Saúde.	Adequação da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde, contemplando todas as Equipes de Saúde da Família da Unidade de Saúde Santa Marta.
Emulti Santa Marta composta por categorias profissionais que não atendem amplamente às necessidades da população referenciada.	Reestruturação da e-Multi Santa Marta, compondo a equipe com categorias profissionais que atendam às necessidades do território, tais como Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia adulto, entre outras.
Necessidade de ampliação das atividades de ensino em serviço na Unidade de Saúde Santa Marta, sobretudo com o núcleo da medicina.	Ampliação e fortalecimento da integração ensino em serviço na Unidade de Saúde Santa Marta, sendo campo de prática para Residências Médicas, com o objetivo de ampliar a capacidade instalada e a oferta de serviços.
O modelo preconizado para a organização das agendas na APS não contempla as necessidades do perfil epidemiológico do Centro, que possui grande parcela de população idosa, além de não considerar reservas que garantam o cuidado continuado em saúde mental.	Reorganização das agendas da APS, ampliando consultas programadas e agendadas, além da garantia de consultas programadas em saúde mental, sobretudo para pessoas em processo de alta de CAPS, conforme plano de cuidado.

Falta de fluxos adequados na APS inviabilizam a continuidade do cuidado em saúde mental.	Estabelecer fluxos institucionais permanentes para o cuidado compartilhado entre serviços de saúde mental e APS.
Deficiência de recursos humanos nos serviços de saúde mental, principalmente CAPS II Centro e CAPSi Casa Harmonia, considerando o aumento no adoecimento mental na população geral, por vezes decorrentes da pandemia de COVID-19 e das enchentes.	Ampliar a equipe do CAPS II Centro e CAPSi Casa Harmonia (para além da equipe mínima), com servidores públicos, profissionais de diferentes categorias, de modo a assistir à população adscrita com a qualidade preconizada pelas políticas de saúde mental do SUS.
O CAPS II Centro atualmente funciona em imóvel locado, que apresenta deficiências estruturais relevantes, entre elas a falta de acessibilidade, demandando adequações para o atendimento às exigências normativas e preconizadas pelas políticas de saúde mental.	Novo espaço físico (preferência imóvel próprio) para o CAPS II Centro que atenda o que está previsto no Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento, garantindo melhores condições de trabalho e qualificação da atenção em saúde mental.
Necessidade de ampliação de equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS Centro.	Fortalecimento da rede de atenção psicossocial (RAPS) com abertura de um CAPS III Adulto, além de fomentar a integração da saúde mental na atenção primária.
A inexistência de um Centro de Convivência e Cultura representa uma lacuna na RAPS da capital gaúcha, considerando as demandas territoriais e a necessidade de investimento em promoção de saúde mental como forma de dar suporte aos dispositivos clínicos das unidades da APS e aos CAPS.	Criação de Centro de Convivência e Cultura no Distrito Centro, conforme instituído pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011.
Necessidade de qualificação dos profissionais para o manejo em saúde mental, evitando uso indiscriminado de contenções químicas ou mecânicas.	Educação permanente dos profissionais de toda a Rede de Saúde, para uso prioritário de estratégias de manejo verbal antes da contenção química ou mecânica, com critérios estabelecidos sobre quando a contenção poderá ser aplicada. Fomentar a Educação Permanente, qualificando o trabalho em rede entre APS, CAPS e serviços de assistência social, além dos demais equipamentos do território.
Grande concentração de usuários em situação de rua no Distrito.	Estruturação de uma Unidade de Acolhimento no Distrito, garantindo cuidado integral e humanizado, colaborando para a reinserção social.
A cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano do Centro se destacou positivamente entre os demais distritos da Coordenadoria Oeste. No entanto, os percentuais de cobertura estão abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde.	Intensificar ações de vacinação e busca ativa de crianças, com capacitação permanente das equipes de saúde, ações extramuros, parcerias intersetoriais com escolas, creches e associações comunitárias, monitoramento de faltosos, além de ações educativas junto à comunidade.
Fragilidade no acompanhamento do binômio mãe-bebê, considerando o baixo percentual de vinculação até o 7º dia de vida do recém nascido.	Qualificar as equipes de saúde e processos de trabalho para o cuidado integral à saúde materno-infantil, com o acompanhamento adequado do binômio mãe-bebê.
Realização do Teste do Pezinho abaixo do ideal no prazo estabelecido.	Intensificar a realização do Teste do Pezinho dentro do prazo ideal para todos os recém-nascidos, com estratégias de busca ativa e organização do fluxo entre maternidades e unidades de saúde.

Os casos de sífilis congênita apresentam uma tendência de queda. Porém, o distrito ainda possui um número considerável de casos.	Aprimoramento da assistência pré-natal, com ampliação da testagem e tratamento da sífilis em gestantes e parceiros, visando à redução dos casos de sífilis congênita.
O coeficiente de mortalidade infantil do Centro (6,4) está abaixo do coeficiente do Município, no entanto ainda é preciso atenção aos casos de óbitos por causas evitáveis.	Indica a necessidade de qualificação contínua da atenção materno-infantil, especialmente no que se refere ao acompanhamento pré-natal, à assistência ao parto e ao cuidado integral nos primeiros anos de vida.
Cobertura insuficiente de exames citopatológicos nas unidades de saúde.	Demanda estratégias de ampliação do acesso, fortalecimento das ações de busca ativa e sensibilização das mulheres quanto à importância de exames citopatológicos periódicos, assegurando maior efetividade das políticas de saúde voltadas à atenção integral à saúde da mulher.
Baixa solicitação de mamografias para mulheres entre 50 e 69 anos, com taxa de mortalidade por câncer de mama acima do limite estabelecido.	O cenário reforça a necessidade de fortalecer as ações de rastreamento organizado, ampliar o acesso ao exame de mamografia e qualificar as práticas de cuidado, de modo a reduzir a morbimortalidade associada à doença.
Alta incidência de tuberculose pulmonar, com baixa cobertura e adesão ao tratamento diretamente observado, refletindo em uma diminuição nos percentuais de cura ao longo dos anos	Intensificar ações de enfrentamento da tuberculose, ampliando a cobertura do Tratamento Diretamente Observado (TDO), com o envolvimento de todos os profissionais das equipes, sobretudo os agentes comunitários de saúde e, quando necessário, apoio da equipe multiprofissional, visando a redução da transmissão, das taxas de abandono e o aumento dos percentuais de cura.
Baixa cobertura de testes rápidos ofertados nas unidades de saúde, com elevada ocorrência de HIV/AIDS.	Intensificação da testagem rápida, com foco na ampliação do diagnóstico e início precoce do tratamento. Fortalecimento do monitoramento dos usuários em tratamento, com ações de busca ativa nos casos de faltas ou abandono, visando garantir a adesão e reduzindo a progressão da doença (AIDS).
Baixa cobertura de acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família, inferior ao parâmetro definido.	Intensificar o acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família, sensibilizando e mobilizando as equipes de saúde.
Registro de dois casos de óbitos por dengue no território em 2025.	Intensificar a vigilância e as ações de combate à dengue, priorizando áreas vulneráveis, com articulação intersetorial e estratégias de educação em saúde.
Maior percentual de notificações de violência dentre os distritos da Coordenadoria de Saúde Oeste, sobretudo psicológica, física e sexual.	Qualificar as ações de enfrentamento à violência, estruturando fluxos de atendimento, acolhimento e notificação efetivos, bem como fortalecer estratégias de articulação intersetorial.
Inexistência de uma política municipal de equidade, bem como a ausência de diretrizes estruturadas para o enfrentamento das iniquidades em saúde, particularmente no que se refere a gênero, raça, etnia, sexualidade, deficiência e etarismo.	Promover a equidade na gestão e no cuidado em saúde com implementação de uma Política Municipal de Equidade assegurando a criação de um Núcleo de Equidades, a qualificação dos registros do quesito cor ou raça, identidade de gênero e o fortalecimento de ações afirmativas.

O termo de colaboração com as entidades parceiras, sendo no distrito o IBSAÚDE, não contempla ações afirmativas nas contratações dos profissionais.	Inclusão nos aditivos dos termos de colaboração com as parceirizadas para seleção e contratação de trabalhadoras/res de cotas que considerem igualdade de gênero, raça, etnia, sexualidade, deficiências e etarismo, no quadro de profissionais da APS, assim como o contexto dos territórios.
Subnotificação ou sub registro da variável cor ou raça nos sistemas de informação em saúde, mascarando desigualdades e dificultando uma avaliação precisa das iniquidades raciais na saúde.	Promoção da Educação Permanente de trabalhadores e trabalhadoras com foco na temática da equidade: letramento racial, identidade de gênero, saúde mental, violências e direitos das pessoas que gestam.
Inexistência de espaço institucional, bem como de fluxos e diretrizes estabelecidas para o acolhimento de trabalhadores nas situações discriminatórias vivenciadas no cotidiano de trabalho.	Criação de núcleo de equidades na CSO/SMS-POA com representantes do ensino-serviço-comunidade para acolhimento das situações de violências no trabalho em saúde e valorização das trabalhadoras/res e futuras trabalhadoras/res no SUS.
Participação frágil do Conselho Municipal de Saúde (controle Social) e universidades nos espaços do ConsolidaSUS.	Fortalecer o ConsolidaSUS no planejamento, avaliação e monitoramento dos indicadores e efetividade do cuidado na APS, garantindo a participação de áreas estratégicas como DVS, ASSEPLA, Coordenadorias de Saúde, CMS (controle Social) e universidades.

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Centro para o PMS 2026-2029.

1.5.2 Distrito Sanitário Cristal

O Distrito Sanitário Cristal compreende exclusivamente o bairro Cristal, território marcado por fortes contrastes socioespaciais. A região abriga núcleos e vilas irregulares — entre elas a Vila Ecológica e a Vila Nossa Senhora das Graças —, que coexistem com áreas de urbanização consolidada e empreendimentos de alto padrão, evidenciando um padrão desigual de desenvolvimento urbano.

Segundo o IBGE (2022), o território possui 32.037 habitantes, correspondendo a 2,40% da população total de Porto Alegre. Do contingente populacional, 52,2% são mulheres e 47,8% são homens. Em relação à variável cor ou raça, 8.074 pessoas (25,2%) se autodeclararam negras (pretas e pardas). Quanto à estrutura etária, a população infantil é composta por 1.613 crianças menores de cinco anos, enquanto a população idosa soma 6.286 indivíduos, representando 2,59% do total de pessoas idosas do município.

O território apresenta profundas desigualdades: de um lado, condomínios de alto padrão e residências de luxo; de outro, comunidades em situação de vulnerabilidade, marcadas por precariedade habitacional, insuficiência de saneamento básico, restrições de mobilidade e oferta limitada de serviços públicos essenciais. Esse cenário repercute diretamente nos determinantes sociais da saúde,

produzindo um quadro de iniquidades que se expressa em maior vulnerabilidade da população das vilas e núcleos irregulares, com dificuldades de acesso a serviços de saúde, educação e proteção social. A expressiva presença de população negra no território reforça a importância de incorporar práticas de saúde antirracistas e culturalmente sensíveis, de modo a enfrentar desigualdades históricas e assegurar o direito universal à saúde.

No território também está localizada a Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul (Fase/RS), responsável pela execução de medidas socioeducativas aplicadas a adolescentes em conflito com a lei. A presença dessa instituição imprime características singulares ao perfil territorial, uma vez que concentra uma população marcada por múltiplas vulnerabilidades sociais, sanitárias e educacionais. Essa realidade exige uma articulação intersetorial permanente entre a rede de saúde, assistência social, educação e sistema de justiça, visando garantir a integralidade do cuidado.

O território dispõe de uma rede composta por 05 Unidades de Saúde (US), apoiadas por 11 Equipes de Saúde da Família (ESF), 16 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 06 Equipes de Saúde Socioeducativo (ESSE) e 01 Equipe Multidisciplinar (e-Multi). Das cinco Unidades de Saúde, 05 contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 07 equipes na modalidade I.

O bairro Cristal dispõe de dois serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial: o CAPS II Flor de Maio, destinado ao acompanhamento de adultos com transtornos mentais graves e persistentes, e o CAPS AD II Esperança, especializado no atendimento de pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas, incluindo adolescentes a partir dos 15 anos. A implantação dessas unidades representa um avanço na descentralização do cuidado em saúde mental e na ampliação do acesso no território; entretanto, persistem desafios relacionados à sua implementação como: a insuficiência de recursos humanos, as limitações de infraestrutura: é relevante uma [Unidade de Acolhimento](#) no território, demanda do Seminário do Distrito Cristal; fatores que comprometem a resolutividade e a continuidade do cuidado. Nesse contexto, torna-se imprescindível fortalecer a capacidade instalada, ampliar a cobertura assistencial e consolidar estratégias intersetoriais, de modo a assegurar atenção integral, equitativa e de qualidade à população do bairro Cristal.

No ano de 2024, entre os casos de tuberculose registrados na região, 29,7% evoluíram para cura, enquanto 21,6% corresponderam a abandono de tratamento, indicador preocupante que aponta para fragilidades na adesão terapêutica e na capacidade de acompanhamento longitudinal dos pacientes. A faixa etária mais incidente foi de 20 a 34 anos, concentrando a maior parte dos casos. Quanto ao sexo, a doença apresentou mais prevalência no masculino (64,1%), em comparação ao feminino (35,9%).

No que se refere à variável cor ou raça, 53,4% dos casos ocorreram em pessoas brancas, 45,1% em pessoas negras e 1,5% em pessoas amarelas. Embora o número absoluto de casos novos de tuberculose em 2024 tenha sido maior entre a população autodeclarada branca, a análise proporcional revela um cenário distinto.

Considerando que apenas 25,2% da população do distrito se autodeclara negra, a distribuição dos casos por cor ou raça evidencia que a população negra é proporcionalmente mais acometida pela doença.

A alta proporção de abandono de tratamento representa risco adicional para o surgimento de formas resistentes da doença e para a manutenção da cadeia de transmissão no território. Além disso, a tuberculose mantém estreita relação com condições de vida precárias, como habitação inadequada, insegurança alimentar e dificuldade de acesso a serviços de saúde, frequentemente presentes na região. A coinfeção TB/HIV também constitui um desafio, dada a sobreposição de vulnerabilidades sociais e sanitárias.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território durante as reuniões dos conselhos distritais.

Quadro 7: Demandas do Distrito Sanitário Cristal PMS 2026-2029

Levantamento dos Problemas	Ações de Enfrentamento
As unidades de saúde apresentam limitações estruturais, caracterizadas pelo número insuficiente de consultórios para atender todos os profissionais de nível superior e da equipe multiprofissional, com inexistência de áreas adequadas para a realização de atividades coletivas.	Ampliação da estrutura das unidades de saúde Cristal, Nossa Senhora das Graças, Divisa e São Gabriel, considerando, para cada unidade, os perímetros do terreno e os espaços disponíveis para expansão.
Necessidade de ampliação do número de Agentes Comunitários de Saúde por Equipe de Saúde da Família, devido a vulnerabilidade do território com uma grande proporção de pessoas vivendo em situação de pobreza e extrema pobreza.	Ampliação do número de Agentes Comunitários de Saúde por Equipe de Saúde da Família, considerando as necessidades de cada território, indicadores de saúde desfavoráveis, vulnerabilidade social e extensão territorial.
Os espaços de trabalho dos Agentes	Estruturar ambientes de trabalho adequados para

Comunitários de Saúde são insuficientes para uso de todos os profissionais (falta de mobiliário e equipamentos de informática).	os Agentes Comunitários de Saúde, contendo mobiliário e equipamentos de informática suficientes para a realização de atividades internas, como a digitação de cadastros, a busca ativa de usuários e registros de visitas domiciliares, entre outras.
Cobertura de equipes multiprofissionais (e-Multi) insuficientes, não contemplando a US São Gabriel, além de não atender todas as equipes de saúde da família da US Cristal.	Ampliação da cobertura de equipes Multiprofissionais, contemplando 100% das Equipes de Saúde da Família do Distrito Cristal e incluindo a US São Gabriel. Importante considerar o diagnóstico situacional dos territórios para definição das categorias profissionais na composição das equipes, respondendo às necessidades do território.
Necessidade de ampliação do número de farmacêuticos no Distrito, considerando não apenas a quantidade de equipes por unidade, mas também o perfil populacional, os contextos de vulnerabilidade social e a dificuldade de acesso às Farmácias Distritais.	Contemplar a Unidade de Saúde Nossa Senhora das Graças com carga horária de farmacêutico, considerando as características de vulnerabilidade social e dificuldades de acesso a outros serviços.
Grande número de idosos com rede de apoio fragilizada, com comprometimento físico e mental, sem o suporte de instituição que ofereça reinserção social e reabilitação física.	Implantação de Pólo de Academia de Saúde na região, conforme portaria do Ministério da Saúde, com garantia de espaço destinado ao estímulo das práticas corporais e atividades físicas, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, promoção da alimentação saudável, oferta de Práticas integrativas e complementares em Saúde e de Práticas artísticas e culturais, além de realização de atividades de Educação em saúde.
Necessidade de qualificação das equipes da Atenção Primária à Saúde para acolhimento dos transtornos por uso problemático de álcool e outras drogas, desde o acesso até a avaliação de risco e encaminhamentos.	Educação Permanente das equipes da APS quanto aos transtornos relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas, com objetivo de qualificar a escuta e acolhimento dessas pessoas, bem como sobre o estreitamento com os demais níveis de atenção, como CAPS e urgências.
Deficiência de recursos humanos nos serviços de saúde mental, principalmente CAPS AD II Esperança, conforme estabelecido pela Portaria nº 336/2002.	Ampliar a equipe do CAPS AD II Esperança com um Enfermeiro 40 horas, considerando equipe técnica preconizada e a gravidade dos casos atendidos no Caps AD.
Falta de retaguarda para o atendimento da população em situação de rua, que fragiliza o cuidado a pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas.	Estruturação de uma Unidade de Acolhimento no Distrito, garantindo cuidado integral e humanizado, colaborando para a reinserção social.
Cobertura vacinal infantil baixa, com percentuais muito aquém do esperado em todas as vacinas avaliadas.	Intensificar ações de vacinação e busca ativa de crianças, com capacitação permanente das equipes de saúde, ações extramuros, parcerias intersetoriais com escolas, creches e associações comunitárias, monitoramento de faltosos, além de ações educativas junto à comunidade.
Fragilidade no acompanhamento do binômio mãe-bebê, considerando o baixo percentual de vinculação até o 7º dia de vida do recém nascido.	Qualificação dos profissionais e aprimoramento dos processos de trabalho das equipes de saúde para o cuidado integral à saúde materno-infantil, com foco no acompanhamento adequado do binômio mãe-bebê e na redução da mortalidade infantil.
Realização do Teste do Pezinho abaixo do ideal no prazo estabelecido.	Garantir a realização do Teste do Pezinho em todos os recém-nascidos dentro do prazo ideal,

	com estratégias de busca ativa e melhor integração entre maternidades e unidades de saúde.
Aumento significativo no número de casos de sífilis congênita em 2024.	Qualificar o pré-natal, com ampliação da testagem de sífilis e tratamento adequado das gestantes, visando à redução de novos casos de sífilis congênita.
O coeficiente de mortalidade infantil (10,2) apresenta-se elevado, superando a média municipal, o que demanda atenção especial aos óbitos por causas evitáveis.	Qualificação dos profissionais e aprimoramento dos processos de trabalho das equipes de saúde para o cuidado integral à saúde materno-infantil, com foco no acompanhamento adequado do binômio mãe-bebê e na redução da mortalidade infantil.
Solicitação de mamografias para mulheres de 50 a 69 anos abaixo da meta estabelecida (22,4%).	Ampliar a solicitação de mamografias e assegurar o acompanhamento adequado das mulheres com exames alterados.
Casos de tuberculose com baixa adesão ao Tratamento Diretamente Observado (TDO) e altas taxas de abandono.	Intensificar ações de enfrentamento à tuberculose, ampliando a cobertura do Tratamento Diretamente Observado (TDO), com o envolvimento de todos os profissionais das equipes, sobretudo os agentes comunitários de saúde e, quando necessário, apoio da equipe multiprofissional, visando a redução das taxas de abandono e o aumento dos percentuais de cura.
Incidência de novos casos de HIV e AIDS ainda significativa, associada à baixa cobertura de testes rápidos.	Intensificação da testagem rápida, com foco na ampliação do diagnóstico e início precoce do tratamento. Fortalecimento do monitoramento dos usuários em tratamento, com ações de busca ativa nos casos de faltas ou abandono, visando garantir a adesão, reduzindo a progressão da doença (AIDS).
Cobertura de acompanhamento do Programa Bolsa Família de 84,9% dos beneficiários, ainda aquém da meta de 95%.	Sensibilizar as equipes de saúde sobre o monitoramento do Programa Bolsa Família, organizando estratégias de chamamento das famílias para acompanhamento das condicionalidades.
Alta incidência de dengue na região, principalmente nos territórios das Unidades de Saúde Nossa Senhora das Graças e São Gabriel. Apesar disso, não foi registrado óbito por dengue no Distrito.	Intensificar a vigilância e as ações de combate à dengue, priorizando áreas vulneráveis, com articulação intersetorial e estratégias de educação em saúde.
Notificações de violência do Distrito destacam os tipos de violência física e sexual.	Qualificar as ações de enfrentamento à violência, estruturando fluxos de atendimento, acolhimento e notificação efetivos, bem como fortalecer estratégias de articulação intersetorial.
Inexistência de uma política municipal de equidade, bem como a ausência de diretrizes estruturadas para o enfrentamento das iniquidades em saúde, particularmente no que se refere a gênero, raça, etnia, sexualidade, deficiência e etarismo.	Promover a equidade na gestão e no cuidado em saúde com implementação de uma Política Municipal de Equidade assegurando a criação de um Núcleo de Equidades, a qualificação dos registros do quesito cor ou raça, identidade de gênero e o fortalecimento de ações afirmativas.
O termo de colaboração com as entidades parceiras, sendo no Distrito Cristal o IBSAÚDE, não contempla ações afirmativas para as contratações dos profissionais.	Aditivo dos termos de colaboração com as instituições parceiras contemplando a inclusão de ações afirmativas, que considerem a igualdade de gênero, raça, etnia, sexualidade, deficiências e etarismo, na seleção e contratação de trabalhadoras/res para a APS.
Subnotificação ou sub registro da variável cor ou raça nos sistemas de informação em saúde.	Educação permanente com os profissionais da CSO visando a qualificação dos registros do

mascarando desigualdades e dificultando uma avaliação precisa das iniquidades raciais na saúde.	questão cor ou raça nos sistemas de informação, fomentada pelo Comitê de Saúde da População Negra, o qual deverá atuar como norteador desse processo. Educação permanente com os trabalhadores voltada para as temáticas da equidade e letramentos.
A inexistência de espaço institucional, bem como de fluxos e diretrizes estabelecidas para o acolhimento de trabalhadores nas situações discriminatórias vivenciadas no cotidiano de trabalho.	Criação de núcleo de equidades na CSO/SMS-POA com representantes do ensino-serviço-comunidade contemplando os eixos: (a) Processos formativos; (b) Produção de cuidado (acolhimento das situações de racismo, violências, discriminação no trabalho em saúde); (c) Elaboração de fluxos e diretrizes visando a valorização das trabalhadoras/res e futuras trabalhadoras/res no SUS.

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Cristal para o PMS 2026-2029.

1.5.3 Distrito Sanitário Cruzeiro

O Distrito Sanitário Cruzeiro é composto por um conjunto de vilas populares e abrange os bairros Medianeira e Santa Tereza. De acordo com o IBGE (2022), a região possui uma população estimada em 45.781 habitantes, o que corresponde a 3,43% do total do município de Porto Alegre.

Do contingente populacional, 52,49% são mulheres e 47,51% homens. Em relação à variável cor ou raça, 12.267 pessoas (26,8%) da população do distrito se autodeclararam negras (pretas e pardas). Quanto à estrutura etária, a população infantil é composta por 1.940 crianças menores de 5 anos, enquanto a população idosa soma 9.316 indivíduos, representando 3,19% do total de pessoas idosas do município (IBGE, 2022).

A Atenção Primária à Saúde (APS) do território dispõe de uma rede composta por 05 Unidades de Saúde (US), apoiadas por 13 Equipes de Saúde da Família (ESF), 01 Equipe de Atenção Primária (EAP), 28 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 Equipe de Atenção Básica Prisional (EBP) e 01 Equipe Multidisciplinar (e-Multi). Das cinco Unidades de Saúde, três contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 06 equipes na modalidade I.

O território dispõe do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), referência na Rede de Atenção às Urgências, com nível de complexidade intermediária entre a APS e a Rede Hospitalar. A unidade funciona de forma ininterrupta, 24 horas por dia, sete dias por semana, incluindo feriados, assegurando acesso contínuo da população a atendimentos de urgência e emergência.

A região também conta com o Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, referência na rede municipal, que reúne diversos serviços especializados.

Destacam-se o Ambulatório de Especialidades (com atendimentos em Cardiologia, Dermatologia, Fisiatria, Nutrição, Otorrinolaringologia, Reumatologia e Urologia), o Centro de Reabilitação (CR), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), além dos serviços de curativos, eletrocardiograma, estomias, oxigenoterapia, Farmácia Distrital, Laboratório Central, Serviço Especializado em Tuberculose, HIV, IST e Aids (SAE) e a Equipe Especializada na Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA).

No ano de 2024, entre os casos de tuberculose registrados na região, 22% evoluíram para cura, enquanto 14,8% corresponderam a abandono de tratamento, indicador preocupante que aponta para fragilidades na adesão terapêutica e na capacidade de acompanhamento longitudinal dos pacientes.

As faixas etárias mais incidentes foram de 20 a 34 anos e 35 a 49 anos, concentrando a maior parte dos casos. Quanto ao sexo, a doença apresentou mais prevalência no masculino (66,1%), em comparação ao feminino (33,9%).

No que se refere à variável cor ou raça, 51,7% dos casos ocorreram em pessoas brancas, 47,4% em pessoas negras e 0,8% em pessoas amarelas. Embora o número absoluto de casos novos de tuberculose em 2024 tenha sido maior entre a população autodeclarada branca, a análise proporcional revela um quadro distinto. Considerando que apenas 26,8% da população do distrito se autodeclara negra, a distribuição dos casos por cor ou raça evidencia que a população negra é proporcionalmente mais acometida pela doença.

A alta proporção de abandono de tratamento representa risco adicional para o surgimento de formas resistentes da doença e para a manutenção da cadeia de transmissão no território. Além disso, a tuberculose mantém estreita relação com condições de vida precárias, como habitação inadequada, insegurança alimentar e dificuldade de acesso a serviços de saúde, frequentemente presentes na região. A coinfeção TB/HIV também constitui um desafio, dada a sobreposição de vulnerabilidades sociais e sanitárias.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território durante as reuniões dos conselhos distritais.

Quadro 8: Demandas do Distrito Sanitário Cruzeiro PMS 2026-2029

Levantamento dos Problemas	Ações de Enfrentamento

Baixa cobertura de Saúde Bucal (50,6%), sendo que as US Santa Tereza e US Santa Anita não possuem Equipe de Saúde Bucal na própria unidade.	Necessidade de realização de estudo do território e identificação de terreno para construção de uma unidade do território e identificação de terreno para construção de uma nova unidade que contemple os territórios das US Santa Tereza e Vila Gaúcha, considerando as limitações estruturais da US Santa Tereza, as dificuldades de acesso da comunidade Vila Gaúcha à sua atual unidade de referência e a insuficiência da oferta de saúde bucal a estas populações.
As Unidades de Saúde Osmar Freitas, Santa Tereza e Santa Anita apresentam limitações estruturais, caracterizadas pelo número insuficiente de consultórios para atender todos os profissionais de nível superior e da equipe Multiprofissional, com inexistência de áreas adequadas para realização de atividades coletivas.	Identifica-se a necessidade de realização de estudo para a ampliação da Unidade de Saúde Osmar Freitas e da Unidade de Saúde Santa Anita, sendo que, nesta última, recomenda-se a inclusão de consultório odontológico, bem como a implementação de melhorias na acessibilidade.
Necessidade de ampliação do número de Agentes Comunitários de Saúde por Equipe de Saúde da Família, considerando que os indicadores apontam fragilidades na situação de saúde da região e no cuidado de populações específicas como saúde criança, da mulher, da população idosa e baixo acompanhamento de populações vulneráveis, como os beneficiários do Programa Bolsa Família.	Ampliação do número de Agentes Comunitários de Saúde por Equipe de Saúde da Família, considerando as necessidades de cada território, indicadores de saúde desfavoráveis, vulnerabilidade social e extensão territorial.
A cobertura de e-Multis mostra-se insuficiente, uma vez que não contempla as US Osmar Freitas e US Santa Anita, além de demandar a ampliação da oferta de algumas especialidades - sobretudo voltadas ao público adulto - na e-Multi da US Moab Caldas.	Ampliação da cobertura das equipes Multiprofissionais, de forma a contemplar 100% das Equipes de Saúde da Família do Distrito Cruzeiro, incluindo as US Santa Anita e US Osmar Freitas, bem como a US Moab Caldas, garantindo atuação de especialistas voltados ao atendimento de todas as fases do ciclo de vida.
Sobrecarga na rede elétrica do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes e Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) durante os meses de janeiro e fevereiro principalmente, devido ao uso intensivo de novos equipamentos de climatização, em razão das altas temperaturas registradas no período.	Aquisição de uma nova subestação de energia elétrica que atenda o consumo do CS Vila dos Comerciantes e PA Cruzeiro do Sul (PACS), evitando prejuízos na oferta de serviços aos usuários.
Cobertura vacinal infantil baixa, com percentuais muito aquém do esperado em todas as vacinas avaliadas.	Intensificação das ações de vacinação nas unidades, para ampliação da cobertura vacinal nos públicos-alvo, com capacitação permanente das equipes de saúde, ações extramuros, parcerias intersetoriais com escolas, creches e associações comunitárias, monitoramento de faltosos, além de ações educativas junto à comunidade.
Alto coeficiente de mortalidade infantil (17,6%), sendo o maior da cidade.	Qualificação dos profissionais e aprimoramento dos processos de trabalho das equipes de saúde para o cuidado integral à saúde materno-infantil, com foco no acompanhamento adequado do binômio mãe-bebê e na redução da mortalidade infantil.
Aumento do número de casos de sífilis congênita no distrito.	Qualificação da assistência pré-natal, com ampliação da testagem e tratamento adequado da sífilis em gestantes, buscando diminuir o número de crianças que nascem com sífilis.

Maior número de casos de sífilis adquirida na população feminina, quando comparado ao sexo masculino.	Qualificar a assistência à saúde da mulher, garantindo a formação contínua dos profissionais da atenção Primária, a ampliação da oferta de serviços e o fortalecimento do acompanhamento integral às mulheres.
Alta taxa de mortalidade por câncer de mama, 40,6/100.000 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.	O cenário reforça a necessidade de fortalecer as ações de rastreamento organizado, ampliar o acesso ao exame e qualificar as práticas de cuidado, de modo a reduzir a morbimortalidade associada à doença.
Redução do percentual de cura da tuberculose e baixa cobertura de Tratamento Diretamente Observado (TDO).	Ampliar a cobertura de Tratamento Diretamente Observado (TDO), com o envolvimento de todos os profissionais das equipes, sobretudo os agentes comunitários de saúde e, quando necessário, apoio da equipe multiprofissional, visando a redução das taxas de abandono e o aumento dos percentuais de cura.
Baixa cobertura de testes rápidos ofertados nas unidades de saúde.	Intensificação da testagem rápida, com foco na ampliação do diagnóstico e início precoce do tratamento. Fortalecimento do monitoramento dos usuários em tratamento, com ações de busca ativa nos casos de faltas ou abandono, visando garantir a adesão, reduzindo a progressão de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), principalmente em mulheres.
Agendamento de consultas especializadas em serviços distantes do local de moradia do usuário.	Regionalização dos agendamentos das consultas especializadas, considerando o local de moradia do usuário.
A mortalidade geral do Distrito é fortemente impactada pelas doenças crônicas não transmissíveis, tendo como principais causas as doenças isquêmicas do coração (9,48%) e as doenças cerebrovasculares(9,23%).	Manutenção permanente de projetos/ações, como o projeto “Viver Mais e Melhor”, voltado às pessoas idosas e/ou doenças crônicas, considerando as principais causas da mortalidade geral no Distrito. Além de fortalecer ações de alimentação saudável no território.
Alta incidência de dengue na região, com registro de 1 óbito.	Intensificar a vigilância e as ações de combate à dengue, priorizando áreas vulneráveis, com articulação intersetorial e estratégias de educação em saúde.

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Cruzeiro para o PMS 2026-2029.

1.5.4 Distrito Sanitário Glória

O Distrito Sanitário Glória é composto pelos bairros Belém Velho, Cascata e Glória. Segundo o IBGE (2022), o território concentra uma população de 55.495 habitantes, o que corresponde a 4,16% do total do município de Porto Alegre. Do contingente populacional, 52,59% são mulheres e 47,41% são homens. No que se refere à variável cor ou raça, 14.984 pessoas (27%) se autodeclararam negras (pretas e pardas).

Quanto à estrutura etária, a população infantil é composta por 2.917 crianças menores de cinco anos, enquanto a população idosa soma 9.795 indivíduos, representando 3,36% do total de pessoas idosas do município.

O território apresenta desigualdades sociais que impactam diretamente a qualidade de vida da população e a organização da rede de atenção à saúde. O Distrito Glória concentra áreas com significativa vulnerabilidade socioeconômica, refletida em problemas de moradia, carência de creches, saneamento básico, mobilidade e acesso a equipamentos públicos comunitários. Esse cenário produz barreiras de acesso a direitos fundamentais, amplia a exposição a riscos ambientais e sociais e contribui para a manutenção de iniquidades em saúde.

A expressiva proporção da população negra no território reforça a importância de incorporar a perspectiva da equidade racial nas práticas de cuidado, reconhecendo desigualdades históricas que se expressam em piores indicadores de saúde e maior exposição à violência e à exclusão social.

A Atenção Primária à Saúde (APS) do território é composta por uma rede de 08 Unidades de Saúde (US), apoiadas por 22 Equipes de Saúde da Família (ESF), 01 Equipe de Atenção Primária (EAP), 31 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 01 Equipe Multidisciplinar (e-Multi). Das oito unidades existentes, sete contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 11 equipes na modalidade I, ampliando o acesso às ações de promoção, prevenção e cuidado integral em saúde bucal.

O território conta com um serviço estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): o CAPS Altos da Glória, voltado ao acompanhamento e cuidado de adultos em situação de sofrimento mental.

O distrito não dispõe de farmácia distrital, e a malha viária apresenta limitações que dificultam o deslocamento da população até as unidades disponíveis em distritos vizinhos. Essa condição representa uma barreira de acesso à assistência farmacêutica, comprometendo a integralidade do cuidado e a continuidade dos tratamentos, especialmente para usuários em situação de maior vulnerabilidade social e com necessidades de uso contínuo de medicamentos.

O território não dispõe de serviços especializados voltados ao atendimento de crianças atípicas, o que representa uma lacuna significativa na rede de cuidado. A ausência desse suporte compromete a garantia de um acompanhamento integral e precoce, fundamental para o desenvolvimento infantil e para a promoção da inclusão social e educacional.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território durante as reuniões dos conselhos distritais:

Quadro 9: Demandas do Distrito Sanitário Glória PMS 2026-2029

Levantamento dos Problemas	Ações de Enfrentamento
Baixa cobertura de saúde bucal (71%), sendo que a Unidade de Saúde Aparício Borges não possui Equipe na própria unidade.	Construção da unidade de saúde no terreno situado à Rua Intendente Alfredo Azevedo, número 530, bairro Glória, que abrigará as unidades Glória e Aparício Borges, contemplando equipes de saúde bucal.
As Unidades de Saúde apresentam limitações estruturais, caracterizadas pelo número insuficiente de consultórios para atender todos os profissionais de nível superior e equipe multiprofissional, em especial as Unidades 1º de Maio e Glória.	Reforma e ampliação da unidade de saúde Primeiro de Maio, com aumento do número de consultórios, ampliação da sala de espera e revitalização.
A unidade de Saúde Glória atualmente funciona em imóvel locado, que apresenta deficiências estruturais relevantes, demandando adequações para o atendimento às exigências normativas e preconizadas pela política de Atenção Primária à Saúde.	Busca por um novo imóvel para locação para abrigar a unidade Glória, considerando as deficiências estruturais do atual prédio e até que a nova unidade esteja em funcionamento.
O Distrito não dispõe de Farmácia Distrital (FD) e a malha viária apresenta limitações que dificultam o acesso da população às FDs disponíveis nos distritos vizinhos.	Construção de Farmácia Distrital junto à unidade de saúde na Intendente Alfredo Azevedo.
Necessidade de ampliação do número de farmacêuticos nas unidades de saúde do Distrito, considerando não apenas a quantidade de equipes por unidade, mas também o perfil populacional, os contextos de vulnerabilidade social e a dificuldade de acesso às Farmácias Distritais.	Aumento da cobertura de assistência farmacêutica nas Unidades Graciliano Ramos e Estrada dos Alpes, considerando a vulnerabilidade e dificuldade de acesso à Farmácia Distrital.
Ausência de Raio-X odontológico na unidade Nossa Senhora de Belém.	Instalação de RX odontológico na unidade de Saúde Nossa Senhora de Belém, sendo referência para os usuários adscritos na unidade de Saúde Rincão.
Ausência de nutricionista na US Nossa Senhora de Belém, sendo importante pela alta prevalência de doenças crônicas na população.	Fortalecimento de ações de alimentação saudável pela equipe de saúde na unidade Nossa Senhora de Belém.
Cobertura de equipes multiprofissionais (e-Multi) insuficientes, não contemplando as Unidades de Saúde Nossa Senhora de Belém, Aparício Borges, Graciliano Ramos, Jardim Cascata e Estrada dos Alpes, além de não atender todas as equipes de saúde da família da US Primeiro de Maio.	Ampliação da cobertura das equipes Multiprofissionais, de forma a contemplar 100% das Equipes de Saúde da Família do Distrito Glória, incluindo as Unidades de Saúde Nossa Senhora de Belém, Aparício Borges, Graciliano Ramos, Jardim Cascata, Estrada dos Alpes e garantir que no mínimo 80% das equipes da Primeiro de Maio estejam contempladas (cobertura atual 50%).
Necessidade de ampliação do número de Agentes Comunitários de Saúde por Equipe de Saúde da Família, considerando que os indicadores apontam fragilidades na situação de saúde da região e no cuidado de populações específicas como saúde criança, da mulher, da população idosa e baixo acompanhamento de populações vulneráveis, como os beneficiários do Programa Bolsa Família.	Ampliação do número de Agentes Comunitários de Saúde por Equipe de Saúde da Família, considerando as necessidades de cada território, indicadores de saúde desfavoráveis, vulnerabilidade social e extensão territorial.

As Unidades de Saúde Primeiro de Maio e Nossa Senhora de Belém possuem equipes descobertas por Agente Comunitário de Saúde.	Adequação da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde, contemplando todas as Equipes de Saúde da Família das Unidades de Saúde Primeiro de Maio e Nossa Senhora de Belém.
Falta de equipamento no território que possibilite a prática de atividade física, favorecendo a integração social da comunidade e qualidade de vida.	Implantação de Pólo de Academia de Saúde junto à nova Unidade de Saúde, conforme portaria do Ministério da Saúde, com garantia de espaço destinado ao estímulo das práticas corporais e atividades físicas, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, promoção da alimentação saudável, oferta de Práticas integrativas e complementares em Saúde e de Práticas artísticas e culturais, além de realização de atividades de Educação em saúde.
Necessidade de atendimento especializado para crianças atípicas, com construção planejada de Certa na região.	Promover qualificação da equipe de saúde, assim como a criação de grupos de apoio para pais de crianças atípicas no território da US Nossa Senhora de Belém. Construção de um CERTA na Coordenadoria de Saúde Oeste.
Cobertura vacinal infantil baixa (cerca de 40%), com percentuais abaixo do esperado em todas as vacinas avaliadas.	Intensificação das ações de vacinação nas unidades, com capacitação permanente das equipes de saúde, ações extramuros, parcerias intersetoriais com escolas, creches, associações comunitárias, entre outras, monitoramento de faltosos, além de ações educativas junto à comunidade.
Fragilidade no acompanhamento do binômio mãe-bebê, considerando o baixo percentual de vinculação até o 7º dia de vida do recém nascido (67,8%).	Qualificar equipe de saúde e os processos de trabalho para o cuidado integral à saúde materno-infantil, com o acompanhamento adequado do binômio mãe-bebê.
Mortalidade infantil do distrito (11,3) acima da média do município de Porto Alegre (9,0), com maior proporção de óbitos evitáveis entre crianças negras.	Qualificação dos profissionais e aprimoramento dos processos de trabalho das equipes de saúde para o cuidado materno-infantil, com foco no acompanhamento do binômio mãe-bebê até o 7º dia e na redução da mortalidade infantil, considerando o recorte racial.
Aumento do número de casos de sífilis congênita em 2024.	Qualificação da assistência pré-natal, com ampliação da testagem e tratamento da sífilis em gestantes e parceiros, visando à redução dos casos de sífilis congênita.
Cobertura de citopatológico no distrito abaixo da meta preconizada.	Ampliação da coleta de citopatológico e fortalecimento das ações de prevenção do câncer de colo do útero, com busca ativa das mulheres em atraso e acompanhamento integral das alterações.
Baixa solicitação de mamografias para mulheres de 50 a 69 anos, com o distrito apresentando a maior taxa de mortalidade por câncer de mama da Coordenadoria Oeste (42,9%).	Ampliação da solicitação de mamografias e garantia de acompanhamento das mulheres com exames alterados, qualificando a assistência à saúde da mulher. O cenário reforça a necessidade de fortalecer as ações de rastreamento organizado, ampliar o acesso ao exame de mamografia e qualificar as práticas de cuidado, de modo a reduzir a morbimortalidade associada à doença.

Casos de tuberculose com baixa cobertura de Tratamento Diretamente Observado (TDO) e altas taxas de abandono.	Ampliação da cobertura do Tratamento Diretamente Observado (TDO), com intensificação de ações de enfrentamento da tuberculose e com envolvimento das equipes de saúde e agentes comunitários, visando à redução do abandono e aumento da taxa de cura da tuberculose.
Aumento das notificações de HIV e AIDS, associado à baixa cobertura de testes rápidos (42,04%).	Intensificação da testagem rápida de HIV e sífilis, assegurando o diagnóstico e tratamento precoce. Fortalecimento do monitoramento dos usuários em tratamento, com ações de busca ativa nos casos de faltas ou abandono, visando garantir a adesão, reduzindo a progressão da doença (AIDS).
O acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família é inferior à meta de 95%.	Qualificação do acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família, com sensibilização, estratégias de chamamento das famílias e monitoramento do cumprimento das condicionalidades.
Alto número de notificações de violência, especialmente física, sexual e tentativas de suicídio, com maior impacto em jovens.	Fortalecimento dos fluxos de acolhimento e da articulação intersetorial para enfrentamento das situações de violência, com ênfase na proteção de mulheres, crianças e jovens, qualificando ações de enfrentamento, estruturando fluxos de atendimento e notificações efetivas.
Alta incidência de dengue, com registro de um óbito no território.	Intensificação das ações de vigilância, prevenção e mobilização comunitária para o combate à dengue, de forma integrada e intersetorial, priorizando áreas vulneráveis e estratégias de educação em saúde.
Inexistência de uma política municipal de equidade, bem como a ausência de diretrizes estruturadas para o enfrentamento das iniquidades em saúde, particularmente no que se refere a gênero, raça, etnia, sexualidade, deficiência e etarismo.	Promover a equidade na gestão e no cuidado em saúde com implementação de uma Política Municipal de Equidade assegurando a criação de um Núcleo de Equidades, a qualificação dos registros do quesito cor ou raça, identidade de gênero e o fortalecimento de ações afirmativas.
O termo de colaboração com as entidades parceiras, sendo no Distrito Cristal o IBSAÚDE, não contempla ações afirmativas para as contratações dos profissionais.	Aditivo dos termos de colaboração com as instituições parceiras contemplando a inclusão de ações afirmativas, que considerem a igualdade de gênero, raça, etnia, sexualidade, deficiências e etarismo, na seleção e contratação de trabalhadoras/res para a APS.
Subnotificação ou sub registro da variável cor ou raça nos sistemas de informação em saúde, mascarando desigualdades e dificultando uma avaliação precisa das iniquidades raciais na saúde.	Educação permanente com os profissionais da CSO visando a qualificação dos registros do quesito cor ou raça nos sistemas de informação, fomentada pelo Comitê de Saúde da População Negra, o qual deverá atuar como norteador desse processo. Educação permanente com os trabalhadores voltada para as temáticas da equidade e letramentos.
A inexistência de espaço institucional, bem como de fluxos e diretrizes estabelecidas para o acolhimento de trabalhadores nas situações discriminatórias vivenciadas no cotidiano de trabalho.	Criação de núcleo de equidades na CSO/SMS-POA com representantes do ensino-serviço-comunidade contemplando os eixos: (a) Processos formativos; (b) Produção de cuidado (acolhimento das situações de racismo, violências, discriminação no trabalho em saúde); (c) Elaboração de fluxos e diretrizes visando a valorização das trabalhadoras/res e futuras trabalhadoras/res no SUS.

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Glória para o PMS 2026-2029.

1.5.5 Distrito Sanitário Leste

O Distrito Sanitário Leste é formado pelos bairros Bom Jesus, Chácara das Pedras, Jardim Carvalho, Jardim do Salso, Jardim Sabará, Morro Santana, Três Figueiras e Vila Jardim. A região possui uma população de 110.442 habitantes (IBGE, 2022), o que representa aproximadamente 8,3% do total do município. Desse contingente, 58.762 são mulheres e 51.680 são homens. Em relação a variável cor ou raça, 29.848 pessoas (27%) se autodeclaram negras. A população infantil corresponde a 11.961 crianças, enquanto a população idosa soma 21.521 indivíduos, representando 7,38% do total da população idosa do município (IBGE, 2022).

A região apresenta um conjunto de fragilidades estruturais e sociais que impactam diretamente o bem-estar da população, expressas em baixos níveis de rendimento, acesso limitado a serviços essenciais, precariedade habitacional e restritas oportunidades de educação e emprego.

Observa-se significativa heterogeneidade socioeconômica: enquanto bairros como Chácara das Pedras e Três Figueiras concentram população de alta renda, com infraestrutura consolidada e amplo acesso a serviços, áreas como Bom Jesus, Laranjeiras e parte do Jardim Carvalho apresentam elevada vulnerabilidade social, caracterizada por ausência de regularização fundiária, deficiências em saneamento básico, limitações na oferta de transporte coletivo e na cobertura da coleta de resíduos sólidos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) do distrito conta com uma estrutura abrangente. Inclui 15 Unidades de Saúde (US), 31 Equipes de Saúde da Família (ESF), 04 Equipes de Atenção Primária (EAP), 59 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 03 Equipes Multidisciplinares (eMulti). Das 15 US, 11 possuem Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 22 equipes na Modalidade I.

No âmbito da Saúde Bucal, conta com o suporte do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), instalado na Unidade de Saúde Bom Jesus, ampliando a oferta de serviços especializados à população do território.

Na região há também o Pronto Atendimento (PA) Bom Jesus, que caracteriza-se como serviço de referência para atendimentos de urgência e emergência de média e alta complexidade, destinados a crianças e adultos, operando em regime ininterrupto (24 horas por dia, sete dias por semana).

Em 2024, foram registrados 121 novos casos de tuberculose no território, colocando-o na terceira posição entre os distritos sanitários com maior número de ocorrências. A maioria dos casos novos de TB concentrou-se em pessoas do sexo masculino e na população que se autodeclarou negra. Esse diagnóstico reforça a associação da tuberculose com os determinantes sociais da saúde, destacando fatores como baixa renda, menor nível de escolaridade e condições habitacionais precárias.

No ano de 2024, foram 1.119 nascimentos de mães residentes no território, segundo maior número de nascimentos no município, a taxa de mortalidade infantil foi de 14,3 para cada 1.000 nascidos vivos (SMS, BI), acima da média do município, evidenciando fragilidades nas condições de saúde materno-infantil e na efetividade das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério no distrito.

A análise da proporção de óbitos infantis segundo cor ou raça mostra que 68,8% ocorreram entre crianças brancas, 25% entre crianças pretas e 6,3% entre crianças pardas. As principais causas de mortalidade infantil foram: feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto, malformações congênitas do aparelho circulatório, transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal e infecções específicas do período perinatal.

Em 2024, o território apresentou índices elevados de notificações de violências, acompanhando a tendência observada no município. Destacam-se os registros de violência sexual, seguida de tentativa de suicídio, violência física e negligência. O Distrito Leste figura entre os territórios com maior número de ocorrências, totalizando 307 notificações no período (DVS, Sentinela).

No ano de 2024, foram registradas 3.474 notificações, das quais 1.797 casos de dengue foram confirmados (SMS, BI). Entre os casos confirmados, 1.743 evoluíram para cura, ocorreram 2 óbitos e 52 casos permanecem com o status ignorado. O Distrito Leste apresentou o maior número de casos de dengue em 2022 e 2024.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território durante as reuniões dos conselhos distritais:

Quadro 10: Demandas do Distrito Sanitário Leste PMS 2026-2029

Levantamento dos Problemas	Ações de Enfrentamento
Elevação das taxas de Mortalidade Infantil nos últimos anos.	Qualificar a estrutura física das Unidades de Saúde (garantindo consultórios para atendimento conforme o nº de profissionais das equipes), organizar os processos de trabalho das equipes e o modelo de agendamento, além de garantir equipes completas. Essas ações visam aprimorar a vigilância e o acompanhamento das puericulturas, realização da 1ª consulta até o 5º dia de vida e promovendo um cuidado contínuo para essa faixa etária, contribuindo para a redução da mortalidade infantil. Ampliar os visitantes do Programa PIM-PIA - nas Unidades com maiores taxas de Mortalidade Infantil e alta vulnerabilidade, fortalecendo o programa com vistas a reduzir a taxa de mortalidade.
Baixo número de cadastros domiciliares e individuais nas equipes (relatórios SIAPS), comparado ao número de população IBGE 2022 e usuários que acessam os serviços de saúde.	Ampliar o cadastramento populacional - Domiciliar e Individual com foco nas populações vulneráveis (Bolsa Família, idosos, BPC, crianças, gestantes, HIV, tuberculose), garantindo no mínimo 1 Agente Comunitário por ESF e ampliando esse número nas equipes de territórios com maiores índices de vulnerabilidade.
Envelhecimento populacional- Saúde da pessoa idosa.	Ampliar a oferta das atividades de Prevenção e Promoção (atividades coletivas , PICS, Tratamento Tabagismo) - com fomento às e-Multis, ampliando mais 1 E-Multi Ampliada para o território.
Elevadas taxas de tuberculose com baixa oferta de tratamento Tratamento Diretamente Observado (TDO).	Ampliar a oferta do Tratamento Diretamente Observado (TDO) a fim de impactar na taxa de cura da tuberculose (TB). Articular o trabalho dos ACES com ACS a fim de incidir nas doenças endêmicas (tuberculose, dengue, entre outras) , assim como, garantir um ACE por CRTB.
Elevada Prevalência de casos confirmados de dengues nos últimos anos	Manter ações intersetoriais com o DMLU durante todo o ano.
Aumento da prevalência do adoecimento mental em todas as faixas etárias. Elevados índices de Notificação de Violências, principalmente relacionados á tentativa de suicídio e violência sexual (principais causas).	Fortalecer e potencializar as ações de saúde mental na APS, através da ampliação das e-Multis e implantação do Caps Adulto.
Mortalidade prematura Em Porto Alegre, a mortalidade prematura na faixa etária de 30 a 69 anos é liderada principalmente pelo câncer gastrointestinal, especialmente o colorretal.	Ampliar os Testes Rápidos de Sangue Oculto nas Fezes (SOF) na APS assim como garantir a linha de seguimento das neoplasias intestinais (colonoscopias)
Aumento na prevalência do adoecimento mental em todas as faixas etárias.	Fortalecer e potencializar as ações de saúde mental na APS através da ampliação das e-Multis e implantação do Caps Adulto.

Fonte: Seminário do Distrito Leste para o PMS 2026-2029.

1.5.6 Distrito Sanitário Nordeste

O Distrito Sanitário Nordeste abrange o bairro Mário Quintana, composto pelas seguintes vilas: Chácara da Fumaça, Valneir Antunes, Safira Velha, Safira Nova, Batista Flores, Wenceslau Fontoura, Timbaúva, Jardim Verde, Jardim Protásio Alves e Passo Dorneles. Segundo dados do IBGE (2022), a região conta com 35.218 habitantes, o que representa aproximadamente 3,5% da população total de Porto Alegre. Desse total, 18.098 são mulheres e 17.120 são homens.

Em relação à variável cor ou raça, 13.682 pessoas (ou 32,6%) se autodeclararam negras. A população infantil é composta por 7.495 crianças, enquanto a população idosa soma 5.142 indivíduos, o que equivale a 1,76% da população idosa do município.

Entre as principais fragilidades identificadas, destacam-se as limitações no acesso a serviços essenciais, como coleta regular de resíduos sólidos, abastecimento de água tratada e sistema de esgotamento sanitário adequado. A população local apresenta baixa renda familiar, elevada proporção de pessoas em situação de pobreza, altas taxas de analfabetismo funcional e baixos níveis de escolaridade, fatores que reforçam a condição de vulnerabilidade social do território.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é composta por 08 Unidades de Saúde (US), 16 Equipes de Saúde da Família (ESF), 02 Equipes de Atenção Primária (EAP), 32 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 02 Equipes Multidisciplinares (eMulti). Dentre as US, 06 contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 08 equipes na Modalidade I.

No primeiro quadrimestre de 2025, o Distrito Sanitário Nordeste registrou 3.420 atendimentos individuais voltados a crianças de 0 a 2 anos (e-Gestor). Dentre esses, 1.135 corresponderam a procedimentos de puericultura, o que representa 33,2% do total. Esse percentual é um indicador relevante, pois a puericultura constitui um eixo central do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, além de ser fundamental para a detecção precoce de agravos e para a promoção da saúde. A proporção observada sugere que, embora haja oferta de atendimentos, a cobertura de puericultura deve ser ampliada, considerando-se que a faixa etária de 0 a 2 anos demanda vigilância contínua e sistemática. Esse dado reforça a necessidade de estratégias que assegurem maior adesão das famílias e a qualificação da atenção à saúde da criança no território.

Em 2024, foram registrados 59 casos novos de tuberculose no território (SMS, BI). Observou-se predominância da doença em homens (61,7%), o que confirma o padrão epidemiológico frequentemente descrito, possivelmente relacionado a fatores sociais, ocupacionais e comportamentais. Quanto à distribuição por cor ou raça, a maior proporção de casos ocorreu em pessoas negras (49,2%), seguida por pessoas brancas (47,5%), evidenciando desigualdades sociais que podem impactar o acesso e a utilização dos serviços de saúde.

As faixas etárias de 20 a 34 anos e de 35 a 49 anos concentram os maiores coeficientes de incidência da doença. A tuberculose permanece como um importante problema de saúde pública no território, demandando estratégias consistentes para redução da incidência, fortalecimento da adesão ao tratamento e enfrentamento dos determinantes sociais associados.

Em 2024, o território apresentou índices elevados de notificações de violências, em consonância com a tendência observada no município. Destacaram-se os registros de violência física, seguidos por negligência, tentativa de suicídio e violência sexual. O Distrito Leste esteve entre os territórios com maior número de ocorrências, totalizando 269 notificações no período.

Quanto às arboviroses, no período analisado foram notificados 1.507 casos de dengue, dos quais 660 (43,8%) tiveram confirmação (SMS, BI). O elevado número de notificações, ainda que em parte não confirmadas, aponta para a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância ambiental e de prevenção comunitária, além de ações articuladas com o Departamento Municipal de Limpeza Urbana (DMLU) da cidade.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território durante as reuniões dos conselhos distritais .

Quadro 11: Demandas do Distrito Sanitário Nordeste PMS 2026-2029

Levantamento dos problemas	Ações de Enfrentamento

Algumas Unidades com baixo percentual de puericultura, comparado ao nº de atendimento para crianças até 2 anos.	Ampliar os visitantes do Programa PIM-PIA - nas Unidades com maiores taxas de Mortalidade Infantil e alta vulnerabilidade, fortalecendo o programa com vistas a reduzir a taxa de mortalidade. Qualificar o cuidado da saúde da criança, ampliar acesso aos atendimento reorganizando o processo de trabalho, aprimorando a vigilância dos casos e revendo modelo de agendas (proporção de agenda Programada e Espontânea) onde houver essa necessidade.
Elevado índice de vulnerabilidade em saúde, vulnerabilidade social impactando nas condições de saúde da população. Dificuldade para acessar a rede especializada (deslocamento e malha viária limitada).	Realizar novo processo seletivo para Agentes Comunitários de Saúde a fim de garantir no mínimo 1 Agente Comunitário por ESF e ampliando esse número nas equipes de territórios com maiores índices de vulnerabilidade.
Elevadas taxas de tuberculose com baixa oferta de tratamento TDO (tratamento Diretamente Observado) para pacientes que iniciaram tratamento neste primeiro quadrimestre de 2025.	Articular o trabalho dos ACES com ACS a fim de incidir nas doenças endêmicas (tuberculose, dengue, entre outras).
Elevada prevalência de casos confirmados de dengue nos últimos anos.	Manter ações intersetoriais com o DMLU durante todo o ano.
Aumento na prevalência do adoecimento mental em todas as faixas etárias. Elevados índices de Notificação de Violências, principalmente relacionados à violência física, negligência e tentativa de suicídio e violência sexual (principais causas).	Fortalecer e potencializar as ações de saúde mental na APS assim como a participação dos serviços da RAPS nas reuniões de micro-redes. Ampliar a oferta das atividades de Prevenção e Promoção (atividades coletivas, PICS tratamento Tabagismo) - garantindo a permanência das e-Multis em todas as Equipes da Nordeste.
Muitas equipes simples e com 1 ESF e 1 EAPs, fazendo com que, a ausência de profissionais, tanto por férias ou atestados, impacta em grande desassistência à população.	Ampliar ESFs e EAPs.
Estrutura física das Unidades de Saúde com muitas necessidades de reformas e ampliações.	Finalizar as obras, reformas e construções previstas.

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Nordeste para o PMS 2026-2029.

1.5.7 Distrito Sanitário Eixo Baltazar

O Distrito Sanitário Eixo Baltazar, localiza-se na Zona Norte de Porto Alegre, abrange os bairros Passo das Pedras, Costa e Silva, Jardim Leopoldina, Parque Santa Fé, Rubem Berta e, em menor porção, o Jardim Itu. De acordo com dados do IBGE (2022), a região possui 94.287 habitantes (7,1% da população total da cidade). Do total, 53,3% corresponde a mulheres e 46,7% homens.

Essa distribuição demográfica assume relevância na formulação de políticas públicas em saúde, uma vez que a maior proporção de mulheres implica em demandas diferenciadas de atenção, como serviços voltados à saúde da mulher.

Em relação à variável cor ou raça, 25.463 pessoas (25,7%) autodeclararam-se negras (pretas e pardas), esse dado assume relevância no

contexto das desigualdades sociais e em saúde, uma vez que a população negra, historicamente, tem sido mais exposta a condições socioeconômicas desfavoráveis, o que repercute em restrições no acesso a bens e serviços essenciais, incluindo os de saúde.

No que se refere à estrutura etária, a população do território apresenta 4.306 crianças menores de cinco anos e um contingente de 17.202 pessoas idosas, o que representa 5,9% da população idosa do município (IBGE, 2022). Esse perfil etário evidencia, portanto, a coexistência de demandas de saúde distintas e complementares — de um lado, a atenção materno-infantil, e de outro, o cuidado integral à população idosa — o que exige estratégias de planejamento que assegurem a integralidade da atenção e a equidade no acesso aos serviços.

A região apresenta predominância de população de baixa renda, com moradias simples e ocupações irregulares, destacando-se o Rubem Berta, mais populoso e carente em infraestrutura, e o Passo das Pedras, com uma das menores rendas médias e vulnerabilidades ambientais. Costa e Silva, Jardim Leopoldina e Parque Santa Fé mantêm perfil de classe média-baixa, mas ainda sofrem com déficits em serviços básicos. Em contraste, o Jardim Itu possui melhores indicadores socioeconômicos e infraestrutura consolidada, evidenciando desigualdades marcantes. No conjunto, a área combina fragilidades sociais e urbanas, mas também potencial de melhoria com investimentos públicos e programas de inclusão.

A rede de serviços de saúde no território é composta por 11 Unidades de Saúde (US) 20 Equipes de Saúde da Família (ESF), 09 Equipes de Atenção Primária (EAP), 49 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 01 Equipe Multiprofissional (e-Multi). Dentre as US, 07 contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 13 equipes na Modalidade I.

Nos dois primeiros quadrimestres de 2025, foram registrados 628 nascimentos de mães residentes no Eixo Baltazar. O distrito apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 9,6 óbitos por mil nascimentos — um dos índices mais elevados entre os distritos da cidade. Esse dado revela uma preocupação urgente com a qualidade da assistência à saúde materno-infantil, especialmente nas etapas do pré-natal, do cuidado neonatal e do acompanhamento no primeiro ano de vida. Nesse período, as unidades de saúde da região registraram 3.756 atendimentos individuais de crianças de 0 a 2 anos, conforme o sistema e-Gestor. Deste total, 1.163 procedimentos foram classificados como ações de puericultura,

correspondendo a 30,96% do conjunto de ações realizadas nesse grupo etário. O resultado indica a necessidade de ampliar a cobertura da puericultura no território para garantir o acompanhamento de um maior contingente de crianças.

O território está entre os distritos de Porto Alegre com maior número de óbitos prematuros (30 a 69 anos), refletindo elevada vulnerabilidade em saúde. Na análise por cor ou raça, 69,8% dos óbitos ocorreram em pessoas brancas e 30,1% em pessoas negras.

Apesar de a maioria dos registros ser em pessoas brancas, essa proporção acompanha a composição populacional do distrito. Já no caso das pessoas negras, observa-se uma sobrerrepresentação em relação à sua presença na população total, o que revela maior exposição a fatores de risco e desigualdades no acesso a condições de vida e saúde adequadas.

A taxa de detecção de sífilis congênita foi de 2,75 casos por 1.000 nascidos vivos, valor superior ao observado em Porto Alegre no mesmo período (1,45/1.000). Essa variação sugere fragilidades no diagnóstico e tratamento oportuno da infecção durante a gestação, indicando a necessidade de reforçar ações de vigilância, rastreamento e cuidado integral às gestantes.

Em 2024, o Eixo Baltazar ocupou a segunda posição em número de casos de sífilis em gestantes na Coordenadoria Norte, com 45 registros, ficando atrás do Distrito Norte. Desses casos, 27 ocorreram em mães brancas e 18 em mães negras (pretas e pardas). Embora o número absoluto seja maior entre mulheres brancas, a análise proporcional revela um cenário preocupante: a população negra representa apenas 25,7% dos habitantes do distrito, mas responde por 40% dos casos de sífilis em gestantes. Esse dado evidencia a exposição a fatores de risco e maior vulnerabilidade social das mulheres negras.

O território apresentou uma tendência de prevalência de HIV/AIDS entre mulheres, com 56% dos casos de HIV e 55% dos casos de AIDS registrados neste grupo. Esse cenário aponta para a feminização da epidemia, refletindo vulnerabilidades sociais e de gênero que dificultam o acesso à prevenção e ao diagnóstico precoce.

Quanto à variável cor ou raça, os casos de HIV ocorreram em 55,6% de pessoas brancas e 44,4% de pessoas negras, enquanto os casos de AIDS foram registrados em 54,5% de pessoas brancas e 45,5% de pessoas negras. Embora os números absolutos sejam próximos, a população negra representa um contingente

populacional de 25,7% — que é minoria demográfica no território — evidencia desigualdades estruturais no adoecimento e no acesso ao cuidado.

Em relação à tuberculose, a distribuição dos casos no território evidenciou fragilidades significativas na linha de cuidado. O resultado foi de 32,7% dos registros corresponderam a casos novos, enquanto 40,9% foram transferências, 19,1% reingressos após abandono e 7,3% recidivas. Esses dados indicam possível rotatividade entre serviços e dificuldades na adesão ao tratamento, com recorrência e descontinuidade no acompanhamento dos pacientes.

Entre os casos novos encerrados com confirmação laboratorial, os desfechos também foram preocupantes: 45% resultaram em transferência, 5% evoluíram para cura, 5% para óbito por tuberculose, 5% abandono de tratamento e 40% não tiveram o desfecho informado. A ausência de informação do desfecho dos casos compromete a avaliação da efetividade das ações e dificulta o planejamento de estratégias de controle.

Quanto a variável sexo, 62,7% dos casos ocorreram em homens, o que evidencia maior vulnerabilidade desse grupo. Esse dado pode estar relacionado a fatores como hábitos de risco, condições de trabalho e menor procura pelos serviços de saúde, reforçando a necessidade de estratégias específicas de prevenção e acompanhamento direcionadas à população masculina.

No recorte por cor ou raça, os dados indicam que 50% dos casos novos ocorreram em pessoas brancas e 46,3% em pessoas negras. Embora a maioria dos casos esteja concentrada entre pessoas brancas, a análise proporcional revela uma disparidade significativa: a população negra representa apenas 25,7% da população total do distrito, mas responde por 46,3% dos casos novos.

Esse dado evidencia a persistência de desigualdades estruturais no adoecimento por tuberculose, revelando a maior vulnerabilidade social da população negra. Tal vulnerabilidade está possivelmente relacionada ao racismo estrutural, expresso no acesso limitado aos serviços de saúde, nas condições precárias de moradia e na exclusão socioeconômica.

A tuberculose permanece como uma das principais causas de mortalidade por doenças infecciosas em escala global, com maior impacto observado entre pessoas vivendo com HIV. Nesse cenário, destaca-se a necessidade de intensificação da aplicação das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, as quais recomendam a investigação sistemática de TB em indivíduos com diagnóstico

de HIV, bem como a oferta de testagem para HIV em todos os casos confirmados de tuberculose.

No decorrer dos dois primeiros semestres de 2025, apenas 53,8% dos exames realizados para detecção do HIV na região corresponderam à modalidade de testes rápidos, conforme dados do sistema e-SUS. Esse índice revela uma lacuna significativa na cobertura diagnóstica, especialmente considerando que os testes rápidos são ferramentas essenciais para o enfrentamento da epidemia.

Em 2024, a região registrou índices elevados de notificações de violências, posicionando-se atrás apenas do Distrito Norte. Entre as tipologias mais frequentes, destacaram-se a violência física, seguida por tentativa de suicídio, negligência e violência sexual. O Distrito Eixo Baltazar apresentou o segundo maior número de ocorrências entre os territórios, totalizando 431 notificações no período (DVS, Sentinela).

Em 2025, o Eixo Baltazar concentrou o maior número de casos confirmados de dengue entre os distritos sanitários do município, nos dois primeiros quadrimestres avaliados. O território respondeu por 21,9% dos casos confirmados e 14,9% das notificações registradas no município.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território.

Quadro 12: Demandas do Distrito Sanitário Eixo Baltazar PMS 2026-2029

Levantamento dos Problemas	Ações de Enfrentamento
Aumento do número de idosos no território, necessidade de mais atendimento para esse público.	Solicitado e-Multis para todas unidades que ainda não tem, justificando-se a necessidade de um atendimento integral dos idosos com equipes multiprofissionais.
Ampliação das Equipes de saúde das unidades Beco dos Coqueiros e Passo das Pedras.	Hoje essas equipes são compostas de 1 ESF e 1 EAP- na discussão foi solicitado ampliação para 2 ESF em cada unidade.
Acompanhamento das gestantes.	Ter um maior engajamento da comunidade e sensibilização do acompanhamento pré-natal, lideranças divulgando a importância do acompanhamento do pré-natal em conjunto com os trabalhadores de saúde.
Maior número de casos notificados de dengue no município.	Intensificar as ações de prevenção e controle vetorial na região Norte.

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Eixo Baltazar para o PMS 2026-2029.

1.5.8 Distrito Sanitário Norte

O Distrito Sanitário Norte, que abrange os bairros Sarandi e Santa Rosa de Lima, possui 101.609 habitantes, representando 7,62% da população municipal

(IBGE, 2022). Do total, 53.461 são mulheres (52,6%) e 48.148 homens (47,4%). Essa predominância feminina indica maior demanda por ações de saúde da mulher, mas também exige atenção à saúde do homem, historicamente marcada por baixa adesão aos serviços e maior exposição a agravos relacionados à violência e ao uso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco e outras drogas).

Quanto à variável cor ou raça, 21.665 pessoas (21,3%) autodeclararam-se negras (pretas e pardas). Esse dado é relevante, pois evidencia a presença de desigualdades estruturais no território: a população negra, historicamente mais exposta à exclusão social, ao desemprego, à precarização habitacional e à violência urbana, tende a enfrentar maiores barreiras de acesso e permanência nos serviços de saúde.

No que diz respeito à estrutura etária, o território abriga 4.623 crianças menores de 5 anos, grupo que exige forte articulação entre a atenção primária e a vigilância em saúde para assegurar cobertura vacinal adequada, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, além da prevenção de agravos nutricionais e infecciosos. Já a população idosa soma 17.472 pessoas, correspondendo a 5,99% do total de idosos do município. Esse contingente evidencia o aumento da demanda por cuidados voltados ao manejo de doenças crônicas já existentes ou associadas ao processo de envelhecimento, como demências, doenças cardiovasculares e condições musculoesqueléticas, como a sarcopenia (perda de massa muscular).

Trata-se de um território densamente povoado, marcado por contrastes socioeconômicos significativos. Embora concentre uma parcela expressiva da população municipal, apresenta desigualdades históricas em relação a renda, infraestrutura urbana e acesso a serviços públicos, quando comparado a outras regiões da cidade.

No aspecto socioeconômico, os bairros do distrito apresentam indicadores de vulnerabilidade social, como maior exposição a situações de violência urbana, dificuldades de mobilidade, precariedade habitacional e inserção ocupacional concentrada em trabalhos informais ou de baixa remuneração. Esses fatores impactam diretamente nos determinantes sociais da saúde, ampliando o risco de agravos relacionados à pobreza, ao uso de substâncias psicoativas e à dificuldade de acesso e adesão aos serviços de saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) do distrito conta com uma estrutura abrangente. Inclui 14 Unidades de Saúde (US), 32 Equipes de Saúde da Família

(ESF), 02 Equipes de Atenção Primária (EAP), 53 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 01 Equipe Multiprofissional (e-Multi). Das quatorze unidades de saúde, dez possuem Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 20 equipes na Modalidade I.

A equipe multiprofissional (e-Multi) constitui uma estratégia fundamental para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), ao integrar profissionais de diferentes áreas em uma atuação conjunta, ampliando o acesso e garantindo um cuidado mais integral e resolutivo. No entanto, no Distrito Norte, a implementação dessa estratégia ainda é incipiente, estando presente apenas na US Parque dos Maias, o que evidencia a necessidade de expansão para outras unidades.

Nos dois primeiros quadrimestres de 2025, a taxa de detecção de sífilis congênita no território foi de 2,66 casos por 1.000 nascidos vivos, valor superior ao registrado em Porto Alegre no mesmo período (1,45/1.000). A taxa de detecção de sífilis congênita superior à média municipal indica fragilidades na prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno da infecção durante a gestação.

O dado evidencia a necessidade de fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, ampliar o rastreamento de gestantes e garantir a adesão ao tratamento, visando à redução da transmissão vertical e à melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil.

No período, o território apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 7,6 óbitos por 1.000 nascidos vivos, inferior à taxa municipal de 8,2/1.000. Esse indicador sugere desempenho relativamente positivo do território em relação ao conjunto do município, mas ainda evidencia a necessidade de manutenção e intensificação das ações de atenção materno-infantil, especialmente no acompanhamento contínuo de crianças nos primeiros anos de vida, para consolidar a redução da mortalidade infantil.

Em 2024, o distrito esteve entre aqueles com maior número de casos de sífilis em gestantes no município, sendo 63,9% dos casos em mulheres brancas e 36,1% em mulheres negras. Embora as pessoas autodeclaradas negras representem apenas 21,3% da população do território, elas concentraram 36,1% dos casos de sífilis em gestantes em 2024. Isso significa que a proporção de casos entre gestantes negras foi significativamente superior à sua representação populacional, evidenciando maior vulnerabilidade e desigualdades estruturais no acesso à prevenção, diagnóstico e cuidado pré-natal.

No período de janeiro a setembro de 2025, o Distrito Sanitário Norte concentrou 11,7% dos casos confirmados de dengue registrados em Porto Alegre, além de 9,3% das notificações municipais, com a ocorrência de quatro óbitos relacionados ao agravo. Esses números revelam evidenciam tanto a circulação ativa do vetor quanto fragilidades nas condições socioambientais, como saneamento básico, manejo de resíduos e drenagem urbana.

Em 2024, a região registrou índices elevados de notificações de violências, destacando-se, entre as tipologias mais frequentes, a tentativa de suicídio, seguida por negligência, violência física e violência sexual. O Distrito Norte apresentou o maior número de ocorrências entre os territórios do município, totalizando 476 notificações no período.

A violência nos serviços de saúde no território tem se tornado uma queixa recorrente nos espaços de discussão com os profissionais. Contudo, ao analisar os dados de notificação do primeiro quadrimestre de 2025, observa-se que apenas três casos foram registrados pelos serviços da APS, revelando subnotificação frente à realidade vivenciada. Essa discrepância aponta para fragilidades, nos fluxos de registro e no enfrentamento do tema, comprometendo a produção de dados confiáveis para subsidiar ações administrativas com apoio intersetorial.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território.

Quadro 13: Demandas do Distrito Sanitário Norte PMS 2026-2029

Levantamento dos Problemas	Ações de Enfrentamento
Baixa cobertura das unidades de saúde por e-Multi.	Priorizar os serviços da Coordenadoria Norte para ampliação das e-Multis.
Liderança em números absolutos quanto a quantidade de procedimentos realizados.	Qualificação dos processos de trabalho e dos profissionais de saúde através de educação permanente e capacitação dos profissionais para garantir a longitudinalidade do cuidado, fortalecendo a resolutividade; Implementação do Programa PAC.
Terceira posição em números de consultas de puericultura.	Aprimorar o monitoramento das gestantes e das crianças, estando atento às ausências em consulta e as condições de saúde e de vida potencialmente de risco para a saúde e bem-estar mãe-bebê.
Maior número absoluto de casos notificados de sífilis da região.	Realizar palestras de prevenção das ISTs em sala de espera dos serviços de saúde e escolas.
Maior número de casos de sífilis congênita do município.	Intensificar o monitoramento das gestantes com exames alterados, intensificando as ações para localizar, resgatar e garantir o tratamento adequado.

Subnotificação de casos de violência.	Atualizar o plano do AMS na US, priorizando as US com planos mais desatualizados; Sensibilizar os profissionais quanto à importância da notificação dos casos de violência, através da retomada da discussão do tema nas reuniões de colegiado; Programar capacitações do programa Sentinela - Notificações de agravos em saúde.

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Norte para o PMS 2026-2029.

1.5.9 Distrito Sanitário Noroeste

O Distrito Sanitário Noroeste abrange os bairros Boa Vista, Cristo Redentor, Higienópolis, Jardim Europa, Jardim Floresta, Jardim Itu, Jardim Lindóia, Jardim São Pedro, Passo D'Areia, Santa Maria Goretti, São João, São Sebastião e Vila Ipiranga. Segundo o IBGE (2022), a região concentra 133.414 habitantes, representando 9,8% da população total do município.

No que se refere à composição étnico-racial, 9.082 pessoas (6,9%) autodeclararam-se negras (pretas e pardas), proporção inferior à observada no conjunto do município. Essa menor representatividade negra evidencia um padrão histórico de segregação socioespacial, já que os bairros do Noroeste concentram, em grande parte, populações de maior renda e melhores indicadores socioeconômicos, restringindo o acesso de grupos racialmente vulnerabilizados.

A distribuição por sexo no território mostra predominância feminina (54,9%) frente ao masculino (45,1%), reflexo da maior longevidade das mulheres, com repercussões sobre a demanda por serviços voltados ao envelhecimento e às condições crônicas. Entretanto, a população masculina requer atenção específica, pois apresenta histórica baixa adesão aos serviços de saúde e maior exposição a agravos relacionados à violência, acidentes e uso de substâncias psicoativas.

Quanto à estrutura etária, a região possui 4.380 crianças menores de cinco anos e uma população idosa de 35.512 pessoas, representando 12,17% do total de idosos do município. Essa configuração evidencia uma transição demográfica marcada pelo envelhecimento populacional, com impacto direto na demanda por serviços de saúde, exigindo fortalecimento da atenção primária, cuidado contínuo às condições crônicas, promoção do envelhecimento saudável e a manutenção de políticas voltadas à saúde infantil, como cobertura vacinal e acompanhamento do desenvolvimento, para reduzir vulnerabilidades desde a primeira infância.

A Atenção Primária à Saúde (APS) do território dispõe de uma rede composta por 5 Unidades de Saúde (US), apoiadas por 26 Equipes de Saúde da Família

(ESF), 4 Equipe de Atenção Primária (EAP), 30 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 Equipes de Consultório de Rua (e-CR) e 3 Equipes Multidisciplinar (e-Multi). Todas as unidades de saúde contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 13 equipes na modalidade I e 02 ESB modalidade diferenciada A.

O território conta com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), maior rede pública hospitalar do Sul do país, vinculada ao Ministério da Saúde e referência no atendimento 100% SUS. A estrutura inclui quatro hospitais (Conceição, Criança, Cristo Redentor e Fêmeina), a UPA Moacyr Scliar, 12 Unidades de Saúde, três CAPS e a Escola GHC, concentrados majoritariamente na Zona Norte. O GHC dispõe de 1.391 leitos e uma equipe de 12,6 mil profissionais, realizando cerca de 1,1 milhão de consultas, 27 mil cirurgias, 4 milhões de exames e 6,6 mil partos anuais. É também responsável por mais da metade dos diagnósticos de câncer da população de Porto Alegre, configurando-se como pilar estratégico na rede SUS regional.

Outro equipamento de destaque no distrito é o Centro de Saúde IAPI, que oferece uma ampla gama de serviços voltados à atenção integral da população. Entre os serviços ofertados, destacam-se a Farmácia Distrital; a vacinação contra COVID-19 e influenza; o Centro de Especialidades Odontológicas; as equipes especializadas em saúde mental para crianças, adolescentes e adultos; os serviços de curativos especiais; o Serviço de Assistência Especializada (SAE); e o Núcleo de Imunizações da Zona Norte.

No primeiro quadrimestre de 2025, 78,9% das novas gestantes residentes no território iniciaram o pré-natal até a 12ª semana de gestação, resultado que evidencia avanços na captação precoce, etapa essencial para a redução de riscos obstétricos e infantis. No entanto, o percentual aquém da universalização indica desafios persistentes na busca ativa e no acesso oportuno aos serviços de saúde, sobretudo entre gestantes em situação de maior vulnerabilidade social. A ampliação das estratégias de acolhimento, acompanhamento contínuo e integração entre atenção primária e especializada é crucial para garantir a cobertura plena e qualificar os desfechos materno-infantis.

Nos primeiros quadrimestres de 2025, o câncer de mama (CID-10: C50) representou a segunda principal causa de morte entre mulheres de 50 a 75 anos no território. Para a detecção precoce da doença, além do exame clínico das mamas, recomenda-se o uso de mamografia, ultrassonografia ou, em casos específicos,

ressonância magnética. O indicador aponta desafios significativos na prevenção secundária e no diagnóstico precoce.

Esse cenário evidencia a necessidade de ampliar a cobertura e a adesão aos programas de rastreamento mamográfico, qualificar as estratégias de busca ativa de mulheres na faixa etária prioritária, reduzir barreiras socioeconômicas e fortalecer a integração entre atenção primária e especializada. A persistência de altas taxas de mortalidade revela fragilidades no cuidado contínuo e alerta para a importância de ações intersetoriais que considerem as desigualdades sociais e territoriais que influenciam o acesso oportuno aos serviços de saúde.

Nos dois primeiros quadrimestres de 2025, o território apresentou um cenário preocupante no enfrentamento do HIV/AIDS: 68% dos casos de infecção por HIV evoluíram para AIDS, revelando diagnóstico tardio e, consequentemente, maior risco de complicações e transmissibilidade. Um dos fatores que contribuem para esse quadro é a baixa cobertura de testagem rápida nas unidades de saúde do distrito, que realizaram apenas 47,6% dos testes rápidos no período, percentual insuficiente para garantir a identificação precoce da infecção.

Essa situação evidencia fragilidades na vigilância e na oferta de estratégias de prevenção e diagnóstico oportuno, apontando para a necessidade de expandir a disponibilidade e a acessibilidade aos testes rápidos, além de reforçar as ações de busca ativa, aconselhamento e educação em saúde. O elevado percentual de evolução para AIDS demonstra que, apesar dos avanços na terapêutica, persistem barreiras estruturais e operacionais que comprometem a efetividade do cuidado e a redução das desigualdades no enfrentamento do HIV/AIDS no território.

No território, 50% dos casos de HIV ocorreram em pessoas negras e 50% em pessoas brancas, apesar de a população negra representar apenas 6,9% dos residentes. Essa discrepância revela uma sobrerrepresentação expressiva da população negra na infecção por HIV, evidenciando maior vulnerabilidade desse grupo. Entretanto, entre os casos de AIDS, observa-se um padrão distinto: 76,5% ocorreram em pessoas brancas e 23,5% em pessoas negras. Essa inversão pode refletir diferenças no acesso a diagnóstico, testagem precoce e continuidade do cuidado, sugerindo que a progressão da infecção para a doença está mais concentrada na população branca.

Em relação à variável sexo, a infecção por HIV/AIDS predomina entre homens, sendo a faixa etária mais afetada de 35 a 44 anos. Esse perfil

epidemiológico indica a necessidade de estratégias de prevenção e diagnóstico direcionadas a esse grupo, incluindo ampliação da testagem rápida, educação em saúde sexual e reprodutiva, além de ações que promovam a adesão precoce ao tratamento e a redução da transmissão.

Esse cenário destaca desigualdades raciais complexas e multidimensionais: de um lado, a população negra é mais atingida pela infecção inicial, o que aponta para barreiras na prevenção e exposição a fatores de risco; de outro, a população branca apresenta maior proporção de evolução para AIDS, possivelmente associada a questões como diagnóstico tardio, adesão ao tratamento ou condições de acompanhamento clínico.

No período de janeiro a setembro de 2025, o Distrito Sanitário Noroeste respondeu por 12,8% dos casos confirmados de dengue em Porto Alegre, representando 6,4% das notificações municipais e com registro de quatro óbitos. Esses dados situam o distrito entre os três com maior número de casos da cidade, atrás apenas de Eixo Baltazar e Leste, evidenciando alto impacto da doença na população local. O cenário ressalta a necessidade de fortalecer ações de vigilância, prevenção e controle vetorial, bem como educação em saúde comunitária, para reduzir a incidência e a mortalidade associadas à dengue.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território.

Quadro 14: Demandas do Distrito Sanitário Norte PMS 2026-2029

Levantamento de Problemas	Ações de Enfrentamento
Número elevado de casos e de óbitos por câncer de mama.	Ampliar as campanhas de conscientização ao rastreamento do câncer de mama.
Baixo número de notificações de violência.	Promover atividades de promoção da importância da notificação aos profissionais de saúde. Investigar em educação continuada dos profissionais de saúde.
Diagnóstico tardio da infecção pelo vírus do HIV.	Ampliar a realização de Campanhas de sensibilização da população quanto a importância da testagem periodicamente e de incentivo para a realização da testagem. Investir na educação continuada dos profissionais de saúde, de modo a proporcionar a uma abordagem empática para facilitar o diagnóstico oportuno.

Fragilidade no acompanhamento do pré-natal; Intensificação da vigilância das pré-natal.	Intensificação da vigilância das gestantes e o acompanhamento domiciliar pelo ACS do quantitativo de consultas realizadas. Intensificação do acompanhamento de mulheres em idade fértil e de suas vulnerabilidades. Qualificação da assistência pré-natal, com qualificação do processo de trabalho com uso do protocolo de assistência à gestante de risco habitual.

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Noroeste para o PMS 2026-2029.

1.5.10 Distrito Sanitário Humaitá-Navegantes

O Distrito Sanitário Humaitá-Navegantes abrange os bairros: Anchieta, Farrapos, Humaitá, Navegantes e São Geraldo, com 45.756 habitantes (3,4% da população da cidade). A composição por gênero revela predominância feminina (53,3%), o que indica a necessidade de atenção diferenciada a serviços voltados à saúde da mulher.

Quanto à cor ou raça, 20,3% das pessoas autodeclararam-se negras (pretas e pardas), evidenciando a presença de desigualdades raciais históricas que se refletem no acesso a direitos sociais e nos indicadores de saúde.

A estrutura etária indica um contingente de 2.275 crianças menores de cinco anos, exigindo atenção às políticas de imunização, nutrição infantil e monitoramento do crescimento e desenvolvimento, bem como estratégias de prevenção de doenças infecciosas comuns na infância. Ao mesmo tempo, o distrito abriga 7.570 idosos, representando 2,59% da população idosa do município, evidenciando a necessidade de serviços de atenção à saúde do idoso, prevenção de agravos crônicos, promoção da mobilidade e suporte social.

É uma região historicamente marcada pela atividade industrial e logística, o que resultou em uso do espaço urbano predominantemente misto, com presença de galpões, depósitos e comércio, com muitos imóveis desocupados intercalados a áreas residenciais. A população que reside em áreas de ocupação, como a Vila Farrapos caracteriza-se por condições de vulnerabilidade social, renda média baixa e déficit em infraestrutura urbana, como saneamento, drenagem e regularização fundiária. Os desafios vão desde condições precárias de moradia em partes da população até riscos ligados a eventos climáticos (enchentes), carência em serviços públicos essenciais e desigualdade no desenvolvimento urbano.

A rede de serviços de saúde no território é composta por 5 Unidades de Saúde (US) 12 Equipes de Saúde da Família (ESF), 07 Equipes de Atenção

Primária (EAP), 16 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 Equipe de consultório na Rua, e 03 Equipe Multiprofissional (e-Multi). Todas as unidades de saúde contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 10 equipes na modalidade I e 01 modalidade diferenciada A.

A Equipe de Consultório na Rua (e-CR) é um serviço itinerante que atua diretamente nos espaços públicos para ampliar o acesso da população em situação de rua à rede de cuidados em saúde. No Distrito, a equipe está sob a gerência do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e conta com profissionais de Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Medicina de Família e Comunidade, desenvolvendo ações integradas com os demais serviços de saúde.

Nos dois primeiros quadrimestres de 2025, foram registrados 268 nascimentos de mães residentes na região. Apesar desse volume, o distrito apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 11,2 óbitos por mil nascidos vivos, posicionando-se entre os distritos com os índices mais elevados da cidade. Esse cenário indica a necessidade de fortalecer ações de atenção materno-infantil, incluindo pré-natal qualificado, acompanhamento do recém-nascido e estratégias de promoção da saúde, de modo a reduzir a mortalidade infantil e melhorar os desfechos de saúde para mães e crianças na região.

No mesmo período, as unidades de saúde da região registraram 2.110 atendimentos individuais de crianças de 0 a 2 anos, segundo dados do sistema e-Gestor. Deste total, apenas 411 procedimentos foram classificados como ações de puericultura, representando 19,48% das ações realizadas nesse grupo etário. Esse dado evidencia a necessidade de fortalecer as práticas de acompanhamento infantil, garantindo atenção integral ao crescimento e desenvolvimento, promoção da saúde e prevenção de agravos nesse período crítico da vida.

Em relação à tuberculose, a distribuição dos casos no território revelou fragilidades importantes na linha de cuidado. O resultado foi de 31,5% dos registros corresponderam a casos novos, enquanto 41,6% foram transferências, 18% reingressos após abandono e 9% recidivas. Esses dados indicam possível rotatividade entre serviços e dificuldades na adesão ao tratamento, com recorrência e descontinuidade no acompanhamento dos pacientes. Entre os casos novos encerrados com confirmação laboratorial, os desfechos também foram preocupantes: 66,7% resultaram em transferência, 8,3% evoluíram para óbito por tuberculose e 25% não tiveram o desfecho informado. Esse cenário sugere falhas na

articulação entre os pontos da rede de atenção à saúde, comprometendo a efetividade do cuidado e a resolutividade das ações.

Quanto a variável sexo, 62% dos casos ocorreram em homens, o que evidencia maior vulnerabilidade desse grupo. Esse dado pode estar relacionado a fatores como hábitos de risco, condições de trabalho e menor procura pelos serviços de saúde, reforçando a necessidade de estratégias específicas de prevenção e acompanhamento direcionadas à população masculina.

No recorte por cor ou raça, os dados indicam que 57,7% dos casos novos ocorreram em pessoas brancas e 38,1% em pessoas negras. Embora a maioria dos casos esteja concentrada entre pessoas brancas, a análise proporcional revela uma disparidade significativa: a população negra representa apenas 20,3% da população total do distrito, mas responde por 38,1% dos casos novos. Esse dado reforça a presença de desigualdades estruturais no adoecimento por tuberculose, evidenciando a maior vulnerabilidade social da população negra. Tal vulnerabilidade pode estar relacionada ao racismo estrutural, associado ao acesso limitado aos serviços de saúde, às condições precárias de moradia e à exclusão socioeconômica.

A tuberculose permanece como uma das principais causas de mortalidade por doenças infecciosas em nível global, com impacto mais acentuado entre pessoas vivendo com HIV. Nesse contexto, torna-se fundamental intensificar a aplicação das diretrizes do Ministério da Saúde, que recomendam a investigação sistemática de TB em indivíduos com HIV e a oferta de testagem para HIV em todos os casos confirmados de tuberculose, assegurando a detecção precoce, o tratamento oportuno e a redução da transmissão da doença.

Nos dois primeiros quadrimestres de 2025, em relação à sífilis adquirida, observou-se maior incidência entre homens 71,4%, o que sugere a necessidade de intensificar estratégias de prevenção direcionadas a esse grupo, com ênfase na ampliação do acesso ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno e ações educativas voltadas à redução de práticas de risco.

A taxa de detecção de sífilis congênita foi de 2,23 casos por 1.000 nascidos vivos, valor superior ao registrado em Porto Alegre no mesmo período (1,45/1.000). Essa diferença evidencia fragilidades no diagnóstico e no tratamento oportuno da infecção durante a gestação, ressaltando a necessidade de fortalecer as ações de vigilância, rastreamento e cuidado integral às gestantes.

Observou-se no território uma maior prevalência de HIV/AIDS entre homens, que concentraram 64,3% dos casos de HIV e 67% dos casos de AIDS notificados. Esse padrão sugere a necessidade de fortalecer estratégias de prevenção voltadas a esse grupo, com ampliação do acesso à testagem, promoção do uso de preservativos, oferta de profilaxias (PrEP e PEP) e ações educativas que considerem contextos de maior vulnerabilidade.

Em relação à variável cor ou raça, entre os casos de HIV, 50% ocorreram em pessoas brancas e 42,8% em pessoas negras. Já entre os casos de AIDS, 83,3,1% foram registrados em pessoas brancas e 16,7% em pessoas negras. Embora a maioria dos casos esteja concentrada entre pessoas brancas, a análise proporcional revela uma disparidade significativa: a população negra representa apenas 20,3% da população total do distrito, mas responde por 42,8% das infecções por HIV e 16,7% por AIDS.

Nas unidades de saúde do território, observou-se que apenas 57,8% dos exames para detecção do HIV foram realizados por meio de testes rápidos, registrados no sistema e-SUS. Esse percentual indica que quase metade dos exames ainda depende de exames laboratoriais, o que pode atrasar o diagnóstico e o início do tratamento, reforçando a necessidade de ampliar a oferta e o acesso aos testes rápidos para detecção precoce da infecção.

Em 2024, o território registrou índices elevados de notificações de violências, entre as tipologias mais frequentes, destacaram-se a tentativa de suicídio, seguida por violência física, violência sexual e negligência (e-SUS).

Nos dois primeiros quadrimestres de 2025, o território respondeu por 1,65% dos casos confirmados de dengue e 2,27% das notificações registradas no município. Esses percentuais indicam que, embora a participação do território nos casos totais seja relativamente baixa, é importante manter a vigilância epidemiológica, reforçar ações de prevenção e controle do vetor, e garantir diagnóstico e manejo adequados para evitar surtos localizados.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território.

Quadro 15: Demandas do Distrito Sanitário Humaitá-Navegantes PMS 2026-2029

Levantamento dos Problemas	Ações de Enfrentamento

O número de atendimentos realizados nos últimos quatro anos é mais do que o dobro da população cadastrada (e-SUS) no Distrito Humaitá-Navegantes.	Qualificação dos processos de trabalho e dos profissionais de saúde através de educação permanente e capacitação dos profissionais para garantir a longitudinalidade do cuidado, fortalecendo a resolutividade; Fortalecimento da prevenção de doenças para que possam diminuir as demandas dos serviços, através da garantia da oferta de demandas programadas e cuidado continuado.
Apresenta a maior taxa de óbitos em menores de 1 ano de idade, com 3 óbitos registrados no primeiro quadrimestre deste ano. Número reduzido de atendimentos em puericultura.	Intensificação de ações de saúde voltadas para o cuidado materno-infantil tanto na comunidade através de grupos, rodas de conversa, quanto com os profissionais de saúde através de vigilância de gestantes e crianças faltosas na consulta, mantendo contato com as famílias.
Ausência de notificações de violência no Distrito Humaitá-Navegantes e apenas uma notificação no Distrito das Ilhas.	Fomentar nos serviços de saúde a cultura da notificação de agravos.

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Humaitá-Navegantes para o PMS 2026-2029.

1.5.11 Distrito Sanitário Ilhas

O Distrito Sanitário Ilhas compreende o bairro Arquipélago, constituído pelas ilhas Grande dos Marinheiros, das Flores, do Pavão, da Pintada e Mauá. A população residente é de 8.330 habitantes, o que corresponde a 0,62% do total do município. No que se refere à variável sexo, observa-se uma distribuição relativamente equilibrada: 4.256 homens (51%) e 4.074 mulheres (49%).

Quanto à variável cor ou raça, 20,9% da população autodeclarou-se negra (pretos e pardos), evidenciando a presença de desigualdades raciais históricas que se refletem no acesso a direitos sociais e nos indicadores de saúde, já que o território apresenta muitas vulnerabilidades.

A estrutura etária, por sua vez, demonstra a coexistência de demandas distintas: de um lado, 456 crianças menores de cinco anos, que requerem políticas voltadas ao cuidado materno-infantil e à proteção social; de outro, 988 pessoas idosas, representando 0,34% do total de idosos do município, o que aponta para desafios relacionados ao envelhecimento populacional e à necessidade de estratégias específicas de atenção integral à saúde dessa população.

O bairro Arquipélago, formado por diversas ilhas do Delta do Jacuí, apresenta uma realidade marcada por contrastes. Apesar de sua riqueza ambiental e cultural, enfrenta sérias limitações socioeconômicas. A população concentra comunidades tradicionais como pescadores e catadores, vive em condições precárias, com acesso restrito a serviços básicos e infraestrutura urbana.

A economia local é pouco diversificada e baseada em atividades informais, o que contribui para baixos indicadores de renda e qualidade de vida. A presença de empreendimentos privados, como clubes náuticos, acentua a desigualdade socioespacial. Além disso, a localização insular dificulta a implementação de políticas públicas eficazes.

O bairro demanda ações integradas que promovam inclusão social, valorização cultural e sustentabilidade ambiental, garantindo o direito à cidade para seus moradores.

A rede de serviços de saúde no território é composta por 03 Unidades de Saúde (US) 03 Equipes de Saúde da Família (ESF), 01 Equipes de Atenção Primária (EAP), 02 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 03 Equipe Multiprofissional (e-Multi). Todas as unidades de saúde contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 02 equipes na modalidade I e 01 modalidade diferenciada A.

As duas unidades de saúde — US Ilha dos Marinheiros e US Ilha da Pintada — estão em funcionamento com 3 ESF, 1 EAP e 2 ESB. A equipe da US Ilha dos Marinheiros realiza atendimentos em espaço improvisado no terreno da própria unidade, devido à estrutura física ter sido comprometida pela enchente ocorrida em maio de 2024. Já os profissionais da US Ilha da Pintada estão atendendo provisoriamente na associação da Igreja local. Ambas as unidades encontram-se atualmente em condições que impossibilitam a realização de atendimentos em saúde bucal. Em razão disso, os profissionais de saúde bucal estão atuando na US Navegantes, que passou a ser a unidade de referência para a população residente nas Ilhas.

Nos dois primeiros quadrimestres de 2025, em relação à sífilis adquirida, observou-se uma distribuição equilibrada entre os sexos, com homens e mulheres representando, cada um, 50% dos casos notificados. Esse dado sugere que a infecção não apresenta, no período analisado, predominância de gênero, o que reforça a necessidade de estratégias de prevenção e diagnóstico que alcancem de forma equitativa tanto a população masculina quanto a feminina.

A taxa de detecção de sífilis congênita nos dois primeiros quadrimestres de 2025 foi de 1,47 casos por 1.000 nascidos vivos, valor muito próximo ao registrado em Porto Alegre no mesmo período (1,45/1.000). Apesar da aparente similaridade, a

manutenção de casos evidencia desigualdades estruturais no acesso ao pré-natal e à atenção à saúde materno-infantil.

Fatores como barreiras geográficas, limitações de serviços de saúde e vulnerabilidade socioeconômica contribuem para que parte das gestantes não receba acompanhamento adequado, resultando em diagnósticos tardios e perpetuando a transmissão vertical da doença.

No período analisado, registraram-se 27 nascimentos de mães residentes no território e não houve notificações de óbitos por mortalidade infantil.

As unidades de saúde do território registraram 217 atendimentos individuais de crianças de 0 a 2 anos, conforme o sistema e-Gestor. Deste total, 46 procedimentos foram classificados como ações de puericultura, correspondendo a 21,2% do conjunto de ações realizadas nesse grupo etário. O resultado indica a necessidade de ampliar a cobertura da puericultura no território para garantir o acompanhamento de um maior contingente de crianças.

Em 2024, a região registrou o menor índice de notificações de violências (15), entre os distritos de Porto Alegre. Entre as tipologias mais frequentes, destacaram-se a violência sexual, seguida por tentativa de suicídio, física e negligência. A baixa taxa de notificações pode mascarar uma realidade complexa. A concentração de casos graves sugere que a violência persiste, ainda que invisibilizada. É fundamental investir em ações de prevenção, acolhimento e fortalecimento das redes de denúncia, além de promover campanhas de conscientização para romper o ciclo de silêncio.

No período de janeiro a setembro de 2025, o território foi responsável por 0,2% dos casos confirmados de dengue e por 0,35% das notificações registradas no âmbito municipal.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território.

Quadro 16: Demandas do Distrito Sanitário Ilhas PMS 2026-2029

Levantamento dos Problemas	Ações de Enfrentamento
Número reduzido de atendimentos em puericultura.	Intensificação de ações de saúde voltadas para o cuidado materno-infantil tanto na comunidade através de grupos, rodas de conversa, quanto com os profissionais de saúde através de vigilância de gestantes e crianças faltosas na consulta, mantendo contato com as famílias.

Ausência de notificações de violência no Distrito Humaitá-Navegantes e apenas uma notificação no Distrito das Ilhas.	Fomentar nos serviços de saúde a cultura da notificação de agravos.

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Ilhas para o PMS 2026-2029.

1.5.12 Distrito Sanitário Lomba do Pinheiro

O Distrito Sanitário Lomba do Pinheiro é composto pelos bairros Agronomia e Lomba do Pinheiro, reunindo uma população total de 57.616 habitantes, o que representa aproximadamente 4,3% da população de Porto Alegre, conforme dados do IBGE (2022). Desse total, 29.625 são mulheres e 27.991 são homens. Em relação à variável cor ou raça, 18.791 pessoas (ou 32,6%) se autodeclararam negras. A população infantil é formada por 3.677 crianças, enquanto a população idosa soma 8.349 indivíduos, correspondendo a 2,86% da população idosa do município.

A região em análise apresenta um processo contínuo de expansão populacional, impulsionado principalmente pelo setor imobiliário e pela instalação de novos condomínios residenciais. Esse crescimento evidencia uma heterogeneidade socioespacial marcada pela coexistência de diferentes realidades: áreas de ocupação irregular, habitações de classe média alta, zonas verdes e de preservação ecológica, bem como núcleos de elevada densidade populacional. Essa configuração urbana gera impactos diretos sobre as condições de saúde da população, na medida em que a desigualdade no acesso a infraestruturas, serviços básicos e serviços de saúde pode intensificar vulnerabilidades sociais, ambientais e epidemiológicas, exigindo um planejamento integrado e equitativo das políticas de saúde.

A rede de serviços de saúde no território é composta por 10 Unidades de Saúde (US) 17 Equipes de Saúde da Família (ESF), 04 Equipes de Atenção Primária (EAP), 30 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) e 01 Equipe Multiprofissional (eMulti). Dentre as UBS, 07 contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 11 equipes na Modalidade I. O território dispõe ainda do Pronto Atendimento (PA) Lomba do Pinheiro, responsável por concentrar os atendimentos de saúde de média complexidade. A unidade integra a rede de atenção à saúde em articulação com a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar, funcionando ininterruptamente, 24 horas por

dia, sete dias por semana, com o objetivo de acolher e atender os usuários que demandam assistência médica.

Em 2024, a região registrou 180 notificações de violência (DVS, SMS), número que vem apresentando tendência de aumento nos últimos anos. A principal tipificação corresponde à violência sexual, seguida por tentativa de suicídio, violência física e negligência. Esses dados evidenciam a gravidade da problemática e a necessidade de fortalecer a rede de proteção social e de saúde, ampliando estratégias de prevenção, acolhimento e cuidado integral às vítimas, com enfoque especial em ações intersetoriais que envolvam saúde, assistência social, educação e segurança pública.

Em 2024, o distrito notificou 55 casos novos de tuberculose (SMS, BI), sendo a maioria (67%) em indivíduos do sexo masculino. Quanto à variável cor ou raça, observa-se maior incidência em pessoas brancas (54,7%), seguidas de pessoas negras (41%), amarelas (2,6%), indígenas (0,9%) e ignoradas (0,9%). As faixas etárias mais acometidas foram de 20 a 34 anos e de 35 a 49 anos, representando a população economicamente ativa. Esses dados reforçam a importância de estratégias de vigilância ativa, diagnóstico precoce, adesão ao tratamento e ações de prevenção articuladas com determinantes sociais da saúde, visando à redução da incidência e ao controle da doença no território.

No período, o distrito registrou 34 casos novos relacionados ao HIV/AIDS, sendo 20 casos de infecção pelo HIV e 14 casos de AIDS. A infecção por HIV mostrou maior prevalência na faixa etária de 35 a 44 anos e em mulheres, enquanto os casos de AIDS predominaram em homens, sobretudo na faixa etária de 25 a 34 anos. Em relação à variável cor ou raça, entre os casos de HIV, 80% ocorreram em pessoas brancas e 20% em pessoas negras. Já entre os casos de AIDS, 57,1% foram registrados em pessoas brancas e 42,9% em pessoas negras. Esse perfil epidemiológico evidencia desigualdades de gênero e raça, além de ressaltar a necessidade de ampliar ações de prevenção combinada, diagnóstico precoce, adesão ao tratamento antirretroviral e estratégias de redução do estigma associado à infecção.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território durante as reuniões dos conselhos distritais.

Quadro 17: Demandas do Distrito Sanitário Lomba do Pinheiro PMS 2026-2029

Levantamento dos Problemas	Ações de Enfrentamento
Algumas US com baixa cobertura vacinal e Unidades com baixo percentual de puericultura comparado com número de atendimento individual.	Qualificar o cuidado da saúde da criança, ampliar acesso aos atendimentos reorganizando o processo de trabalho, aprimorando a vigilância dos casos e revendo modelo de agendas (proporção de agenda Programada e Espontânea) onde houver essa necessidade assim como, qualificar a vigilância e busca ativa dos casos necessários visando a adesão a puericultura, assim como a atualização calendário vacinal.
Elevado índice de vulnerabilidade em saúde, vulnerabilidade social impactando nas condições de saúde da população.	Realizar novo processo seletivo para Agentes Comunitários de Saúde a fim de garantir no mínimo 1 Agente Comunitário por ESF e ampliando esse número nas equipes de territórios com maiores índices de vulnerabilidade. Promover a qualificação e especialização contínua dos profissionais da rede, visando o aprimoramento do atendimento às diversas demandas e necessidades dos usuários, com foco em competências técnicas, abordagem humanizada e integralidade do cuidado.
Elevados índices de Notificação de Violências, principalmente relacionados à violência sexual e tentativa de suicídio (principais causas).	Ampliar a oferta das atividades de Prevenção e Promoção (atividades coletivas, PICS, Tratamento Tabagismo) com fomento às e-Multis, ampliando mais 1 E-Multi Ampliada para o território.
Aumento na prevalência do adoecimento mental em todas as faixas etárias.	Ampliar a rede de atendimento psicossocial através da ampliação da contratação E-multi, habilitação de 1 CAPS i e também, qualificando a APS para atendimento em saúde mental naquilo que compete a este ponto da rede.
Elevadas taxas de tuberculose com baixa oferta de tratamento TDO (tratamento Diretamente Observado) no primeiro quadrimestre de 2025.	Retomar a ampla oferta de tratamento na modalidade TDO (tratamento diretamente observado) para pacientes em tratamento para tuberculose a fim de elevar adesão e taxa de cura.
Elevada prevalência de casos HIV.	Ampliar oferta de testes rápidos, especialmente em serviços onde a solicitação laboratorial desse exame está elevada a fim de possibilitar diagnóstico mas também, aconselhamento e início de tratamento de forma oportuna.
Unidades de saúde com territórios muito extensos (Mapa, Panorama) ou deslocados (Lomba do Pinheiro), sendo necessário o uso de transporte para Vds dos ACS, mas também, dificultando o acesso dos usuários ao serviço da APS.	Manter de forma permanente o Vale Transporte Institucional para visitas domiciliares dos ACS nos territórios mais extensos e na US Lomba do Pinheiro (enquanto estiver fora do território). Ampliar atendimento da US Móvel na Comunidade das Quirinas, quando a US Quinta do Portal for construída (passar para atendimento Quinzenal). Habilitação do Centro Especialidade Odontológica PUCRS a fim de ser um serviço mais próximo deste território, considerando principalmente, o atendimento de portadores de necessidades especiais.

Falta de um indicador que estime a população com deficiências no território a fim de possibilitar o planejamento de políticas públicas eficientes.	Habilitação do Centro Especialidade Odontológica PUCRS a fim de ser um serviço mais próximo deste território, considerando principalmente, o atendimento a pessoas com deficiência.
Muitas necessidades de construções de Unidades.	Finalizar as construções previstas para 2022-2025. Garantir a contratação das equipes para compor as ESF e ESB quando as obras forem concluídas.
Mortalidade prematura Em Porto Alegre, a mortalidade prematura na faixa etária de 30 a 69 anos é liderada principalmente pelo câncer gastrointestinal, especialmente o colorretal.	Ampliar os Testes Rápidos de Sangue Oculto nas Fezes (SOF) na APS assim como garantir a linha de seguimento das neoplasias intestinais (colonoscopias).

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Lomba do Pinheiro para o PMS 2026-2029.

1.5.13 Distrito Sanitário Partenon

O Distrito Sanitário Partenon, localizado na Zona Leste de Porto Alegre, abrange os bairros Partenon, Aparício Borges, Santo Antônio, São José e Vila João Pessoa, reunindo uma população de 106.571 habitantes (IBGE, 2022). Do total de moradores, 47,83% são do sexo masculino e 52,16% do sexo feminino. Quanto à variável cor ou raça, 29.720 pessoas (27,9%) se autodeclararam negras (pretas e pardas). A população infantil é composta por 5.366 crianças, enquanto a população idosa soma 20.579 indivíduos, o que corresponde a 7,05% do contingente de idosos do município.

O distrito apresenta heterogeneidade socioeconômica, com áreas mais consolidadas (como Santo Antônio e Partenon) e outras com maior vulnerabilidade social (como Aparício Borges e Vila João Pessoa). Bairros como São José e Vila João Pessoa enfrentam desafios relacionados à infraestrutura urbana, como saneamento básico, pavimentação e acesso a equipamentos públicos. A presença de ocupações irregulares e moradias precárias em algumas áreas do distrito reflete desigualdades históricas no processo de urbanização. No território ainda há presença da Cadeia Pública de Porto Alegre (antigo Presídio Central).

A rede de serviços de saúde no território é composta por 11 Unidades de Saúde (US) 29 Equipes de Saúde da Família (ESF), 08 Equipes de Atenção Primária (EAP), 46 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 08 Equipes de Atenção Básica Prisional (EABP) e 01 Equipe Multiprofissional (e-Multi). Dentre as US, 07 contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 11 equipes na Modalidade I. No território está presente o Hospital São Lucas da PUCRS, importante prestador de serviços SUS no município.

Em 2024, o Distrito Sanitário Partenon registrou 289 notificações de violência, conforme dados da (DVS, SMS). Esse número representa uma tendência de crescimento nos registros ao longo dos últimos anos, refletindo tanto o agravamento de situações de vulnerabilidade quanto o aprimoramento dos mecanismos de notificação e vigilância.

A principal tipificação registrada foi a tentativa de suicídio, seguida por casos de violência sexual, violência física e negligência. Esse perfil epidemiológico evidencia a necessidade de ações intersetoriais de prevenção, fortalecimento da rede de apoio psicossocial e qualificação da atenção à saúde mental, especialmente em territórios com maior vulnerabilidade social.

Em 2024, o distrito notificou 137 casos novos de tuberculose, destaca-se que o distrito apresentou o segundo maior número de casos entre os territórios da cidade, ficando atrás apenas do Distrito Centro. A maioria dos casos (61,5%) ocorreu em indivíduos do sexo masculino, o que reforça o padrão epidemiológico observado em anos anteriores, com maior vulnerabilidade entre homens adultos.

Quanto à variável cor ou raça, observa-se maior incidência em pessoas autodeclaradas negras (50,7%), seguidas por brancas (47,8%), amarelas (1,1%) e casos com cor ou raça ignorada (0,4%). Essa distribuição reforça a necessidade de ações que considerem os determinantes sociais da saúde e as desigualdades raciais no enfrentamento da doença. Esses dados reforçam a importância de estratégias de vigilância ativa, diagnóstico precoce, adesão ao Tratamento Diretamente Observado (TDO) e ações de prevenção articuladas com determinantes sociais da saúde, visando à redução da incidência e ao controle da doença no território.

No ano de 2024, o Distrito Sanitário Partenon registrou 84 casos novos relacionados ao HIV/AIDS, sendo 51 casos de infecção pelo HIV e 34 casos de AIDS, conforme dados da Secretaria Municipal da Saúde (SMS, BI). A infecção por HIV apresentou maior prevalência entre homens, especialmente na faixa etária de 25 a 34 anos, perfil que também predominou entre os casos de AIDS, reforçando a vulnerabilidade desse grupo populacional.

Quanto à variável cor ou raça, observa-se que entre os casos de HIV, 66,7% ocorreram em pessoas que se autodeclararam negras e 33% em pessoas brancas e, entre os casos de AIDS, 60,7% foram registrados em pessoas negras, 36,4% em brancas e 3% em amarelas.

Esses dados evidenciam a desigualdades raciais e sociais no enfrentamento da epidemia, e reforçam a necessidade de ações integradas de prevenção, testagem precoce, ampliação do acesso ao tratamento antirretroviral e enfrentamento ao estigma, especialmente em territórios com maior vulnerabilidade.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território durante as reuniões dos conselhos distritais.

Quadro 18: Demandas do Distrito Sanitário Partenon PMS 2026-2029

Levantamento dos problemas	Ações de Enfrentamento
Baixo número de cadastros domiciliares e individuais nas equipes (relatórios SIAPS), comparado ao número de população IBGE 2022 e usuários que acessam os serviços de saúde.	Ampliar o cadastramento populacional, domiciliar e individual, com foco nas populações vulneráveis (Bolsa Família, idosos, beneficiários do BPC, crianças, gestantes, pessoas vivendo com HIV e pessoas com tuberculose), garantindo no mínimo um Agente Comunitário de Saúde por ESF e ampliando esse número nas equipes dos territórios com maiores índices de vulnerabilidade.
Elevados percentuais de obesidade na população adulta, segundo relatório SISVAN, 49% da população na faixa etária de 20-60 anos com registro de antropometria no e-SUS, apresenta algum grau de obesidade.	Garantir a reposição da nutricionista (aposentada 2025) no Centro de Saúde Murialdo. Ampliar a oferta das atividades de Prevenção e Promoção (atividades coletivas, PICS, Tratamento Tabagismo) - com fomento às e-Multis, ampliando mais 2 e-Multis para o território.
A elevação das taxas de Mortalidade Infantil, embora evidencie redução nas taxas nos últimos anos, ainda apresenta taxas superiores à meta preconizada.	Qualificar a vigilância e acompanhamentos das puericulturas, visando um cuidado continuado para essa faixa etária, impactando na mortalidade infantil.
Elevados índices de Notificação de Violências, principalmente relacionados à tentativa de suicídio e violência sexual (principais causas).	Fortalecer e potencializar as ações de saúde mental na APS através da ampliação das e-multis e ampliação da rede de CAPS na cidade.
Aumento na prevalência do adoecimento mental em todas as faixas etárias.	
Em relação a tuberculose, o território apresenta elevadas taxas deste agravo, embora o diagnóstico de tuberculose na Atenção Primária tratamento TDO (tratamento Diretamente Observado) esteja sendo realizado em quase 30% dos casos novos (meta PIAPS). Importante destacar que ainda apresentamos baixo número de diagnósticos realizados na APS.	Qualificar as equipes para que se amplie o diagnóstico de tuberculose na Atenção Primária assim como, se mantenha a ampla oferta de TDO como escolha primordial de modalidade de tratamento para tuberculose, visando maior adesão ao tratamento e ampliação da taxa de cura.
Elevados percentuais de casos novos HIV sendo o distrito com maior número de casos novos absolutos na cidade no 1º quadrimestre 2025 (aproximadamente 10% do total de novos casos na cidade).	Ampliar oferta de Teste Rápido para HIV/AIDS, garantir a entrega da PEP e PREP nas Unidades de Saúde.

Buscar alternativas para estruturas físicas das Unidades de saúde que possuem limitação importante de espaço físico para acomodar o nº de equipes previstas para a população adstrita, tais como US Vila Vargas e São Carlos.	Manter o plano quanto a necessidade de construção de uma US que atenda a comunidade da Vila Vargas (US Primavera) considerando a estrutura física atual e número de usuários atendidos. Manter plano de ampliação da US São Carlos, considerando o número de equipes e usuários de sua referência/atendimentos noturnos.
Mortalidade prematura Em Porto Alegre, a mortalidade prematura na faixa etária de 30 a 69 anos é liderada principalmente pelo câncer gastrointestinal, especialmente o colorretal	Ampliar os Testes Rápidos de Sangue Oculto nas Fezes (SOF) na APS assim como garantir a linha de seguimento das neoplasias intestinais (colonoscopias)

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Partenon para o PMS 2026-2029.

1.5.14 Distrito Sanitário Restinga

O Distrito Sanitário Restinga abrange o bairro Restinga, localizado na Zona Sul da cidade, é um dos maiores bairros da cidade, segundo o IBGE (2022), o território possui uma população de 59.689 habitantes, representando 4,47% do total da população do município. Do total de habitantes, 52,42% são mulheres e 47,58% homens, o que pode influenciar na organização da rede de serviços, especialmente no que tange à saúde da mulher, incluindo o pré-natal, rastreamento de câncer e planejamento reprodutivo.

Em relação à variável cor ou raça, 23.115 pessoas (38,7%) da população do distrito se autodeclararam negras (pretas e pardas), percentual superior à média municipal, reforçando a necessidade de incorporar uma perspectiva étnico-racial nas ações em saúde. Essa população, historicamente mais exposta às iniquidades sociais e sanitárias, apresenta maior risco de agravos em saúde, como doenças crônicas, infecciosas e causas externas, o que exige estratégias voltadas à equidade.

A estrutura etária também revela importantes desafios: o território abriga 5.035 crianças menores de cinco anos, faixa etária que demanda acompanhamento contínuo do crescimento e desenvolvimento, cobertura vacinal adequada e prevenção da morbimortalidade infantil. Além disso, a presença de 9.318 pessoas idosas (3,19% do total de idosos do município) aponta para a necessidade de fortalecer políticas de cuidado voltadas ao envelhecimento saudável, prevenção de doenças crônicas e suporte a condições de dependência funcional.

A Restinga começou a ser povoada em meados da década de 1960, quando políticas de remoção da população de baixa renda, residente no antigo território da

Ilhota, resultaram na transferência compulsória de diversas famílias para a localidade, situada a mais de 20 km do centro de Porto Alegre.

A região caracteriza-se como um território de fortes contrastes: apresenta grande extensão territorial, alta densidade populacional e rica diversidade cultural, mas permanece marcada por profundas desigualdades estruturais. O déficit habitacional é acentuado pelas moradias informais, as quais evidenciam a presença de inúmeros loteamentos irregulares, demandando processos contínuos de regularização fundiária.

A Atenção Primária à Saúde (APS) do território dispõe de uma rede composta por 08 Unidades de Saúde (US), apoiadas por 21 Equipes de Saúde da Família (ESF), 05 Equipe de Atenção Primária (EAP), 35 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 Equipe de consultório de Rua (ECR) e 01 Equipe Multidisciplinar (e-Multi). Das oito Unidades de Saúde, seis contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 13 equipes na modalidade I.

No território, localiza-se o Hospital Restinga e Extremo Sul (HRES), um complexo hospitalar que integra quatro unidades: Hospital, Urgência e Emergência, Unidade de Diagnóstico e Centro de Especialidades. O HRES constitui-se como referência assistencial especialmente para a população da Restinga e Extremo-Sul (bairros Lami, Lageado, Belém Novo, Ponta Grossa e Chapéu do Sol).

Verifica-se a necessidade de qualificar os serviços e o atendimento aos usuários da saúde mental no território. A população em situação de rua e em vulnerabilidade social também necessita de um olhar humanizado por parte das trabalhadoras e trabalhadores da saúde no território.

O território apresenta aumento no número de notificações de violência, com maior incidência nos casos de violência sexual, física, negligência/abandono e psicológica/moral. Em relação à faixa etária, destacam-se os grupos de 10 a 14 anos, 30 a 39 anos e 80 anos ou mais. Quanto ao sexo, observa-se que 80% das vítimas de violência são mulheres. Já no que se refere à variável cor ou raça, 60% das notificações correspondem a pessoas brancas e 40% a pessoas negras.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território durante as reuniões dos conselhos distritais.

Quadro 19: Demandas do Distrito Sanitário Restinga PMS 2026-2029

Levantamento dos Problemas	Ações de Enfrentamento
Tuberculose	Busca ativa e diagnóstico rápido Realizar busca ativa em comunidades vulneráveis, unidades de saúde e entre a população em situação de rua; manter as equipes parceiras de forma mais fixa no território para que se mantenha o vínculo equipe x usuário; Ampliar o uso de testes rápidos moleculares nas unidades de saúde. Acompanhamento com Agentes Comunitários de Saúde (ACS)- Evitar o abandono do tratamento por meio de visitas semanais e estratégias individualizadas de adesão, para isso precisamos do aumento do número de Agentes de Saúde em algumas unidades. Integração TB + HIV + CAPS AD Fortalecer o cuidado conjunto entre os serviços de saúde mental, DST/AIDS e tuberculose, considerando a maior vulnerabilidade desse público; Implantar um CRTB de fácil acesso na região, devido ao elevado número de casos de TB e coinfeções. Educação e prevenção comunitária- Realizar oficinas em escolas e unidades básicas sobre transmissão, prevenção e tratamento da TB. Tratamento Diretamente Observado (TDO) Acompanhar o usuário em tratamento, realizando a administração da medicação de forma presencial ou virtual; Oferecer lanche como incentivo à adesão, considerando os efeitos colaterais do tratamento.
Doenças Sexualmente Transmissíveis (ISTs) - HIV/sífilis	Testagem e aconselhamento nos serviços de saúde Implantação de um SAE para a Coordenadoria de Saúde Sul; Incluir abordagem sobre sexualidade e autocuidado com jovens, especialmente no Programa Saúde na Escola (PSE). Ampliar a oferta de testes rápidos por demanda espontânea em todas as unidades. Distribuição de preservativos e PrEP/PEP Garantir distribuição regular de preservativos nas unidades e em pontos estratégicos (bares, escolas, eventos); Prescrever PrEP/PEP sempre que necessário. Capacitação das equipes de saúde- Atualizar conhecimentos sobre HIV, sífilis congênita e prevenção combinada.

Saúde Mental	Reforço das equipes de ESMA e EESCA, implementação de CAPS infantil e CAPS adulto com permanência noturna Aumentar o número de e-Multis (acrescentar 2 equipes complementares neste território) com psicólogos, psiquiatras, entre outros profissionais; Criar grupos terapêuticos temáticos (dependência química, luto, violência etc.). Escolas como espaço de cuidado - Inserir o tema saúde emocional nas escolas públicas da Restinga, via PSE. Cuidado em rede (CAPS, US, CRAS, escolas) Fortalecer a integração entre saúde, assistência e educação. Cuidado em rede (CAPS, US CRAS, escolas).
Crescimento da população em situação de rua.	Capacitação contínua da equipe de Consultório de Rua- Atendimento direto nas ruas com médicos, psicólogos e profissionais de enfermagem.. Parcerias com ONGs -Fomentar redes colaborativas com entidades que já atuam no território.
Mortalidade infantil	Pré-natal qualificado com visita domiciliar Atuação das equipes da US junto às gestantes; Reforçar a necessidade da maternidade no HRES, prevista no PAC, com atendimento de pré-natal de alto risco. Acompanhamento do bebê no primeiro ano de vida Monitoramento de vacinas, crescimento, alimentação e sinais de risco; Grupos de apoio com equipes multiprofissionais para gestantes e mães. Promoção da saúde na infância e juventude- · Projetos sobre alimentação saudável, atividade física e prevenção ao uso de drogas nas escolas.
Violência	Oficinas culturais, esportivas e de capacitação de jovens - Participar de eventos que tenham alternativas de lazer, formação e renda, em parceria com outras Secretarias. Rede de proteção com CRAS, Conselhos Tutelares e escolas - Ações conjuntas para identificação e proteção de crianças e adolescentes em situação de risco.

Aumento Populacional em Áreas de Ocupação	Implantação de novos serviços de saúde - Reforçar a necessidade de uma policlínica (prevista no PAC), com prioridade para os serviços de fisioterapia, SAE, exames e atendimento à saúde da mulher e da criança.

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Restinga para o PMS 2026-2029.

1.5.15 Distrito Sanitário Extremo Sul

O Distrito Sanitário Extremo Sul abrange os bairros Belém Novo, Boa Vista do Sul, Chapéu do Sol, Extrema, Lageado, Lami, Ponta Grossa e São Caetano, é um extenso território de 116,01 km² (24,4% da área do município). Segundo IBGE (2022), o território possui uma população de 33.713 habitantes, representando 2,53% da população total do município.

Deste total, 17.273 são mulheres e 16.440 são homens, esses dados apresentam desafios para os profissionais de saúde do distrito: as mulheres demandam ações específicas de prevenção, promoção, assistência e recuperação da saúde; já os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e morrem mais precocemente que as mulheres.

Quanto a variável cor ou raça, 5.366 pessoas 15,9% se autodeclararam negras (pretas e pardas), historicamente, essa população enfrenta maiores desigualdades sociais e barreiras de acesso aos serviços de saúde, refletindo em piores indicadores de morbimortalidade.

A região Extremo Sul de Porto Alegre apresenta forte característica rural e reduzidas oportunidades de trabalho, o que impacta diretamente as condições de vida da população. A distância de aproximadamente 30 km em relação ao centro da cidade — onde estão concentrados os serviços de maior complexidade e especialização — agrava os desafios de acesso à saúde. Além disso, muitas famílias residem longe das Unidades de Saúde, dificultando o acompanhamento sistemático de tratamentos e a continuidade do cuidado.

Outro aspecto relevante é a heterogeneidade socioeconômica: convivem na região áreas de grande vulnerabilidade social e econômica, ao lado de territórios com elevado padrão socioeconômico.

A Atenção Primária à Saúde (APS) do distrito conta com 5 Unidades de Saúde (US), 17 Equipes de Saúde da Família (ESF), 29 Agentes Comunitários de

Saúde (ACS) e 2 Equipes Multiprofissionais (e-Multi). Todas as unidades de saúde do território contam com Equipes de Saúde Bucal, totalizando 10 ESBs, das quais 09 na modalidade I e 01 na modalidade diferenciada A.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território durante as reuniões dos conselhos distritais.

Quadro 20: Demandas do Distrito Sanitário Extremo Sul PMS 2026-2029

Levantamento dos Problemas	Ações de Enfrentamento
Ausência de serviços especializados no território, como fisioterapia	Fisioterapia descentralizada Reforçar a necessidade da Policlínica, com serviços de fisioterapia; Ampliação de convênios com clínicas particulares da região.
Ausência de farmácia distrital	Implantação de Farmácia Distrital ou Pontos de Dispensação Integrados Modelo de Farmácia Satélite - Implantação de uma farmácia em local de grande fluxo, e de fácil acesso para o território;
Barreiras de acesso (distância, malha viária e transporte público).	Utilização da Unidade de Saúde Móvel (SMS) para percorrer o território semanalmente. Tele consulta com apoio técnico, especialmente em áreas remotas. Transporte sanitário para pacientes com mobilidade reduzida até as unidades de saúde.
Integração com a Secretaria Especial de Saúde Indígena para a População Indígena.	Integração entre os serviços da APS e equipes de referência da SESAI no atendimento da pop indígena.
Barreiras de Acesso (Distância, Malha Viária, Transporte Público)	Unidades de Saúde Móveis- Continuidade dos Consultórios Itinerantes que percorrem o Extremo Sul semanalmente. Tele atendimento/Tele consultas nas US e escolas - Atendimento por vídeo com apoio técnico local, especialmente para áreas remotas. Mapeamento das áreas descobertas + logística de transporte sanitário - Transporte sanitário para pacientes com mobilidade reduzida até as unidades de referência.

Saúde Mental	Reforço das equipes ESMA e EESCAe implementação de CAPS Infantil e CAPS Adulto com permanência noturna Aumento do número de equipes e-Multis com profissionais de psicologia e psiquiatria (a US Belém Novo, por exemplo, não possui cobertura). Criação de grupos terapêuticos temáticos (dependência química, luto, violência etc). Escolas como espaço de cuidado- Inserção do tema saúde emocional nas escolas públicas da região, via PSE. Cuidado em rede (CAPS, US, CRAS, escolas- Fortalecimento da integração entre serviços de saúde, assistência e educação.
Tuberculose Prevenção, Diagnóstico e Adesão;	Teste rápido molecular nas unidades de saúde do Extremo Sul.-Reduz deslocamentos e acelera o diagnóstico Acompanhamento domiciliar com ACS e Consultório na Rua - Prevenção ao abandono do TDO e reforço da adesão ao tratamento. Integração com CAPS e SAE (HIV/TB) Abordagem completa com equipes integradas. Implantação de CRTB de fácil acesso, devido ao elevado número de casos novos e coinfeções.
Infecções sexualmente Transmissíveis (HIV/sífilis)	Testagem rápida com acolhimento universal nas US Garantia de testagem mesmo fora do horário comercial, com campanhas temáticas, ações extramuros e busca ativa. Implementação de um SAE de fácil acesso, dentro da Coordenadoria de Saúde Sul. Distribuição de preservativos em pontos estratégicos - Distribuição de preservativos em farmácias comunitárias, bares, eventos e unidades escolares. PrEP/PEP -Capacitação de enfermeiros das unidades de saúde, para prescrição de PrEP/PEP e acompanhamento.
Mortalidade Infantil, Atenção à Gestante e Puericultura	Grupos de Gestantes e Puérperas com apoio multiprofissional na unidades de saúde Realização de rodas mensais com equipes de saúde e apoio social (CRAS). Visitas domiciliares focadas no pré-natal. Matriciamento pediátrico Acompanhamento remoto por pediatra de referência. Reforçar a necessidade da maternidade no HRES, prevista no PAC, com atendimento de pré-natal de alto risco.

Ampliação de Infraestrutura de Unidades de Saúde	Ampliação da US Belém Novo e da US Paulo Viaro, que atualmente não comportam os usuários em suas dependências enquanto aguardam atendimento; Ampliação do número de consultórios em ambas as unidades.

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Extremo Sul para o PMS 2026-2029.

1.5.16 Distrito Sanitário Sul

O Distrito Sanitário Sul abrange os bairros Aberta dos Morros, Espírito Santo, Guarujá, Hípica, Ipanema, Jardim Isabel, Pedra Redonda, Serraria, Sétimo Céu, Tristeza, Vila Assunção e Vila Conceição. De acordo com o IBGE (2022), a região possui 82.469 habitantes, correspondendo a 6,18% da população total do município.

Desse contingente, 53,03% são mulheres e 46,97% são homens, esses dados apresentam desafios para os profissionais de saúde do distrito: as mulheres demandam ações específicas de prevenção, promoção, assistência e recuperação da saúde; já os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e morrem mais precocemente que as mulheres..

Em relação a variável cor ou raça, 11.155 pessoas (13,5%) autodeclararam-se negras (pretas e pardas), historicamente, essa população enfrenta maiores desigualdades sociais e barreiras de acesso aos serviços de saúde, refletindo em piores indicadores de morbimortalidade.

Esses dados reforçam a importância de estratégias de cuidado que considerem as especificidades de gênero e cor ou raça, orientando a Atenção Primária à Saúde para uma atuação mais equitativa e resolutiva no território.

No que se refere à estrutura etária, a população infantil é composta por 4.557 crianças menores de cinco anos, enquanto a população idosa totaliza 22.633 indivíduos, correspondendo a 7,76% do contingente de pessoas idosas do município.

Esse perfil etário evidencia a coexistência de duas faixas populacionais com demandas específicas e de alta relevância para a rede de saúde: de um lado, a necessidade de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; de outro, a ampliação das ações voltadas ao envelhecimento saudável e ao manejo de doenças crônicas.

Observa-se que determinadas áreas do território apresentam condições de vulnerabilidade acentuada, demandando atenção prioritária no planejamento e na execução das ações em saúde. É o caso das regiões do Morro dos Sargentos e do Beco do Adelar, que concentram expressivas desigualdades socioeconômicas, refletidas diretamente na limitação do acesso aos serviços e na descontinuidade do cuidado.

Esses territórios evidenciam a urgência de abordagens diferenciadas, que considerem as especificidades locais e promovam a equidade na atenção à saúde. A precariedade da infraestrutura urbana, aliada à insegurança alimentar, à baixa escolaridade e à informalidade laboral, configura um cenário complexo que exige respostas intersetoriais e integradas.

A Atenção Primária à Saúde (APS) do distrito conta com 07 Unidades de Saúde (US), 18 Equipes de Saúde da Família (ESF), 03 Equipes de Atenção Primária (EAP), 22 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Todas as unidades de saúde do território contam com equipes de Saúde Bucal, totalizando 15 equipes na Modalidade I.

Há na região a presença de dezenas de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), que requerem acompanhamento contínuo da Atenção Primária e da rede especializada, sobretudo em relação ao cuidado de doenças crônicas, prevenção de agravos, vacinação e suporte multiprofissional.

A região Sul de Porto Alegre apresenta tendência de envelhecimento populacional, acompanhando o cenário municipal e nacional de transição demográfica. Esse processo se caracteriza pelo crescimento proporcional da população com 60 anos ou mais, decorrente da queda nas taxas de fecundidade e do aumento da expectativa de vida.

O aumento da **população idosa** impacta diretamente a rede de saúde, uma vez que esse grupo apresenta maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas), além de maior demanda por serviços de reabilitação, acompanhamento multiprofissional e suporte psicossocial.

Em relação à dengue, no ano de 2024, o distrito concentrou 5% dos casos confirmados e 5% das notificações do município.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território durante as reuniões dos conselhos distritais.

Quadro 21: Demandas do Distrito Sul PMS 2026-2029

Levantamento dos Problemas	Ações de Enfrentamento
Tuberculose	Aumento da busca ativa e testagem rápida Capacitação dos ACS e das equipes de ESF para realização de rastreio e orientações diretas durante visitas
Doenças sexualmente transmissíveis (ISTs) - HIV/sífilis	Garantia de diagnóstico molecular nas US com maior volume de casos proporciona resultado rápido e início imediato do tratamento.. Implementar um serviço de SAE e CRTB na Coordenadoria Sul. Integração com SAE (Serviço de Atendimento Especializado) e CRTBs. Campanhas contínuas de prevenção. Ações realizadas em escolas, centros comunitários, feiras e locais públicos, com envolvimento de jovens, população em situação de rua e usuários dos serviços sociais.
Saúde Mental Fortalecimento da Saúde Mental e Redução de Danos	Expansão da atuação do CAPS AD e CAPS Adulto nos territórios. Fortalecer ações conjuntas com as Unidades de Saúde. Formação contínua para equipes de ESF - Capacitação para manejo de quadros leves e moderados, triagem de risco e escuta qualificada. Inserção da saúde mental na rotina das visitas domiciliares. Grupos terapêuticos comunitários nas UBS Criar grupos voltados à saúde mental da mulher, adolescentes, idosos, usuários de álcool e drogas, entre outros. Aumentar o número de equipes e-Multis com profissionais de psicologia e psiquiatria. Aguardamos a implementação do CAPS Infantil na Coordenadoria Sul, prevista para 2025;
População de rua em crescimento	Implementar mais Equipes de Consultório de Rua que atenda as regiões Sul e Centro-Sul Estabelecer parcerias com abrigos e Centros POP Atuação da equipe junto às ESF para fortalecimento de vínculos com essa população.

Número populacional elevado	Ampliação da US Campos do Cristal, conforme planejamento de equipe simples para 2 ESF e 1 ESB; Ampliação da US Cidade de Deus, visto que o número de habitantes extrapola a capacidade de uma equipe simples; Ampliação do horário de atendimento em Unidades de Saúde até as 22h – atualmente, apenas a US Tristeza possui horário estendido entre as regiões Sul e Centro-Sul.
Aumento da população idosa;	Cuidado longitudinal à pessoa idosa nas UBS Ampliar grupos voltados à prevenção de quedas, alimentação saudável e uso seguro de medicamentos. Inserção da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa nas consultas. Linhas de cuidado específicas:População idosa, população em situação de rua, saúde da mulher e saúde mental.
Unidades de Saúde com estruturas precárias	Proposta de unificação da US Nonoai com a US Alto Erechim, utilizando o terreno da US Alto Erechim, visto que a US Nonoai se encontra em imóvel alugado e sem acessibilidade; Ampliação da estrutura odontológica da US Calábria, com a instalação de uma segunda cadeira, para continuar atendendo a população da US Jardim das Palmeiras, que não possui viabilidade estrutural para instalação de cadeira odontológica; Transferência da US Monte Cristo para novo local, devido à ausência de acessibilidade – atualmente, o atendimento odontológico é realizado no subsolo e os atendimentos médicos e de enfermagem no segundo piso; Ampliação do prédio da US Camaquã, que atualmente abriga cinco serviços (UBS, Farmácia Distrital, ESMA, Ambulatório de Especialidades e Coordenadoria de Saúde), estando acima da capacidade física;
Pouca oferta de serviço especializado no território, como fisioterapia	Reforçamos a necessidade da Policlínica, contemplada no PAC, priorizando serviços de fisioterapia, SAE e exames, principalmente voltados à saúde da mulher e da criança.
Ausência de CEO	implantação de um CEO (Centro de Especialidades Odontológicas).

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Sul e Centro-Sul para o PMS 2026-2029.

1.5.17 Distrito Sanitário Centro-Sul

O Distrito Sanitário Centro Sul é formado pelos bairros Camaquã, Campo Novo, Cavalhada, Nonoai, Teresópolis e Vila Nova. De acordo com o IBGE (2022), o território conta com 105.680 habitantes, correspondendo a 7,92% da população total de Porto Alegre. Desse total, 56.628 são mulheres e 49.053 são homens. Em relação à variável cor ou raça, 22.095 pessoas (20,9%) se autodeclararam negras (pretas e pardas), dado que reforça a necessidade de considerar as desigualdades raciais no planejamento das políticas de saúde.

No que se refere à estrutura etária, a população infantil é composta por 4.305 crianças menores de cinco anos, grupo que demanda atenção especial em ações de puericultura, vacinação e acompanhamento do desenvolvimento. Já a população idosa soma 21.097 indivíduos, representando 7,23% do contingente de pessoas idosas do município, o que aponta para a importância de políticas voltadas ao envelhecimento saudável, prevenção de doenças crônicas e garantia de acesso aos serviços de cuidado de longa duração.

A Atenção Primária à Saúde (APS) do distrito conta com uma estrutura abrangente. Inclui 11 Unidades de Saúde (US), 22 Equipes de Saúde da Família (ESF), 03 Equipes de Atenção Primária (EAP), 36 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 01 Equipe Multidisciplinares (eMulti). Das onze unidades de saúde, oito possuem Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 15 equipes na Modalidade I.

Na região estão presentes instituições que influenciam diretamente a organização e a demanda dos serviços de saúde. Entre elas, destacam-se as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), como a Sociedade Porto-Alegrense de Auxílio aos Necessitados (SPAAN), que requerem acompanhamento contínuo da Atenção Primária e da rede especializada, sobretudo em relação ao cuidado de doenças crônicas, prevenção de agravos e suporte multiprofissional. Também se encontra no território o Presídio Estadual Feminino Madre Pelletier, cuja população demanda ações específicas em saúde, com ênfase no cuidado materno-infantil, na atenção à saúde mental, nas doenças infectocontagiosas e na promoção da saúde dentro do sistema prisional.

No território localiza-se a Associação Hospitalar Vila Nova, que desde 2011, presta serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os serviços prestados,

destacam-se: emergência/pronto atendimento, serviço de ambulância 24 horas, bloco cirúrgico, exames laboratoriais, entre outros.

A região Centro Sul de Porto Alegre apresenta tendência de envelhecimento populacional, acompanhando o cenário municipal e nacional de transição demográfica. Esse processo se caracteriza pelo crescimento proporcional da população com 60 anos ou mais, decorrente da queda nas taxas de fecundidade e do aumento da expectativa de vida.

O aumento da **população idosa** impacta diretamente a rede de saúde, uma vez que esse grupo apresenta maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas), além de maior demanda por serviços de reabilitação, acompanhamento multiprofissional e suporte psicossocial. Também se intensifica a necessidade de cuidados de longa duração, o que se reflete na presença significativa de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) no território, como a SPAAN.

A seguir será apresentado o quadro resumo com o levantamento dos problemas e propostas de ações de enfrentamento debatidas no território durante as reuniões dos conselhos distritais.

Quadro 22: Demandas do Distrito Centro Sul PMS 2026-2029

Levantamento dos Problemas	Ações de Enfrentamento
Tuberculose	Aumento da busca ativa e testagem rápida Capacitação dos ACS e das equipes de ESF para realização de rastreio e orientações diretas durante visitas
Doenças sexualmente transmissíveis (ISTs) - HIV/sífilis	Garantia de diagnóstico molecular nas US com maior volume de casos proporciona resultado rápido e início imediato do tratamento.. Implementar um serviço de SAE e CRTB na Coordenadoria Sul. Integração com SAE (Serviço de Atendimento Especializado) e CRTBs. Campanhas contínuas de prevenção. Ações realizadas em escolas, centros comunitários, feiras e locais públicos, com envolvimento de jovens, população em situação de rua e usuários dos serviços sociais.

Saúde Mental Fortalecimento da Saúde Mental e Redução de Danos	Expansão da atuação do CAPS AD e CAPS Adulto nos territórios. Fortalecer ações conjuntas com as Unidades de Saúde. Formação contínua para equipes de ESF- Capacitação para manejo de quadros leves e moderados, triagem de risco e escuta qualificada. Inserção da saúde mental na rotina das visitas domiciliares. Grupos terapêuticos comunitários nas UBS Criar grupos voltados à saúde mental da mulher, adolescentes, idosos, usuários de álcool e drogas, entre outros. Aumentar o número de equipes e-Multis com profissionais de psicologia e psiquiatria. Aguardamos a implementação do CAPS Infantil na Coordenadoria Sul, prevista para 2025;
População de rua em crescimento	Implementar mais Equipes de Consultório de Rua que atenda as regiões Sul e Centro-Sul Estabelecer parcerias com abrigos e Centros POP Atuação da equipe junto às ESF para fortalecimento de vínculos com essa população.
Número populacional elevado	Ampliação da US Campos do Cristal, conforme planejamento de equipe simples para 2 ESF e 1 ESB; Ampliação da US Cidade de Deus, visto que o número de habitantes extrapola a capacidade de uma equipe simples; Ampliação do horário de atendimento em Unidades de Saúde até as 22h – atualmente, apenas a US Tristeza possui horário estendido entre as regiões Sul e Centro-Sul.
Aumento da população idosa;	Cuidado longitudinal à pessoa idosa nas UBS Ampliar grupos voltados à prevenção de quedas, alimentação saudável e uso seguro de medicamentos. Inserção da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa nas consultas. Linhas de cuidado específicas:População idosa, população em situação de rua, saúde da mulher e saúde mental.

Unidades de Saúde com estruturas precárias	Proposta de unificação da US Nonoai com a US Alto Erechim, utilizando o terreno da US Alto Erechim, visto que a US Nonoai se encontra em imóvel alugado e sem acessibilidade; Ampliação da estrutura odontológica da US Calábria, com a instalação de uma segunda cadeira, para continuar atendendo a população da US Jardim das Palmeiras, que não possui viabilidade estrutural para instalação de cadeira odontológica; Transferência da US Monte Cristo para novo local, devido à ausência de acessibilidade – atualmente, o atendimento odontológico é realizado no subsolo e os atendimentos médicos e de enfermagem no segundo piso; Ampliação do prédio da US Camaquã, que atualmente abriga cinco serviços (UBS, Farmácia Distrital, ESMA, Ambulatório de Especialidades e Coordenadoria de Saúde), estando acima da capacidade física;
Pouca oferta de serviço especializado no território, como fisioterapia	Reforçamos a necessidade da Policlínica, contemplada no PAC, priorizando serviços de fisioterapia, SAE e exames, principalmente voltados à saúde da mulher e da criança.
Ausência de CEO	implantação de um CEO (Centro de Especialidades Odontológicas).

Fonte: Seminário do Distrito Sanitário Sul e Centro-Sul para o PMS 2026-2029.

1.6 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

1.6.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) de Porto Alegre apresenta atualmente 132 Unidades de Saúde (US) e entre essas, 1 Unidade de Saúde Indígena, 7 equipes de Consultórios na Rua e 9 equipes de saúde prisional. Destas US, 115 são contratualizadas (Hospital São Lucas/PUCRS, IB SAÚDE, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Hospital Divina Providência, Hospital Vila Nova), 13 conveniadas (Grupo Hospitalar Conceição, Hospital de Clínicas de Porto Alegre) e 5 próprias - conforme tabela abaixo.

Tabela 87: Cenário Atual das US de APS

Entidade/Organização Social	Nº de Unidades de Saúde
Prefeitura Municipal de Porto Alegre	5
Grupo Hospitalar Conceição	12
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	1
Hospital São Lucas/PUC	1
IBSAÚDE	19
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	27
Hospital Divina Providência	38
Hospital Vila Nova	29
Total	132

Fonte: DAPS - CNES/2025.

A partir da [Nota Técnica Nº 2/2025](#) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde (MS) é possível encontrar informações detalhadas referentes ao método de cálculo da Cobertura Potencial Estimada da Atenção Primária à Saúde (APS) e justifica a atualização do método de cálculo devido à necessidade de correção da população com cadastro vinculado informada no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) para as equipes de Consultório na Rua (eCR), equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), bem como a necessidade de manter uma série histórica da cobertura da APS, de modo a considerar tanto as equipes que atuam na APS que recebem cofinanciamento federal pelo MS em âmbito nacional quanto aquelas financiadas nos âmbitos estadual, municipal e do Distrito Federal com recursos próprios desses entes. No método de cálculo da Cobertura Potencial Estimada da APS, são considerados os parâmetros de população coberta por equipes que atuam na APS recomendados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Dessa forma, serão consideradas as informações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), com o parâmetro para as equipes de Saúde da Família (eSF) de 3.500 pessoas/equipe; para as equipes de Atenção Primária 20h (eAP 20h) o parâmetro de 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF (1.750 pessoas) e para a eAP 30h o parâmetro de população adscrita correspondente a 75% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF (2.625 pessoas). O cálculo é:

Cobertura Potencial Estimada da APS no Município:

$$\frac{\left((n^{\circ} \text{ eSF} \times 3.500) + (n^{\circ} \text{ eAP 20h} \times 1.750) + (n^{\circ} \text{ eAP 30h} \times 2.625) + \right)}{\left(\text{população eCR, eSFR e eAPP com cadastro vinculado informada no Sisab} \right)} \times 100$$

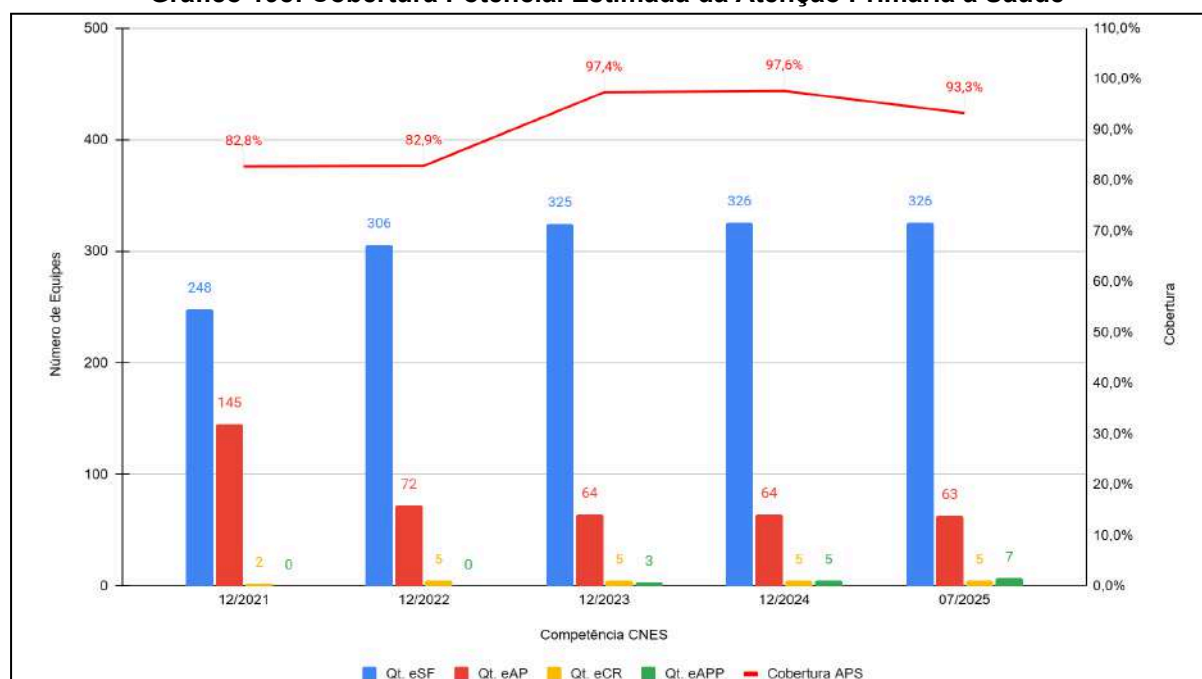
Estimativa Populacional IBGE do Município

Segundo informações disponíveis no sistema e-Gestor APS, a partir da consulta realizada em 13 de agosto de 2025, referente à competência de julho de 2025, os números considerados no cálculo foram:

- população: 1.389.322;
- quantidade de eSF: 326;
- quantidade de eAP 20h: 12;
- quantidade de eAP 30h: 50;
- quantidade de eCR: 7;
- quantidade de eAPP 30h: 4;
- quantidade de eAPP 20h: 5;
- resultando em uma cobertura da APS de 93,3%.

O resultado de uma cobertura potencial da APS de 93,3% reflete que os serviços de saúde da atenção primária estão disponíveis e acessíveis à população, independentemente da localização geográfica ou condição socioeconômica.

Gráfico 198: Cobertura Potencial Estimada da Atenção Primária à Saúde



Fonte: eGestor.

Utilizando a competência do SCNES de agosto de 2025, o município dispõe atualmente de 326 equipes de eSF, 14 equipes de eAP 20h, 49 equipes de eAP 30h, 5 equipes de eCR, 5 equipes de eAPP 20h e 4 equipes de eAPP 30h. A composição de recursos humanos dessas equipes está descrita na tabela a seguir.

Tabela 88: Composição das equipes

Composição equipe	Número de ESF
Completa	309
Incompleta 75% (Sem ACS ou Técnico de Enfermagem)	14
Incompleta 50%	3
Inválida	0
Total	326

Fonte: e-Gestor AB- agosto 2025.

Os dados apresentados acima são altamente flutuantes, devendo ser observados como monitoramento da gestão da APS, e não como dados a serem divulgados periodicamente. A homologação e credenciamento das equipes de saúde é pré - requisito para o repasse de recursos financeiros estaduais e federais. Sendo assim, é de competência da gestão municipal o monitoramento constante da completude das equipes de saúde atuantes na rede da APS.

Do total de 326 equipes, a partir de consulta realizada no sistema SCNES no mês de agosto de 2025, a grande maioria — 309 equipes — está completa, o que representa uma robusta estrutura de atendimento. A presença de equipes completas é crucial para garantir a qualidade e a integralidade do cuidado, pois permite que

todas as vagas que fazem parte da equipe de ESF (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) estejam preenchidas, facilitando a cobertura de um maior número de pessoas e a realização de um trabalho preventivo e de acompanhamento mais eficaz na comunidade.

Além disso, a rede da APS dispõe de 207 equipes de Saúde Bucal e 24 Equipes Multiprofissionais - e-Multi.

O Programa Saúde na Hora foi lançado pelo Ministério da Saúde em maio de 2019 e passou por atualizações com a publicação da [Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020](#). O Saúde na Hora viabilizou o custeio aos municípios para implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família e Unidades de Saúde, entretanto foi revogado pela [Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024](#). Todavia, o município mantém 58 US funcionando após às 18 horas e 16 US funcionando até às 22 horas com recursos próprios, o que demonstra o compromisso da gestão municipal em oferecer mais oportunidades de atendimento e cuidado à população, mesmo sem o financiamento federal anterior.

Quanto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no momento estão ativos 542 profissionais, distribuídos entre as Coordenadorias Distritais da seguinte forma: Norte – 150, Sul – 123, Leste – 170 e Oeste – 99.

Tabela 89: Histórico da cobertura de ACS, 2020 - 2024

Competência	População	Nº ACS Cob.	Estim. Pop. Cob. ACS	Cobertura ACS %
Dez/2020	1.425.216	765	439.875	29,7
Dez/2021	1.416.951	766	440.450	29,7
Dez/2022	1.407.564	739	424.925	28,7
Dez/2023	1.405.685	512	294.400	19,8
Dez/2024	1.389.322	537	308.775	23,2

Fonte: e-Gestor.

Tabela 90: Número de equipes de saúde da família por Distrito Sanitário de maio de 2024 a junho de 2025

Distrito Sanitário	2024							2025						
	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Centro	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Centro Sul	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Cristal	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Cruzeiro	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Eixo Baltazar	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Extremo Sul	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Glória	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Humaitá/Navegantes	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Ilhas	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Leste	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Lomba do Pinheiro	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Nordeste	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Noroeste	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
Norte	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
Partenon	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Restinga	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Sul	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Total	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326

Fonte: CNES.

A constância no número de equipes em cada Distrito Sanitário, de maio de 2024 a junho de 2025, sugere que as mesmas estão bem estabelecidas e em pleno funcionamento. Quanto às desativações de unidades de saúde, está prevista a desativação da US Ilha do Pavão devido à migração da população do territórios para outros territórios após a enchente de 2024.

É importante ressaltar que as propostas de construção de novas USs estão dispostas no documento em anexo a este plano em que são descritas todas as necessidades de ampliação/reforma e construção para a atenção primária e especializada do município.

Indicadores e Produção

Tabela 91: Total de Atendimentos Individuais realizados nos serviços de Atenção Primária à Saúde, por categoria profissional de 2020 a 2025*

Categoria Profissional	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
Cirurgião Dentista	165.629	693.268	417.107	438.227	420.292	141.718
Enfermeiro	772.213	1.000.421	1.263.363	1.195.699	1.176.876	392.586
Médico	1.098.361	826.854	1.684.388	1.787.291	1.875.327	638.960
Outros profissionais Nível Superior	26.080	27.455	39.003	41.823	62.955	25.683
Total	2.062.283	2.547.998	3.403.861	3.463.040	3.535.450	1.198.947

Fonte: Relatório de Atendimento Individual BI e-SUS e Relatório de Atendimento Odontológico de 2021. *Considerando dados do primeiro quadrimestre.

Analisando a produção da Atenção Primária à Saúde, é notável o aumento nos atendimentos individuais. É importante considerar que o período de calamidade de abril a junho de 2024 teve um impacto significativo nas unidades de saúde, especialmente na Zona Norte da cidade, onde o funcionamento foi prejudicado. As visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também foram dificultadas nesse período.

No entanto, houve uma resposta rápida e eficiente da equipe de saúde: um trabalho intensivo de atendimento nos abrigos temporários e em seguida em espaços alternativos de atendimento. Essa ação foi crucial para manter e até aumentar os números de atendimentos, mesmo com a redução do quadro de profissionais disponível na época, visto que vários desses foram afetados pela enchente. Isso demonstra a capacidade de adaptação e a dedicação das equipes de saúde diante de um cenário de crise.

No que se refere ao Programa Mais Médicos (PMM) e ao Médicos pelo Brasil (MpB) que são estratégias do Governo Federal para ampliar a oferta e a fixação de médicos na Atenção Primária à Saúde, com prioridade para regiões de maior vulnerabilidade e dificuldade de provimento de profissionais.

O PMM, instituído pela Lei nº 12.871/2013, foi estruturado em três eixos: provimento emergencial de médicos, ampliação de vagas de graduação e residência médica – com foco em Medicina de Família e Comunidade – e investimentos em infraestrutura das Unidades de Saúde.

O MpB, criado em 2019, substitui gradualmente o PMM, priorizando a contratação direta de médicos brasileiros com registro no país, admitindo médicos formados no exterior apenas de forma suplementar quando não há candidatos prioritários.

Nos últimos anos, o Programa Mais Médicos tem passado por um processo de fortalecimento nacional. Em Porto Alegre, essas iniciativas têm papel fundamental na manutenção e no fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. Atualmente, o município conta com 113 médicos vinculados a esses programas, sendo 8 do Médicos pelo Brasil e 105 do Mais Médicos, com previsão de chegada de mais 13 profissionais pelo PMM em 2025. A presença desses médicos têm contribuído para a ampliação da cobertura territorial e a melhoria do acesso da população aos serviços essenciais, fortalecendo o vínculo entre usuários e equipes de saúde. Os mesmos estão atuando em unidades de gestão total do município ou como complementar em equipes parceirizadas, não configurando a composição das equipes mínimas.

O processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tem como eixo central a visita domiciliar, considerada a principal estratégia de aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade. Por meio dessas visitas, o ACS estabelece vínculo com as famílias, identifica necessidades de saúde, orienta sobre prevenção de doenças e promoção da saúde, além de acompanhar grupos prioritários, como crianças, gestantes, pessoas com doenças crônicas e idosos. Essa prática possibilita o conhecimento aprofundado da realidade social, cultural e ambiental do território, permitindo que o cuidado seja mais integral, humanizado e resolutivo, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde e a continuidade do cuidado.

Na tabela a seguir observa-se o número de visitas domiciliares realizadas nos últimos anos:

Tabela 92: Visitas Domiciliares realizadas nos serviços de Atenção Primária à Saúde, por ACS e ACE 2020 a 2025*

Categoria	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
ACS	168.185	207.075	415.649	742.739	727.902	426.968
ACE	24.707	32.721	32.422	40.177	12.078	5.793
Total	192.892	239.796	448.071	782.916	739.980	432.761

Fonte: Relatório de Visita Domiciliar e Territorial e-SUS, BI e-SUS. *Dados até 10 de agosto de 2025.

A partir dos dados apresentados, é possível observar que as visitas domiciliares realizadas nos serviços de Atenção Primária à Saúde por ACS apresentaram um aumento significativo ao longo dos anos. Esse resultado expressivo se deve a três estratégias principais: a ampliação da equipe - houve o ingresso ou reintegração de 50 agentes comunitários de saúde, fortalecendo as equipes; a definição de metas - uma nova norma (Instrução Normativa Nº 08 /2022) foi implementada estabelecendo a meta de 200 visitas domiciliares por mês para

cada agente comunitário; e o monitoramento e avaliação. A Direção e as coordenadorias de saúde da APS passaram a utilizar uma ferramenta de avaliação e metas para monitorar as visitas domiciliares de cada agente, garantindo o cumprimento dos objetivos. Ainda, a partir do ano de 2022, os Agentes de Combate a Endemias passaram a compôr a Diretoria de Vigilância em Saúde.

No que se refere ao cofinanciamento federal, a partir da [Portaria MS nº 3.493/2024](#), o Ministério da Saúde descontinuou o Programa Previne Brasil e reformulou o financiamento da APS, apresentando mudança na forma de avaliar a qualidade dos serviços de saúde na Atenção Primária. Os indicadores do Previne Brasil foram substituídos por novos indicadores.

De acordo com essa mesma portaria, o cofinanciamento federal de apoio à manutenção da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por:

- componente fixo para manutenção das equipes de Saúde da Família - eSF e das equipes de Atenção Primária - eAP e recurso de implantação para eSF, equipes de Saúde Bucal - eSB e equipes Multiprofissionais - e-Multi;
- componente de vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP;
- componente de qualidade para as eSF, eAP, eSB e e-Multi;
- componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS;
- componente para Atenção à Saúde Bucal;
- componente per capita de base populacional para ações no âmbito da APS.

Conforme apontado no Anexo V da Portaria GM/MS nº 3.493/2024, divulgado em junho de 2025, os novos temas dos indicadores para pagamento do componente de qualidade para as Equipes de Saúde da Família - eSF, Equipes de Atenção Primária - eAP, equipes de Saúde Bucal - eSB e Equipes Multiprofissionais - e-Multi são: Mais Acesso à Atenção Primária à Saúde, Cuidado da pessoa com Diabetes Mellitus, Cuidado da pessoa com Hipertensão Arterial, Cuidado no Desenvolvimento Infantil, Cuidado da Gestante e da Puérpera, Cuidado da Pessoa Idosa, Cuidado da Mulher na Prevenção do Câncer, 1ª Consulta Odontológica programada na APS, Tratamento Odontológico concluído na APS, Taxa de exodontias na APS, Escovação Supervisionada na APS, Procedimentos Odontológicos preventivos na APS,

Tratamento Restaurador Atraumático na APS, Média de atendimentos da e-Multi por pessoa e Ações interprofissionais da e-Multi na APS (Redação dada pela PRT GM/MS Nº 6.907 de 29/04/2025).

De acordo com o artigo 3º da [Portaria MS nº 3.493/2024](#), a implantação da nova metodologia de financiamento federal da APS iniciou em maio de 2024.

Já relacionado ao cofinanciamento estadual, a [Portaria SES nº 188/2024](#) define os critérios de habilitação do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), que possui vigência semestral. Esse programa visa à qualificação da APS e consiste no repasse semestral de recursos financeiros aos municípios, para fins de custeio e investimento em serviços e ações de saúde, que fortaleçam e qualifiquem o processo de trabalho da APS no âmbito municipal, sendo constituído dos seguintes componentes: sociodemográfico, promoção da equidade em saúde, Programa Infância Melhor, Rede Bem Cuidar e incentivo para as equipes de APS. No componente de incentivo às equipes de APS, o programa monitora 5 indicadores de saúde, conforme tabela a seguir.

Tabela 93: Indicadores do Programa Estadual de Incentivo à APS, por quadrimestre nos anos 2024-2023

Indicadores	Meta	Semestre				
		2024/2	2024/1	2023/2	2023/1	2022/2
Percentual de equipes da Atenção Básica (INE) que realizaram pelo menos 1 (uma) atividade com o tema alimentação saudável.	50%	57%	52%	78%	42%	36%
Percentual de equipes da Atenção Básica (INE) com registro de oferta de Procedimentos, Atendimento Individual e Atividade Coletiva em PICS.	50%	60%	62%	71%	68%	59%
Percentual de equipes da Atenção Básica (INE) que realizaram pelo menos 4 (quatro) atendimentos em grupo relativos ao tema da saúde mental.	10%	17%	16%	19%	8%	6%
Percentual de gestantes com prescrição de tratamento para sífilis conforme a classificação clínica.	80%	79%	79%	82%	84%	91%
Percentual de realização de tratamento diretamente observado para tuberculose.	30%	5%	1%	11%	5%	9%

Fonte: Painel de Acompanhamento de Indicadores - PIAPS (SES-RS) Data da consulta: 13/08/2025.

A partir dos dados apresentados, é possível perceber que Porto Alegre tem demonstrado um desempenho crescente na avaliação de três metas do PIAPS, com exceção dos indicadores de percentual de gestantes com prescrição de tratamento para sífilis conforme a classificação clínica e percentual de realização de tratamento diretamente observado para tuberculose.

Enquanto que a [Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023](#), institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais (e-Multi) na Atenção Primária à Saúde. Os objetivos das e-Multi são:

- I - o atendimento individual, em grupo e domiciliar;
- II - as atividades coletivas;
- III - o apoio matricial;
- IV - as discussões de casos;
- V - o atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; VI - a oferta de ações de saúde à distância;
- VII - a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território;
- VIII - as práticas intersetoriais.

No 1º quadrimestre de 2025 estavam em atividade 24 e-Multi; 5 ampliadas, 12 complementares e 5 estratégicas, garantindo uma cobertura de 43% da população e 53% das equipes de saúde.

Atualmente e-Multi dividem-se da seguinte forma dentro do município:

- Coordenadoria Oeste:
 - complementar Modelo (atende o território da Unidade de Saúde Modelo);
 - complementar Santa Marta (atende o território da Unidade de Saúde Santa Marta);
 - complementar Moab Caldas (atende os territórios das Unidades de Saúde Moab Caldas e Glória);
 - complementar Santa Cecília (atende o território da Unidade de Saúde Santa Cecília);
 - complementar Primeiro de Maio (atendendo os território das Unidades de Saúde Rincão, Primeiro de Maio, Cruzeiro do Sul e Santa Tereza);
 - complementar Vila Cruzeiro (atendendo os territórios das Unidades de Saúde Cristal, Nossa Senhora das Graças, Divisa e Vila Cruzeiro).
- Coordenadoria Sul:
 - complementar Belém Novo (atende o território da Unidade de Saúde Belém Novo);
 - Estratégica Camaquã (atende o território da Unidade de Saúde

Camaquã);

- complementar José Mauro Ceratti Lopes (atendendo os territórios das Unidades de Saúde Restinga e José Mauro Ceratti);
- ampliada Chapéu do Sol (atendendo os territórios das Unidades de Saúde Paulo Viaro, Lami, Ponta Grossa e Chapéu do Sol).
- Coordenadoria Leste:
 - estratégica Bananeiras (atende o território da Unidade de Saúde Bananeiras);
 - estratégica Vila Fátima (atende o território da Unidade de Saúde Vila Fátima);
 - Complementar Herdeiros (atendendo os territórios das Unidades de Saúde Herdeiros, Esmeralda, Mapa e Recreio da Divisa);
 - ampliada Chácara da Fumaça (atendendo os territórios das Unidades de Saúde Chácara da Fumaça, Jardim da Fapa, Jardim Protásio Alves, Laranjeiras e Tijuca);
 - complementar Safira Nova (atendendo os territórios das Unidades de Saúde Timbaúva, Wenceslau Fontoura, Batista Flores, Vila Safira e Safira Nova);
 - complementar Mato Sampaio (atendendo os territórios das Unidades de Saúde Mato Sampaio, Vila Pinto, Bom Jesus e Milta Rodrigues);
 - ampliada Barão de Bagé (atendendo os territórios das Unidades de Saúde Parque dos Maias, Santíssima Trindade e Floresta).
- Coordenadoria Norte:
 - complementar IAPI (atende o território da Unidade de Saúde IAPI);
 - estratégica Navegantes (atende o território da Unidade de Saúde Navegantes);
 - complementar Diretor Pestana (atendendo os territórios das Unidades de Saúde Diretor Pestana e Farrapos);
 - complementar Fradique Vizeu (atendendo os territórios das Unidades de Saúde Fradique Vizeu, Mário Quintana e Ilhas do Pavão, Pintada e Marinheiros);
 - ampliada Jardim Itú (atendendo os territórios das Unidades de Saúde Coinma, Costa e Silva, Divina Providência, Jardim Itu e Jardim Leopoldina);

- ampliada Leopoldina (atendendo os territórios das Unidades de Saúde Costa e Silva, Jardim Leopoldina e Parque dos Maias).

A [Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023](#) define os indicadores do pagamento por desempenho a serem observados na atuação das e-Multi. Entretanto na referida Portaria há informação de que após pactuação tripartite, as metas para os indicadores de que trata este artigo seriam definidas em ato normativo específico da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, com a especificação técnica dos indicadores definida em ficha de qualificação. Com a [Portaria GM/MS nº 6.907, de 29 de abril de 2025](#), ficam definidos os temas dos indicadores para pagamento do componente de qualidade para eSF, eAP, eSB e eMulti. Sendo que para as eMulti os indicadores elencados foram a média de atendimentos da eMulti por pessoa e as ações interprofissionais na eMulti.

Na vigência do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 foi elaborada a Política de Atenção Primária do Município, visando a delimitar princípios e diretrizes gerais de organização dos serviços, norteados a oferta de cuidados a partir dos atributos da Atenção Primária e buscando estabelecer linhas gerais de condução e sistematização dos processos gerenciais e assistenciais.

Torna-se importante destacar que fazem parte da Atenção Primária à Saúde do município, dois Programas de Residência: Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e Multiprofissional em Atenção Primária (REMAPS). O PRMFC, iniciado em 2017, formou 65 MFCs, egressos entre 2017 e 2024. Atualmente conta com 22 residentes, de primeiro e segundo ano, em seus 6 campos. A REMAPS iniciou suas atividades em 2020 e já formou 38 Especialistas em Atenção Básica/Saúde da Família, e está em sua sexta turma de residentes, com 24 residentes dos núcleos de enfermagem, farmácia e odontologia.

Como parte da qualificação da educação permanente, o conteúdo da Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde (BVAPS) foi revisado e transferido para um site da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Com o uso do antigo site já consolidado entre os profissionais das equipes de saúde, o desafio atual é conseguir desenvolver, em conjunto com a Procempa, as áreas e funcionalidades equivalentes no novo site.

A estratégia que está sendo implementada para qualificação e uniformização das condutas das equipes é a utilização do Practical Approach to Care Kit (PACK), o Kit de Cuidados em Atenção Primária, uma ferramenta de manejo clínico em

Atenção Primária à Saúde para suporte à tomada de decisão de enfermeiros e médicos, que utiliza algoritmos para avaliar e tratar usuários adultos com os sintomas e condições mais comuns da atenção primária, integrando conteúdos sobre doenças transmissíveis, não transmissíveis, condições de saúde mental, saúde da mulher e cuidados paliativos.

Atualmente a Enfermagem de Porto Alegre foi fortalecida pela implementação de 9 protocolos de atuação, e respaldo, sendo eles: Protocolo de Enfermagem Saúde do Adulto, Protocolo de Enfermagem de controle do Tabagismo, Protocolo de Enfermagem em Tuberculose, Protocolo de Enfermagem de Prevenção e tratamento de feridas, Protocolo de Enfermagem de diabetes e hipertensão, Protocolo de Enfermagem De saúde da criança e do adolescente, Protocolo de Enfermagem de IST, Protocolo de Enfermagem de Pré-Natal e Protocolo de Enfermagem de rastreamento de neoplasias: câncer de mama, útero e intestino.

Contratualização

A partir de janeiro de 2020, Organizações da Sociedade Civil (OSCs) foram contratadas, através de processo licitatório público, para atuar na Atenção Primária à Saúde (APS). Atualmente, 117 Unidades de Saúde (US) da APS possuem termos de colaboração, o que permitiu a ampliação das equipes de Estratégia de Saúde da Família (eSF), de Atenção Primária (eAP), de Consultório na Rua (eCR) e de Saúde Bucal (eSB). A contratualização da Atenção Primária à Saúde (APS) impulsionou o aumento no número de atendimentos individuais realizados pelos profissionais das equipes de saúde, como pode ser verificado na seção indicadores e produção.

Os termos de colaboração preveem um financiamento misto para as instituições, onde 80% do valor do contrato é fixo e 20% é variável. Esse valor variável depende do cumprimento das metas de desempenho estabelecidas no Plano de Trabalho. A gestão municipal é responsável por monitorar essas metas, avaliando-as a cada quatro meses. Os contratos atuais, assinados em 20 de março de 2023, têm validade de 5 anos, podendo ser prorrogados por igual período.

Para garantir a qualidade do atendimento à população, é fundamental que as unidades de saúde da atenção primária mantenham-se em condições sanitárias adequadas. Além disso, é crucial contar com um número suficiente de profissionais que tenham capacidade para resolver os problemas de saúde dos usuários.

1.6.2 Atenção Especializada

A portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023, instituiu a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Entende-se como Atenção Especializada o conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde marcados, caracteristicamente, por uma maior densidade tecnológica.

A Atenção Especializada compreende, dentre outras, as seguintes ações e serviços constantes em políticas e programas do Sistema Único de Saúde:

- a rede de urgência e emergência;
- os serviços de reabilitação;
- os serviços de atenção domiciliar;
- a rede hospitalar;
- os serviços de atenção materno-infantil;
- os serviços de transplante do Sistema Nacional de Transplantes (SNT);
- os serviços de atenção psicossocial;
- os serviços de sangue e hemoderivados;
- a atenção ambulatorial especializada, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos.

As pessoas atendidas pela Atenção Especializada apresentam, num dado momento, a necessidade de cuidados mais intensivos e/ou diferentes daqueles disponíveis na Atenção Primária, de modo que a Atenção Especializada deve desempenhar um papel de apoio à Atenção Primária em um sistema de cuidados integrais.

Os serviços de atenção especializada em saúde no âmbito do SUS devem ser ofertados de forma regionalizada, integrada aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção em Saúde (RAS) e articulada a outras políticas de saúde e políticas intersetoriais, para garantir:

- cuidado resolutivo e em tempo oportuno;
- economia de escala e definição de escopo;
- qualidade;
- efetividade;
- sustentabilidade;

- continuidade e coordenação do cuidado.

Conforme o atual organograma da SMS, instituído pelo Decreto nº 23.526 os Serviços Ambulatoriais Distritais passaram a ser denominados Ambulatórios de Especialidades (AE), e estão subordinados à Direção de Atenção Primária (DAPS). Oferecem consultas especializadas e serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos. Estão distribuídos da seguinte forma: AE Santa Marta e AE Vila dos Comerciantes na CS Oeste, AE IAPI na CS Norte, AE Murialdo na CS Leste e AE Camaquã na CS Sul. O AE Bom Jesus foi unificado com o AE Murialdo em 2022.

Os ambulatórios de especialidades vinculados à Coordenação de Atenção Especializada (CAE/DAPS) são os locais onde se concentram os profissionais médicos que atendem especialidades médicas, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e atendimentos de média complexidade em enfermagem. Além disso, esses locais contam com alguns exames diagnósticos complementares como eletrocardiograma, audiometria adulto e infantil, espirometria e ultrassonografia abdominal e transvaginal. Todos esses atendimentos são realizados em agendas reguladas via sistema Gercon. As especialidades médicas ofertadas são: acupuntura, cardiologia, cirurgia geral (oncodermatologia), dermatologia, fisioterapia, proctologia, reumatologia, otorrinolaringologia, pneumologia, urologia, pediatria, gastroenterologia, geriatria, ginecologia, nefrologia, oftalmologia pediátrica e ortopedia. Também são ofertados atendimento de nutrição adulto e pediátrica e fonoaudiologia adulto e pediátrico.

Os atendimentos de enfermagem em estomaterapia (feridas complexas e estomia) são também ofertados de forma regionalizada e regulada via Gercon. No AE Santa Marta, AE IAPI e AE Vila dos Comerciantes é ofertado o atendimento em curativos especializados e estomias. Devido a área física ser mais restrita no AE Murialdo e no AE Camaquã, é ofertada somente a agenda de curativos especializados, sendo que no AE Camaquã o atendimento é realizado via teleconsultoria para as unidades de saúde da CS Sul e atendimento presencial desses pacientes junto ao AE Vila dos Comerciantes.

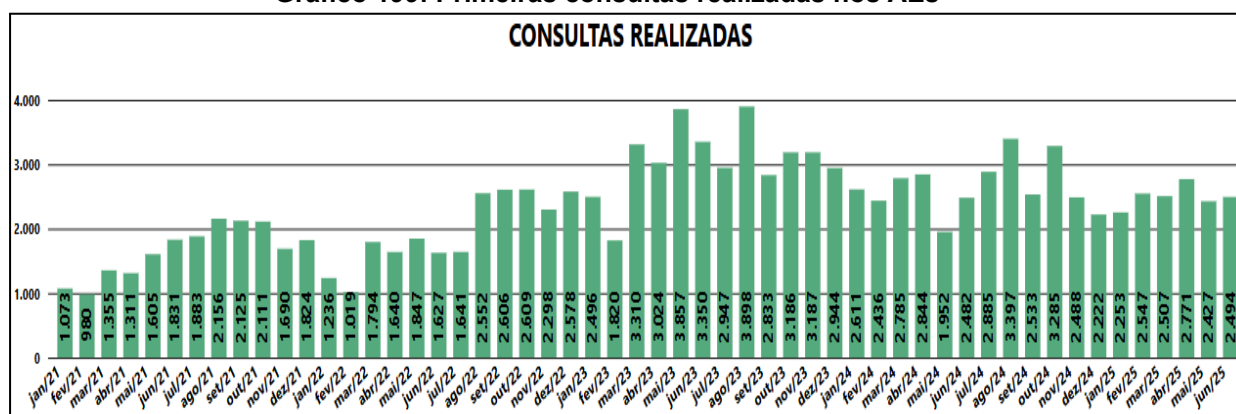
Os dois serviços de fisioterapia no município são: IAPI e Vila dos Comerciantes. São realizados atendimentos de acupuntura, osteopatia e outras práticas integrativas (PICs). Existem contratos com clínicas de fisioterapia de caráter complementar aos serviços próprios.

Quadro 23: Ambulatórios Especializados (AEs) por Coordenadoria de Saúde

Coordenadoria de Saúde	Ambulatório de Especialidade	Atendimentos oferecidos	
Oeste	AE Santa Marta	Acupuntura Cardiologia Dermatologia Gastroenterologia Ginecologia Fisiatria Oftalmologia Triagem Visual Pediatria Pré natal de risco habitual Proctologia Reumatologia	Nutrição Adulto e Pediátrica Fonoaudiologia pediátrico Estomia Curativos Especializados Exames: ECG Audiometria adulto e pediátrico
Oeste	AE Vila dos Comerciantes	Acupuntura Cardiologia Dermatologia Fisiatria Ginecologia Otorrinolaringologia Pediatria Pré natal de risco habitual Reumatologia Urologia	Curativos Especializados Estomia Fonoaudiologia Adulto Nutrição Adulto Osteopatia
Norte	AE IAPI	Cirurgia Plástica Adulto Cardiologia Ginecologia Dermatologia Otorrinolaringologia Pediatria Pediatria distúrbio do desenvolvimento Oncologia tumores de pele Pré natal de risco habitual Reumatologia Proctologia Pneumologia Nefrologia Neurologia Pediátrica Urologia	Acupuntura Curativos Especializados Estomia Fonoaudiologia Adulto Nutrição Adulto e Pediátrica Osteopatia
Leste	AE Murialdo	Cardiologia Dermatologia Pediátrica Geriatrics Ginecologia Ortopedia Pediatria Proctologia Reumatologia	Curativos Especializados Nutrição Adulto
Sul	AE Camaquã	Ginecologia Pediatria Pré natal de risco habitual	Curativos Especializados Nutrição Adulto

Fonte: DAPS - 2025.

Gráfico 199: Primeiras consultas realizadas nos AEs



Fonte: Gercon; Data da coleta dos dados: 03/07/2025.

Os ambulatórios de especialidades iniciaram o uso do e-SUS como prontuário eletrônico em janeiro de 2024 com o objetivo de maior integração das informações com os demais pontos de atenção da RAS, principalmente com a atenção primária à saúde.

As fraldas para usuários com incontinência urinária e/ou fecal eram dispensadas nos AEs IAPI, Santa Marta e Vila dos Comerciários. Em julho de 2024, foi implantado o Programa de Saúde Fraldas no Gercon, qualificando a solicitação na Unidade de Saúde. Desde fevereiro de 2025, as fraldas geriátricas são dispensadas de forma gratuita pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, através das Farmácias credenciadas. O regramento é estabelecido no âmbito federal. Todo usuário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou pessoa com deficiência tem direito. As fraldas descartáveis de tamanho infantil até 24 kg são dispensadas pela Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, com solicitação e dispensação nas Unidades de Saúde, para usuários cadastrados no Programa de Saúde Fraldas no Gercon. A coordenação deste programa está com a Coordenação da Enfermagem da DAPS (COENF/DAPS/SMS).

Os demais serviços ambulatoriais especializados são oferecidos pelos hospitais contratualizados e estão sob a coordenação da Diretoria Atenção Ambulatorial Hospitalar e Urgência (DAAHU). Estes serviços devem prioritariamente ser regionalizados e complementares às necessidades do munícipe que serão discutidos junto ao capítulo de regulação neste documento.

1.6.2.1 Transporte Sanitário Eletivo (TSE)

O transporte de usuários para alguma assistência pode ser realizado por 3 (três) tipologias diferentes. Sendo elas:

- Transporte Sanitário Eletivo (TSE): A resolução CIT nº 13, de 1º de março de 2017, regulamenta o Transporte Sanitário Eletivo e define que é destinado ao deslocamento de usuários para realização de procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS (não urgentes e não emergenciais), de forma programada, no próprio município de residência ou em outro nas regiões de saúde de referência. O transporte é voltado ao usuário que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, nem necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento. Igualmente, exclui transporte para clínicas e hospitais particulares, tratamento estético, visitação.
- Transporte Especial para Remoções: Segundo a Portaria MS/GM/CIT nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, o transporte inter-hospitalar, aqui denominado de Transporte Especial para Remoções, refere-se à transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado e tem como principais finalidades:
 - A transferência de pacientes de serviços de saúde de menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, sempre que as condições locais de atendimento combinadas à avaliação clínica de cada paciente assim exigirem;
 - A transferência de pacientes de serviços de saúde de maior complexidade para unidades de menor complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, para conclusão do tratamento, sempre que a condição clínica do paciente e a estrutura da unidade de menor complexidade assim o permitirem, com o objetivo de agilizar a

utilização dos recursos especializados na assistência aos pacientes mais graves e/ou complexos.

- Transporte Social: Com base na Lei Federal nº 13.146/2015, art. 46, é assegurado o direito ao transporte e à mobilidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, por meio da identificação e da eliminação de todos os obstáculos e barreiras ao seu acesso. Essa tipologia de transporte, no âmbito dos serviços públicos, deve considerar tanto a ausência ou redução de mobilidade quanto condições de vulnerabilidade social.

A prestação do Transporte Social destina-se ao atendimento de usuários em serviços públicos (ou contratualizados junto ao poder público) cuja natureza seja assistencial e/ou educacional, e não de saúde stricto sensu, cabendo ao SUS o Transporte Sanitário Eletivo (Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, e Resolução CIT nº 13, de 1º de março de 2017) e o Transporte Inter-Hospitalar (Remoções Especiais) – Portaria MS/GM/CIT nº 2.048/2002.

Com o objetivo de melhorar a eficiência dos três tipos de transporte e qualificar a assistência à população no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), foi constituído um Grupo de Trabalho por meio da Portaria nº 19.546.513, de 12 de julho de 2022 (Processo nº 22.0.000086154-9), que atuou no período de julho a agosto de 2022. Naquela ocasião, os três tipos de transporte estavam organizados dentro do SAMU, apresentando dificuldades na categorização de critérios de equidade e, conseqüentemente, na alocação adequada desse recurso.

A partir das recomendações desse Grupo de Trabalho foi definido que:

- Transporte Social passa a ser realizado pela Secretaria Municipal Desenvolvimento Social, atualmente Secretaria Municipal da Inclusão e Desenvolvimento Humano (SMIDH) a contar do ano de 2023;
- Transporte Sanitário Eletivo (TSE) realizado pelo Núcleo do Transporte Sanitário Eletivo (NTSE) vinculado no organograma da SMS à Coordenação da Atenção Especializada. A Instrução Normativa

31304077/2024 foi publicada no Dopa em novembro de 2024 e normatiza o Transporte Sanitário Eletivo no SUS no âmbito do Município de Porto Alegre. O serviço TSE é composto, neste momento, por 10 vans e 1 carro tipo passeio. Em média, é realizado o transporte de 168 usuários por mês, totalizando 3.900 remoções, visto que os usuários fazem 2 a 3 viagens por mês. A maioria dos usuários transportados realizam tratamento de hemodiálise. No ano de 2025 foi realizado um novo processo licitatório e serão contratualizadas 2 (duas) novas vans e 1 (um) carro tipo passeio, já que existe uma fila de espera em média de 45 pacientes;

- Transporte Especial para Remoções permanece sob a gestão do SAMU.

1.6.3 Atenção Domiciliar

Atenção Domiciliar (AD) é uma forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como reabilitação, atuando para viabilizar a continuidade do cuidado integrado à Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a necessidade do paciente, esse cuidado em casa pode ser realizado por diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser visitado de maneira mais espaçada, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/Atenção Básica de sua referência (AD1). Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP) dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Programa Melhor em Casa. (AD2 e AD3).

A Atenção Domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente com a situação familiar disponível, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, é buscado evitar hospitalizações desnecessárias e diminuir os riscos de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como contribui para diminuir a superlotação de serviços de urgência e emergência.

Tipos de atendimento domiciliar

Atenção Primária: Destina-se a pacientes com problemas de saúde controlados e que apresentem dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde. Também atende pessoas que necessitam de cuidados de menor intensidade, incluindo recuperação nutricional, menor frequência de visitas, menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todas as equipes que compõem a atenção básica.

Voltado a pacientes com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde, que necessitam de maior frequência de cuidados, recursos de saúde e acompanhamento contínuo. A indicação para atendimento domiciliar pode ser realizada por diferentes serviços da rede de atenção. A assistência é prestada pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e pela Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), com cuidado compartilhado com a família e/ou cuidador responsável. Pacientes que demandam equipamentos e recursos adicionais de saúde e acompanhamento contínuo também podem ser atendidos pelo programa.

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), por meio do Programa Melhor em Casa, é composto por diversos profissionais da saúde que realizam atendimento no domicílio de pessoas que necessitam de cuidados de saúde mais intensivos. O acesso ao SAD ocorre geralmente durante a internação hospitalar ou mediante solicitação da equipe de Saúde da Família/Atenção Básica ou da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O encaminhamento é realizado por preenchimento de um formulário eletrônico (bit.ly/melhoremcasaPOA) e, posteriormente, regulado para o SAD de referência no município, conforme o local de moradia do paciente.

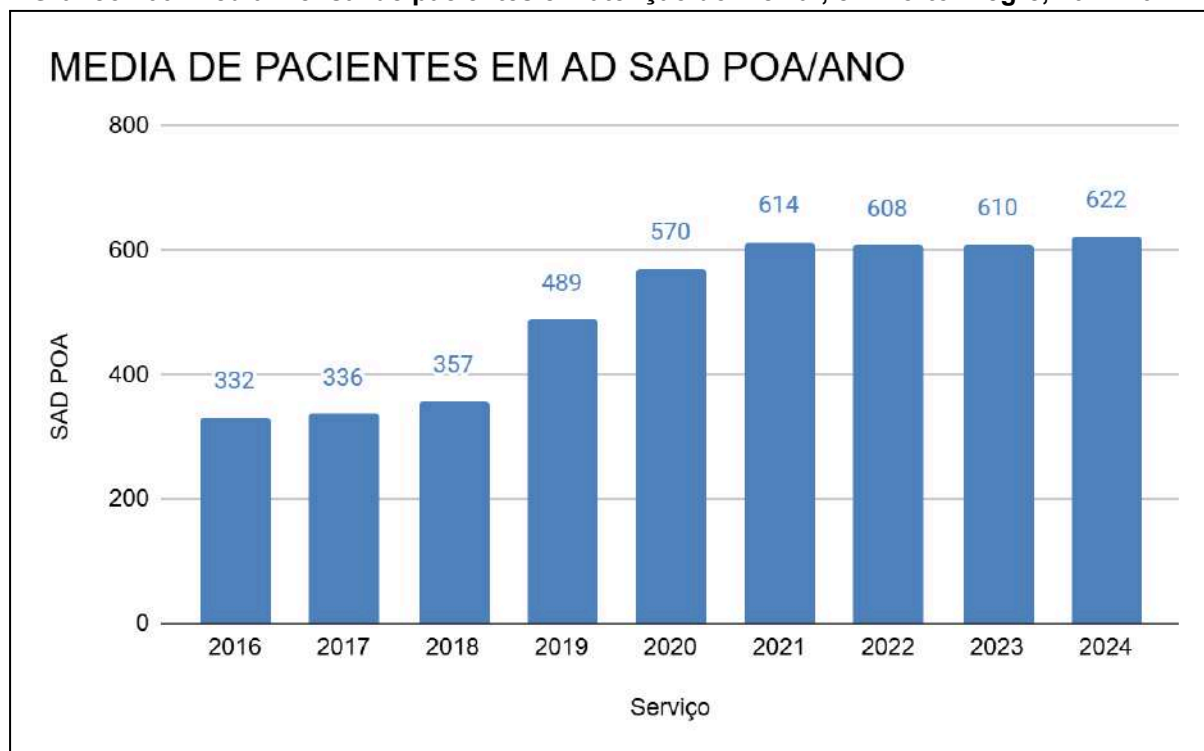
Atualmente, Porto Alegre apresenta 100% de cobertura populacional pelo Programa Melhor em Casa, realizado por equipes habilitadas em dois prestadores distintos:

- SAD Hospital Nossa Senhora Conceição - 07 equipes EMAD e 01 equipe EMAP;
- SAD Associação Hospitalar Vila Nova - 11 equipes EMAD e 02 equipes EMAP.

Em 2024, foram habilitadas três novas equipes, atendendo às exigências da Portaria GM/MS nº 3.005/2024. Porto Alegre foi o primeiro município do Brasil a obter habilitação conforme os critérios estabelecidos nesta nova portaria.

Situação Atual

Gráfico 200: Média mensal de pacientes em atenção domiciliar, em Porto Alegre, 2014-2024



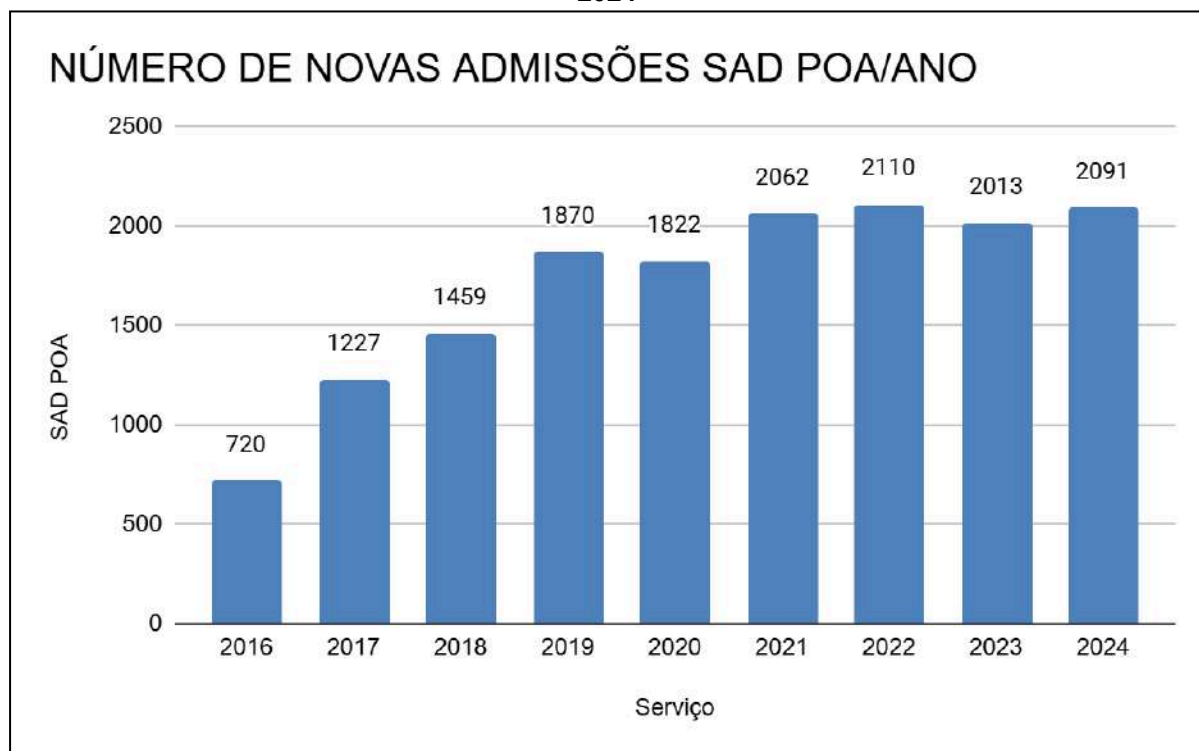
Fonte: SAD Vila Nova, SAD GHC.

O gráfico acima apresenta a média de pacientes em AD desde a implantação do programa até dezembro/2024. Percebe-se uma tendência de aumento no número de pacientes acompanhados, chegando a mais de 600 pacientes, uma média de 47 pacientes por equipe. Devido ao perfil dos pacientes admitidos no programa ser com múltiplas comorbidades (cuidados paliativos, sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) recente, lesões por pressão extensas, polineuropatia do paciente crítico, infecções, indicação de medicações endovenosas, etc) tem-se observado um quantitativo ideal de 40 pacientes por equipe/mês. Volumes maiores podem ser atendidos, com uma margem de segurança de aproximadamente 10%. Contudo, acima destes valores existe risco de dificuldades de suporte adequado.

O gráfico a seguir mostra o número total de novas admissões no Programa de Atenção Domiciliar, 2016 dezembro de 2024. Em 2024 foram realizadas 2.091 novas inclusões. Sendo objetivos do programa, entre outros, favorecer alta precoce e evitar

reinternações desnecessárias, pode-se concluir que boa parte desses pacientes, se não estivessem sendo acompanhados, estariam ocupando leitos hospitalares.

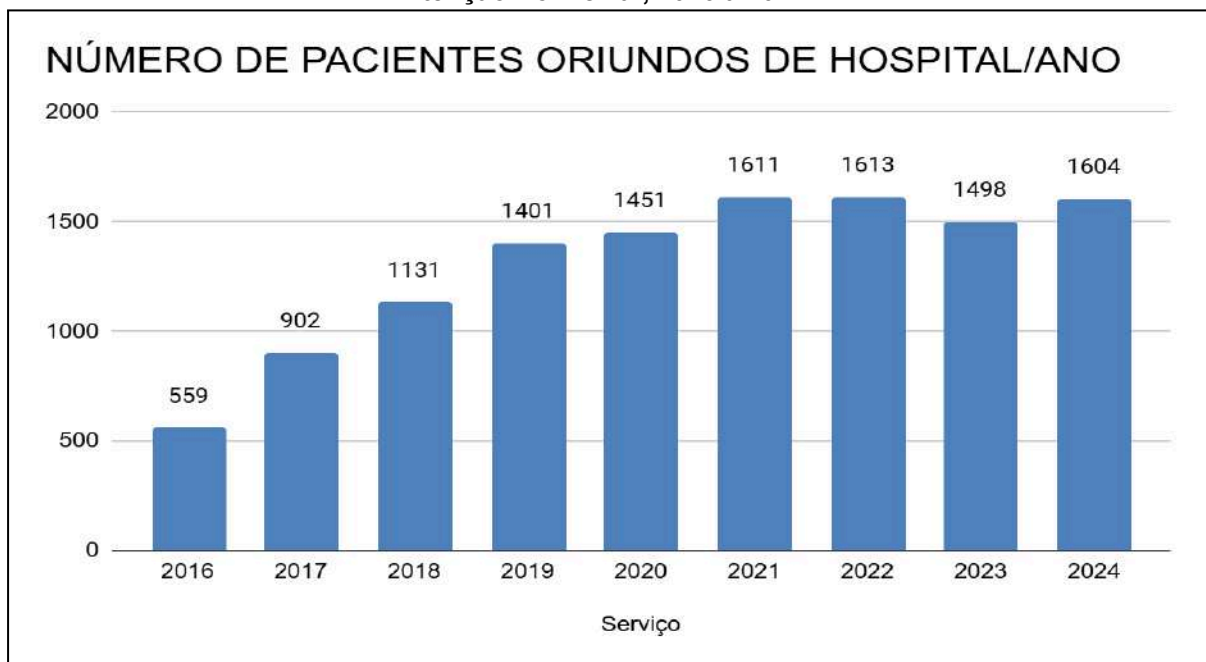
Gráfico 201: Número total de novas admissões no Programa de Atenção Domiciliar, 2016 a 2024



Fonte: SAD Vila Nova, SAD GHC, SAD Santa Ana.

O gráfico abaixo mostra o número de novas admissões de pacientes oriundos de hospital de 2016 a dezembro de 2024. Esse perfil foi responsável por 77% do total dos encaminhamentos em 2024. Esse percentual está se mantendo dentro da meta estipulada (75 a 85% de pacientes oriundos de hospital). Um dos desafios do programa é atingir maior cobertura entre pacientes de trauma, oncológicos em cuidados paliativos e em unidades de pronto atendimento, através de reuniões e discussões de casos periódicos com as instituições de referência para esse perfil.

Gráfico 202: Número total de novas admissões oriundas dos hospitais no Programa de Atenção Domiciliar, 2016 a 2024



Fonte: SAD Vila Nova, SAD GHC, SAD Santa Ana.

Modalidade AD1

Usuários que se enquadrem na modalidade AD1 devem ser gerenciados pelas equipes de atenção primária, por meio de acompanhamento regular em domicílio. Nela, a indicação é para aqueles que demandem cuidados com menor frequência, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

As unidades de saúde devem reservar dias ou horários fixos na agenda para realização de atendimento domiciliar, preferencialmente ao final de cada turno. Os atendimentos de urgência também são de responsabilidade de unidade de saúde de referência. Há matriciamento por profissionais do Programa Melhor em Casa disponível para as equipes da APS e há disponibilidade de espaços de educação permanente nesta modalidade, pelos responsáveis pela atenção domiciliar do município, para os serviços interessados.

Modalidades AD2 e AD3

Conforme dispõe a Portaria GM/MS nº 3.005/2024, em seu art. 539, “considera-se elegível, na modalidade AD 2, o usuário que, tendo indicação de AD, necessite de cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais, com atendimentos regulares fora do horário de funcionamento dos serviços de APS, e que apresente as seguintes condições clínicas:

- I - Afecções agudas, com necessidade de tratamentos parenterais ou outros procedimentos frequentes;
- II - Afecções crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados sequenciais, tratamentos parenterais ou reabilitação com possibilidade de ganho de funcionalidade;
- III - Afecções que demandem cuidados paliativos, com necessidade de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados; e
- IV - Prematuridade com necessidade de ganho ponderal ou de procedimentos sequenciais”. (NR)

“Art. 540. Considera-se elegível, na modalidade AD 3, o usuário:

- I - Que se enquadre em qualquer das situações listadas no art. 539 e que necessite de:
 - a) Cuidados predominantemente multiprofissionais; e
 - b) Uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade, tais como:
 - 1. Ventilação mecânica invasiva e não invasiva domiciliar;
 - 2. Nutrição parenteral;
 - 3. Transfusão sanguínea;
 - 4. Diálise peritoneal;
 - 5. Hemodiálise;
 - 6. Drenagens repetidas (toracocentese, paracentese e outras);
 - 7. Cuidados paliativos em fase final de vida; ou
 - 8. Condições crônico-degenerativas progressivas.
- II - Com necessidade de procedimentos sistemáticos em domicílio, como reabilitação intensiva, antibioticoterapia e outros.”

São critérios para alta do Programa Melhor em Casa:

- Melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica, com encaminhamento para outro ponto de atenção à saúde como a atenção primária;
- Agravamento do quadro que justifique internação hospitalar;
- Mudança da área de abrangência; do programa
- Piora de condições domiciliares mínimas que comprometa resolutividade e/ou segurança na atenção domiciliar, em casos específicos;

- Inexistência de um cuidador, quando este for fundamental para manter o paciente em cuidados domiciliares;
- Solicitação de desligamento a pedido do paciente e/ou familiar;
- Não cumprimento das combinações construídas no plano de cuidados, após tentativas de negociação/repactuação entre equipe/família/cuidador/usuário com o objetivo de reconstruir vínculo;
- Óbito.

Nos casos de alta médica do paciente, com sua evolução para o nível AD1, deve ocorrer a transição de cuidado com a APS. Usualmente, esse processo se dá através de uma nota de alta entregue para a família e discussão verbal do caso com a US de referência do paciente. O uso do e-SUS pela Atenção Domiciliar qualificaria esse processo de transição.

1.6.3.1 Programa de Oxigenoterapia Domiciliar

O Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD) objetiva viabilizar acesso aos seguintes equipamentos de oxigenação e ventilação:

- concentrador Oxigênio;
- pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP);
- pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP);
- ventiladores Mecânicos.

A oxigenoterapia e a ventilação domiciliar são modalidades de tratamento de custo elevado, devendo a indicação clínica ser precisa e cumprir os critérios estabelecidos pelas sociedades científicas de pneumologia. Essa diretriz fornece critérios baseados nas evidências científicas atuais, para a indicação e o acompanhamento adequado do fornecimento dessas formas terapêuticas.

A partir de 2018, o programa passou a ser parte da competência da Unidade de Atenção Domiciliar (UAD-DAAHU)-SMS), responsável também pelo programa Melhor em Casa. Até aquele momento havia um tempo de espera 45 a 60 dias por concentradores; além disso, havia falta de equipamentos de BIPAP, o Bi-level (demanda menor que a procura) e ausência no contrato de ventiladores mecânicos. O processo para solicitação de equipamentos era moroso, pois pacientes e familiares precisavam deslocar-se diversas vezes até o serviço para entrega de documentações para então conseguir o equipamento. Não era viabilizada, de maneira sistemática, revisão assistencial periódica da indicação do equipamento

concentrador de oxigênio. Desta forma, muitos pacientes que não tinham mais indicação de equipamentos seguiam com os materiais dispensados.

A assistência atualmente é prestada através da contratualização de uma empresa especializada. Atualmente estão contratualizados os seguintes quantitativos.

Quadro 24: Equipamentos disponíveis ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar

Equipamento	Quantitativo contratualizados
Concentrador de oxigênio 5L	550
Concentrador de oxigênio 10L	50
Tanques oxigênio líquido 44L / bolsas transporte	50
CPAP	200
CPAP automático	362
Bilevel	104
Ventilador mecânico	55
Oxigênio medicinal gasoso	1.200m³/mês
Oxigênio medicinal líquido	2.500m³/mês

Fonte: DAHU-UAD.

Em 2024 foram atendidos, em média, 838 pacientes em uso de equipamentos e 146 em uso de oxigênio gasoso/líquido.

Atualmente a avaliação inicial para disponibilização dos equipamentos é realizada pela equipe do POD. Se o paciente tem critérios gasométricos, é solicitada a documentação comprobatória, criado processo administrativo eletrônico e solicitada a implantação do kit concentrador. Os pacientes são avaliados quanto à continuidade ou alta da oxigenoterapia domiciliar no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em agenda específica com pneumologista. Atualmente, caso a documentação entregue esteja correta, em no máximo dois dias úteis, é realizada a entrega do equipamento de oxigenoterapia domiciliar, favorecendo a desospitalização e liberação de leitos hospitalares.

Desde 2019 o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar propicia o fornecimento de equipamentos de ventilação (Bilevel e Ventilador Mecânico). A indicação de uso e o acompanhamento assistencial desses pacientes é feito pela equipe de ventilação alocada no SAD [Associação Hospitalar Vila Nova](#) (AHVN), vinculada ao Programa Melhor em Casa. Em 2024 foram acompanhados mensalmente, em média, 77 pacientes usuários de bilevel e 44 de ventilador mecânico. A disponibilidade desses equipamentos associada ao acompanhamento pelo PMC propicia às famílias que possam ter convívio em tempo integral com seus entes que, de outra forma, permaneceriam internados.

Em 2021, foi implantado novo fluxo assistencial para os pacientes usuários de CPAP, equipamento utilizado para apneia do sono, também com parceria com o ambulatório de Reabilitação Pulmonar do HNSC e com o SAD AHVN. Estabeleceu-se também parceria com os demais ambulatórios de pneumologia do sono SUS de Porto Alegre, na Santa Casa e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os pacientes provenientes da rede, sem vínculo com os serviços de pneumo sono são direcionados via Gercon para avaliação com a pneumologista referência, a fim de avaliar a necessidade de uso do CPAP e entregar a documentação. Nos demais serviços de pneumo sono SUS, é preenchido link de solicitação, é feita a entrega da documentação comprobatória. Após a entrega do equipamento, o SAD AHVN faz o acompanhamento periódico do uso através da atuação de um fisioterapeuta com experiência na área. Dessa forma, foi agilizado o fluxo de entrega de equipamentos e qualificou-se o processo assistencial aos usuários. Havia muitos usuários represados na rede, sendo necessário inclusive aumentar o quantitativo de CPAPs em contrato. Atualmente, o POD fornece esse equipamento a 487 pacientes.

Em 2025, foi realizado processo licitatório para manter o fornecimento dos equipamentos descritos acima. Os quantitativos foram ampliados, uma vez que alguns equipamentos, como o ventilador de suporte à vida e o CPAP, já estão com o quantitativo esgotado. Foram incluídos novos equipamentos para uso entre pacientes com distúrbios neuromusculares e outras patologias. Esses equipamentos vinham sendo judicializados, gerando um custo maior para os cofres públicos do que quando adquiridos por meio de licitação.

1.6.4 Atenção Hospitalar

Na Atenção hospitalar do município, dedica-se a implementação das Portarias nº 3.390/2013 (BRASIL, 2013d), Política Nacional de Atenção Hospitalar; Portaria nº 3.410/2013 (BRASIL, 2013c), Diretrizes de Contratualização; e Portaria nº 142/2014 (BRASIL, 2014a), Incentivo de Qualificação de Gestão Hospitalar.

O acesso à Atenção Hospitalar em Porto Alegre ocorre de maneira referenciada (via complexo regulador: Central de Marcação de Consultas e Exames, SAMU, Central de Regulação de Internações Hospitalares) ou espontânea, através de serviços eletivos ou de emergência. Os hospitais de Porto Alegre são referência da rede de atenção a urgências para a primeira e décima oitava Coordenadorias Regionais de Saúde. Na média e alta complexidade, os hospitais são referência

estadual para: estudo eletrofisiológico e/ou ablação; marca passo; eletroconvulsoterapia; endovascular; queimados; malformações/cardiopatias congênitas; cirurgias cardiovasculares pediátricas; emergências oftalmológicas; fibrobroncoscopia pediátrica e neonatal; biópsia estereotáxica; mola hidatiforme; genética; colocação de Permcath; retinopatia da prematuridade; hematologia (leucemia) pediátrica e alguns em casos adultos; e procedimentos complexos hepáticos.

Quadro 25: Hospitais de Porto Alegre

Hospital	
Complexo Hospitalar Santa Casa (ISCMPA)	Hospital da Criança Santo Antônio
	Hospital Dom Vicente Scherer
	Hospital Pavilhão Pereira Filho
	Hospital Santa Clara
	Hospital São Francisco
	Hospital Pavilhão São José
	Hospital Santa Rita
Grupo Hospitalar Conceição (GHC)	Hospitais da Criança Conceição
	Hospital Cristo Redentor
	Hospital Fêmina
	Hospital Nossa Senhora da Conceição
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	
Hospital Divina Providência	
Hospital Independência	
Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre	
Hospital Beneficência Portuguesa	
Hospital da Brigada Militar de Porto Alegre	
Hospital de Pronto Socorro	
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	
Hospital Ernesto Dornelles	
Hospital Espírita de Porto Alegre	
Hospital Geral do Exército	
Hospital Mãe de Deus	
Hospital Moinhos de Vento	
Hospital Porto Alegre	
Hospital Psiquiátrico São Pedro	
Hospital Sanatório Partenon	
Hospital São Lucas da PUCRS	
Hospital Vila Nova	
Instituto de Cardiologia	
Hospital Restinga Extremo Sul	
Hospital Santa Ana	

Fonte: SMS - PMPA NHNI - Noroeste/Humaitá/Navegantes; LENO - Leste/Nordeste; SCS - Sul/Centro Sul; PLP - Partenon/Lomba do Pinheiro; RES - Restinga Extremo Sul.

Quadro 26: Hospitais de Porto Alegre por Tipo e Natureza Jurídica

Hospital		Contrato / convênio SUS	TIPO	NATUREZA JURÍDICA
Complexo Hospitalar Santa Casa (ISCMPA)	Hospital da Criança Santo Antônio	X	HG	ESFL
	Hospital Dom Vicente Scherer	X	HG	ESFL
	Hospital Pavilhão Pereira Filho	X	HG	ESFL
	Hospital Santa Clara	X	HG	ESFL
	Hospital São Francisco	X	HG	ESFL
	Hospital Pavilhão São José	X	HG	ESFL
	Hospital Santa Rita	X	HG	ESFL
Grupo Hospitalar Conceição (GHC)	Hospitais da Criança Conceição	X	HE	EE
	Hospital Cristo Redentor	X	HE	EE
	Hospital Fêmeina	X	HE	EE
	Hospital Nossa Senhora da Conceição	X	HG	EE
Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA		X	HG	EE
Hospital Divina Providência		-	HG	ESFL
Hospital Independência		X	HG	ESFL
Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre		X	HG	ESFL
Hospital Beneficência Portuguesa		-	HG	ESFL
Hospital da Brigada Militar de Porto Alegre		-	HG	AP
Hospital de Pronto Socorro - HPS		X	PSE	AP
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - HMIPV		-	HG	AP
Hospital Ernesto Dornelles		--	HG	ESFL
Hospital Espírita de Porto Alegre		X	HE	ESFL
Hospital Geral do Exército		-	HG	AP
Hospital Mãe de Deus		-	HG	ESFL
Hospital Moinhos de Vento		-	HG	ESFL
Hospital Porto Alegre		-	HG	ESFL
Hospital Psiquiátrico São Pedro		X	HE	AP
Hospital Sanatório Partenon		X	HE	AP
Hospital São Lucas da PUCRS		X	HG	ESFL
Hospital Vila Nova		X	HG	ESFL
Instituto de Cardiologia		X	HE	ESFL
Hospital Restinga Extremo Sul		X	HG	ESFL
Hospital Santa Ana		X	HG	ESFL

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp> HE - Hospital Especializado; HG - Hospital Geral; PSE - Pronto Socorro Especializado AP - Administração Pública; EE - Entidades Empresariais; ESFL - Entidades Sem Fins Lucrativos.

A rede hospitalar de Porto Alegre tem como principal característica serviços de alta complexidade. Com três hospitais de grande porte vinculados diretamente a duas universidades federais e uma universidade privada, alguns dos demais servem ainda de campos de estágio de instituições de ensino superior do interior.

Em tipologia de gestão, o Município detém hospitais próprios municipais de gestão direta, de gestão por parceiros, filantrópicos contratualizados, hospitais de

gestão estadual e federal, hospitais privados. Esse papel vocacionado de complexidade e referência estadual é espelhado na rede privada.

No papel de pólo estadual em saúde e alta complexidade, a missão do município pode ser vista como ampliação dessa complexidade nas direções assistenciais requeridas pela rede, estando estas necessidades devidamente evidenciadas por uma estrutura regulatória abrangente, equitativa e responsável diante das necessidades do próprio município e dos municípios a ele referenciados. No mesmo sentido, a concentração de serviços e especialidades com tecnologia de ponta gerando ganho de escala atende ao princípio da economicidade da gestão pública ao mesmo tempo que facilita a gestão clínica dos hospitais ao clarificar o papel de cada um na rede. Como efeito secundário desejável, procedimentos realizados em grande escala em centros especializados geram incremento na segurança do usuário.

Tabela 94: Total de leitos hospitalares SUS por tipo, Porto Alegre-RS, 2025*

Tipo de Leito	Leitos SUS
Cirúrgicos	907
Clínicos e Obstétricos	1.465
Psiquiátricos	493
Pediátricos	267
Emergência	199
UTI Adulto	364
UTI Pediátrica	249
Total	3.944

Fonte: BI GERINT Novembro, 2025.

Tabela 95: Total de leitos hospitalares NÃO SUS por tipo, Porto Alegre-RS, 2025*

Tipo de Leito	Leitos Não SUS
Cirúrgicos	869
Clínicos	1.058
Obstétricos	114
Pediátricos	145
Outras Especialidades	590
Hospital Dia	47
Complementares	530
Total	3.353

Fonte: <http://cnes2.datasus.gov.br> * Outubro, 2025.

Os indicadores qualitativos dos hospitais são acompanhados quadrimestralmente através da Comissão de Acompanhamento de Contrato da SMS, conforme indicadores estabelecidos nos contratos disponíveis no site da saúde em [Prestadores de Serviços](#). Citamos alguns dos indicadores contratualizados:

- taxa de Mortalidade Institucional (%);
- taxa de Ocupação Geral de Leitos (%);
- taxa de Ocupação dos Leitos Clínicos (%);
- tempo Médio de Permanência (em dias) em Leitos Clínicos;
- taxa de Ocupação dos Leitos Cirúrgicos (%);
- tempo Médio de Permanência (em dias) em Leitos Cirúrgicos;
- tempo Médio de Permanência (em dias) em Leitos de Saúde Mental ;
- taxa de Ocupação dos Leitos de CTI/UTI Adulto (%);
- taxa de Mortalidade Institucional (%);
- taxa de Ocupação Geral de Leitos (%);
- taxa de Ocupação dos Leitos Clínicos (%);
- tempo Médio de Permanência (em dias) em Leitos Clínicos;
- taxa de Ocupação dos Leitos Cirúrgicos (%);
- tempo Médio de Permanência (em dias) em Leitos Cirúrgicos;
- tempo Médio de Permanência (em dias) em Leitos de Saúde Mental;
- taxa de Ocupação dos Leitos de CTI/UTI Adulto (%);
- tempo Médio de Permanência (em dias) em Leitos de CTI/UTI Adulto;
- densidade de Incidência de Infecção por Cateter Venoso Central (CVC).

1.6.4.1 Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas - HMIPV

Fundado em 24 de janeiro de 1953, o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) é um hospital de médio porte, localizado no bairro Independência, área nobre de Porto Alegre, próximo a outros hospitais de médio e grande porte. O Hospital possui área total de aproximadamente 38.000 m², divididos em diferentes blocos:

- bloco A - 7.837,9 m², área hospitalar;
- bloco B - 1.094,8 m², área de apoio e manutenção;
- bloco C - 7.219,5 m² área ambulatorial e administrativa;
- casas Anexas - 568,1 m²;
- área total construída - 16.720,2 m².

Estacionamentos:

- Av. Independência - 314,4 m²;
- Av. Garibaldi - 261,4 m²;
- área total dos terrenos - 4.099,2 m².

O Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), fundado em 1953 e localizado na área central de Porto Alegre, é uma das instituições públicas de referência em atenção especializada à saúde materno-infantil e à saúde mental no Rio Grande do Sul. Sua atuação transcende os limites municipais, posicionando-se como centro estratégico para o atendimento de média e alta complexidade, ensino, pesquisa e formulação de políticas públicas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. Destaca-se também como referência estadual no atendimento a vítimas de violência.

É reconhecido como campo de prática de formação em saúde, com programas de residência médica e multiprofissional em diversas áreas. Atualmente, encontra-se em processo para reconhecimento como Hospital de Ensino pelo Ministério da Educação, aguardando apreciação junto ao MEC para prosseguimento dos trâmites. Essa certificação trará maior visibilidade ao hospital e potencializará a captação de recursos para a saúde.

Serviços e Programas Estratégicos

O HMIPV oferece uma ampla gama de serviços especializados que o consolidam como centro de referência regional e estadual:

- Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN);
- Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente (PAIGA), dedicado a gestantes menores de 18 anos, com equipe multiprofissional que assegura o pré-natal adequado;
- pré-natal de alto risco (Hospital Dia), com atendimento integral e multiprofissional a pacientes com gestação de risco;
- programa de medicina fetal, com residência médica, acompanhamento de malformações fetais e realização de cirurgias fetais, sendo centro pioneiro.
- serviço de Endoscopia Ginecológica, com residência médica e destaque em cirurgias por videolaparoscopia;
- centro de Endometriose, com procedimentos de alta complexidade e fluxo assistencial em expansão;
- Centro de Referência em Atendimento Infantojuvenil (CRAI), referência estadual para situações de violência sexual infantil e adolescente, além

de referência para interrupção legal da gestação e atendimento a mulheres vítimas de violência sexual;

- programa de acompanhamento dos distúrbios da deglutição;
- centro municipal integrado de planejamento familiar;
- Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE);
- Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU);
- serviço de odontologia com atendimento especializado para pacientes com necessidades especiais, atualmente em processo de implantação de sedação consciente para otimizar atendimentos e reduzir a necessidade de bloco cirúrgico;
- ambulatório de especialidades, com foco nas áreas de atuação do hospital, responsável por um elevado volume de consultas e fundamental para a ampliação do acesso ambulatorial na rede municipal de saúde;
- centro de infusões.

CRIE

Em relação ao trabalho realizado pelo CRIE seguem vacinas disponibilizadas pelo serviço:

Quadro 27: Relação de vacinas no Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE

CRIE
Vacina BCG
Vacina Pentavalente
Vacina Dupla Adulto
Vacina Febre Amarela
Vacina HPV
Vacina HIB
Vacina Hepatite A
Vacina Hepatite A Pediátrica
Vacina Hepatite B
Vacina Meningocócica C
Vacina Meningocócica ACWY
Vacina Pneumocócica 10
Vacina Pneumocócica 13
Vacina Pneumocócica 23
Vacina Poliomielite Inativada
Vacina Poliomielite Oral
Vacina Raiva
Vacina Tetra Viral
Vacina Tríplice Viral
Vacina Tríplice Bacteriana
Vacina Tríplice Bacteriana Acelular Infantil
Vacina Tríplice Bacteriana Acelular Adulto

Vacina Rotavírus
Vacina Varicela
Vacina Gripe
Imunoglobulina Anti Hepatite B
Imunoglobulina Anti Rábica
Imunoglobulina Antitetânica
Imunoglobulina Antivaricela
Soro Anti Rábico
Palivizumabe*
Palivizumabe fornecido aos hospitais

Fonte: CRIE – HMIPV.

Diagnóstico Situacional

A análise da capacidade operacional em relação à capacidade instalada demonstra um número reduzido de leitos, em razão da necessidade de adequação dos espaços físicos entre os leitos da Sala de Observação Pediátrica (SOP) e da Enfermaria Pediátrica. Tal medida visa atender às normas técnicas de distanciamento e dimensionamento adequado das equipes, garantindo maior segurança aos pacientes em ambas as unidades.

Tabela 96: Capacidade hospitalar instalada e capacidade operacional do HMIPV, 2025

Enfermaria	2025	
	Capacidade Instalada (CNES)	Capacidade Operacional
Alojamento Conjunto – 8º andar	20	20
Patologia da Gestação – 7º andar	9	9
Internação Ginecológica – 7º andar	10	10
Internação Pediátrica – 2º e 4º andar*	39	35
Psiquiatria – 5º andar	24	24
Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal – 9º andar	20	20
Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) neonatal	20	15
UCI Canguru	5	5
UTI Pediátrica – 3º andar*	10	10
Total de leitos de internação	157	148
Leitos auxiliares (não contabilizados no total de leitos / CNES)		
Leito de pré-parto – 10º andar	8	8
Leito de Observação Pediátrica*- Térreo	16	12
Leito de Recuperação pós-cirúrgica e pós-anestésica – 11º andar	9	9
Total de leitos auxiliares	33	29
Total	190	177

Fonte: NIR/HMIPV * Aumento de leitos auxiliares apenas na operação inverno.

A análise da capacidade operacional em relação à capacidade instalada demonstra um número reduzido de leitos, em razão da necessidade de adequação dos espaços físicos entre os leitos da Sala de Observação Pediátrica (SOP) e da Enfermaria Pediátrica. Tal medida visa atender às normas técnicas de

distanciamento e dimensionamento adequado das equipes, garantindo maior segurança aos pacientes em ambas as unidades.

Dessa forma, permanecem quatro leitos como retaguarda, que são utilizados em situações de operação inverno, ou seja, quando há aumento na demanda assistencial e necessidade de ampliação temporária da capacidade de atendimento.

A mesma lógica se aplica à Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), na qual, diante da necessidade de ampliação de leitos para garantir a vazão da UTI Neonatal, são acionados os leitos de retaguarda, assegurando a continuidade do cuidado e a adequada resposta às variações de demanda.

O HMIPV enfrenta desafios significativos relacionados à demanda crescente por atenção especializada, contrastando com limitações estruturais e operacionais. Entre os principais gargalos, destaca-se a sobrecarga da Sala de Recuperação (SR), atualmente compartilhada entre o bloco cirúrgico e o Centro Obstétrico, comprometendo a fluidez dos procedimentos. A inexistência de UTI adulta representa um entrave ao manejo de casos ginecológicos e obstétricos graves. Embora a implantação de cinco leitos de UTI adulta fosse prevista, sua operacionalização foi dificultada pela falta de equipamentos como tomógrafo e estrutura para diálise.

A demanda crescente da rede também pressiona o HMIPV quanto à oferta de exames complementares, como mamografias e eletroencefalogramas. A estrutura física atual não permite grandes expansões, o que levou a instituição a priorizar ações de qualificação e reorganização interna. Desde janeiro de 2025, protocolos, fluxos e lotações setoriais vêm sendo revisados para melhor compreender e atender as necessidades institucionais.

O HMIPV, por não dispor de estrutura de hospital geral, enfrenta dificuldades na avaliação multidisciplinar de casos complexos, o que tem exigido a construção de fluxos de referência e contrarreferência mais eficientes. A gestão de leitos foi fortalecida com a expansão do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e a adoção sistemática do "huddle" assistencial, prática que será mantida e ampliada.

Quanto aos recursos humanos, observa-se que nem sempre as saídas de profissionais por aposentadoria têm sido acompanhadas por reposições imediatas, o que, somado ao absenteísmo, impacta a assistência. Destaca-se ainda a necessidade de ampliação do quadro técnico especializado para áreas estratégicas como laudos terceirizados e saúde mental.

1.6.4.2 Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre

O Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre (HPS) completou, recentemente, 81 anos de assistência pública, com atendimento 100% SUS e integrado à rede de saúde de Porto Alegre. Apesar de ser um hospital municipal, em torno de 25% de seus pacientes provêm de outros municípios. O hospital tem como desafio a manutenção dos recursos humanos, financeiros e patrimoniais.

Ao longo dos últimos anos algumas reformas ocorreram e outras ainda estão em andamento. Estas reformas visam oferecer mais segurança e a ambiência necessária ao atendimento dos pacientes nas unidades de terapia intensiva e unidades de internação. Em 2022 foi realizada a reforma integral da UTI de Trauma Pediátrico e a criação de uma enfermaria pediátrica, ambas para o atendimento de crianças vítimas de trauma. Nesta enfermaria as crianças que têm alta da UTI poderão ser internadas para conclusão do tratamento. Também em 2022 foi realizada a reforma da UTI do 4º andar com capacidade para 10 leitos, com modernização da área existente, retirando mobiliário obsoleto e inadequado para áreas hospitalares.

As reformas das unidades de internação do 3º andar, do 4º andar e da UTI do 3º andar serão incluídas no escopo de reformas a serem realizadas, e para tanto é necessária a confirmação de formas de financiamento que visem prover o custeio das obras.

Em 2025 ocorreu uma das reformas muito esperadas por mais de dez anos, que foi a reestruturação do telhado. Tal reforma incluiu a substituição de telhas, a impermeabilização das lajes e a instalação de aparelhos modernos de climatização.

Também em 2025 teve início a reforma de toda a fachada do prédio histórico, que apresentava patologias crônicas, como infiltrações e descolamento de estruturas e rebocos. Esta obra proporcionará a revitalização de toda a fachada, substituindo estruturas antigas por materiais modernos, porém sem perder o estilo clássico de seu desenho original.

Além da estrutura física, há a necessidade de reestruturar o quadro de recursos humanos existente, para garantir o atendimento qualificado nos serviços prestados à população.

O sistema de registro do hospital precisa ser reformulado para atender às necessidades da instituição, buscando maior eficiência na obtenção de melhores

resultados assistenciais, gerenciais e financeiros. O sistema atual lentifica a tomada de decisão dos gestores, além de não integrar com outros sistemas que são vitais para a governança da instituição. O processo de atualização do sistema de prontuários já está em andamento desde 2023, com previsão de conclusão até 2026.

A expansão do prédio histórico para as áreas adjacentes está em fase de licitação para confecção do projeto executivo. Este projeto prevê a construção de um novo prédio de 8 andares nos terrenos que foram desocupados na Rua José Bonifácio, fundos do prédio antigo do HPS. Este novo hospital, com atendimentos mais completos e uma linha de cuidado que contemple serviços de reabilitação e ambulatorios, traria o suporte necessário ao atendimento em traumatologia. A estrutura existente, neste cenário, seria mantida e atenderia outras demandas de menor complexidade.

O hospital se firmou como campo de aprendizagem e prática para acadêmicos da área da saúde. A qualificação como hospital de ensino segue como uma diretriz importante para que o hospital forme profissionais proficientes. Haverá impacto financeiro quando tivermos essa habilitação proporcionando melhorias na área de ensino. No futuro pretendemos proporcionar a qualificação de profissionais de nível superior, com a expertise do atendimento do hospital.

Atualmente o HPS é campo para estágio de quase todas as universidades e cursos técnicos profissionalizantes. Possui residência multiprofissional (enfermagem, fisioterapia, serviço social, fisioterapia e nutrição), e residência médica (cirurgia geral e do trauma, medicina de emergência, terapia intensiva) e cirurgia bucomaxilofacial.

1.6.5 Assistência Farmacêutica

A garantia do acesso aos medicamentos e a promoção do seu uso de maneira qualificada e racional constituem uma das prioridades e dos maiores desafios em saúde pública.

É notório que a gestão da assistência farmacêutica se constitui em um dos maiores desafios de governo na área da saúde, devido ao seu alto custo e grau de complexidade, envolvendo aspectos assistenciais, técnicos, logísticos e tecnológicos, culturais, políticos, econômicos e sociais, bem como aumento crescente da demanda de medicamentos pela população e escassez dos recursos públicos.

O financiamento da assistência farmacêutica é realizado pelas três esferas de governo. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde, seja baseado no elenco de referência nacional para o tratamento dos agravos que ocorrem mais comumente no nosso país ou no âmbito de agravos e programas de saúde específicos. O financiamento do CBAF é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas na referida portaria. Sua execução é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Municípios, do Distrito Federal e dos Estados, onde couber. Assim, a contrapartida municipal deve ser realizada pelas prefeituras, com recursos do tesouro municipal, e destinados ao custeio dos medicamentos básicos previstos na RENAME vigente.

Em Porto Alegre, a rede de assistência farmacêutica está estruturada nos seguintes serviços:

Atenção Primária em Saúde:

- 10 Farmácias Distritais;
- 134 locais de entrega de medicamentos nas Unidades de Saúde (37 com presença de farmacêutico);
- 1 Núcleo de Distribuição de Medicamentos;
- 4 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) nos SAEs e CRTBs;
- 1 Farmácia Homeopática;
- 1 Centro Logístico de Medicamentos Especiais;
- 1 Farmácia Viva (em fase de implantação).

Média e Alta Complexidade:

- 3 Farmácias em Pronto Atendimento;
- 2 Equipes de farmácias em hospitais próprios.

No contexto na política municipal, a Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF-DAPS) atua nas seguintes dimensões:

1.6.5.1 Dimensão técnico-gerencial

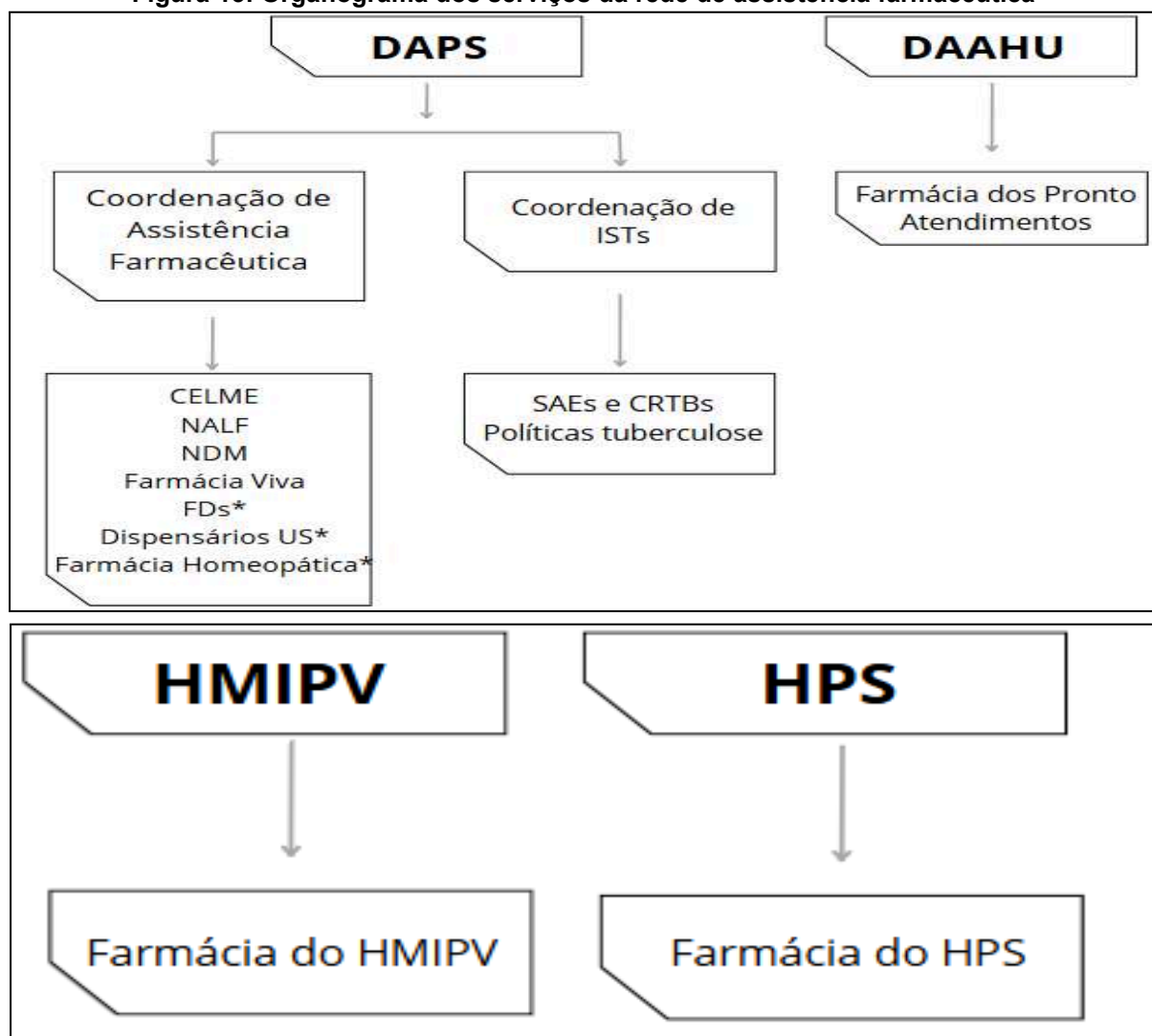
- Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume): revisão contínua da Remume com atuação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).
- Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF): programação, aquisição e distribuição dos medicamentos da Remume.
- insumos estratégicos: programação, aquisição e distribuição dos insumos da Assistência Farmacêutica.
- plantas medicinais e fitoterápicos: estruturação e implantação da Farmácia Viva municipal.

1.6.5.2 Dimensão clínico-assistencial

- dispensação: dispensação dos medicamentos da Remume dentro dos serviços da rede de assistência farmacêutica básica;
- cuidado farmacêutico: consulta farmacêutica estruturada conforme linhas de cuidado prioritárias e consulta farmacêutica de demanda espontânea;
- promoção do Uso Racional de Medicamentos: ações promovidas pela Comissão pelo Uso Racional de Medicamentos (Curame);
- capacitação, cooperação, pesquisa e inovação: qualificação dos serviços farmacêuticos prestados mediante capacitações, parcerias e cooperações institucionais.

A rede de Assistência Farmacêutica permeia serviços nos diferentes níveis de complexidade (básico, especializado, média e alta complexidade). A Coordenação de Assistência Farmacêutica da SMS está vinculada à Diretoria de Atenção Primária à Saúde, sendo responsável pela gestão técnica dos serviços vinculados à APS, conforme figura abaixo, estes serviços estão em cogestão com as coordenadorias de saúde da DAPS.

Figura 13: Organograma dos serviços da rede de assistência farmacêutica



Fonte: CAF- DAPS.

Esta configuração centraliza as ações da Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF-DAPS) ao âmbito da Atenção Primária à Saúde. Um dos principais desafios postos diante da atual organização é que há uma separação da atuação da assistência farmacêutica nos diferentes níveis com a fragmentação do itinerário terapêutico dos pacientes na rede de atenção, uma vez que as estratégias são planejadas e executadas de forma segmentada.

Face ao exposto, as ações apresentadas neste documento serão voltadas ao âmbito da Atenção Primária à Saúde conforme atual rol de competências da CAF-DAPS.

Ações prioritárias para o quadriênio 2026-2029

Considerando a análise realizada formou-se um plano de ação e uma matriz de competências visando garantir a execução eficiente e o monitoramento das ações propostas.

Objetivo Geral: Melhorar a eficiência, a qualidade e a resolutividade da Assistência Farmacêutica, garantindo o acesso universal e equitativo aos medicamentos e promovendo o uso racional, com foco em inovação, cuidado ampliado, transparência, acesso resolutivo, promoção de saúde e humanização.

Quadro 28: Plano de Ação Estratégico, CAF 2026-2029

Eixo estratégico	Diretrizes	Metas
Inovação tecnológica	Modernizar sistemas e infraestrutura tecnológica	Atualização dos computadores e dos sistemas nos serviços de AF
		Implementação leitura eletrônica para controle de medicamentos
Cuidado Ampliado	Ampliar o cuidado farmacêutico e garantir segurança do paciente	Implantação de consultórios farmacêuticos em todas as unidades com assistência farmacêutica
		Implantação de linhas de cuidado no âmbito do componente especializado (CELME)
		Definição das populações alvo para os atendimentos farmacêuticos
		Padronização dos fluxos de atendimento farmacêutico nas equipes e-multi
Transparência e Qualidade	Garantir transparência e qualidade nos processos	Qualificação do sistema de informação quanto ao registro e controle de transferências entre serviços
		Informatização do processo de programação de compras
		Transparência do sistema GMAT-WEB em relação aos operadores por etapas de cada processo
Acesso e Resolutividade	Garantir acesso rápido e resolutivo aos medicamentos	Unidades de Saúde com assistência farmacêutica implantada ampliando o acesso da população aos medicamentos, garantindo a segurança e o uso racional
		CAPS com assistência farmacêutica implantada qualificando o acesso desta população aos medicamentos, garantindo a adesão, a segurança e o uso racional

		Unidades de Saúde com farmacêuticos em todo o horário de funcionamento do serviço para o acesso da população aos medicamentos, garantindo a segurança e o uso racional
		Adequação dos dispensários para que todos possuam área exclusiva
		Atualização das normas relacionadas às regras da assistência farmacêutica
		Ampliar a territorialização do acesso aos medicamentos na rede de atenção
		Promoção do acesso a medicamentos fitoterápicos na APS
Promoção de saúde	Promover o uso racional de medicamentos educação em saúde	Ampliação do número de usuários do CELME com acesso a centro de infusão
		Elaboração e distribuição de materiais educativos no âmbito da AF
		Capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) no âmbito da AF
Humanização e Equidade	Garantir atendimento humanizado e equitativo	Capacitação das equipes em comunicação não violenta
		Adaptação dos materiais educativos para que sejam acessíveis a pessoas com deficiências visuais e auditivas
		Normatização e capacitação das equipes quanto aos fluxos de atendimento à população em situação de rua
		Implementação de Farmácia Móvel como estratégia de acesso a medicamentos a populações em regiões de difícil acesso e/ou vulneráveis

Fonte: CAF-DAPS.

1.6.6 Assistência Laboratorial

A Coordenação da Assistência Laboratorial (CAL) foi formalizada na estrutura da Secretaria de Saúde de Porto Alegre (SMS) através do Decreto nº 20.422/2019, com objetivo de elaborar estratégias para garantir o acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde aos exames laboratoriais e de patologia de forma segura, eficiente e qualificada.

A rede de laboratórios públicos municipais é composta por três serviços:

- Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV): possui laboratório clínico e posto de coleta ambulatorial para atender a demanda hospitalar e ambulatorial do próprio hospital, além de parte dos exames de análises clínicas da Atenção Primária em Saúde (APS) e serviços especializados da cidade. Também possui o Laboratório de Triagem Neonatal (SRTN), referência para todo o Estado do Rio Grande do Sul para a realização do teste do pezinho;
- Hospital de Pronto Socorro (HPS): possui laboratório clínico para atender a demanda do hospital;
- Laboratório Central de Saúde Pública de Porto Alegre (LabCen): integrante da rede de laboratórios de saúde pública do Ministério da Saúde. Tem por objetivo realizar exames de interesse de saúde pública (carga viral do HIV e hepatites; exames para tuberculose, tais como baciloscopia, teste rápido molecular e culturais, IGRA-Tuberculose latente; CD4 e CD8; exames para detecção da dengue; TOM, TOG, HTLV).

Além dos laboratórios públicos, Porto Alegre possui 11 laboratórios parceiros com 43 pontos de coleta espalhados em todas as regiões da cidade. Os exames laboratoriais são solicitados e tem seus resultados inseridos no sistema Gercon. Esse processo garante rastreabilidade de todos os exames de análise clínicas.

Atualmente são três laboratórios contratados pelo município que realizam uma média de 4.250 exames citopatológicos mensais oriundos das consultas da APS. Atualmente todos os exames são solicitados e liberados em apenas uma plataforma web: Siscan - Sistema de Informação do Câncer.

Atualmente os exames de anatomia patológica oriundo da rede são realizados em um laboratório contratado. São realizados anualmente aproximadamente 51.000 de anatomia patológica.

Considerando a análise realizada, a Coordenação da Assistência Laboratorial tem como objetivo para os próximos anos: Qualificar a Assistência Laboratorial na ampliação do acesso, da oferta de exames e da capacidade de obtenção de dados que se transformem em informação para a melhoria contínua dos serviços laboratoriais e das políticas públicas.

1.6.6.1 Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) – Teste do Pezinho

Em 2001, ocorreu a implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) pelo Ministério da Saúde. Desde então o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) passou a sediar o Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) e integra a Política Estadual de Triagem Neonatal no Estado do RS. O SRTN tem como missões:

- a detecção precoce das doenças triadas;
- a ampliação da cobertura populacional, tendo como meta 100% dos nascidos vivos;
- a busca ativa de pacientes suspeitos de serem portadores das patologias;
- a confirmação diagnóstica, o tratamento e o acompanhamento multidisciplinar especializado dos pacientes identificados.

Atualmente, sete patologias são diagnosticadas e tratadas pelo SRTN: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de biotinidase e toxoplasmose congênita. O período ideal para a coleta é do 3º ao 5º dia de vida. As coletas são realizadas, na sua grande maioria, nas Unidades de Saúde (US) de referência do recém-nascido (RN). Nos casos dos RNs hospitalizados, a coleta é realizada pelo hospital e enviada para o SRTN.

Os dados apresentados nas tabelas abaixo, mostram os resultados do RS e de Porto Alegre no período de 2020 a 2024.

Tabela 97: Número de recém-nascidos triados para o teste do pezinho, no período ideal da coleta e emissão dos resultados, 2020-2024

Recém Nascidos	2024		2023		2022		2021		2020	
	RS	POA	RS	POA	RS	POA	RS	POA	RS	POA
Triados	83.342	10.961	90.980	10.835	90.660	10.953	95.282	11.637	110.978	13.993
Coleta 0-2 dias de vida	2.435	1.622	901	130	875	107	1.367	175	12.261	4.070
% coleta 0-2 dias de vida	2,8	12,1	1,0	1,2	1,0	1,0	1,4	1,5	12,1	29,1
Coleta 3-5 dias de vida	59.740	7.864	67.553	8.875	65.279	8.998	67.487	9.318	63.897	8.294
% coleta 0-5 dias de vida	71,8	73,9	74,3	82,0	72,1	82,1	70,8	80,1	63,3	59,3
Tempo (dias) da coleta até emissão de resultados	7,1	5,8	6,2	5,3	6,7	5,9	7,7	7,5	8,6	8,3

Fonte: SRTN/HMIPV/SMS.

No comparativo entre os anos de 2020 e 2024 verifica-se uma redução do número de testes de TN no estado do RS, acompanhando a diminuição do número de nascimentos. Em Porto Alegre, também houve diminuição do número de

nascidos-vivos (15.665 em 2020 e 12.819 em 2024), com cobertura de realização da triagem na rede pública variando de 89,3% a 85,4%. No ano de 2020, o aumento no número de coletas realizadas até o 2º dia de vida ocorreu a partir da orientação de que as grandes maternidades realizassem a coleta do teste antes da alta hospitalar, devido à restrição de mobilidade social em função da pandemia. Consequentemente, os percentuais de realização do teste no período considerado ideal mostrou redução no ano de 2020 em relação aos anos anteriores. Nos anos subsequentes, o número das coletas de 0 a 2 dias diminuiu, voltando aos números normalmente observados. Contudo, no ano de 2024, em função das enchentes, novamente o SRTN lançou mão das coletas nas maternidades, pois muitas unidades de saúde estavam alagadas e muitas puérperas permaneceram em abrigos após a alta hospitalar. Em função desta medida, o número de coletas do 3º ao 5º caiu novamente em 2024.

O tempo entre a coleta do teste e o envio ao Laboratório também é um fator muito importante na TN, uma vez que o principal objetivo é o diagnóstico e início do tratamento o mais precoce possível, principalmente na fase assintomática das doenças. Nos últimos 5 anos (2020 a 2024), tanto o Estado como Porto Alegre apresentou diminuição significativa nos tempos de transporte e buscou fazer melhorias nos fluxos, objetivando reduzir os tempos e melhorar este indicador. Desde de agosto de 2022, quando houve a liberação para as capacitações presenciais, o SRTN promove capacitações todos os meses para garantir a premente sensibilização das equipes quanto à coleta adequada das amostras, a necessidade da melhora nos tempos de transporte e na emissão dos resultados, assim como a busca ativa de reconvocados para garantir o início do tratamento precoce.

Tabela 98: Proporção de coleta do Teste do Pezinho realizadas entre o 3º ao 5º dia de vida, por Distritos Sanitário e nos hospitais (2020 - 2024)

Distrito Sanitário	% 3-5 dias				
	2024	2023	2022	2021	2020
Centro	77,7	79,5	76,9	73,8	73,9
Centro Sul	78,7	79,2	78,2	76,0	77,2
Cristal	84,4	83,1	84,3	75,8	68,4
Cruzeiro	78,0	73,6	76,2	67,5	74,2
Eixo Baltazar	72,4	73,3	72,2	73,9	75,6
Extremo Sul	73,6	76,0	76,1	74,0	68,9
Glória	81,1	79,6	75,6	71,5	75,5
Humaitá/Navegantes	75,7	76,3	74,3	74,8	69,4
Ilhas	81,8	80,9	78,3	80,6	70,8

Leste	77,4	75,9	72,5	71,4	72,6
Lomba do Pinheiro	78,8	77,0	80,3	74,8	77,4
Nordeste	75,4	73,8	73,5	76,2	72,4
Noroeste	73,6	75,0	72,1	75,5	80,7
Norte	69,2	76,1	73,3	71,3	74,4
Partenon	74,1	73,5	76,8	76,7	70,2
Restinga	72,2	75,6	77,0	73,2	65,3
Sul	82,5	80,7	81,9	74,7	77,0
Hospitais	79,5	91,9	92,9	91,7	59,9

Fonte: SRTN/HMIPV/SMS.

Tabela 99: Número de primeiras consultas realizadas no HMIPV, para as doenças triadas por meio do Teste do Pezinho e a mediana da idade (dias) do recém-nascido no momento da realização da consulta, em 2023 e 2024

Ano	2023	2024
	(Nº 1ª consultas/idade em dias)	(Nº 1ª consultas/idade em dias)
Hipotireoidismo Congênito	71 (16)	65 (17)
Hiperplasia Adrenal Congênita	83 (15)	82 (14,5)
Fenilcetonúria	12 (23)	20 (25,5)
Doença Falciforme/Hemoglobinopatias	38 (17)	28 (28)
Fibrose Cística	34 (17)	47 (24)
Deficiência de Biotinidase	104 (21)	47 (32,5)
Total consultas faltantes	155	256

Fonte: SRTN /HMIPV/SMS.

O SRTN é referência para os 497 municípios do estado do RS. Recebe amostras de aproximadamente 2.000 Unidades de Saúde. Atualmente, conta com laboratório especializado próprio e com laboratório de apoio para análises de biologia molecular. Nos casos em que há suspeita de doença, é realizado contato telefônico com a família ou Unidade de Saúde de referência dos RN e consulta com equipe multiprofissional especializada no ambulatório do HMIPV. A equipe do HMIPV é composta de pediatras, endocrinologistas, geneticistas, nutricionista, psicólogo e assistente social, responsáveis pelo acolhimento do paciente e família, confirmação diagnóstica, exames confirmatórios e tratamento durante a vida do indivíduo.

As consultas e acompanhamento são realizadas no ambulatório do SRTN, localizado no 5º andar, bloco C do HMIPV. O SRTN é responsável pela busca ativa dos RN, e por todos os exames necessários para a confirmação diagnóstica. É de responsabilidade das US e dos municípios a localização e comunicação com as famílias e o transporte até Porto Alegre para as consultas. Uma vez confirmada a doença, somente a fibrose cística e as hemoglobinopatias são referenciadas para serviços especializados logo após o fechamento do diagnóstico. No caso da toxoplasmose congênita, as Vigilâncias Epidemiológicas do município de origem do paciente e estadual são notificadas quanto ao caso suspeito e o fechamento do diagnóstico e acompanhamento é realizado na rede. Os portadores das demais

doenças permanecem vinculados ao ambulatório do SRTN no HMIPV, atualmente responsável pelo acompanhamento de cerca de 1.988 crianças.

O aprimoramento da telemedicina dentro do SRTN impactou significativamente na idade mediana da primeira consulta. Sabemos que a principal missão de um Serviço de Referência em Triagem Neonatal é o diagnóstico e o tratamento precoces antes do aparecimento dos sintomas. A chegada do RN para a confirmação diagnóstica e o início do tratamento são metas constantemente almejadas pelo serviço. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas pelo SRTN em função da pandemia e enchentes, este indicador representa um grande avanço para o ambulatório. A necessidade de integração entre o SRTN e a saúde da criança nos diversos municípios do estado, com o objetivo de agilizar os processos de diagnóstico e tratamento proporcionaram muitos avanços nas diferentes regionais de saúde. A integração entre as equipes locais e o SRTN, matriciamento das equipes pela referência, apoio institucional e fortalecimento dos fluxos de trabalho são alguns aspectos que podemos exemplificar de avanços neste processo.

Em 2021, foi sancionada a Lei Federal nº 14.154, de maio de 2021, que ampliou o Programa Nacional de Triagem Neonatal em todos os estados federativos. Em 2022, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.369/2022, que inclui a Toxoplasmose Congênita no escopo da TN. Em dezembro de 2023, o SRTN/RS iniciou a triagem para essa doença. O Estado do RS aguarda a publicação das fontes financiadoras para seguir a implantação das demais doenças preconizadas pelas leis. O HMIPV manifestou o interesse em assumir a ampliação da TN, contemplando todas as etapas preconizadas pelo PNTN. Para isso, é necessária uma ampla discussão com o Estado para estabelecer os recursos financeiros necessários para a triagem das doenças, sua confirmação diagnóstica, tratamento e definição das linhas de cuidado para cada doença triada.

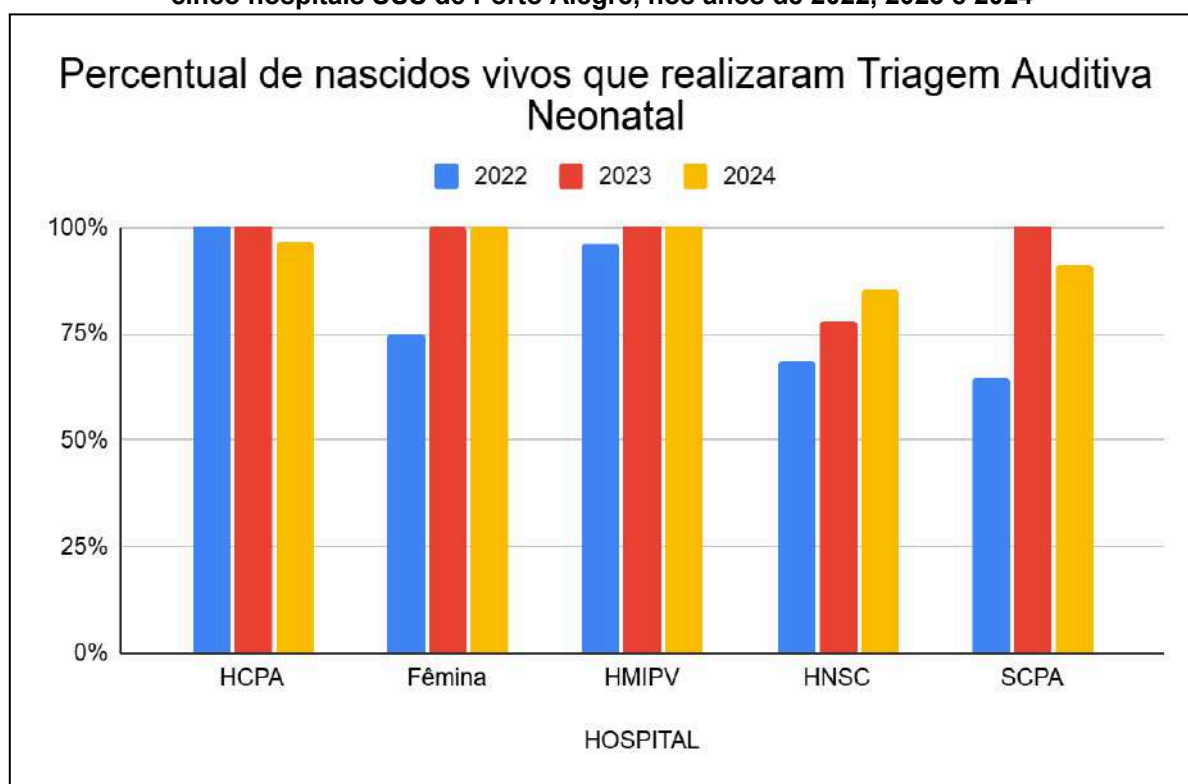
Além do teste do pezinho, outros testes de triagem neonatal são acompanhados e monitorados pela rede. Alguns deles, como a triagem auditiva neonatal e o teste do coraçãozinho, fazem parte da Rede Cegonha, implantada em 2011 como uma estratégia do Ministério da Saúde para melhorar o atendimento às mulheres e às crianças. Essa iniciativa inclui a oferta de teste rápido de gravidez em todas as unidades de saúde, a implantação da classificação de risco na emergência obstétrica, a testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis e a implementação das boas práticas do parto e nascimento. No final de 2024, a

estratégia de cuidado materno-infantil recebeu uma nova reestruturação por meio da Portaria GM/MS nº 5.350. Com novos investimentos e mais ações previstas, ela passou a se chamar Rede Alyne, que será apresentada em capítulo específico deste plano.

Desde 2025, as Áreas Técnicas da Mulher e da Criança e Adolescente realizam o monitoramento contínuo de indicadores de qualidade da Rede Cegonha, estes incluem informações de assistência ao parto e nascimento e aos cuidados à criança, também têm sido realizadas reuniões sistemáticas com a APS e rede hospitalar com o intuito de alinhar fluxos e os processos de trabalho. A regionalização da assistência obstétrica e neonatal tem proporcionado informações, discussões e melhorias no atendimento materno-infantil.

A Triagem Auditiva Neonatal tem por finalidade a identificação o mais precocemente possível da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e orientação à sua família. De acordo com a OMS, em 2005, a prevalência de pessoas com perdas auditivas de grau moderado a profundo era de 278 milhões de pessoas, sendo que 80% destas vivem em países em desenvolvimento. Sabe-se ainda que a metade dos casos de deficiência auditiva poderia ser prevenida e seus efeitos minimizados se a intervenção fosse iniciada precocemente. Segundo dados de diferentes estudos epidemiológicos, a prevalência da deficiência auditiva varia de um a seis neonatos para cada mil nascidos vivos, e de um a quatro para cada cem recém-nascidos provenientes de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e orientação à sua família. A triagem auditiva neonatal é executada universalmente nas cinco maternidades SUS de Porto Alegre e o monitoramento da execução, assim como os resultados, é um indicador monitorado mensalmente por meio da Rede Cegonha. Ele traz dados sobre os resultados obtidos antes da alta hospitalar a fim de permitir o correto planejamento e encaminhamentos das crianças com alterações. Os dados contidos no gráfico abaixo, mostram a cobertura de realização do teste nas crianças nascidas nas cinco maternidades SUS de Porto Alegre. Os dados mostram uma ampla cobertura na realização da triagem auditiva neonatal na cidade.

Gráfico 203: Percentual de recém nascidos que realizaram a triagem auditiva neonatal, nos cinco hospitais SUS de Porto Alegre, nos anos de 2022, 2023 e 2024

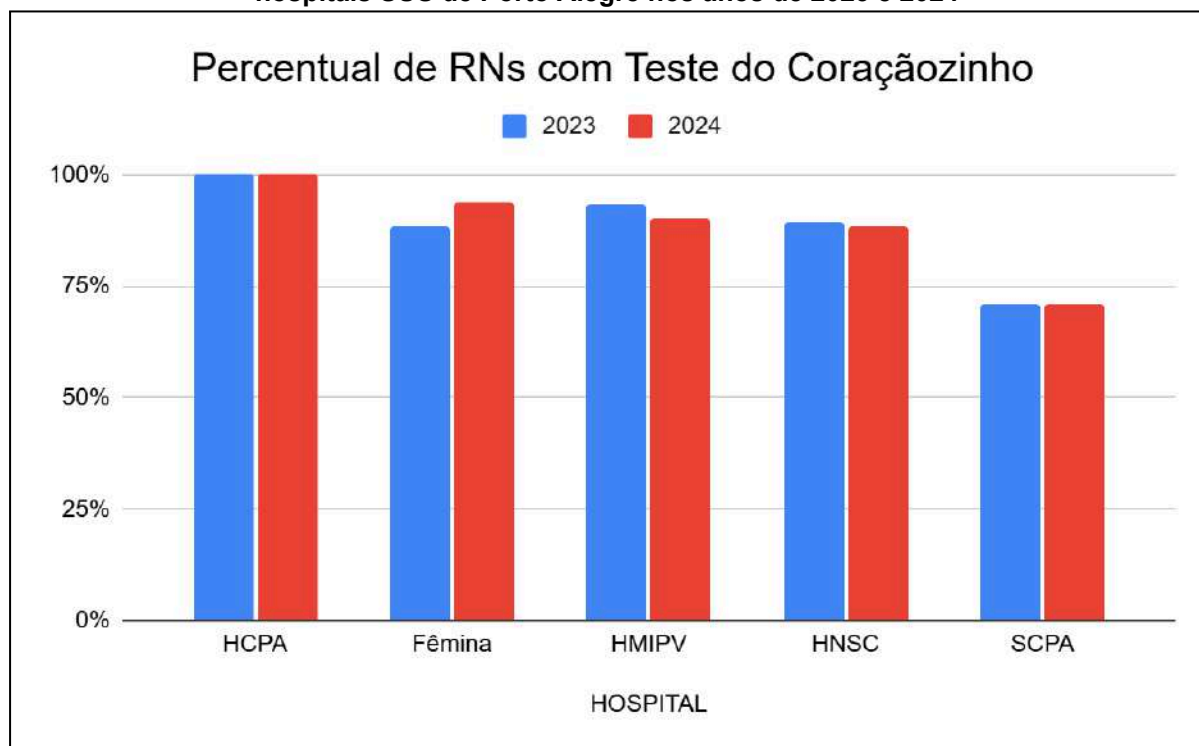


Fonte: Rede Cegonha.

As cardiopatias congênitas são defeitos estruturais do coração que estão presentes na vida fetal e no nascimento. Esse grupo representa cerca de 30% de todas as malformações congênitas. Uma [revisão bibliográfica](#) realizada pelo Departamento de Cardiologia e Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria aponta que: cerca de 1 a 2 de cada 1000 recém-nascidos vivos apresentam cardiopatia congênita crítica e que, 30% destes recém-nascidos recebem alta hospitalar sem o diagnóstico, podendo evoluir para choque, hipóxia ou óbito precoce, antes de receber tratamento adequado. O diagnóstico precoce é fundamental, pois pode evitar choque, acidose, parada cardíaca ou agravo neurológico antes do tratamento da cardiopatia. Melhorar o diagnóstico destas cardiopatias poderá reduzir a taxa de mortalidade neonatal em nosso meio. A triagem de cardiopatia congênita, realizada por meio do teste do coraçãozinho — também um indicador monitorado pela Rede Cegonha —, apresentou, em média, 90% de realização, com o percentual mais alto registrado no HCPA, hospital que atingiu 100% dos bebês. Já o Hospital Santa Casa de Porto Alegre, por ser referência no atendimento da cardiopatia congênita e receber bebês com

diagnóstico já estabelecido, apresentou o menor percentual de triagem cardiológica, conforme mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 204: Percentual de recém nascidos que realizaram teste do coraçãozinho nos cinco hospitais SUS de Porto Alegre nos anos de 2023 e 2024



Fonte: Rede Cegonha.

1.7 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – [Portaria nº 4.279](#), de 30/12/2010), com suas diretrizes consolidadas pela Portaria nº 03/2017 - MS. Os desafios para a constituição destas redes passam pelo fortalecimento dos mecanismos de governança (colegiados, conselhos de saúde e participação da sociedade), pelo financiamento suficiente para a dimensão das necessidades do sistema e pelo fortalecimento da gestão para execução e monitoramento de todos os processos.

1.7.1 Rede de Cuidado Materno-Infantil - Rede Alyne

A rede de cuidado materno-infantil em Porto Alegre está instituída há mais de 20 anos com a referência hospitalar regionalizada e vinculação das gestantes à maternidade de referência no início do pré-natal. Atualmente a Rede Municipal de

Saúde conta com cinco maternidades que atendem a população SUS, são elas: as maternidades do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Fêmina, Irmandade Santa Casa de Misericórdia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

Com a constituição do Programa Rede Cegonha em 2011 pelo Ministério da Saúde foi possível implementar novas ações como: oferta de TR de gravidez em todas as unidades de saúde, o intuito de captar precocemente as gestantes para início do pré-natal; implantação de classificação de risco na emergência obstétrica; testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites virais no pré-natal e na maternidade, assim como a implementação das boas práticas do parto e nascimento nas maternidades.

No terceiro quadrimestre de 2024, foi publicada a Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, que instituiu a Rede Alyne, em substituição à Rede Cegonha. As principais ações dessa rede voltam-se à qualificação do cuidado materno-infantil e incluem: oportunizar o acesso, a cobertura e a qualidade do pré-natal; aprimorar a assistência ao parto, puerpério e aos cuidados com a criança; qualificar a rede de atenção à mulher; ampliar os direitos reprodutivos; promover atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério; e assegurar à criança o direito a um nascimento seguro, bem como ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A Rede Alyne traz ênfase na promoção da equidade étnico-racial, na proteção e promoção do vínculo da família e bebê, sobretudo para as pessoas em situação de rua com a adoção de práticas baseadas em evidências, com o intuito de reduzir a morbimortalidade materna e infantil, com destaque no componente neonatal, sobretudo da população negra e indígena.

Além de uma ênfase na promoção da equidade étnico-racial, a Rede Alyne aumenta o incentivo financeiro a ser repassado para os serviços e acrescenta aporte financeiro para ambulatório de gestação e puerpério de alto risco, ambulatório de seguimento de neonatologia e banco de leite.

O município de Porto Alegre aderiu à Rede Alyne, todos os hospitais estão contemplados no plano estadual para receber incentivo financeiro nas diversas modalidades previstas. Este plano estadual foi enviado em abril do ano corrente e, em breve, o Ministério da Saúde divulgará o parecer, para que então possam ser encaminhadas as habilitações.

Neste momento estão sendo pactuados os indicadores de monitoramento em nível regional e estadual. Na sequência, serão pactuados os indicadores para o monitoramento em nível hospitalar.

Quanto aos indicadores relativos ao pré-natal de risco habitual, realizado pela APS, estão a captação precoce da gestante, com início de pré-natal até as 12 semanas e o número de gestantes com exames avaliados até a 20ª semana de gestação. Estes indicadores estão sendo monitorados pela gestão da atenção primária em saúde da Secretaria Municipal de Saúde e também fazem parte dos indicadores do novo financiamento da APS do MS.

1.7.2 Rede de Atenção Psicossocial

A Política de Atenção Psicossocial tem como fundamento jurídico a Lei Federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001a), a Lei Estadual nº 9.716/1992 e as Portarias MS/GM nº 3.088/2011 e 2013, que tratam da proteção e dos direitos das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, bem como daquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Essas normas redirecionam o modelo assistencial em saúde mental e instituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS.

A RAPS em Porto Alegre dispõe de múltiplos serviços, conforme disposto na legislação citada, com o objetivo de oferecer assistência integral e apoiar, através do matriciamento e articulação de rede, o papel fundamental da Atenção Primária no cuidado da população.

Composição atual:

- Atenção Básica:
 - Unidades de Saúde: 133
 - Equipes Multidisciplinares: 24
 - Consultórios na Rua: 5
- Atenção Psicossocial Especializada:
 - CAPS II: 5
 - CAPS i: 3
 - CAPS AD II: 1
 - CAPS AD III: 6
 - CAPS AD IV: 1
 - Equipes Especializadas em Saúde da Criança e do Adolescente: 8

- Equipes de Saúde Mental Adulto: 7
- Ambulatórios Hospitalares especializados em Saúde Mental: 5
- Atenção de Urgência e Emergência:
 - Plantão de Emergência em Saúde Mental: 2
- Atenção Residencial de Caráter Transitório:
 - Comunidades Terapêuticas: 2
- Atenção Hospitalar:
 - Cerca de 400 leitos em Hospitais Gerais e Psiquiátricos.
- Estratégia de Desinstitucionalização:
 - 9 Serviços de Residencial Terapêutico (SRT)
- Reabilitação Psicossocial:
 - Oficina de Geração de Trabalho e Renda: 1 (GeraPoa)

A RAPS tem como premissas o cuidado integral, a ênfase no cuidado com base territorial, a desinstitucionalização, a reabilitação, a atenção às urgências e a indicação de hospitalização apenas quando estritamente necessária.

Elementos estruturantes para a Política de Saúde Mental no Município:

- garantia de manutenção do SUS, universal, público e de qualidade, com abrangência da Rede de Atenção Psicossocial em todos os territórios do Município de Porto Alegre;
- garantia da atuação interdisciplinar como prática prioritária na atenção à saúde mental;
- transversalização da saúde mental tanto na gestão quanto na assistência, com circulação de saberes desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até a alta complexidade;
- identificação e monitoramento dos determinantes e condicionantes sociais, econômicos e culturais nos processos de planejamento relacionados à saúde/doença mental, bem como identificação dos territórios com maior vulnerabilidade psicossocial, a fim de efetivar a equidade nas ações em saúde mental;
- ampliação dos investimentos financeiros em todos os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial do Município;
- fomento do protagonismo dos usuários no desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares e da participação direta através dos conselhos locais na organização dos serviços;

- priorização do cuidado em liberdade, de base comunitária e participativo, incentivando a articulação entre todos os pontos da rede (RAPS).

Nos últimos quatro anos houve um incremento importante no número de SRTs, com a abertura de quatro residências. Isso nos permitiu avançar de forma significativa na desinstitucionalização do Instituto Psiquiátrico Forense, a ponto de não haver mais nenhum residente do município de Porto Alegre na Instituição. Além disso, foi possível acolher os usuários que estavam internados há mais de dois anos no Hospital Psiquiátrico. Esta ação está alinhada às propostas da [4ª Conferência Municipal de Saúde Mental de POA](#).

Importante referir que o planejamento anterior previa a abertura de 20 residenciais terapêuticos, no entanto, a legislação através da [Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023](#), reafirmou a intenção de que este tipo de serviço tem um caráter específico de abrigar e cuidar daqueles usuários vítimas de abandono nos hospitais psiquiátricos e de custódia com longa permanência (>2anos). Sendo assim, a intenção é realocar os recursos na criação de CAPS e investir no cuidado longitudinal, reforçando os laços familiares e territoriais para evitar internações e abandono das pessoas com sofrimento psíquico intenso.

Em relação aos processos de trabalho, vale destacar o uso do e-SUS como prontuário dos usuários, que já é usado por quase toda rede psicossocial especializada, inclusive nos CAPS AD, permitindo assim um salto importante na integração das informações, garantindo principalmente maior espaço à APS na RAPS. O Gercon segue sendo sistema regulador de consultas, e agenda eletrônica dos profissionais, mas já entendendo as limitações deste sistema, principalmente no que diz respeito às rotinas dos CAPS.

Ressalta-se também a importante repercussão no atendimento em saúde mental provocada pela contratação de equipes multidisciplinares (e-Multis) na atenção primária, que inclui em sua composição profissionais como psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos e assistentes sociais. Com esse projeto, atualmente aproximadamente 40% das unidades de saúde passaram a contar com a presença dessas equipes, além de toda a rede intersetorial, que têm papel importante na execução da política de atenção psicossocial do município.

Ainda assim percebe-se uma baixa cobertura nos serviços de atendimento especializado em saúde mental, que conta com filas de esperas expressivas. O

quadro abaixo demonstra a cobertura de serviços direcionados a atenção psicossocial na cidade, por Coordenadoria de Saúde:

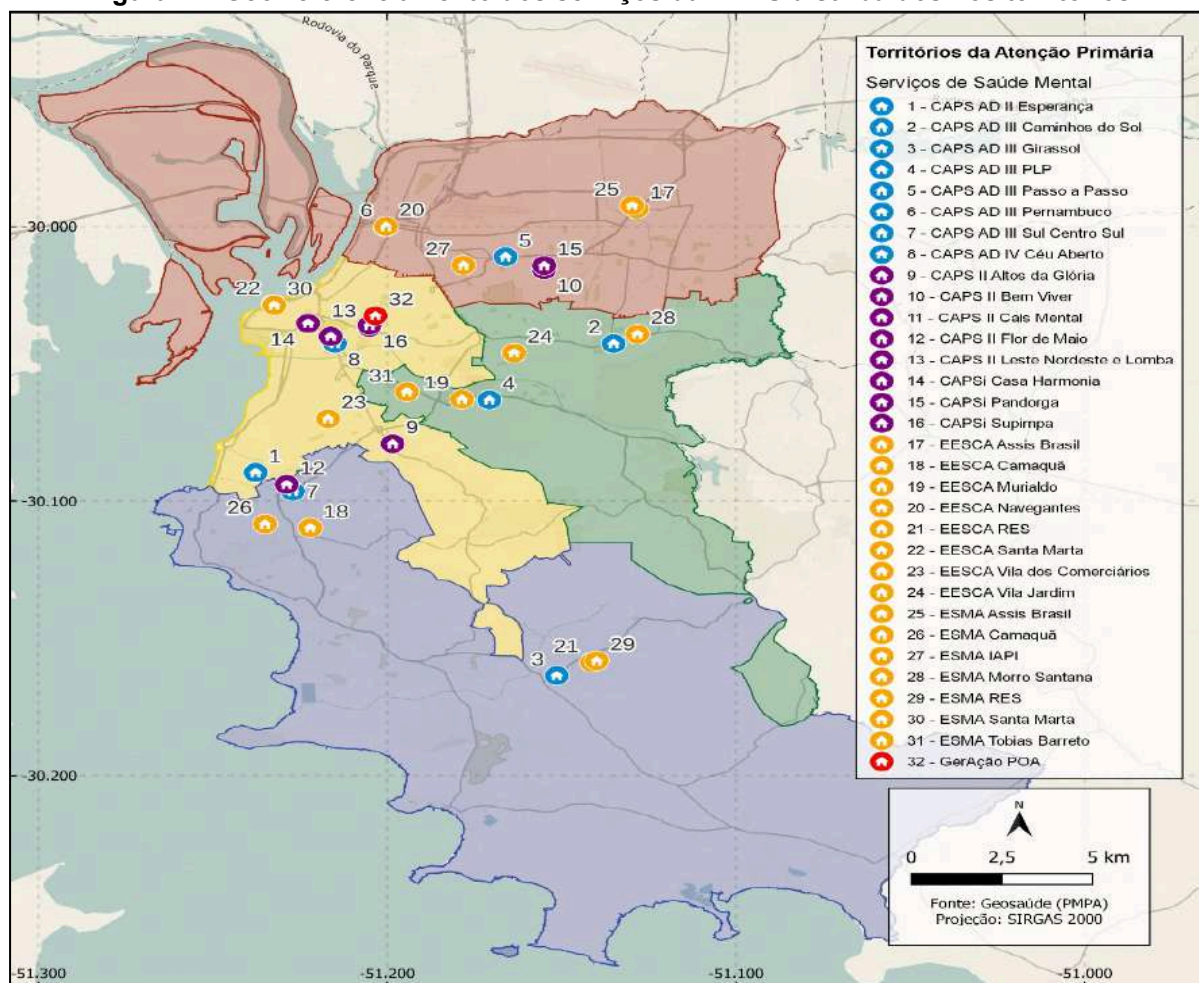
Quadro 29: Serviços da Rede de Atenção Psicossocial por Coordenadoria de Saúde

CNES	Tipo	Nome	Tipo de oferta	Abrangência	Vínculo SMS
Coordenadoria de Saúde Norte					
6883338	EESCA	Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente Navegantes	Ambulatório	Noroeste, Humaitá, Ilhas e Navegantes	Próprio
6882935	EESCA	Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente Assis Brasil	Ambulatório	Norte, Eixo e Baltazar	Próprio
2264242	ESMA	Equipe de Saúde Mental Adulto IAPI	Ambulatório	Noroeste, Humaitá, Ilhas e Navegantes	Próprio
6882927	ESMA	Equipe de Saúde Mental Adulto Assis Brasil	Ambulatório	Norte, Eixo e Baltazar	Próprio
6487734	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II Bem Viver (GHC)	CAPS	Coordenadoria Norte	Parceiro Público
7535449	CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III Passo a Passo (GHC)	CAPS	Norte, Eixo e Baltazar	Parceiro Público
6290124	CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III Pernambuco (AESC)	CAPS	Noroeste, Humaitá, Ilhas e Navegantes	Parceiro Privado
6638988	CAPSi II	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Pandorga (GHC)	CAPS	Coordenadoria Norte	Parceiro Público
7364881	SRT	Serviço Residencial Terapêutico Lar da Amizade (AHVN)	Reabilitação	Municipal	Parceiro Privado
6487734	SRT	Serviço Residencial Terapêutico Refúgio do Coração (AHVN)	Reabilitação	Municipal	Parceiro Privado
7632649	CT	Comunidade Terapêutica Marta e Maria (mulheres adultas)	Reabilitação	Municipal	Parceiro Privado
Coordenadoria de Saúde Leste					
6883273	EESCA	Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente Vila Jardim	Ambulatório	Leste/Nordeste	Próprio
6883478	EESCA	Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente Murialdo	Ambulatório	Partenon/Lombada do Pinheiro	Próprio
6883265	ESMA	Equipe de Saúde Mental Adulto Morro Santana	Ambulatório	Leste/Nordeste	Próprio
6883443	ESMA	Equipe de Saúde Mental Adulto Tobias Barreto	Ambulatório	Partenon/Lombada do Pinheiro	Próprio
7364881	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II Alegria (HCPA)	CAPS	Leste/Nordeste /Partenon/Lombada do Pinheiro	Parceiro Público
7364865	CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Supimpa (HCPA)	CAPS	Leste/Nordeste /Partenon/Lombada do Pinheiro, Glória/Cruzeiro /Cristal	Parceiro Público
9752692	CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III Caminhos do Sol (IB SAÚDE)	CAPS	Leste/Nordeste	Parceiro Privado
7313810	CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III PLP (AESC)	CAPS	Partenon/Lombada do Pinheiro	Parceiro Privado
7364881	SRT	Serviço Residencial Terapêutico Nosso Lar (AHVN)	Reabilitação	Municipal	Parceiro Privado
7364881	SRT	Serviço Residencial Terapêutico Nise da Silveira (AHVN)	Reabilitação	Municipal	Parceiro Privado

9686320	CT	Comunidade Terapêutica PACTO (homens adultos)	Reabilitação	Municipal	Parceiro Privado
Coordenadoria Oeste					
6883427	EESCA	Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente Santa Marta	Ambulatório	Centro	Próprio
6883214	EESCA	Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente Vila dos Comerciantes	Ambulatório	Glória/Cruzeiro/Cristal	Próprio
6883397	ESMA	Equipe de Saúde Mental Adulto Santa Marta	Ambulatório	Centro	Próprio
6883222	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II Altos da Glória	CAPS	Glória/Cruzeiro/Cristal	Próprio
2264323	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II Centro	CAPS	Centro	Próprio
6754090	CAPS AD II	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II Esperança	CAPS	Glória/Cruzeiro/Cristal	Próprio
9686576	CAPS AD IV	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV Céu Aberto (AESC)	CAPS	Centro	Parceiro Privado
2264293	CAPSi II	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil II Casa Harmonia	CAPS	Centro/Restinga/Extremo Sul	Próprio
3392228	Ambulatório	Oficina de Geração de Trabalho e Renda (GeraPOA)	Reabilitação	Municipal	Próprio
2264323	SRT	Serviço Residencial Terapêutico Nova Vida (AHVN)	Reabilitação	Municipal	Parceiro Privado
2264323	SRT	Serviço Residencial Terapêutico A Grande Família (AHVN)	Reabilitação	Municipal	Parceiro Privado
2264323	SRT	Serviço Residencial Terapêutico 18 de Maio (AHVN)	Reabilitação	Municipal	Parceiro Privado
Coordenadoria Sul					
6883095	EESCA	Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente Camaquã	Ambulatório	Sul/Centro Sul	Próprio
6883141	EESCA	Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente RES	Ambulatório	Restinga/Extremo Sul	Próprio
6883109	ESMA	Equipe de Saúde Mental Adulto Camaquã	Ambulatório	Sul/Centro Sul	Próprio
6883133	ESMA	Equipe de Saúde Mental Adulto RES	Ambulatório	Restinga/Extremo Sul	Próprio
2237717	CAPS II	CAPS II Flor de Maio	CAPS	Sul/Centro Sul	Próprio
6255434	CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas SCS (AESC)	CAPS	Sul/Centro Sul	Parceiro Privado
9752706	CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Girassol (IB SAÚDE)	CAPS	Restinga/Extremo Sul	Parceiro Privado
2237717	SRT	SRT Dona Yvonne Lara (AHVN)	Reabilitação	Municipal	Parceiro Privado
2237717	SRT	SRT Paulo Freire (AHVN)	Reabilitação	Municipal	Parceiro Privado

Fonte: CASM -DAPS.

Figura 14: Georreferenciamento dos serviços da RAPS distribuídos nos territórios



Fonte: Geo Saúde.

O agendamento das primeiras consultas na rede especializada em saúde mental em Porto Alegre, com exceção dos CAPS AD, que possuem acolhimento “portas abertas”, ainda é realizado através da regulação pelo sistema Gercon, baseado na Matriz de Agravos versus Níveis de Atenção, que determina a qual componente da RAPS cada usuário deve ser encaminhado. A oferta de primeiras consultas difere entre os serviços. Tal situação é consequência de uma maior procura em determinadas regiões e das diferentes composições das equipes (tanto quantitativamente quanto em relação aos campos profissionais), fazendo com que alguns serviços tenham uma fila de espera para início de tratamento maior do que os demais.

De acordo com o relatório “Alerta para o déficit de vagas de primeiro acesso a Serviços de Saúde Mental da Infância e Adolescência de média complexidade em Porto Alegre”, de 05 de julho de 2021, elaborado pela equipe do Programa Regula +

Brasil, que realizava a gestão das vagas no sistema Gercon, o restrito número de vagas ofertadas gera uma importante dificuldade de acesso.

Outro ponto a ser ressaltado é a baixa cobertura de CAPS II e III para atender adultos com transtorno mental, que resulta em uma defasagem expressiva no atendimento às demandas desse público, tanto pela baixa capacidade de acolher usuários, quanto pela dificuldade em realizar o apoio matricial à APS. Outra consequência do número reduzido de CAPS é ter que abarcar mais de um distrito de saúde, restringindo o acesso das pessoas ao serviço, em razão das distâncias a serem percorridas.

Como resultado temos longas filas de espera, sendo este um dos principais entraves para o desenvolvimento de uma rede de atenção psicossocial capaz de atuar preventivamente, evitando a necessidade de internações hospitalares e abandono por parte dos familiares. Constata-se que a fragilidade dos vínculos familiares e sociais tem gerado um excesso de pedidos judiciais para a inserção de usuários em serviços residenciais protegidos e amparados por equipe de saúde.

Do mesmo modo, é inegável que a cobertura de CAPS I é insuficiente, comprometendo o adequado atendimento à população infanto-juvenil que apresenta transtornos graves e persistentes. Dessa forma, resulta que a ampliação do número de CAPS I e a implantação de CAPS III adulto são ações fundamentais para a qualificação da atenção psicossocial em Porto Alegre.

Visando a sustentabilidade da RAPS, a habilitação dos novos serviços junto ao órgão financiador é de crucial importância e está em andamento, após um período em que o Ministério da Saúde não estava possibilitando o acesso ao sistema de apoio à implantação de Política em Saúde (SAIPS). Conforme levantamento realizado conjuntamente pela CASM e FMS, a situação das habilitações dos serviços de saúde mental se encontra descrita abaixo.

Quadro 30: Situação das habilitações de serviços da RAPS, em agosto de 2025

Serviço	CNES	Portaria da habilitação	Valor mensal cofinanciamento estadual	Valor mensal cofinanciamento federal

CAPSi Supimpa (HCPA)	7364865	3.408/2018	Há ressalva para o recebimento, considerando que a maioria dos profissionais que compõe a equipe tem carga horária semanal abaixo de 20h	R\$ 48.804,00
CAPS II Alegria (HCPA)	7364881	3.408/2018	Há ressalva para o recebimento, considerando que a maioria dos profissionais que compõe a equipe tem carga horária semanal abaixo de 20h	R\$ 50.257,00
CAPS II CENTRO	2264323	2.730/2019	R\$ 12.000,00	R\$ 50.257,00
CAPS II Altos da Glória (antiga ESMA Altos da Glória)	6883222	5.235/2024	R\$ 12.000,00	R\$ 50.257,00
CAPSi II Casa Harmonia	2264293	2.103/2002	R\$ 12.000,00	R\$ 48.804,00
CAPS AD III Pernambuco	6290124	693/2010	R\$ 35.600,00	R\$ 159.492,00
CAPS AD III PLP	7313810	1.217/2013	R\$ 35.600,00	R\$ 159.492,00
CAPS AD III SCS	6255434	2.983/2020	R\$ 35.600,00	R\$ 159.492,00
CAPS AD III Girassol	9752706	5.066/2024	R\$ 35.600,00	R\$ 159.492,00
CAPS AD III Caminhos do Sol	9752692	3.505/2024	R\$ 35.600,00	R\$ 159.492,00
CAPS AD II Esperança	6754090	1.455/2014	R\$ 12.000,00	R\$ 60.424,00
CAPS II Flor de Maio	2237717	743/2008	Necessita mais 1 profissional.	R\$ 50.257,00
CAPS II Bem Viver (GHC)	6487734	373/2010	R\$ 12.000,00	R\$ 50.257,00
CAPS AD III Passo a Passo (GHC)	7535449	404/2015	R\$ 35.600,00	R\$ 159.492,00
CAPSi Pandorga (GHC)	6638988	1.353/2014	R\$ 12.000,00	R\$ 48.804,00
CAPS AD IV Céu Aberto	9686576	3.189/2019	Não há previsão de cofinanciamento, Portaria nº 3.588/2017 revogada.	R\$ 400.000,00
SRT Lar da Amizade (AHVN)	7364881	2.975/2020	R\$ 9.000,00	R\$ 30.506,40
SRT Nova Vida	2264323	1.931/2018	R\$ 10.000,00	R\$ 30.506,40
SRT A Grande Família	2264323	Proposta SAIPS aprovada, aguarda publicação de portaria pelo MS	-	-
SRT D. Yvonne Lara	2237717	Proposta SAIPS aprovada, aguarda publicação de portaria pelo MS	-	-
SRT Nise da Silveira	7364881	Proposta SAIPS aprovada, aguarda publicação de portaria pelo MS	-	-

SRT 18 de Maio	2264323	Proposta SAIPS encaminhada ao MS, aguarda avaliação	-	-
SRT Nosso Lar	7364881	Proposta SAIPS encaminhada ao MS, aguarda avaliação	-	-
SRT Paulo Freire	2237717	Proposta SAIPS encaminhada ao MS, aguarda avaliação	-	-
SRT Refúgio do Coração	6487734	Proposta SAIPS encaminhada ao MS, aguarda avaliação	-	-
EESCA Vila Jardim	6883273	913/2019	Não há previsão de cofinanciamento	R\$ 30.000,00
EESCA Assis Brasil	6882935	911/2019	Não há previsão de cofinanciamento	R\$ 12.000,00
EESCA Navegantes (antiga EESCA IAPI)	6883338	913/2019	Não há previsão de cofinanciamento	R\$ 30.000,00
EESCA RES	6883141	911/2019	Não há previsão de cofinanciamento	R\$ 12.000,00
EESCA Camaquã	6883095	915/2019	Não há previsão de cofinanciamento	R\$ 30.000,00
ESMA IAPI	2264242	915/2019	Não há previsão de cofinanciamento	R\$ 30.000,00
ESMA Morro Santana	6883265	915/2019	Não há previsão de cofinanciamento	R\$ 12.000,00
ESMA Tobias Barreto	6883443	911/2019	Não há previsão de cofinanciamento	R\$ 12.000,00
ESMA Camaquã	6883109	915/2019	Não há previsão de cofinanciamento	R\$ 30.000,00

Fonte: CASM/DAPS e DFMS.

Ressaltamos que o financiamento federal e estadual dependem de requisitos mínimos estabelecidos na legislação, dentre os quais o quadro de recursos humanos. Ocorre que o grande número de aposentadorias sem substituição nos últimos 4 anos tem diminuído substancialmente a capacidade de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disso, a falta de servidores pode se refletir em perda de habilitação de serviços, com respectiva perda de financiamento.

Porto Alegre tem uma situação peculiar para o atendimento de urgências e emergências em saúde mental, pois possui dois pronto atendimentos específicos para este tipo de atendimento, o Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM) IAPI e Cruzeiro do Sul. Este modelo, único no país, além de não receber financiamento federal ou estadual, sendo mantido exclusivamente com verba municipal, produz uma série de consequências em toda a rede de atendimento.

Atualmente, constata-se que os PESMs são procurados pela população pelas mais diversas razões: desde uma crise efetiva, que coloca o sujeito em risco (função essencial de qualquer emergência), até para acolhida, banho e alimentação, ou para retomar alguma espécie de vinculação estabelecida pela grande frequência de atendimento, como vemos nos casos de reinternadores. Costuma-se dizer de uma forma coloquial que existe uma “porta giratória” ou um acesso secundário, em que a

ida a um PESM dá uma ilusão de tratamento. Com isso, os casos acabam por se cronificar, já que não se trata de uma assistência efetiva e continuada.

A questão principal é que os únicos serviços autorizados a pedir internação em leitos de saúde mental são os PESMs e os CAPS AD. Dessa forma, uma situação de Tentativa de Suicídio, por exemplo, que chega a uma porta de Emergência Clínica exigindo procedimento para a sobrevivência, posteriormente é encaminhada a uma segunda porta de emergência em saúde mental para ter uma avaliação da necessidade de internação e aguardar leito. Isto somado ao fato de que o acesso ao tratamento em CAPS, EESCAs e ESMAs dependem da regulação, que prioriza os casos mais graves, resulta que os usuários com situações mais críticas, que foram acolhidos na emergência, são priorizados no acesso ao tratamento. Isto faz com que o trabalho de prevenção, tratamento continuado, cuidado territorial fiquem fragilizados.

Outra consequência deste modelo é a separação entre atendimento de saúde clínica e mental, que se reproduz nos hospitais, em outras emergências, nos serviços ambulatoriais e de forma muito evidente, na APS. As unidades de saúde historicamente também não se vêm fazendo trabalho em saúde mental, quando na verdade, acolhem e promovem o tratamento da grande demanda nesta área. Atualmente, mesmo em se tratando de consulta pré-natal, de puericultura e outras, as questões de saúde mental são integradas a elas pela população.

A transversalidade da saúde mental vem demonstrar essa imagem diagnóstica, e enfrentá-la. Durante as enchentes de maio de 2024, vivenciamos na saúde mental uma grande parceria entre os serviços especializados, com entradas nos abrigos, nas unidades alagadas, e criamos equipes multi de psicologia, nutrição, serviço social, para apoiar os trabalhadores e acolher a população, trabalhando na perspectiva dos primeiros cuidados psicológicos. A proposta cresceu e, a partir do apoio da Secretaria Estadual de Saúde, implantamos 20 equipes de trabalhadoras da saúde mental, diretamente supervisionados pela CASM (transversalizada), que tiveram impacto muito importante na rede e principalmente nas Unidades de saúde.

O efeito deste trabalho levou à implantação de 10 novas eMultis, habilitadas junto ao MS, com psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas e educadores físicos, bem como de outras eMultis nas unidades de saúde sob gestão do GHC, que hoje fazem acompanhamento em saúde mental no território. O impacto na APS das e-Multis tem sido significativo, e quebram regras pré-estabelecidas do

que se imagina atender numa US, reforçando a necessidade de revisão da matriz de agravos, mas em outra perspectiva, que necessita da conclusão de reestruturação da rede para ser efetiva.

Em relação à saúde mental infantil, observou-se um aumento na demanda por atendimentos relacionados a transtornos do desenvolvimento e ao Transtorno do Espectro Autista (TEA). A partir do modelo de reabilitação intelectual, a política de atendimento do SUS para esse público passou a ser direcionada para outra esfera de atenção. Nesse sentido, têm sido emitidos laudos médicos que determinam o tipo e a frequência de atendimentos por outras especialidades. Entende-se que essa prática tem gerado diversas complicações para a RAPS, como encaminhamentos inadequados e excessivos, que não contribuem para a efetivação de um cuidado adequado às necessidades da infância e da adolescência.

A saúde mental infantil tem condições de acolher algumas necessidades de atendimento do TEA, dentro do seu escopo. Com reforço das equipes especializadas na saúde da criança e adolescente, com acréscimo de outras especialidades profissionais, como por exemplo, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, e um número maior de psicólogos e fonoaudiólogos, poderíamos oferecer um atendimento mais qualificado. Entendendo que a decisão sobre que práticas e terapias a serem oferecidas aos usuários depende de avaliação adequada dos profissionais envolvidos, e não de um laudo, que não permite atualização do quadro, e que tem validade por tempo indeterminado.

Outra demanda que segue intensa na infância e adolescência são as situações de violência que trazem sofrimento psíquico de toda ordem. O Centro de Referência de Atendimento Infanto-juvenil segue sendo um dos maiores demandantes de atendimento às EESCAS e CAPSi. Em algumas regiões, cerca de metade das primeiras consultas são oriundas deste serviço. Este dado destaca a importância dos comitês de Enfrentamento à Violência, de Mortalidade Infantil e Materna, e a relevância das notificações, bem como o trabalho de prevenção e promoção à saúde.

São muitos desafios, no entanto reforçamos que uma rede de saúde mental acessível à população, condizente com os fundamentos do SUS, precisa ter estrutura e processos de trabalho que permitam acolher as demandas dos usuários nos mais diversos níveis de atenção e em suas diferentes manifestações. De quadros leves de sofrimento psíquico a processos de adoecimento grave e

persistente. Da prevenção à atenção à crise. Para isso, o acolhimento de portas abertas, como acontece nas unidades de saúde e nas emergências, é essencial.

Quando estabelecemos encaminhamento regulado, com classificação de risco para definir gravidades e prioridades, tiramos o direito ao tratamento continuado e territorial para a maior parte da população. Principalmente a que não está em crise. Com o funil da diferença entre grande demanda e oferta reduzida, os casos saídos de internação (classificação 1), e os casos graves com internação prévia (2) ocupam os acolhimentos ofertados.

Portanto, o desafio proposto é uma mudança de paradigma do que está proposto atualmente: Uma Rede de Atenção Psicossocial sem Plantão de Emergência em Saúde Mental e com Centros de Atenção Psicossocial de “portas abertas” (sem regulação).

Assim a RAPS funcionará com um intermediário a menos. As demandas de crise de saúde mental serão divididas entre estruturas de CAPS III e emergências clínicas. Não é perfeito, não ocorre sem problemas, mas não compartimenta o cuidado, e impõe celeridade nas internações, desestimula acesso de outros municípios (CAPS é territorial), oferece melhor cuidado a crianças e adolescentes. E não produz acesso facilitado à emergência, produz cuidado continuado. Um caso crônico agravado retorna ao CAPS. Apenas em exceção vai à emergência. Diminui busca pela SAMU.

Educa a população a buscar sua referência porta aberta em horário comercial. Provoca atitude nas US, que tem outro ordenador de cuidado na rede para fazer parceria, compartilhar cuidado.

É necessário implantar CAPS III para isso. CAPS III recebe usuários de saúde mental, define em conjunto com ele um PTS que pode incluir acesso a outras portas da rede. Informa sobre como deverá agir em situações de crise. Tem uma ação elástica, que acolhe casos que estão estáveis (consultas mensais, quinzenais, participação em algum grupo, casos agravados (permanência em um turno), mais dependentes (atenção dia), crise (permanência noturna), solicitam internação (podendo evitar acesso a emergência), acionam rede de urgências (apenas quando necessário, para além dos seus recursos).

Para a rede AD, a ausência de PESM suscita mais adesão, mais responsabilização com os usuários. E a implantação de duas Unidades de Acolhimento (UA) permitirá desacelerar o fluxo intenso entre o ciclo intermitente de

tratamento, abandono, recaída, uso, crise, internação e retorno ao tratamento. A UA acolhe por um tempo maior as pessoas em tratamento de uso prejudicial de substância, que tem ali a oportunidade de reorganização de sua vida, trabalho e geração de renda, vínculos, tratamentos.

Entende-se como necessário a continuidade da implantação de e-Multis que oferecem melhor efetividade no tratamento, qualificando a APS na medida em que compartilham com a equipe básica o cuidado em saúde mental, transversalizando a temática e os processos de trabalho. Além disso, acompanha situações que não se sustentam vinculadas a CAPS, oferecendo atendimento na perspectiva do apoio psicossocial, integrando a perspectiva clínica e psicológica.

Outra perspectiva é a implementação de E-multi com psicólogos e psiquiatras nas equipes dos consultórios na rua, pois vai permitir a prevenção e tratamento das pessoas em situação de rua que necessitam desse cuidado. Entende-se que ao mediar o acesso à rede de Atenção Primária e CAPS estaremos diminuindo a necessidade de recorrer ao SAMU e a emergência.

Em resumo, para concretizar a mudança de paradigma proposta, a política de saúde mental aponta para a necessidade de expansão da rede com novos CAPS em regiões específicas como: CAPS III na região da leste; CAPS III Sul, CAPS III Norte, CAPS III Oeste, CAPS ij na Restinga e Lomba do Pinheiro. Com isso será possível iniciarmos com a mudança no acesso aos CAPS, que atuarão de porta aberta, gradualmente atendendo demanda espontânea, em toda cidade, como prevêem as portarias de implantação destes serviços.

A mudança se manifesta também nas perspectivas de inclusão de novos equipamentos como as Unidades de Acolhimento e e-Multis nos consultórios na rua, assim como na transformação da cultura emergencista com a expansão dos pontos de atenção a urgências e emergências - UPA, hospitais e PAs.

Necessário também no próximo ciclo é a atualização da matriz de agravos por níveis de atenção em apoio aos serviços e ao complexo regulador (Gercon, Gerint e SAMU), e o fortalecimento dos serviços de geração de renda como ferramenta importante de inclusão.

1.7.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

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

A Coordenação Municipal de Urgências tem como competência articular e coordenar os serviços da Rede de Urgências e Emergências de Porto Alegre buscando o cumprimento da política nacional de atenção às urgências. Os Pronto Atendimentos e UPA funcionam como serviço de urgência e emergência 24 horas por dia, sete dias da semana e integram a rede de saúde atuando como ponto de apoio entre Unidades Básicas de saúde e Hospitais

Quadro 31: Serviços da rede de urgência exceto porta de entrada dos hospitais

Serviços		
Pré-hospitalar	Móvel	SAMU 192
	Fixo	Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (DS Cruzeiro)
		Pronto Atendimento Bom Jesus (DS Leste)
		Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (DS Lomba do Pinheiro)
		UPA Moacyr Scliar (DS Norte)
		Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (GD Cruzeiro)
		Plantão de Emergência em Saúde Mental – IAPI (DS Noroeste)
		Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (GD Cruzeiro)
Saúde Mental	Fixo	UPA Moacyr Scliar (DS Norte)
Emergência Odonto		

Fonte: SMS / DAHU / CMU.

Tabela 100: Distribuição total do número de atendimentos e desistências nos Prontos Atendimentos, 2021-2024

Ano	Serviço	PABJ	PACS	PALP	UPA Moacyr Scliar
2024	Total de boletins emitidos	67.420	84.095	69.674	94.021
	Total de pacientes atendidos	55.998	75.757	60.087	65.171
	Desistências (%)	16,9	9,9	13,8	30,7
2023	Total de boletins emitidos	66.696	82.220	70.374	100.577
	Total de pacientes atendidos	57.826	77.251	62.391	70.024
	Desistências (%)	13,3	6	11,344	30,4
2022	Total de boletins emitidos	62.773	75.080	70.248	98.865
	Total de pacientes atendidos	62.668	70.308	70.208	73.741
	Desistências (%)	22,9	6,2	11,7	25,4
2021	Total de boletins emitidos	62.288	42.704	58.475	80.797
	Total de pacientes atendidos	55.409	39.180	52.917	69.363
	Desistências (%)	11	8,3	9,5	14,2

Fonte: SIHO/AMB. ¹ Percentual de desistências = Total de desistências / total de boletins emitidos x 100.

Entre 2021 e 2024, observou-se evolução distinta no número de pacientes atendidos nos quatro serviços — Pronto Atendimento Bom Jesus (PABJ), Pronto

Atendimento Lomba do Pinheiro (PALP), Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) e UPA Moacyr Scliar — refletindo diferenças no perfil assistencial, na demanda e na organização da rede.

O PABJ apresentou crescimento relevante de 2021 (55.409 atendidos) para 2022 (62.668 atendidos), com aumento de aproximadamente 13%. Entretanto, a partir de 2023, verificou-se redução gradual, chegando a 55.998 atendidos em 2024, praticamente retornando ao patamar inicial. Essa oscilação pode estar associada a ajustes no fluxo de pacientes e à redistribuição da demanda entre unidades.

O PACS registrou a maior variação positiva no período. Em 2021, foram 39.180 atendidos, passando para 70.308 em 2022 (+79,5%), com manutenção de crescimento em 2023 (77.251) e leve retração em 2024 (75.757). O aumento expressivo indica ampliação da capacidade ou maior procura pela unidade, mantendo-se como serviço com tendência geral de expansão.

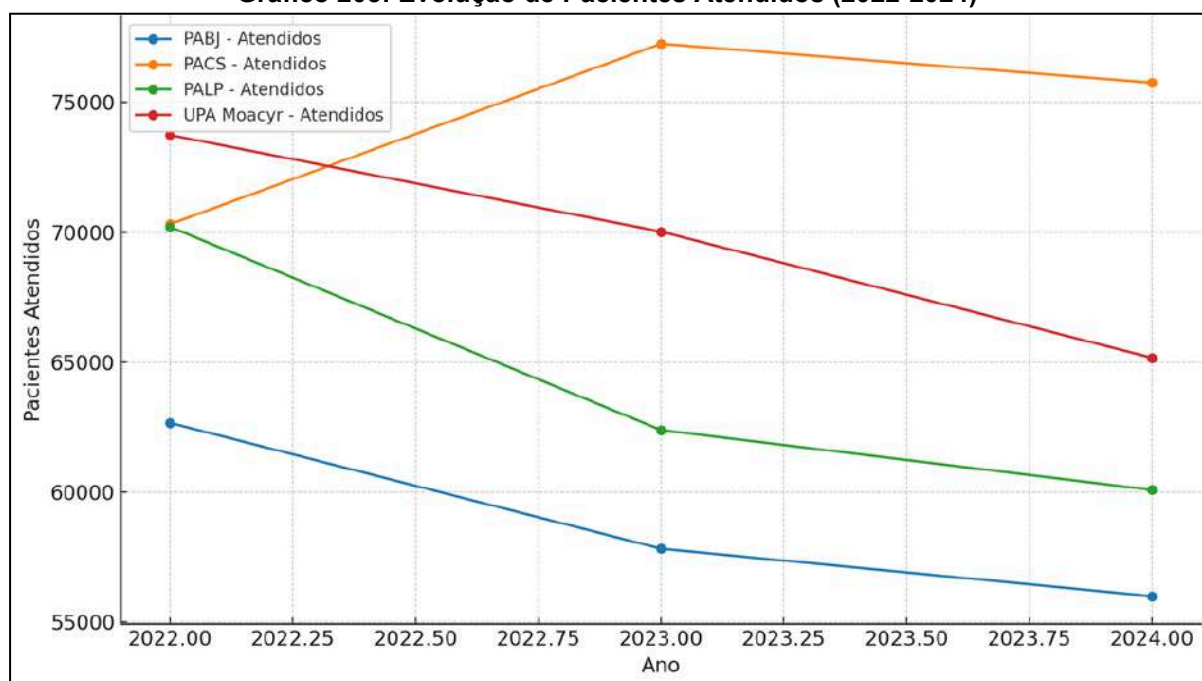
O PALP seguiu padrão semelhante ao PABJ, com aumento significativo de 2021 (52.917) para 2022 (70.208) — cerca de 33% de crescimento — seguido por quedas em 2023 (62.391) e 2024 (60.087). Apesar da redução, o volume de atendimentos manteve-se superior ao observado no início do período.

A UPA Moacyr Scliar manteve número de atendimentos relativamente estável, partindo de 69.363 em 2021, alcançando 73.741 em 2022, e recuando para 70.024 em 2023 e 65.171 em 2024. O perfil de casos na UPA indica maior gravidade, o que pode justificar menor variação no volume total e redução mais acentuada no último ano.

No que se refere às desistências em relação aos pacientes atendidos, observou-se crescimento no PABJ (de 11,0% em 2021 para 16,9% em 2024) e no PALP (de 9,5% para 13,8%), estabilidade baixa no PACS (em torno de 6% a 10%) e aumento relevante na UPA (de 14,1% para 30,7%). Esse cenário aponta para possível influência do tempo de espera, complexidade dos casos e condições de acesso em cada serviço.

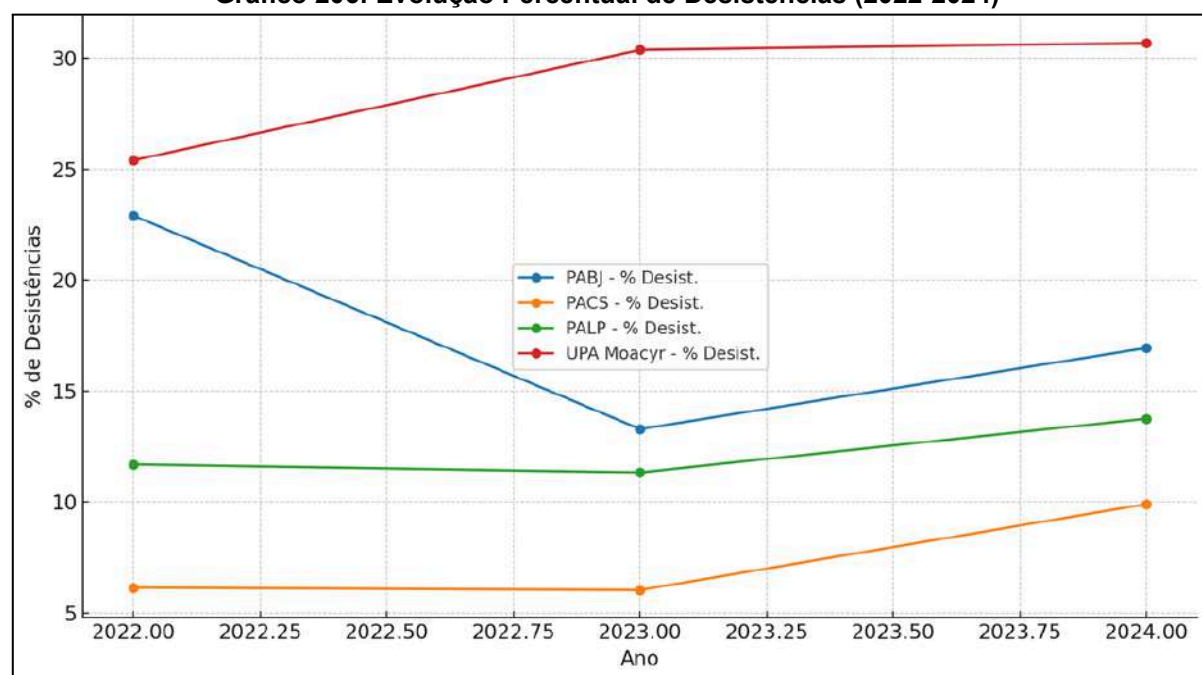
Em síntese, no quadriênio 2021-2024, o PACS foi o serviço com maior expansão e estabilidade na retenção dos pacientes, o PABJ e o PALP mostraram comportamento de crescimento inicial seguido de queda, e a UPA manteve-se estável até 2022, mas com redução mais significativa nos dois anos seguintes, preservando seu perfil de maior complexidade.

Gráfico 205: Evolução de Pacientes Atendidos (2022-2024)



Fonte: SIHO/AMB e GHC.

Gráfico 206: Evolução Percentual de Desistências (2022-2024)



Fonte: SIHO/AMB e GHC.

Tabela 101: Distribuição do número de atendimentos e desistências em clínica médica nos Prontos Atendimentos, 2021-2024

Ano	Serviço	PABJ	PACS	PALP	UPA Moacyr Scliar
2024	Total de boletins emitidos	55.871	62.382	55.411	90.021
	Total de pacientes atendidos	45.060	56.884	46.851	65.171
	Desistências (%)	19,3	8,8	15,5	30,68
2023	Total de boletins emitidos	52.042	58.563	51.903	85.504
	Total de pacientes atendidos	44.202	53.893	45.202	70.024
	Desistências (%)	15,2	7,8	12,9	18,1

2022	Total de boletins emitidos	47.841	53.910	46.429	90.796
	Total de pacientes atendidos	37.803	49.531	40.274	66.347
	Desistências (%)	20,1	8,1	13,3	26,9
2021	Total de boletins emitidos	46.763	33.126	45.248	67.990
	Total de pacientes atendidos	41.554	28.856	40.530	64.122
	Desistências (%)	11,1	12,9	10,4	5,7

Fonte: SIHO/AMB e GHC.

Tabela 102: Distribuição do número de atendimentos e desistências em pediatria nos Prontos Atendimentos, 2021-2024

Ano	Serviço	PABJ	PACS	PALP
2024	Total de boletins emitidos	15.690	22.263	17.635
	Total de pacientes atendidos	15.087	21.915	17.144
	Desistências (%)	3,84	1,6	17,14
2023	Total de boletins emitidos	16.567	21.579	19.472
	Total de pacientes atendidos	15.802	21.194	18.952
	Desistências (%)	4,61	1,8	2,74
2022	Total de boletins emitidos	33.355	21.200	20.522
	Total de pacientes atendidos	15.830	20.792	21.162
	Desistências (%)	9,8	1,91	3
2021	Total de boletins emitidos	15.419	9.578	15.722
	Total de pacientes atendidos	14.897	9.324	15.139
	Desistências (%)	3,39	2,65	3,71

Fonte: SIHO/AMB e GHC.

De 2021 a 2024, os atendimentos pediátricos nos Prontos Atendimentos apresentaram diferentes comportamentos. O PABJ manteve desempenho estável e baixa taxa de desistências, exceto por um pico atípico de boletins em 2022. O PALP cresceu até 2022, mas em 2024 apresentou aumento expressivo de desistências, reduzindo sua eficiência. Já o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) registrou um total de 22.263 boletins emitidos em 2024, com 21.915 pacientes atendidos e uma taxa de desistência de 1,6%.

Tabela 103: Distribuição dos atendimentos nos Pronto Atendimentos, segundo a classificação de risco, 2021-2024

PA	Classificação de risco	2024		2023		2022		2021	
		N	%	N	%	N	%	N	%
PABJ	Vermelho	52	0,1	77	0,1	102	0,2	125	0,2
	Laranja	384	0,6	486	0,7	917	1,5	1.441	2,2
	Amarelo	11.834	17,6	11.277	16,9	11.667	18,6	11.879	18,4
	Verde	50.395	74,8	49.029	73,5	45.316	72,3	47.238	73,1
	Azul	4.120	6,1	5.625	8,4	4.520	7,2	3.512	5,4
	Não Classificado	632	1,0	202	0,3	125	0,2	454	0,7
PACS	Vermelho	157	0,2	107	0,2	214	0,3	128	0,2
	Laranja	9.948	9,6	7.992	11,2	8.862	11,8	6.119	8,0
	Amarelo	17.488	16,1	14.273	20,8	16.161	21,5	13.524	17,8
	Verde	73.271	67,62	54.273	66,2	49.098	65,4	49.964	65,7
	Azul	4.506	4,2	4.317	1,1	628	0,8	3.854	5,1
	Não Classificado	2.979	2,8	1.258	0,3	117	0,15	2.511	3,3

PALP	Vermelho	70	0,1	103	0,1	89	0,1	71	0,1
	Laranja	538	0,8	485	0,6	806	1,2	1.095	1,8
	Amarelo	10.577	15,2	12.105	17,2	13.078	18,6	9.553	15,4
	Verde	56.035	80,4	55.404	78,7	53.828	76,7	48.763	78,4
	Azul	1.629	2,3	1.533	2,1	1.683	2,4	2.056	3,3
	Não Classificado	825	1,2	729	1,0	723	1,03	662	1,1
UPA Moacyr Scliar	Vermelho	292	0,3	277	0,2	316	0,3	264	0,3
	Laranja	16.030	17,1	12.940	12,8	9.807	9,4	9.762	12,1
	Amarelo	25.841	27,5	23.068	22,9	17.607	16,8	11.992	14,8
	Verde	49.661	52,8	59.137	58,8	72.296	68,9	54.595	67,6
	Azul	200	0,2	506	0,5	806	0,8	1.412	1,8
	Não Classificado	1.997	2,1	4.649	4,6	4.111	3,9	2.768	3,4

Fonte: SIHO/AMB. Legenda: NC = Não Classificado 1 Inclui classificação clínica, odontologia e cirurgia.

No período analisado, os atendimentos nos Prontos Atendimentos (PABJ, PACS, PALP) e na UPA Moacyr Scliar mantiveram predominância da classificação verde, que representa casos de menor gravidade. Esse padrão se manteve estável nos três PAs, variando de aproximadamente 65% a 80% dos atendimentos, com pequenas oscilações anuais. No entanto, na UPA Moacyr Scliar houve uma redução importante dessa proporção, de cerca de 69% em 2022 para 53% em 2024, acompanhada de aumento expressivo das classificações amarelo e laranja, indicando crescimento da demanda por casos de média complexidade e potencial urgência. Os Prontos Atendimentos (PAs) Lomba do Pinheiro (PALP) e Bom Jesus (PABJ) iniciaram suas obras, ainda não finalizadas até o momento. Ambos os serviços seguem atendendo pacientes conforme a classificação de risco.

As classificações amarela (média gravidade) e laranja (urgência moderada) apresentaram comportamentos distintos entre os serviços. Nos PABJ, PACS e PALP, ambas se mantiveram estáveis ou em queda ao longo dos anos, reforçando o perfil de baixa complexidade. Já na UPA Moacyr Scliar, o amarelo subiu de 17% em 2022 para 27% em 2024, e o laranja praticamente dobrou, passando de 9% para 17% no mesmo período.

A classificação vermelho, que representa situações de emergência máxima, foi baixa em todo o período e em todos os serviços (sempre abaixo de 0,3% dos atendimentos), demonstrando que a maior parte dos casos não demandou atendimento imediato de risco iminente à vida.

De forma global, o cenário aponta que:

- PABJ, PACS e PALP mantêm perfil estável, majoritariamente verde e amarelo, com poucas variações;

- UPA Moacyr Scliar se destaca por apresentar aumento contínuo de casos de maior complexidade (amarelo e laranja), sugerindo mudanças no perfil da demanda ou maior concentração de casos urgentes na unidade;
- emergências críticas (vermelho) continuam sendo raras em toda a rede, reforçando a predominância de atendimentos não emergenciais.

Tabela 104: Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental Cruzeiro do Sul 2021-2024

Saúde Mental - PACS	2024		2023		2022		2021	
	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹
Total Paciente em SO	3.425	100	3.279	100	3.216	35,1	3.507	36,3
Tempo Médio de Permanência / dias	4,8	-	4,4	-	4,2	-	3,4	-
Pacientes < 18 anos	303	8,9	270	8,2	349	3,8	378	3,9
² Dependência Química	1.805	52,7	460	14,0	1.179	36,7	1.301	37,1
² Transtorno Humor Bipolar	145	4,2	252	7,7	568	17,7	618	17,6
² Depressão	255	7,5	528	16,1	549	17,1	651	18,6
² Esquizofrenia	407	11,9	417	12,7	353	60,5	362	10,3
Transferências para Internação Hospitalar de pacientes em SO	1.814	53,0	1.991	60,7	1.947	-17,3	2357	67,2

Fonte: SIHO/AMB. ² Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ, ¹: Percentual de desistências = Total de desistências / total de boletins emitidos x 100. ²: Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia / Total de pacientes atendidos na Sala de Observação X 100.

Tabela 105: Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental IAPI, 2021-2024

Saúde Mental - PACS	2024		2023		2022		2021	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total Paciente em SO	5.404	100	5.155	100	5.321	60,5	3.913	46,1,3
Tempo Médio de Permanência / dias	2	-	1,8	-	1,7	-	2,3	-
Pacientes < 18 anos	362	6,7	467	9,0	1.274	14,4	963	11,4
² Dependência Química	1.208	22,3	711	13,8	412	4,6	567	14,5
² Transtorno Humor Bipolar	539	10,0	495	9,6	369	4,1	312	8,0
² Depressão	582	10,7	676	13,1	667	7,5	548	14,0
² Esquizofrenia	285	5,3	230	4,5	155	1,7	174	4,5
Transferências para Internação Hospitalar de pacientes em SO	2.184	40,4	2.491	48,3	2.525	23,3	2.181	55,7

Fonte: SIHO/AMB. ² Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ, ²Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia / Total de pacientes atendidos na Sala de Observação X 100. Fonte: SIHO/AMB. ² Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ.

Na área de saúde mental, o Pronto Atendimento Cruzeiro apresenta estabilidade nos atendimentos, porém com aumento expressivo de casos relacionados à dependência química, que passaram de 14,0% em 2023 para 52,7% em 2024. O tempo médio de permanência também aumentou, chegando a 4,8 dias.

Já no PA em saúde mental do IAPI, houve redução no número de pacientes com menos de 18 anos em 2024 em relação a 2022, enquanto os atendimentos por dependência química cresceram, alcançando 22,3%. O tempo médio de permanência nesse serviço manteve-se estável, em torno de dois dias.

Os dois Pronto Atendimentos – PESM Cruzeiro do Sul e PESM IAPI – apresentaram volumes expressivos e estáveis de pacientes em Sala de Observação (SO). Referente aos atendimentos de dependência Química no PACS, houve forte crescimento em 2024 (52,7%), mais que triplicando em relação a 2023 (14%).e no IAPI, a proporção também aumentou, de 4,6% (2022) para 22,3% (2024). No Transtorno de Humor Bipolar: no PACS,houve uma queda de 17,7% (2022) para 4,2% (2024).já no IAPI, manteve-se estável em torno de 9%–10% nos últimos dois anos. Na procura de atendimentos referente a depressão observa-se no PACS, redução acentuada de 17,1% (2022) para 7,45% (2024) e no IAPI, leve queda de 13,1% (2023) para 10,7% (2024).

Já a Esquizofrenia o PACS apresenta discreta variação, mantendo-se próxima de 11%–12% em 2023–2024 e no IAPI, manteve patamares mais baixos (4%–5%).

Tabela 106: Distribuição do número de atendimentos odontológicos e de desistências em Saúde Bucal no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul e na UPA Moacyr Scliar, 2021-2024

Ano	Serviço	PACS	UPA Moacyr Scliar
2024	Total de boletins emitidos	12.709	2.629
	Total de pacientes atendidos	12.593	2.143
	Desistências	0,90%	18,50%
2023	Total de boletins emitidos	11.178	3.952
	Total de pacientes atendidos	11.059	3.513
	Desistências	1,10%	18,10%
2022	Total de boletins emitidos	9.237	3.405
	Total de pacientes atendidos	9.148	3.121
	Desistências	89%	284%
2021	Total de boletins emitidos	8.237	2.483
	Total de pacientes atendidos	8.161	2.418
	Desistências	76%	65%

Fonte: SIHO/AMB (PACS) e GHC (UPA Moacyr Scliar). Percentual de desistências = Total de desistências / total de boletins emitidos x 100.

Os atendimentos odontológicos seguem nos pronto atendimentos PACS e UPA Moacyr Scliar, apresentando um aumento significativo nos atendimentos no PACS reflexo do pós pandemia e da enchente causando uma complexidade na gravidade dos casos, o contrato de auxiliar de saúde bucal também interferiu na diminuição do tempo de espera no setor de odontologia a odonto do PACS apresentou melhorias na sua estrutura durante os últimos três anos facilitando um atendimento de qualidade e excelência em uma emergência apresentando

resolutividade isso se comprova devido ao fato das desistências muito baixas (<1,1%) comparadas com UPA Moacyr Scliar que mantém desistências altas (~18%), estável nos últimos anos.

Tabela 107: Número total de óbitos nos Pronto Atendimentos e UPA

Serviço	2024(N)	2023 (N)	2022(N)	2021 (N)
PABJ	112	78	107	106
PALP	68	62	53	63
PACS	109	92	112	160
UPA Moacyr Scliar	178	144	167	184

Fonte: SIHO/AMB e GHC.

Os dados do PALP e PABJ mostram que, nos dois serviços, o número de óbitos oscila ao longo dos anos, sem tendência linear clara, mas com um aumento relevante em 2024 em comparação a 2023. A variação no número de óbitos sugere que fatores como perfil epidemiológico do território, capacidade de resposta dos serviços, protocolos de encaminhamento e gravidade inicial dos pacientes influenciam diretamente o indicador.

De forma geral, observa-se que a UPA Moacyr Scliar manteve volumes mais elevados e maior resiliência diante das oscilações, enquanto o PACS sofreu perdas mais significativas e, mesmo com a alta recente, não recuperou o nível registrado no início do período analisado. Por fim, o número de óbitos oscilou ao longo dos anos, mas aumentou significativamente em 2024 nos dois serviços, sobretudo no PABJ, apontando para a necessidade de investigação e reforço das estratégias de prevenção e manejo de casos críticos.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU

O SAMU é um componente essencial da Rede de Urgência e Emergência de Porto Alegre, desempenhando um papel estratégico na resposta rápida a casos de alta gravidade, como situações clínicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas. Desde a implantação da sede administrativa em 2013, o serviço tem investido na qualificação de suas estruturas de apoio, com foco na eficiência do atendimento e na agilidade da liberação das equipes.

Atualmente, o SAMU Porto Alegre conta com 3 ambulâncias de Suporte Avançado de Vida (SAV), compostas por médicos, enfermeiros e condutores, além de 15 ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV), com técnicos de enfermagem e condutores. Essas equipes estão estrategicamente distribuídas em bases descentralizadas para garantir menor tempo-resposta e cobertura territorial eficiente.

Quadro 32: Localização das bases do Samu em Porto Alegre

Equipe	Localização	Habilitada e qualificada
CRU (central de regulação de urgência)	Av. Ipiranga 3501, Praia de Belas	Sim
USA 01	Av. Ipiranga 3501, Praia de Belas	Sim
USA 02	Rua Domingos Rubbo, 20 Cristo Redentor	Sim
USA 03	Rua Denise Crespo Gay da Fonseca, 40, Serraria	Sim
USB 04	Rua Florêncio Faria, 185 - Belém Novo	Sim
USB 05	Avenida Venâncio Aires, 1116 - Farroupilha	Sim
USB 06	Rua Almirante Barroso, 778 - Floresta	Sim
USB 07	Rua Heitor Pires, 248 - Morro Santana	Sim
USB 08	Avenida Venâncio Aires, 1116 - Farroupilha	Sim
USB 09	Rua Álvaro Difini, 120 - Restinga	Sim
USB 10	Avenida Baltazar de Oliveira Garcia, 2132 - Costa e Silva	Sim
USB 11	Rua Heitor Pires, 248 - Morro Santana	Sim
USB 12	Rua Frederico Mentz, 370 - Navegantes	Sim
USB 13	Rua La Plata, 693 - Jardim Botânico	Sim
USB 14	Rua Manoel Lobato, 151 - Santa Tereza	Sim
USB 15	Rua João de Oliveira Remião, 4444 - Lomba do Pinheiro	Sim
USB 16	Avenida Cavallhada, 2435 - Cavallhada	Sim
USB 17	Rua Gamal Abdel Nasser, 562 - Parque dos Maias	Sim
USB 18	Avenida Ipiranga, 3501 - Praia de Belas	Sim

Fonte: CMU/DAAHU.

Entre 2022 e 2024, o serviço avançou de forma expressiva. Em 2023, conseguimos a habilitação junto ao Ministério da Saúde (MS), das duas últimas equipes implantadas na capital, a SB17 e a SB18, em 2021 e 2022, respectivamente. Na sequência, buscamos e conquistamos a certificação do SAMU Porto Alegre como Serviço Qualificado, atendendo a todos os critérios do MS relacionados à estrutura física, resultados assistenciais, ensino e gestão. Esse reconhecimento não apenas consolidou a qualidade do serviço, como também gerou retorno financeiro direto ao município, permitindo novos investimentos no setor. Ainda nesse período, foi realizado um aporte municipal de aproximadamente 6 milhões de reais, destinado à renovação da frota com viaturas novas e à aquisição de equipamentos de alta tecnologia, posicionando o SAMU Porto Alegre entre os serviços mais bem equipados do país.

O foco estratégico da gestão para o desenvolvimento do SAMU nos próximos anos contempla: manter a renovação contínua da frota, prevenindo interrupções no serviço decorrentes de veículos com alto custo de manutenção e paradas prolongadas por desgaste excessivo;

- avançar na gestão baseada em dados, com a implementação de um sistema robusto de Business Intelligence (BI) que subsidie decisões,

qualifique processos e direcione de forma mais assertiva os esforços da gestão pública;

- investir em treinamentos específicos para o atendimento pré-hospitalar, garantindo o cumprimento da Portaria nº 2.048 e a constante atualização da equipe com as melhores práticas, por meio de capacitações internas realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) e cursos externos de referência, como ACLS, PALS, PHTLS e POCUS;
- e ampliar o uso de novas tecnologias, estabelecendo parcerias que contribuam para a inclusão e aprimoramento destas, com finalidade de qualificar ainda mais o atendimento à população.

A seguir, são apresentados os resultados com a distribuição dos atendimentos e ligações recebidas pelo SAMU Porto Alegre, organizadas por perfil de ocorrência, tipo de atendimento e evolução ao longo dos anos. Esses dados permitem visualizar tendências, identificar mudanças no perfil da demanda e embasar decisões estratégicas para a qualificação contínua do serviço.

Tabela 108: Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações, por quadrimestre de 2021 a 2024

Perfil das ligações	2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Regulação Médica	94.341	40,9	89.148	42,1	84.036	41,3	93.302	40,4
Interrompida	22.401	9,7	25.664	12,1	45.622	22,4	56.611	24,5
Informações	36.665	15,9	40.928	19,3	29.863	14,7	24.017	10,4
Trotes	11.866	5,1	8.080	3,8	5.712	2,8	4.910	2,1
Outros*	65.087	28,25	47.854	22,6	37.856	18,6	51.601	22,3
Total de Ligações	230.360	100	211.674	100	203.086	100	230.640	100
Média Diária (Ligações)	631,1	-	580,5	-	556,4	-	630,2	-

Fonte: Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar (SAPH) Power B.I. *Outros: Engano, Repetida, Fora de Abrangência.

Em 2024, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre registrou 230.640 ligações, um aumento de 13,5% em relação a 2023 (203.086 chamadas) e de 8,9% quando comparado a 2022 (211.674 chamadas). Frente a 2021, que teve 230.360 ligações, observa-se que o volume retornou a patamares próximos do pré-pandemia, porém com alterações importantes no perfil dessas chamadas.

A média diária de ligações acompanhou essa oscilação: 631,1 ligações/dia em 2021, 580,5 em 2022, 556,4 em 2023 e 630,2 em 2024. O incremento recente pode estar associado a eventos críticos como as enchentes de 2024, que impactaram a capital e geram maior demanda emergencial percebida pelas equipes.

A Regulação Médica se manteve como principal motivo das chamadas, representando 40,4% do total em 2024. Embora tenha havido um leve decréscimo em relação a 41,3% de 2023 e a 42,1% de 2022, o índice se mantém próximo ao observado em 2021 (40,9%), demonstrando estabilidade desse perfil ao longo dos anos.

As ligações interrompidas apresentaram crescimento expressivo: 9,7% em 2021, 10,7% em 2022, 22,4% em 2023 e 24,5% em 2024. Esse aumento pode estar relacionado a instabilidades de rede de telefonia, desistência do solicitante ou falhas externas, dificultando o contato com a Central.

As chamadas por informações mostram queda consistente: 15,9% em 2021, 19,3% em 2022, 14,7% em 2023 e 10,4% em 2024. Essa redução pode indicar maior acesso da população a informações oficiais, reduzindo a necessidade de contato para esclarecimentos.

Os trotes caíram progressivamente: 5,1% em 2021, 3,8% em 2022, 2,8% em 2023 e 2,1% em 2024. A queda pode refletir ações em mídias, frente a conscientização do uso do tridígito 192, que o SAMU tem realizado.

A categoria “Outros” (enganos, chamadas repetidas e fora de área) variou de 28,2% em 2021 para 22,6% em 2022, 18,6% em 2023 e 22,3% em 2024. O aumento recente pode estar ligado a falhas técnicas nas operadoras de telefonia, que ocasionaram encaminhamentos incorretos para o 192, especialmente de áreas fora da abrangência do SAMU Porto Alegre.

A análise integrada de 2021 a 2024 demonstra a manutenção do perfil predominante de Regulação Médica, redução dos trotes e das ligações de informações, mas também crescimento preocupante das chamadas interrompidas. Esses indicadores reforçam a necessidade de investimentos contínuos em modernização tecnológica, qualificação da equipe e ações educativas, visando melhorar a eficiência e garantir acesso rápido e seguro à população em situações de urgência.

Tabela 109: Distribuição do número e proporção de regulações* realizados pelo SAMU, segundo a causa, por quadrimestre de 2021 a 2024

Tipo de Atendimento SAMU	2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Caso Clínico	41.142	44,0	41.653	45,8	57.559	47,4	54.988	52,2
Traumático	15.647	16,7	17.843	19,6	27.120	22,3	25.349	24,0
Transporte**	2.882	3,1	1.309	1,4	2.357	1,9	2.299	2,2

Obstétrico	899	1,0	899	1,0	1.256	1,0	986	0,9
Psiquiátrico	6.809	7,3	7.929	8,7	13.255	11,9	10.318	9,8
Orientação	16.121	17,2	13.441	14,8	11.746	9,7	6.913	6,8
Sem Dados Para Decidir	9.705	10,4	7.932	8,7	8.067	6,6	4.586	4,3
Total de APH	93.205	100	91.006	100	120.360	100	105.430	100,0

Fonte: Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar (SAPH). *Regulação: todos os chamados em que o médico regulador atendeu e definiu envio ou não de recurso. **Transportes: Incluídos transportes de responsabilidade do SAMU, realizados pela equipes do SAMU cadastradas no CNES + Empresas especializadas terceirizadas (contratado pelo SAMU).

Em 2024, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre realizou 105.430 regulações, representando uma redução de 12,2% em relação a 2023 (120.360 regulações) e um aumento de 13,1% quando comparado a 2022 (93.205 regulações). Essa redução em relação ao ano anterior, mesmo com aumento no volume total de chamados, sugere maior eficiência dos médicos reguladores, com capacidade de definir condutas de forma resolutiva e com menor necessidade de abertura de regulação formal.

Os Casos Clínicos permaneceram como a principal categoria, correspondendo a 52,2% das regulações em 2024, um aumento em relação aos 47,9% de 2023 e aos 44% de 2021, evidenciando maior foco do SAMU no manejo de condições clínicas complexas.

As regulações para Casos Traumáticos representaram 24% do total em 2024, contra 22,4% em 2023 e 16,7% em 2021. Essa evolução reforça que a demanda por atendimentos a traumas segue um padrão consolidado na capital, possivelmente influenciada por acidentes de trânsito e eventos de violência urbana.

O volume de regulações para Atendimentos Psiquiátricos apresentou redução, passando de 11% em 2023 para 9,8% em 2024, ainda acima dos 7,3% registrados em 2021. Essa diminuição pode refletir estabilização da demanda e eficácia de fluxos integrados com a rede de saúde mental, permitindo respostas mais direcionadas e compartilhadas com outros serviços.

As regulações para Orientação Médica diminuíram de 9,7% em 2023 para 6,6% em 2024, resultado inferior também aos 17,2% de 2021. Essa tendência pode indicar melhor compreensão da população sobre o uso do SAMU e maior efetividade dos canais de informação.

A categoria Sem Dados Para Decidir caiu de 6,7% em 2023 para 4,3% em 2024, frente a 10,4% em 2021. Essa queda pode estar relacionada às campanhas de orientação na mídia, que reforçam a importância de fornecer informações claras durante a chamada.

Os Transportes (2,2% em 2024) e os Casos Obstétricos (0,9% em 2024) mantiveram-se estáveis, com variações pouco significativas frente a anos anteriores, não alterando de forma relevante o perfil de demanda.

A análise conjunta de 2021 a 2024 demonstra que a redução das regulações totais, aliada ao aumento da proporção de casos clínicos e à estabilização das demandas traumáticas e psiquiátricas, aponta para um período de maior resolutividade na regulação médica do SAMU Porto Alegre. Esse cenário reforça a importância de investimento contínuo na qualificação dos médicos reguladores, na otimização dos fluxos assistenciais e no fortalecimento das estratégias de atendimento à população, garantindo eficiência, segurança e qualidade nos serviços prestados.

Tabela 110: Distribuição do número e proporção de atendimentos das equipes de socorro* realizados do SAMU, segundo a causa, por quadrimestre de 2024

Tipo de Atendimento SAMU	2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Caso Clínico	25.109	57,0	24.530	54,7	25.172	53,0	26.627	51,1
Traumático	11.459	26,0	12.490	27,8	14.469	30,4	16.168	31,0
Transporte**	2.138	4,8	1.785	3,9	2.145	4,5	2.277	4,3
Obstétrico	594	1,3	577	1,29	635	1,3	598	1,1
Psiquiátrico	4.747	10,7	5.395	12,0	5.925	12,4	6.297	12,1
Total de APH	44.047	100	44.777	100	47.475	100	52.025	100

Fonte: Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar (SAPH). *Atendimentos são considerados os realizados pelas equipes de socorro USB e USA. **Transportes: Incluídos transportes realizados pela equipes do SAMU cadastradas no CNES + Transportes de responsabilidade do SAMU que são contratadas empresas terceirizadas para realizar.

Em 2024, as equipes de socorro do SAMU Porto Alegre realizaram 52.025 atendimentos, um aumento de 9,8% em relação a 2023 (47.475 atendimentos) e de 18,1% quando comparado a 2021 (44.047 atendimentos). Esse crescimento pode estar relacionado a maior demanda por serviços de emergência pré-hospitalar durante as enchentes que atingiram a capital em 2024, associada a uma tendência de aumento no acionamento do SAMU nos últimos anos.

Os Casos Clínicos permaneceram como o principal motivo de atendimento, representando 51,1% do total em 2024. Apesar da leve redução percentual frente a 2023 (53%) e 2022 (54,7%), houve aumento absoluto no número de ocorrências, de 25.109 em 2021 para 26.627 em 2024, evidenciando demanda contínua por suporte pré-hospitalar a condições clínicas.

Os Casos Traumáticos, segunda maior categoria, cresceram de 30,4% em 2023 para 31% em 2024, acima também dos 26% de 2021. Esse avanço indica maior incidência de traumas, possivelmente relacionados a acidentes de trânsito e

situações de risco durante eventos climáticos extremos, mas sem impacto significativo na proporcionalidade geral.

Os Atendimentos Psiquiátricos mantiveram-se estáveis, variando de 10,8% em 2021 para 12,4% em 2023 e 12,1% em 2024. Essa constância reforça a necessidade de fluxos assistenciais específicos e integração com a rede de saúde mental para manejo adequado dessas ocorrências.

Os Transportes representaram 4,3% dos atendimentos em 2024, próximos aos 4,5% de 2023 e abaixo dos 4,8% de 2021, indicando demanda estável por esse tipo de deslocamento especializado.

Os Casos Obstétricos seguem como a menor proporção de atendimentos, representando 1,1% em 2024, variação mínima frente a anos anteriores. Embora pouco frequentes, mantêm relevância pela gravidade potencial e pela necessidade de resposta rápida.

O aumento global no volume de atendimentos em 2024, sem mudanças expressivas na distribuição percentual entre categorias, sugere maior procura pelo serviço sem alteração substancial no perfil dos casos. Esse cenário reforça a importância de manter infraestrutura e efetivo qualificado, assegurando que o SAMU Porto Alegre siga respondendo de forma eficiente, ágil e segura às emergências da capital.

1.7.4 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Considerando a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, do Ministério da Saúde, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das respectivas linhas de cuidado.

Os estabelecimentos de saúde integrantes da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas (DC) observarão às seguintes diretrizes:

- I - foco da atenção nas necessidades de saúde da população coordenado pela Atenção Básica e contemplando todos os níveis de atenção;
- II - diagnóstico precoce de modo a identificar as pessoas com DCs;
- III - implementação da estratificação de risco da população com DCs de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo o estágio de gravidade para DCs e nível de gravidade e controle clínico.

- IV - garantia de financiamento adequado para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DC na Rede de Atenção à Saúde, em especial ao cuidado das pessoas com DCs em estágios clínicos severos, bem como para o cuidado das pessoas com necessidades de cuidados especiais suplementares;
- V - garantia da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DCs e dos fatores de risco que levam à DCs, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS);
- VI - implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- VII - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DCs e dos fatores de risco que levam à elas baseado nas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas;
- VIII - desenvolvimento de medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com DCs em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado.

São atribuições dos pontos de atenção dos componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com DCs:

- I - Componente Atenção Primária:
 - a) realizar ações recomendadas pela Política Nacional de Promoção à Saúde, na prevenção dos fatores de risco relativos à DCs;
 - b) atualizar o calendário vacinal das pessoas com DCs, quando indicado, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS);
 - c) realizar diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DCs em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), bem como a atenção de acordo com as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com Doença Crônica no âmbito do SUS (Portaria nº 609, de 6 de junho de 2013) e (Portaria nº 709, de 17 de dezembro de 2010);

- d) realizar estratificação de risco e encaminhamento à atenção especializada, quando necessário, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com Doenças Crônicas;
- e) coordenar e manter o vínculo e o cuidado das pessoas com DCs, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;
- f) realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DANTs;
- g) implantar e coordenar ações de promoção e prevenção da DCs como: estímulo a atividade física, redução de peso e reorientação dietética, redução e/ou suspensão do tabagismo, etc;
- h) prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento das pessoas com complicações agudas de Doença Crônica a outros pontos de atenção, quando necessário.

II - Componente da Atenção Especializada Ambulatorial:

- a) atuar de acordo com a definição da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- b) prestar assistência ambulatorial de forma multiprofissional, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com Doença Crônica no âmbito do SUS, incluindo aqueles com necessidade de cuidados especiais suplementares;
- c) disponibilizar carga horária, adequada à realidade local e mediante pactuação e contratualização do gestor, para realizar apoio matricial, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde ou através de outras formas de comunicação, definidas com o gestor público de saúde local, às equipes de atenção básica de referência nos temas relacionados a doenças crônicas, conforme disposto no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com Doença Crônica no âmbito do SUS;
- d) utilizar da regulação das urgências para o encaminhamento ou transferência da pessoa com Dcs para os estabelecimentos de saúde de referência, previamente pactuados locorregionalmente, quando estas pessoas estiverem no estabelecimento de atenção especializada

ambulatorial em Doenças Crônicas e necessitarem, naquele momento, de cuidados imediatos em urgência;

- e) manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS;
- h) informar todos os acompanhamentos multiprofissionais em Doenças Crônicas nos estágios avançados e os demais procedimentos correspondentes nos temas relacionados em doenças crônicas, incluindo a TRS, quando couber, no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), ou outro(s) que vierem) a substituí-lo, de acordo com a tipologia do estabelecimento de saúde.

O acompanhamento multiprofissional em Doença Crônica consiste na realização de consultas multiprofissionais (médica, enfermagem, nutricional, psicológica etc) e na realização de exames na periodicidade recomendada no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com Doença Crônica no âmbito do SUS nos estágios clínicos mais avançados.

O apoio matricial inclui ações como interconsultas, segunda opinião formativa, discussão de casos, momentos de educação permanente conjuntos, intervenções no território e intersetoriais, a fim de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado de uma população específica, de ampliar a capacidade de análise e de intervenção, aumentando a resolutividade dos respectivos pontos de atenção envolvidos no processo de apoio matricial.

III - Componente Urgência e Emergência;

IV - Componente Hospitalar;

V - Componente Regulação.

O objetivo geral da Política das Pessoas com Doenças Crônicas do município de Porto Alegre é reduzir a morbimortalidade e o impacto das doenças crônicas na população de Porto Alegre, articulando ações nos diferentes níveis de complexidade em saúde, bem como ações em transversalidades com áreas afins para promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e recuperação de condições de saúde, qualificando assim a saúde geral de nossa população, com um olhar também para grupos específicos.

A mudança na pirâmide etária da população brasileira nas últimas décadas, com tendência ao envelhecimento, fez com que as doenças crônicas se tornassem as principais causas de procura de atendimento à saúde, além das principais causas

de internação hospitalar e de óbitos. Este perfil impactou profundamente as redes de atenção à saúde, principalmente a atenção primária. As doenças crônicas são muito sensíveis à atuação da rede. A prevenção da evolução das complicações e a promoção de ações são fundamentais para o adequado manejo do usuário portador de doença crônica.

A mortalidade por doenças crônicas na população entre 30-69 anos tem forte relação com a atuação da atenção primária. As ações de promoção e prevenção são muito efetivas em reduzir os valores de morbimortalidade nesta faixa etária.

Nos anos de 2021 a 2024, as principais causas de mortalidade precoce (30 a 69 anos) no município permaneceram constantes: neoplasias, doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas. As neoplasias concentraram o maior número de óbitos em todos os anos, com pico em 2023 (1.240), seguido de redução de 3,0% em 2024 (1.203). As doenças do aparelho circulatório apresentaram crescimento progressivo no período, de 718 óbitos em 2021 para 803 em 2024, representando o maior incremento absoluto entre os grupos analisados. O diabetes mellitus apresentou redução entre 2021 e 2023, mas voltou a crescer em 2024, totalizando 319 óbitos. As doenças respiratórias crônicas oscilaram, com queda em 2023 e novo aumento em 2024 (210 óbitos).

Tabela 111: Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis, 2021-2024

Capítulo CID-10	Faixa etária: 30-69 anos			
	Ano			
	2021	2022	2023	2024
Circulatório (I100-I199)	718	776	775	803
Diabete Mellitus (E10-E14)	355	310	289	319
Neoplasias (J30-J98)	1.168	1.254	1.240	1.203
Respiratório (J30- J98)	183	217	183	210
Total	2.424	2.557	2.487	2.535

Fonte: DVS/EVDANT/SIM. Dados preliminares 13/04/2025.

Comparando 2023 e 2024, observa-se um acréscimo de 1,9% no total de óbitos por DCNT. Essa variação pode estar relacionada a dois fatores: os efeitos prolongados da pandemia de COVID-19, que impactaram o manejo clínico das condições crônicas entre 2021 e 2022, e a enchente de 2024, que gerou interrupções no acesso aos serviços de saúde, atrasos em tratamentos e descontinuidade no acompanhamento de pessoas com doenças crônicas.

Dentro da política de Dants do município observamos alguns avanços:

- interlocução constante com a DVS-EVDANT para acesso às informações e obtenção de dados, visando o monitoramento qualificado de pacientes

internados e reinternados por diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas e neoplasias.

- consolidação da presença do profissional de educação física nas equipes de APS através do PVMM e das e-Multis;
- reconhecimento pelos usuários da importância do profissional de educação física no cuidado e na qualificação do atendimento integral da saúde;
- desenvolvimento e finalização das LC relativas ao diabetes mellitus e às doenças respiratórias crônicas.
- lançamento da caderneta do Hipertenso, para facilitar o acesso às informações de saúde do usuário com hipertensão e qualificar o atendimento (Já foram distribuídas 19.000 cadernetas);
- atualização e entrega das carteiras das pessoas fibromiálgicas (Desde a implantação da lei já foram entregues 1.685 carteiras definitivas. Estão em etapa de produção 642, que serão entregues neste semestre).

Já como desafios se impõem:

- reduzir a taxa de mortalidade prematuras em pessoas de 30 a 69 anos pelo conjunto das quatro DCNT;
- monitorar por US e por equipe, os indicadores de HAS e DM através dos novos indicadores do MS;
- ampliar o percentual de pessoas hipertensas cadastradas e acompanhadas no e-SUS;
- ampliar o percentual de pessoas diabéticas cadastradas e acompanhadas e-SUS;
- monitorar e avaliar o número de internações/reinternações por DCNT;
- ampliar o rastreio de usuários com fatores de risco para DM objetivando o diagnóstico precoce;
- ampliar a avaliação de pé diabético nas USs;
- ampliar a realização de testes rápidos SOF na rede e aumentar a disponibilidade de colonoscopias via Gercon;
- capacitações sobre rastreio e manejo das DCNT para a rede, alcançando o maior número possível de profissionais;
- entregar a Linha de Cuidado do Diabetes;
- concluir e entregar a Linha de Cuidado da Doença Respiratória Crônica;

- formular a Linha de Cuidado das Neoplasias;
- garantir a continuidade do Projeto Viver Mais e Melhor e a manutenção dos profissionais de educação física nas equipes.

1.7.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A pessoa com deficiência é aquela que tem comprometimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU 2007).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) em Porto Alegre, segue as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência ([Portaria GM/MS nº 1.526/2023](#)) e da [Portaria de Consolidação nº 3/2017](#), tendo como objetivo promover e proteger a saúde da pessoa com deficiência, por meio da ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do SUS, em articulação com as demais políticas e ações intersetoriais, contribuindo para sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social, bem como prevenindo diferentes agravos à saúde em todos os ciclos de vida.

É de fundamental importância a articulação intra e intersetorial, incluindo os movimentos sociais, organizações não governamentais e instituições afins e a transversalização para o desenvolvimento das ações da política de saúde para a pessoa com deficiência, que inclui o fomento e a promoção de mecanismos para a formação, a capacitação de recursos humanos, assim como pesquisas relacionadas à atenção à saúde da pessoa com deficiência.

A implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), a partir da [Portaria nº 793](#), ocorreu no ano de 2012, entretanto, são poucos os estudos que discutem o cuidado da PCD na interface atenção primária (APS) e RCPD.

A RCPD organiza-se de forma integrada com os serviços da Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Quadro 33: Centros Especializados em Reabilitação - CER tipo II, habilitados, em POA:

CEREPAL	Reabilitação Física e Intelectual
AESC- HSA	Reabilitação Auditiva e Intelectual

Fonte: DAAHU.

Quadro 34: Serviços de atendimento na especialidade em modalidade única

Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Reabilitação Auditiva
Hospital Nossa Senhora da Conceição	Reabilitação Auditiva

Hospital Banco de Olhos	Reabilitação Visual
AACD	Reabilitação Física

Fonte: DAAHU.

Nesse sentido, a Área Técnica da saúde da pessoa com deficiência investe em estratégias que promovam a ampliação e qualificação da oferta de ações e serviços de reabilitação, de forma regionalizada, visando garantir o acesso oportuno à reabilitação e promovendo maior qualidade de vida e inclusão social às pessoas com deficiência.

A avaliação e atualização da Rede da Pessoa com Deficiência na cidade de Porto Alegre, está em fase de elaboração e será apresentada no novo Plano Municipal de Cuidados à Pessoa com Deficiência (2026-2029). A construção deste plano tem como principais objetivos a previsão de compromissos para a qualificação da assistência e a escuta sensível através de metodologia participativa, garantindo o efetivo envolvimento de pessoas com deficiência, trabalhadores de saúde e o controle social.

Em relação ao perfil populacional das pessoas com deficiência, conforme o Censo Demográfico 2022, 7,5% da população de Porto Alegre declarou algum tipo de deficiência. Entre as capitais, o município apresenta o maior percentual de pessoas com deficiência auditiva, com 1,5%. A deficiência visual corresponde a 3,9%; a deficiência por locomoção, 3%; a deficiência cognitiva e comunicativa, 1,6%; e a deficiência motora fina, 1,5%.

Outros dados relevantes do Censo indicam que a ocorrência de deficiência aumenta com a idade e que a proporção de pessoas com deficiência com baixa escolaridade é muito superior à de pessoas sem deficiência.

Nos cadastros e-SUS (2025), foram registradas 27.966 pessoas com deficiência, um aumento considerável em relação aos anos anteriores, sugerindo a possibilidade de subnotificação devido à não obrigatoriedade do registro. Esse incremento pode estar relacionado ao seminário realizado em outubro de 2024, que teve como objetivo a qualificação dos registros.

Tabela 112: Informações sociodemográficas - Deficiência

Descrição		Quantidade
Tem alguma deficiência?	Sim	27.966
	Não	834.239
Auditiva		3.553
Física		8.327
Intelectual / Cognitiva		6.974
Visual		10.033

Outra	2.682
TEA	228

Fonte: e-SUS.

É evidente que o fator subnotificação nos cadastros do e-SUS dificulta o diagnóstico preciso, e deve ser revisto e equacionado, de maneira que apresente os índices reais, através da coleta de dados fidedignos, em Porto Alegre.

As ações implementadas também se direcionam ao atendimento da demanda reprimida para reabilitação auditiva, Transtorno do Espectro Autista (TEA) e OPM. A crescente judicialização destes temas merece destaque, visto que as pessoas têm a garantia constitucional de acessarem os serviços de saúde. Porém há uma gama de questões acerca de investir nas políticas públicas, enquanto gestão, que dialogue com a sociedade e com o poder judiciário.

Em contrapartida, a capacidade operacional diante da grande e crescente demanda também é alvo de atenção, na medida que restringe ações dentro da política. Assim, a ampliação na oferta de serviços de reabilitação (Visual, Auditiva, Física e Intelectual) na Rede de Cuidados à PCD é um objetivo premente para os próximos anos.

Também é necessário atender ao que está previsto em relação às questões de acessibilidade. Os equipamentos próprios ou da rede contratualizada devem adequar sua infraestrutura para garantir o acesso de todos

Entre as garantias de direitos asseguradas pela autonomia das pessoas com deficiência, destaca-se a ampliação do conceito de acessibilidade como princípio a ser implementado em diferentes esferas, uma vez que a sua não observância configura discriminação em razão da deficiência, conforme previsto no art. 4º, § 1º, da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Lei nº 13.146/2015 (BRASIL, 2015a).

1.8 REGULAÇÃO

A fundamentação legal para as ações de regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) está estabelecida na Portaria GM nº 1.559/2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS. Essa normativa define o “Complexo Regulador” como a estrutura responsável por operacionalizar as ações de regulação do acesso, podendo ter abrangência e organização pactuadas entre gestores, nos modelos estadual, regional ou municipal. A regulação do acesso à assistência visa

assegurar que a população tenha acesso aos serviços de saúde de forma organizada nas regiões de um Estado, conforme pactos estabelecidos, disponibilizando a alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, seja em urgências, consultas ou internações. Esse processo se articula com as áreas assistenciais, com a contratação de serviços e com o controle e avaliação da produção apresentada, promovendo o compartilhamento de informações e a melhor alocação dos recursos conforme as necessidades da população.

A missão do Complexo Regulador Municipal de Porto Alegre consiste em coordenar, operacionalizar e monitorar a regulação do acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde sob gestão municipal para a população de sua referência, em conformidade com regulamentações, pactuações e contratos vigentes. O objetivo é promover o acesso equânime e ordenado, de acordo com a prioridade dos casos e a disponibilidade de recursos, tendo como foco central as necessidades do cidadão. O conceito norteador é o “Cuidado em Rede: paciente certo, no lugar certo, em tempo adequado”. A gestão da oferta e da demanda é conduzida com base em critérios de necessidade e prioridade, visando à resolutividade e ao melhor uso dos recursos disponíveis.

O Complexo Regulador de Saúde de Porto Alegre é operacionalizado pelos sistemas Gercon, Gerint e Gerpac, desenvolvidos pela Procempa em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde. Esses sistemas oferecem acesso via web, identificação única de pacientes e profissionais, campos estruturados para classificação de prioridades, vinculação de serviços solicitantes e executantes a centrais de regulação (municipal, regional ou estadual), painéis de acompanhamento on-line, interoperabilidade com sistemas hospitalares, integração com autorização, controle e faturamento de serviços, além de monitoramento de indicadores. O fluxo de trabalho compreende a coleta e gestão das informações de oferta e demanda, aplicação de protocolos de acesso, regionalização das referências, padronização e compartilhamento das informações.

A trajetória da regulação em Porto Alegre evidencia avanços contínuos como demonstramos aqui como linha do tempo:

1. em 1995, foi implantado o SAMU Porto Alegre, marco para a organização do atendimento pré-hospitalar;

2. em 1998, foram criadas a Central de Leitos e a Central de Marcação de Consultas, e implantado o ACH para faturamento hospitalar;
3. em 2011, entrou em funcionamento o primeiro sistema de informações da regulação;
4. entre 2014 e 2015, iniciou-se o Projeto de Desenvolvimento e Implantação dos Sistemas do do Complexo Regulador (Gercon, Gerint e Gerpac), em parceria entre SMS e Procempa;
5. em 2016 a implantação do Gercon para regulação de consultas;
6. em 2017, foi criada a Diretoria Geral de Regulação, com processos voltados ao acesso, à transição do cuidado e à qualificação da informação. Nesse mesmo ano, foi publicada a lista de filas de espera no Portal da Transparência e lançado o Portal do Usuário, via site e aplicativo;
7. em 2018, implantou-se o Gerint para regulação de internações, com monitoramento on-line da ocupação dos leitos e interoperabilidade de dados.
8. o ano de 2019 marcou uma modernização significativa, com a implantação do Gerpac para APAC eletrônica com autorização *on-line*, assinatura de Termo de Colaboração com a SES para uso dos sistemas do Complexo Regulador em todo o Estado, inclusão de exames no Gercon em substituição ao SISREG, integração das notas de alta ao Gerint;
9. em 2020, foi lançado o "Prontuário do Cidadão", disponível em aplicativo e sistemas; ocorreu a implementação dos BI Saúde, dashboards e notificações de COVID-19 integradas ao e-SUS Notifica;
10. em 2021, o Gercon foi expandido para o nível estadual, possibilitando a regionalização via PPI; o Gerint passou a incluir faturamento hospitalar, com o registro *on-line* dos procedimentos realizados durante a internação via AIH eletrônica; também foram desenvolvidos indicadores contratuais com possibilidade de avaliação por meio da interoperabilidade de sistemas;
11. em 2024, houve ampliação das funcionalidades dos sistemas, fortalecimento da regulação hospitalar com o desenvolvimento do Gerint Emergências e parceria técnica com a SES de Goiás;

12. em 2025 a Secretaria Municipal de Saúde definiu a Classificação SWALIS - Surgical Waiting List Info System, como protocolo padrão para o ordenamento das filas internas de cirurgias eletivas dos hospitais do SUS, com os objetivos de organizar os fluxos e garantir maior transparência, equidade e resolutividade de acordo com os critérios de prioridade estabelecidos. Os serviços executantes devem cadastrar as solicitações de cirurgias e procedimentos eletivos no sistema Gerint com classificação de prioridade e as especialidades cirúrgicas devem gerenciar as suas respectivas filas para realização dos procedimentos eletivos, buscando atender aos prazos estabelecidos (meta de tempo).

1.8.1 Regulação Ambulatorial

Na regulação ambulatorial, a implementação do Gercon trouxe protocolos de prioridade, regulação automática para especialidades sem demanda reprimida, marcação automática de consultas e exames autorizados, transparência das filas, previsão de tempo de espera para o paciente, redução significativa do número de solicitações e do tempo médio de espera, além da diminuição do absenteísmo.

O Sistema de Gerenciamento de Consultas (Gercon), implantado em julho de 2016, promoveu importantes melhorias no processo de regulação ambulatorial. Entre essas melhorias, destacam-se a regulação de 100% da oferta de consultas médicas especializadas iniciais e a regulação de especialidades não médicas, como nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, curativos especializados e estomias. Também foi implementado o protocolo de prioridade, garantindo atendimento de acordo com a urgência e a necessidade clínica, e ampliada a transparência das informações, com a publicação mensal, no Portal da Transparência da SMS, dos dados das filas de espera para consultas e exames.

A partir da análise desses dados, é possível identificar gargalos e, quando necessário, justificar e definir a contratação de serviços adicionais para suprir a demanda não atendida. Com essas inovações, o Gercon qualificou o processo de regulação do acesso e a gestão da oferta e da demanda por consultas especializadas. Foram incorporados protocolos de prioridade e ampliada a transparência das filas, com cálculo do tempo médio de espera por especialidade, prioridade e complexidade. Outra funcionalidade relevante é a possibilidade de o paciente acompanhar a situação de sua solicitação e confirmar o comparecimento,

inicialmente por aplicativo e, a partir de 2024, também pelo WhatsApp, contribuindo para a redução do absenteísmo para 10% e otimizando o uso da oferta disponível.

Apesar desses avanços, ainda se observa aumento nas filas para exames especializados, já que a oferta permanece insuficiente diante do número de solicitações. A mesma situação ocorreu com as consultas especializadas, cuja fila apresentou crescimento e manutenção elevada por um longo período, devido à insuficiência de consultas ofertadas para atender tanto a demanda acumulada quanto às novas solicitações. Entretanto, é importante destacar que, por meio de ações de gestão e ampliação da oferta, em 2025 foi possível equilibrar algumas filas como ressonância nuclear magnética e de mamografia, além das filas de oncologia clínica e quimioterapia, ginecologia mamária e oncologia cirúrgica da mama. Esses resultados demonstram que, mesmo diante de limitações em algumas áreas, o monitoramento contínuo e a adoção de estratégias específicas possibilitam avanços concretos na redução de espera e na melhoria do acesso. O represamento de atendimentos e o atraso em diagnósticos e tratamentos eletivos, devem ser enfrentados com ações específicas e coordenadas, a fim de mitigar o impacto negativo sobre a saúde da população. Esse impacto se reflete no aumento de internações de urgência por agravamento de doenças crônicas e no crescimento da morbimortalidade causada pelo avanço de condições passíveis de diagnóstico e tratamento ambulatorial.

1.8.2 Regulação Hospitalar

Na regulação hospitalar, o Gerint possibilitou monitoramento integral dos leitos, aplicação de protocolos de prioridade, regulação automática de internações eletivas conforme consistência de protocolos, transparência das filas internas, integração com faturamento e autorização de AIHs, e indicadores de oferta e demanda.

A adoção de um modelo de regulação compartilhada e “puxada”, baseado na metodologia Lean, tem se mostrado eficaz. Este modelo, que utiliza informações estruturadas e atualizadas nos sistemas do Complexo Regulador, associado à constante atualização de protocolos e ao uso de ferramentas de apoio à decisão, como o Huddle, fortaleceu a integração entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde. Isso permitiu organizar o acesso e a transição do cuidado de acordo com as necessidades do paciente.

A interoperabilidade dos sistemas de informações da rede hospitalar e ambulatorial com os sistemas de regulação possibilitou o compartilhamento e a portabilidade de informações clínicas ao longo da trajetória do cuidado dos pacientes, por meio do prontuário web. Essa integração resultará em um incremento de eficiência e economia, com a diminuição de desperdícios assistenciais. Além disso, viabilizou o monitoramento online de indicadores, agregando transparência e agilidade para apoiar a gestão na tomada de decisão.

A Diretoria de Regulação (DR) conta com 96 profissionais, distribuídos entre setores administrativos, núcleos hospitalares e unidades de regulação ambulatorial, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes administrativos, dentista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e físico. Um dos desafios da DR é a melhoria contínua dos processos internos. A realização diária do Huddle da Regulação é uma prática a ser mantida, promovendo a comunicação e o alinhamento das equipes. Há um compromisso contínuo em revisar e aprimorar os protocolos de prioridade e os fluxos de regulação do acesso, garantindo que sejam sempre eficazes e atualizados. Para assegurar a capacitação e o desenvolvimento das equipes, serão realizadas reuniões e capacitações com as equipes de regulação, no mínimo quadrimestralmente.

1.9 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Segundo a Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, a Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013).

Cabe a Vigilância em Saúde a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2009, p. 15).

As ações de Vigilância em Saúde são determinadas com base no risco epidemiológico, sanitário e ambiental existentes no município. A análise destes riscos é normatizada pela ANVISA e pelas áreas técnicas da Secretaria de Vigilância

em Saúde do MS (SVS). As prioridades nacionais são definidas por meio da Programação de Ações de Vigilância à Saúde (PAVS). Visando ao cumprimento de tais prioridades.

[...] Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas (BRASIL, 2013, art. 11).

Nos últimos 5 anos, mais de 60% dos funcionários da DVS se aposentaram. Houve novos ingressantes, porém em número bem menor dos que se aposentaram. Surgiu a necessidade de intensificar a educação continuada dos novos trabalhadores, bem como rever os processos de trabalho diante da dinâmica crescente das questões urbanas, de novas tecnologias em saúde e de alinhamentos voltados ao crescimento das demandas de promoção, prevenção e proteção da saúde, através de políticas públicas capazes de manter a qualidade do trabalho.

Como campo de práticas para a qualificação técnica de trabalhadores, tem-se o fortalecimento da RIS- Residência Integrada em Saúde - Ênfase em Vigilância em Saúde – ESP e campo para estágios de outras residências e estudantes de graduação.

Entre os desafios para qualificar os serviços oferecidos pela DVS para os próximos anos estão:

- planejar e executar capacitações para os servidores da DVS;
- fortalecer o ambiente de pesquisa, com incentivo a orientações, supervisões e participação em bancas de trabalhos de conclusão de curso graduação e residências, consolidando a DVS como campo de formação para o SUS;
- estimular a participação em cursos de preceptoria, qualificando os trabalhadores responsáveis pela educação permanente;
- oferecer capacitações aos profissionais da Atenção Primária em Saúde, diante da alta rotatividade e da necessidade de inserção nos processos descentralizados da vigilância em saúde;
- ampliar o registro das práticas por meio de boletins informativos e da edição da Revista da Vigilância em Saúde – REVISPOA.

Em termos de infraestrutura e gestão de pessoas, destacam-se os seguintes eixos estruturantes como desafios para garantir a qualidade das entregas da Vigilância em Saúde à população de Porto Alegre nos próximos anos:

- ampliação e recomposição do quadro de pessoal técnico, de modo a atender as necessidades operacionais e estratégicas da Vigilância em Saúde;
- renovação do parque tecnológico e maior utilização de ferramentas de tecnologia da informação e comunicação em saúde;
- manutenção da infraestrutura física e da frota de veículos, fundamentais para as ações de campo e a investigação ativa de casos;
- otimização dos processos de compras, alinhados às demandas das equipes e aos prazos dos recursos financeiros;
- aperfeiçoamento dos processos de licenciamento de alvarás, garantindo o monitoramento pela gestão das Unidades de Vigilância e pela Direção da DVS.

O cumprimento desses requisitos será determinante para a capacidade da DVS em enfrentar os problemas de saúde identificados a seguir na análise situacional deste documento, nas áreas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador.

1.9.1 Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs) Porto Alegre

O Cievs Porto Alegre constitui uma rede de alerta e respostas às emergências em saúde pública, a Rede Cievs. A Rede atende a uma demanda do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), de 2005. O Cievs Porto Alegre existe desde 2012 e está estruturado como uma equipe ligada à Diretoria da Vigilância em Saúde. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é um instrumento jurídico internacional que abrange medidas para prevenir a propagação transnacional de doenças. Os Estados-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) estão vinculados juridicamente ao RSI, com o objetivo de “prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais” (ANVISA, 2009, artigo 2º).

No Brasil, existem 190 unidades Cievs, nas três esferas de governo – o Cievs nacional, os Cievs Estaduais, os Cievs Capital, os Cievs Estratégicos, de Fronteira e de Distritos Sanitários Indígenas. O Cievs Nacional é o ponto focal do regulamento sanitário Internacional no Brasil.

Os Cievs visam à captação de notificações, verificação, manejo e análise de dados relevantes à vigilância em saúde. O Cievs Porto Alegre tem como estrutura administrativa um comitê técnico, composto por coordenadores de equipe da Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) e um comitê ampliado, com a participação de órgãos externos à Vigilância em Saúde.

Para cumprir suas obrigações, o Cievs realiza vigilância baseada em eventos e indicadores:

- Busca de rumores, análise epidemiológica e documentos técnicos;
- Análise de situação de saúde e avaliação dos riscos à saúde pública;
- Coleta, consolidação, análise e disseminação de informações referentes a eventos e emergências relacionados à saúde pública;
- Articulação entre diferentes órgãos e instituições envolvidos na preparação e apoio à resposta às emergências em saúde pública.
- Apoia as unidades de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador em investigações específicas.

O Cievs mantém como desafios a atualização permanente do Plano de Resposta a Emergências em Saúde Pública; parceria na construção e implementação de Planos de Contingência para eventos de massa, desastres, agentes biológicos, químicos, radioativos, além de desastres ambientais. Temas como a vigilância baseada em indicadores através da mineração de dados e vigilância de eventos são prioridades para o setor. O cotidiano do Cievs também deverá se dedicar a temas como a adoção de linguagem simples e aprimorar os conceitos de comunicação de risco na comunicação com o poder público e a sociedade em geral.

1.9.2 Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica tem como finalidade a execução de um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças,

transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde (Programa Nacional de Vigilância em Saúde, 2018).

Na Prefeitura de Porto Alegre, a vigilância epidemiológica é executada pelos componentes de vigilância e atenção à saúde, em que cada equipe tem um conjunto de atribuições voltadas à manutenção e qualificação do trabalho de vigilância em saúde a partir de documentos oficiais de notificação compulsória de doenças e agravos, imunizações e de registros de nascimentos e óbitos, bem como o suporte técnico à rede de serviços de saúde, públicos e privados, existentes na capital. Abaixo, tais processos são brevemente descritos.

Os dados qualificados e monitorados pela vigilância epidemiológica são apresentados na análise situacional deste documento, em 'Condições de Saúde da População' e inclui indicadores produzidos a partir de dados notificados em diversos sistemas como Sinan Net, e-SUS Notifica, e-SUS Sinan, Sivep-Gripe, Sentinela Procempa, SITETB, IL-TB, além de sistemas complementares de monitoramento e investigação de casos GAL, Siscel, Siclom, Gerint, CadSUS, e-SUS-PEC, e sistemas de gerenciamento de vacinas, relacionados ao PNI (SI-PNI e SIES-MS). Ainda existe o monitoramento de notificações no VIVA-Sinan NET, no Sistema de RCBP- Registro de Câncer de Base populacional, no Sismama/ Siscan e no Siscolo/ Siscan.

A Equipe de Vigilância de Eventos Vitais (EVEV) faz o gerenciamento dos Sistemas Nacionais de Informação referentes a Nascidos Vivos (SINASC) e Mortalidade (SIM). É responsável pela distribuição e controle dos formulários de Declaração de Óbito (DO) e Declaração de Nascido Vivo (DNV) para estabelecimentos de saúde, médicos e cartórios.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) instituído pelo Ministério da Saúde em 1990 com o objetivo de registrar e monitorar todos os nascimentos ocorridos no país, por meio da Declaração de Nascido Vivo (DNV), é um documento padronizado e obrigatório. Os dados do SINASC subsidiam políticas públicas de saúde materno-infantil, atenção primária, redução da mortalidade infantil e fetal e planejamento da rede de serviços obstétricos.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado em 1975 com a finalidade de registrar e analisar todos os óbitos ocorridos no Brasil, a partir das informações contidas na Declaração de Óbito (DO). O SIM permite definir prioridades em saúde pública, acompanhar indicadores de óbitos evitáveis, qualificar

a atenção hospitalar, de urgência e pré-natal e apoiar a atuação da Vigilância do Óbito.

A vigilância dos óbitos é uma ação estratégica que tem como principal objetivo investigar e compreender as causas e circunstâncias das mortes, especialmente aquelas evitáveis, para orientar melhorias nos serviços de saúde e reduzir a mortalidade. Permite identificar problemas nos atendimentos prestados antes do óbito, classificar as mortes (evitáveis ou não, por causas naturais ou externas, maternas, infantis, etc.), monitorar tendências de mortalidade (aumento de causas específicas, surtos, violência, suicídio) e subsidiar ações de prevenção, reorganizando serviços, rotinas de atendimento e fluxos de encaminhamento.

Os dados qualificados e monitorados pela equipe servem para elaborar diagnósticos situacionais, avaliar a situação de saúde da população, monitorar os indicadores de saúde e subsidiar ações e políticas públicas. A equipe também compõe os Comitês de Mortalidade Materna, de Mortalidade Infantil e Vida no Trânsito, permitindo qualificar a análise dos óbitos.

A Equipe de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (EVDANT) tem atuação na violência e acidentes, no câncer de colo de útero e mama, no registro de câncer de base populacional, na doença falciforme e no monitoramento das seguintes doenças crônicas: doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e doenças circulatórias. O trabalho segue as diretrizes estabelecidas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, do Ministério da Saúde (MS), em parceria com as demais áreas técnicas da SMS.

A atuação da equipe visa atender as normas de notificações compulsórias em âmbito nacional, realizar o monitoramento dos agravos e doenças crônicas não-transmissíveis, compilar dados e gerar relatórios para as áreas técnicas responsáveis, com o intuito de traçar o perfil epidemiológico sobre as condições da população e possibilidades de atuação, prevenção, criação de políticas públicas e intervenções necessárias.

Tem por objetivo conhecer o comportamento das doenças e agravos não transmissíveis, com isso, induzir à adoção de medidas de controle, de prevenção e se possível de erradicação.

Entre as principais ações dessa vigilância estão a elaboração de estratégias para a identificação e busca ativa de eventos relacionados às doenças crônicas não

transmissíveis (DCNT). O Ministério da Saúde considera quatro CIDs como DCNT: diabetes mellitus, doenças respiratórias, doenças circulatórias e neoplasias. Essas ações têm como objetivo acompanhar os casos, estimular a prevenção à saúde e monitorar os eventos na cidade, assim como identificar, analisar e realizar campanhas de prevenção dos agravos. Além disso, incluem a identificação, análise e vigilância dos casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada (Sinan Violência), subsidiando a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio das coordenadorias de saúde, com informações sobre os casos de cada território, para fins de monitoramento e encaminhamentos.

Monitorar as doenças e agravos não transmissíveis, para automatizar a vigilância dos reinternadores por causas sensíveis à atenção primária, bem como disponibilizar as informações necessárias para a atenção primária e especializada realizarem o acompanhamento do seguimento do cuidado na rede de atenção à saúde. Trabalho realizado em parceria com diversos setores da SMS, entre eles: Diretoria de Atenção Primária, Regulação, Assepla e outras equipes da Diretoria de Vigilância.

A Vigilância de Doenças Transmissíveis tem por objetivo conhecer o comportamento das doenças transmissíveis de notificação compulsória que ocorrem em Porto Alegre e, com isso, induzir à adoção de medidas de controle, de prevenção e, se possível, erradicação. Informar oportunamente aos serviços de saúde as mudanças no cenário epidemiológico e o comportamento clínico das doenças para instrumentalizar a assistência com os elementos epidemiológicos necessários para a definição do tratamento individual e proteção da saúde coletiva.

Destaca-se a investigação epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsórias Imediatas (DNCI) e a vigilância de agravos transmissíveis de evolução crônica, longitudinal no tempo e transversal junto aos serviços de saúde onde os usuários têm vínculo assistencial.

A Equipe de Imunizações está inserida dentro da vigilância epidemiológica da Diretoria de Vigilância em Saúde e é responsável pela implementação e execução do Programa Nacional de Imunizações em âmbito municipal, sendo composta por dois núcleos, que realizam o abastecimento das unidades de saúde de acordo com as seguintes regiões: Núcleo de Imunizações Zona Sul, atendendo às Coordenadorias Sul, Oeste e uma parte da Leste (os distritos partenon e lomba do

pinheiro) e o Núcleo de Imunizações Zona Norte, que fornece suporte para as Coordenadorias Norte e Leste (distritos leste e nordeste).

1.9.3 Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária (VISA) constitui uma instância social de mediação entre a produção de bens e serviços e a saúde da população. De acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 1988, art. 200), Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A Resolução nº 588/2018 (Conselho Nacional De Saúde, 2018, art. 6, XIII) define Vigilância Sanitária como conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte.

Desde 2023, os profissionais de saúde que compõem a DVS possuem a atividade de fiscalizar inserida na descrição do próprio cargo, conforme Lei Municipal nº13.632 de 21 de setembro de 2023. Essa legislação substituiu a Portaria nº 1172/2010 e endossou tecnicamente a prerrogativa de fiscalizar da Vigilância Sanitária, bem como das demais áreas fiscalizatórias da Vigilância em Saúde.

A Unidade de Vigilância Sanitária (UVS), unidade responsável por esta função dentro da DVS, estabelece regulamentos técnico-sanitários e as normas a serem atendidas pelo setor regulado. As ações são políticas de Estado que devem atuar em prol da preservação dos interesses sanitários da coletividade, proteger a saúde

da população, dos consumidores e do ambiente. A atuação da Vigilância Sanitária de Porto Alegre é balizada pela Lei Complementar Municipal nº 395/1996 (Código Municipal de Saúde de Porto Alegre), que institui o Código Municipal de Saúde de Porto Alegre.

A Lei Federal nº 13.874/2019 – Lei de Liberdade Econômica (LLE) e a Lei Complementar Municipal nº 876/2020 estabeleceram normas para a liberação de atividades econômicas, adotando a classificação de risco econômico-sanitário prevista na Resolução CGSIM nº 57/2020 da RedeSim. No município de Porto Alegre, essa classificação foi detalhada, definindo critérios de baixo risco para os fins da Lei nº 13.874/2019, da Lei Complementar Municipal nº 983/2023, do Decreto nº 22.102/2023 e de sua alteração pelo Decreto nº 22.444/2024.

Conforme essas legislações, a maioria dos estabelecimentos relacionados com a Vigilância Sanitária, especialmente na área de alimentos, classificaram-se de risco I, isto é, de baixo risco, irrelevante ou inexistente, que dispensa a necessidade de todos os atos públicos municipais de liberação da atividade econômica para o funcionamento do estabelecimento. Entretanto, necessitam ainda sim, atender à legislação vigente.

Estabelecimentos de risco II ou médio, precisam de alvará de saúde, mas não há necessidade de licença prévia ao início das atividades. Praticamente todos os estabelecimentos, incluindo os serviços de saúde de alta complexidade, enquadram-se nessa condição.

São considerados de risco III ou alto risco, somente os seguintes segmentos: fabricação e beneficiamento de farinhas de produtos de origem vegetal; comércio atacadista de soja e outras matérias primas; fabricação de produtos de limpeza e fabricação de velas.

A Vigilância Sanitária do município de Porto Alegre, que possui gestão plena, realiza as atividades fiscalizatórias previstas na CIB nº 250/2009. Com base na autonomia para legislar, o município publicou portarias voltadas a áreas específicas, entre as quais: Portaria nº 25.436.436/2023 (estabelecimentos veterinários), Portaria SMS nº 17.754.792/2022 (sushis), Portaria nº 27.404.350/2024 (serviços de imunoterápicos), Portaria SMS nº 19.680.188/2022 (unitarização de medicamentos) e Portaria nº 25.510.929/2023 (vacinação domiciliar pelas clínicas). No que se refere aos repasses de recursos financeiros da Anvisa/Ministério da Saúde ao município, estes são atualmente realizados com base na atualização mensal do número de

estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme a Portaria Consolidada GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.

Além das atividades inerentes da Vigilância Sanitária, a Unidade tem se envolvido na construção de parcerias “pontes” inter vigilância e intersecretariais. Refere-se à colaboração entre diferentes órgãos ou secretarias para alcançar objetivos comuns, otimizando recursos e resultados. Essas parcerias são cruciais para a eficiência e a efetividade da atuação estatal, evitando a fragmentação e promovendo a integração de políticas e ações. Um dos exemplos de ação conjunta esteve relacionado aos desastres climáticos ocorridos, desde de 2023. A Vigilância Sanitária auxiliou na elaboração da nota técnica, com medidas sanitárias necessárias para o funcionamento de locais destinados à abrigagem de pessoas, em decorrência de situações emergenciais, como inundações e enchentes.

O município de Porto Alegre é ponto focal da 10ª Região de Saúde, conforme Meta pactuada da CIB nº390/22 e CIR, conforme Portaria GM/MS nº 4153/2022 , referente à Gestão de Qualidade e Gerenciamento de Risco em Vigilância Sanitária (SEI 23.0.000136086-8).

Outra pactuação relacionada com a Vigilância Sanitária é a Portaria SES nº 847/2024, (SEI 25.0.000025099-9), que institui, no âmbito da Secretaria da Saúde, o Programa Qualifica Vigilância, destinado a incentivar a qualificação das ações de Vigilância em Saúde no Estado do Rio Grande do Sul e regulamenta a transferência de recursos. (PROA 24/2000-0149763-8).

A Unidade de Vigilância Sanitária (UVS) está estruturada em duas equipes: Equipe de Vigilância de Serviços e Produtos de Interesse à Saúde (EVSPIS) e Equipe de Vigilância de Alimentos (EVA). No que tange a Equipe de Vigilância de Alimentos, conforme a tabela abaixo, do Relatório Anual de Gestão (RAG) 2024 e os indicadores anteriormente pactuados, houve metas não atingidas.

Tabela 113: Pactuações da Vigilância Sanitária realizada pela equipe de vigilância de alimentos por ano (2024-2023)

Indicador	Meta Anual pactuada	2024		2023		Análise
		N	(%) Em relação ao N total	N	(%) Em relação ao N total	
Inspeções anuais de Praças de alimentação de shoppings centers e similares)	30%	20	5	5	25	Meta não atingida. O critério de priorizar denúncias pelo 156. Essa meta será excluída do eixo da equipe em 2025.

Inspeções anuais de Supermercados e Hipermercados	30%	400	30	157	39,25	Meta atingida.
Inspeções anuais das cozinhas industriais cadastradas	50%	90	28,9	67	74,44	Meta não atingida.
Inspeções anuais em estabelecimentos que manipulam alimentos no Mercado Público (bancas)	100%	84	33	84	100	Meta não atingida.
Inspeções por amostragem significativa dos segmentos restaurantes e similares	20%	6.735	7	865	13,40	Meta não atingida.
Inspeção nos estabelecimentos que solicitam alvarás de saúde e licenças temporárias	70%	289	80	310	89,34	Meta atingida
Inspeções de escolas de ensino fundamental municipal que manipulam e servem alimentos	20%	57	19,3	13	23	Meta não atingida.
Inspeções de escolas de ensino fundamental estadual que manipulam e servem alimentos	20%	244	7	50	20	Meta não atingida.
Atendimento de programas municipais, estaduais e federais PEMPLAC, PAMVET, chás, água mineral e Ceasa	50%	1	100	-	-	A equipe foi acionada para participar de coleta de água mineral pelo programa de Vigilância Estadual.
Encaminhamento ao Lacen de alimentos que envolvem análises oriundos de reclamação	100%	8	100	17	100	Meta atingida
Entrega de laudos ao reclamantes de alimentos analisados pelo Lacen-RS	100%	8	100	17	100	Meta atingida
Capacitar equipe VISA em investigação de surtos de DTHAs (doenças de transmissão hídrica e alimentar), em coletas de amostras, inspeção de pescados, APPCC e demais áreas relacionadas.	-	1	-	2	20	Meta atingida
Definir com o Lacen-RS o programa de monitoramento de alimentos	Ainda não foram definidos programas de monitoramento.					
Implantar o programa de monitoramento de alimentos	Ainda não foram definidos programas de monitoramento.					
Investigar 100% dos surtos de DTAs notificados	-	40	100	21	100	Meta atingida
Estabelecer parcerias com órgãos de atividades afins, Decon, Procon, Delegacia do Idoso, MPE, MPF, Anvisa, MAPA, SMDet, Universidades, e outros órgãos afins para execução de atividades de intervenção no risco	São realizadas parcerias rotineiras com órgãos externos à prefeitura para realização de vistorias em ações especiais ou por solicitação.					
Atender, analisar e encaminhar as denúncias e reclamações recebidas prioritariamente através do 156 – Fala Porto Alegre referentes à Vigilância de alimentos	70%	877	45,4	528	59	Meta não atingida.
Realizar ações educativas, de mobilização e de orientação ao consumidor, orientações técnicas para os prestadores de serviços e profissionais de saúde referente à Vigilância de alimentos.	-	3	-	8	-	Foram realizadas ao longo do ano capacitações para público do Município de Porto Alegre; orientações para implantação de comércio de alimentos em ponto turístico da cidade; cozinha industrial, restaurante universitário da UFRGS, para o curso de nutrição da UFCSPA, e trabalhadores do hospital de clínicas de Porto Alegre.

O não atingimento de metas demonstra que nos últimos anos há uma conjuntura de redução e defasagem de servidores, agravados pelas aposentadorias e com um coeficiente reduzido em relação ao número de atividades complexas que compõem a sua atribuição: fiscalização de todos os serviços de alimentação da cidade, além de eventos de massa que ocorrem rotineiramente, análise documental de requerimento de licença de veículos de transporte de alimentos, licença de importação de produtos, autorização de início de fabricação, projetos especiais de monitoramento de alimentos em parceria com as universidades, investigações de surtos de doenças transmitidas por alimentos, atendimento de reclamações, solicitações de alvará, denúncias e demandas de outros órgãos. As atividades do Núcleo de Fiscalização (NF) e Núcleo de Indústrias e Eventos de Massa (NIEM) são compartilhadas entre os servidores, contemplando inspeções rotineiras de todos os serviços de alimentação e indústria de alimentos, atividade que foi repassada ao município a partir do estado em 2022.

O núcleo de eventos de massa, após a publicação do Decreto nº 23.001/2024, que Altera o § 3º do art. 6º do Decreto nº 21.126/2021, que reorganiza o Escritório de Eventos, reformula os procedimentos e rotinas para autorização de atividades e eventos no Município de Porto Alegre, começou a receber somente processos de licenciamento de eventos com público previsto >1.000 pessoas ou mais, com comércio de alimentos, através do escritório de eventos. Isso reduziu significativamente a quantidade de eventos analisados e fiscalizados pela equipe. Além da análise documental, a equipe é responsável pela fiscalização “in loco” dos eventos de grande relevância de público e risco sanitário.

Como observado, houve um aumento expressivo nas denúncias recebidas da área de serviços de comércio de alimentos, há também complexidade no ramo alimentício quanto à avaliação de procedimentos que garantam a inocuidade dos alimentos produzidos e ofertados na cidade, dada também à sua diversidade (regulamentos específicos para cada tipo de preparação, por exemplo), necessidade de análise técnica frente às diversas inovações que ocorrem neste setor (novas tecnologias de cocção, conservação, preparo, aditivos, novos alimentos), as quais podem representar alto risco sanitário, a fiscalização deve acontecer de forma detalhada, qualificada e minuciosa, há necessidade de fomento à área de atividade de educação em saúde, tanto no setor regulado, quanto junto ao consumidor.

Quanto aos Surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e por Alimentos (DTHA), o município de Porto Alegre investiga 100% das notificações de surto de doença de DTHA recebidas. A maioria das notificações são encaminhadas por meio do sistema Fala Porto Alegre (156), mas devido a necessidade de celeridade no processo de investigação, a notificação pode ser recebida por qualquer canal de comunicação. Nos últimos anos percebe-se um aumento expressivo, demonstrado na tabela abaixo, nas notificações de surtos de DTHA, apesar da possibilidade de ainda ocorrer sub-notificações de surtos, tanto por parte dos serviços de saúde, setor regulado, quanto também pela população. Nas investigações de surtos no município, em muitas ocorrências, não identifica-se o agente causal e nem mesmo o alimento incriminado.

Tabela 114: Número de Surtos de DTHA por ano - 2022-2025

Número de Surtos de DTHA investigados*	2022	2023	2024	2025
	14	23	40	22*

Fonte: DVS *Dados obtidos até 18/08.

A investigação de surtos de DTHA envolve a investigação epidemiológica e sanitária do agravo, havendo a necessidade de coletas específicas de informações junto aos comensais, coleta de amostras clínicas de comensais e manipuladores de alimentos, coleta de alimentos para análise bromatológica, avaliação minuciosa do processo produtivo a fim de verificar possíveis desvios sanitários causadores do agravo e cálculo de indicadores, informações estas que subsidiam a conclusão do caso. A investigação de surtos de DTHA é uma meta pactuada pela equipe e devem ser investigados 100% dos casos.

Este agravo, apesar da baixa letalidade, impacta de modo significativo na ocorrência de atendimentos nas unidades de saúde. A maior parte desses surtos, conforme dados do Ministério da Saúde, em 2024, ocorreu nas residências.

Com o aumento nos surtos de DTHA, a investigação demanda priorização de atividades e esforços da equipe como um todo. Outro problema a ser enfrentado na investigação de surto é o sigilo mantido pelos notificantes. Grande parte das denúncias chega à Vigilância de Alimentos por meio do serviço Fala Porto Alegre - 156, muitas vezes com o notificante em sigilo. Essa condição dificulta ou retarda a investigação epidemiológica, já que a falta de informações adicionais sobre o caso e a necessidade de pedir quebra de sigilo via judicial, compromete a precisão e a agilidade necessárias para concluir o caso.

Além disso, a flexibilização trazida pela Lei da Liberdade Econômica, abriu precedentes para a produção de alimentos em ambientes residenciais, criando desafios logísticos e legais para as inspeções. Em muitos casos, o endereço de produção coincide com o domicílio do proprietário, que pode se recusar a autorizar a entrada dos fiscais, impedindo a coleta de dados essenciais para identificar a origem do surto. Soma-se ao fator crítico de relutância de parte dos consumidores em ceder os dados para as investigações pois evitam compartilhar dados pessoais com a vigilância ou recusam-se a realizar exames laboratoriais, etapas fundamentais para confirmar diagnósticos e rastrear a contaminação. Essa falta de colaboração fragiliza a cadeia de informações necessárias para contenção dos surtos. Diante dos desafios de investigar em tempo oportuno, torna-se importante revisar estratégias, fortalecer a estrutura de fiscalização e promover maior conscientização pública para garantir respostas mais ágeis e eficazes na redução dos riscos de surtos de DTHA. A Equipe de Vigilância de Serviços e Produtos de Saúde e de Interesse à Saúde (EVSPIS), responsável pela fiscalização e licenciamento dos serviços de saúde e produtos de saúde e de interesse à saúde, está composta por sete núcleos que regulam diversos serviços do município e que estão apresentados a seguir.

Tabela 115: Pactuações da Vigilância Sanitária de serviços e produtos de interesse à saúde (alta complexidade) por ano (2024-2023)

(alta complexidade) por ano (2024-2023)						
Indicador	Meta Anual pactuada	Ano				Análise
		2024		2023		
		N	(%) Em relação ao N total	N	(%) Em relação ao N total	
Estabelecer parcerias com órgãos de atividades afins, Decon, Procon, Delegacia do Idoso, MPE, MPF, Anvisa, MAPA, SMDet, Universidades, e outros órgãos afins para execução de atividades de intervenção no risco	-	-	-	04	100%	Não houve solicitação de parceria no ano de 2024.
Atender, analisar e encaminhar as denúncias e reclamações recebidas prioritariamente através do 156 – Fala Porto Alegre referentes à serviços, produtos e ambientes de interesse à saúde	70%	39	97%	44	100%	Meta Atingida

Realizar ações educativas, de mobilização e de orientação ao consumidor, orientações técnicas para os prestadores de serviços e profissionais de saúde referente à serviços, produtos e ambientes de interesse à saúde	-	07	-	131	100%	As ações computadas neste indicador são referentes à capacitação ao setor regulado das diversas áreas de atuação do núcleo e Reunião da Comissão de Segurança do Paciente hospitalar do município.
Inspecções anuais em estabelecimentos que manipulam alimentos em cozinhas hospitalares	100%	28	100	28	103%	Meta atingida
Cadastrar, inspecionar e licenciar - clínicas de vacinação.	70%	30	106%	28	93%	Meta ultrapassada devido ao aumento do N° de clínicas de vacinas no município.
Cadastrar, inspecionar e licenciar – Laboratórios Clínicos Hospitalares	100%	14	72%	13	72%	A meta não foi atendida.
Cadastrar, inspecionar e licenciar – serviços de Hemocentro	100%	0	0 %	01	100%	A meta não foi atendida.
Cadastrar, inspecionar e licenciar – serviços de núcleo de hemoterapia	100%	05	83%	06	100%	Apenas um dos serviços não foi vistoriado. Sendo que um outro estabelecimento encerrou suas atividades de núcleo de hemoterapia.
Cadastrar, inspecionar e licenciar serviços de unidade de coleta e transfusão.	100%	01	100%	02	100%	Um dos serviços que funcionava como Unidade de Coleta e Transfusão passou a ser somente Agência Transfusional.
Cadastrar, inspecionar e licenciar serviços de Centro de triagem laboratorial de doadores	100%	01	100%	01	100%	Meta atingida.
Cadastrar, inspecionar e licenciar serviços de Agência transfusional de doadores.	100%	13	87%	14	100%	A meta não foi atendida.
Cadastrar, inspecionar e licenciar - Banco de tecidos oculares	100%	02	100%	02	100%	Meta atingida
Cadastrar, inspecionar e licenciar - Banco de células e tecidos germinativos	50%	09	90%	10	100%	Meta atingida
Cadastrar, inspecionar e licenciar - Serviços de Terapia Antineoplásica (quimioterapia)	100%	28	100%	27	108%	Meta atingida. O número de estabelecimentos aumentou para 28, sendo que todos os serviços foram vistoriados.
Cadastrar, inspecionar e licenciar - Serviços de Terapia Renal Substitutiva (Diálise)	100%	14	100%	14	100%	Meta atingida
Cadastrar, inspecionar e licenciar hospitais gerais, inclusive com unidades de internação pediátrica e obstétrica.	100%	16	100%	15	100%	Houve o aumento do “N” devido a contabilização do Hospital Doctor Clin.

Cadastrar, inspecionar e licenciar hospitais infantis com e sem UTI neonatal e pediátrica.	100%	03	100%	03	100%	Meta atingida
Cadastrar, inspecionar e licenciar Serviços Hospitalares de Atenção ao Parto e à Criança	100%	2	100%	2	100%	Meta atingida
Cadastrar, inspecionar e licenciar Serviços Hospitalares Especializados	50%	07	77,8%	06	66,6%	Meta atingida
Cadastrar, inspecionar e licenciar Hospitais Maternidade com e sem UTI Materna	100%	NA	NA	NA	NA	O município não possui esta classificação de instituição hospitalar.
Cadastrar, inspecionar e licenciar - Serviços de Nutrição Enteral	50%	18	75%	14	60,8%	Meta atingida
Cadastrar, inspecionar e licenciar Serviço de Lactário	50%	09	75%	07	58,3%	Meta atingida

Fonte: RAG 2024.

Núcleo Municipal de Segurança do Paciente (NMSP) e a Comissão Municipal de Segurança do Paciente (CMSP).

O Núcleo é formado por médicos/enfermeiros e realiza o monitoramento mensal das notificações, promovendo a implementação de medidas corretivas, com atenção especial aos casos prioritários - como eventos adversos com óbito e never events - fundamentando suas ações no monitoramento contínuo das notificações recebidas via Sistema Sentinela. Esses dados geraram o os [Boletins de Controle de Infecção Hospitalar](#), disponibilizado no site da Diretoria de Vigilância em Saúde.

As ações de prevenção e controle de Infecções Relacionadas à Saúde (IRAS) na rede hospitalar do município. Acompanham-se hospitais, colaborando na execução das ações de controle das IRAS, prestando apoio técnico às CCIH dos hospitais. Monitora, avalia e analisa os indicadores de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde notificados pelos hospitais do Município. Todas as instituições hospitalares que possuem Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Bloco Cirúrgico e Serviços de Diálise realizam notificações mensais das IRAS, além de informar sobre o consumo de antimicrobianos em UTI (medido em DDD) e de preparação alcoólica para higiene das mãos. Esses dados são analisados pelo CMCIH.

Tabela 116: Pactuações da Vigilância Sanitária de serviços e produtos de interesse à saúde (média complexidade) por ano (2024-2023)

Indicador	Meta Anual pactuada	Ano				Análise
		2024		2023		
		N	(%) Em relação ao N total	N	(%) Em relação ao N total	
Estabelecer parcerias com órgãos de atividades afins, Decon, Procon, Delegacia do Idoso, MPE, MPF, Anvisa, MAPA, SMDET, Universidades, e outros órgãos afins para execução de atividades de intervenção no risco	-			4	100%	
Atender, analisar e encaminhar as denúncias e reclamações recebidas prioritariamente através do 156 – Fala Porto Alegre referentes a serviços, produtos e ambientes de interesse à saúde.	70%	46	45,65%	5	100%	Meta não atendida tendo em vista os afastamentos de servidores por LTS e carência de RH.
Realizar ações educativas, de mobilização e de orientação ao consumidor, orientações técnicas para os prestadores de serviços e profissionais de saúde referente à serviços, produtos e ambientes de interesse à saúde	-			1	100%	Em 2024 houve alteração na maneira de contabilizar as ações, contemplando apenas as ações educativas, motivo pelo qual não foi contabilizado nenhuma ação.
Cadastrar, inspecionar e licenciar – Postos de Coleta Hospitalares	100%	5	125%	4	100%	Meta atingida
Cadastrar, inspecionar e licenciar – consultórios e clínicas odontológicas com e sem RX	70%	251	80,87%	372	86%	Meta atingida.
Cadastrar, inspecionar e licenciar – laboratórios de prótese dentária	-			-	-	
Cadastrar, inspecionar e licenciar – Clínicas ou Serviços de Ultrassonografia	70%	4	100%	20	100%	Meta atingida
Cadastrar, inspecionar e licenciar – Serviços de Remoção Móvel de Urgência e Emergência (Ambulâncias)	70%	17	100%	17	100%	Meta atingida
Cadastrar, inspecionar e licenciar – consultórios e clínicas com procedimentos invasivos (inclusive cirurgias).	70%	844	80,01%	644	72%	Meta Atingida

Fonte: RAG 2024.

Especificamente sobre a fiscalização dos serviços de remoção móvel de urgência e emergência que inclui o licenciamento sanitário e a autorização para atender em eventos de massa, a [Lei Municipal nº 13.832, de 15 de janeiro de 2024](#), estabelece normas de atendimento médico em eventos públicos ou privados com aglomeração de pessoas no mesmo ambiente - Lei Alice de Moraes. Essa lei subsidiou maior respaldo legal e importantes avanços para a atuação da equipe de vigilância sanitária em eventos. Ela formaliza as responsabilidades da equipe tanto

na análise de riscos de cada tipo de evento (Baixo, Médio e Alto Risco), quanto na fiscalização do cumprimento dos requisitos legais e contratuais para os serviços de atendimento móvel de urgência e emergência. Durante os eventos, a equipe de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços de Interesse à Saúde (EVSPIS) assume um papel essencial e abrangente na fiscalização. Entre suas principais atribuições, destacam-se: Inspeção da estrutura (permanente ou temporária), garantindo a acessibilidade para pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, higiene, abastecimento de água, pontos de energia e gestão de resíduos; checagem da disponibilidade, validade e funcionamento de suprimentos, medicamentos e equipamentos eletromédicos necessários para o atendimento; a qualidade do atendimento, assegurando a conformidade dos protocolos pré-hospitalares nos postos médicos, ambulatorios e ambulâncias (de suporte básico ou avançado); a capacidade de coordenação da empresa contratada, especialmente se possui uma central de regulação 24 horas para facilitar o encaminhamento de pacientes aos serviços de saúde do município, quando necessário.

Tabela 117: Pactuações da Vigilância Sanitária de serviços e produtos de interesse à saúde de baixa complexidade por ano (2024-2023)

Baixa complexidade por ano (2024-2023)						
Indicador	Meta Anual pactuada	Ano				Análise
		2024		2023		
		N	(%) Em relação ao N total	N	(%) Em relação ao N total	
Estabelecer parcerias com órgãos de atividades afins, Decon, Procon, Delegacia do Idoso, MPE, MPF, Anvisa, MAPA, SMDET, Universidades, e outros órgãos afins para execução de atividades de intervenção no risco	-	162	100%	08	100%	Meta atingida
Atender, analisar e encaminhar as denúncias e reclamações recebidas prioritariamente através do 156 – Fala Portc Alegre referentes a serviços, produtos e ambientes de interesse à saúde.	70%	133	120,38%	75	92,60%	Meta atingida
Realizar ações educativas, de mobilização e de orientação ao consumidor, orientações técnicas para os prestadores de serviços e profissionais de saúde referente à serviços, produtos e ambientes de interesse à saúde	-	01	100%	2	100%	Meta atingida Seminário ILPI
Cadastrar, inspecionar e licenciar - Escolas de Educação Infantil	70%	146	60%	262	57,45%	Meta não atingida
Cadastrar, inspecionar e licenciar - Serviços de Tatuagens e Piercings	70%	25	100%	26	100%	Meta atingida
Cadastrar, inspecionar e licenciar – consultórios e clínicas sem procedimentos	70%	243	100%	819	100%	Meta atingida

Cadastrar, inspecionar e licenciar - Serviços de Home Care	100%	34	100%	38	100%	A meta foi atingida, 4 estabelecimentos encerraram atividades.
Cadastrar, inspecionar e licenciar - Estabelecimentos de longa permanência para idosos	70%	300	103,44%	290	100%	Meta atingida

Fonte: RAG 2024.

O cenário dos Estabelecimentos de Educação Infantil (EEI) do Município de Porto Alegre possui 600 escolas cadastradas (particulares e conveniadas) e 42 escolas da Rede PMPA. Esses locais são passíveis de inspeções anuais da fiscalização, por motivo de renovação de alvará de saúde, demanda contínua do Ministério Público ou encaminhamento de notificação obrigatória, como a síndrome mão-pé-boca, oriunda da Unidade de Vigilância Epidemiológica. No momento, há apenas um agente de fiscalização e uma técnica em nutrição dietética para inspecionar as EEIs e escolas da Rede da PMPA.

Em relação às Comunidades Terapêuticas, há 8 cadastradas e as inspeções nessas comunidades têm se concentrado na verificação do cumprimento da legislação vigente, com o objetivo de minimizar riscos e qualificar os serviços prestados. Além disso, há realização de fiscalizações em estabelecimentos clandestinos, a partir de denúncias recebidas pelo canal 156 ou por meio de inquéritos instaurados pelo Ministério Público do Rio Grande do Sul (MPRS). São realizadas ações interinstitucionais junto a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (1ª CRS) na discussão de estratégias na harmonização das práticas regulatórias nas comunidades terapêuticas. Nesse sentido, foi atualizada tabela contendo nomes, dados e responsáveis técnicos das comunidades terapêuticas vinculadas à 1ª CRS. O objetivo é facilitar a identificação de mudanças de endereço ou de município por parte de estabelecimentos já autuados e/ou interditados, prática recorrente no setor.

As Moradias Protegidas Privadas (MPP) são estabelecimentos para pessoas com transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social ou laços familiares que viabilizem sua reinserção social, consiste num Modelo de Atenção Psicossocial de transição do cuidado articulado em rede setorial e intersetorial, para usuários e familiares e de base comunitária. Dentre as ações planejadas para os próximos anos, estão:

- a articulação junto a Coordenação de Atenção à Saúde Mental - CASM e Ministério Público;
- a elaboração/definição de documento sanitário atualizado das MPP;

- elaboração de estratégias de comunicação com a rede de atenção à saúde e população em geral;
- qualificação das ações de vigilância em saúde para atendimento às demandas das moradias;
- atuação para a regularização dos estabelecimentos clandestinos.

Além destas atividades, contribuir para estabelecer fluxos de acompanhamento junto a instituições vinculadas ao Sistema Único de Assistência Social/SUAS (caso das residências inclusivas, abrigos e albergues, residências/clínicas para pessoas com deficiências e acamadas) e congêneres. Segue-se utilizando como referência a Resolução Municipal nº 03/2013, que regulamenta esse tipo de estabelecimento, entretanto apresenta-se distinta a Portaria SES nº 588/2021, fazendo-se necessário sua reavaliação nos próximos anos. Atualmente, o núcleo acompanha 18 estabelecimentos regulados e outros 3 em processo de regulação. Contudo, esse número é variável, devido à identificação de locais clandestinos, que estão sendo acompanhados com o apoio da Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos (MPRS).

A respeito das clínicas de vacinação, o município conta com 38 clínicas de vacinação privadas em seu território. Também se realiza as autorizações extramuros, via análise documental.

As Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) são espaços sensíveis por natureza, especialmente pela fragilidade dos seus usuários no que tange a saúde, atualmente são 286 ILPIs com alvará de saúde ou em processo de renovação, há 02 agentes de fiscalização responsáveis pela fiscalização nesses estabelecimentos. A Secretaria Municipal de Saúde possui Comitê da Pessoa Idosa Institucionalizada, no qual alguns componentes da vigilância são membros e se integram de forma intersetorial, para harmonizar e padronizar informações. Em 2025 foi adotado a aplicação do ROI nas ILPIs. Demandas contínuas do Ministério Público sobre as condições das ILPIs são recebidas periodicamente, relacionadas com as condições sanitárias e emissão de alvará. O desafio para os próximos anos, é sem dúvida a implantação de recursos tecnológicos, tanto de equipamentos como de sistemas de informação, para agilizar os encaminhamentos e atualização do banco de dados, para ILPIs, Estabelecimentos de Educação Infantil (EEI) e demais instituições.

São realizadas ações de fiscalização e licenciamento da fabricação e do comércio de produtos cosméticos, produtos de higiene, saneantes e produtos para a saúde, buscando a adequação dos estabelecimentos às normas sanitárias municipais, estaduais e federais. O núcleo responsável possui atualmente 42 indústrias no município, sendo 18 de produtos para a saúde (correlatos), 14 de cosméticos e 10 de saneantes.

Quanto ao setor de vigilância de medicamentos, o município de Porto Alegre possui os seguintes quantitativos aproximados de estabelecimentos com os alvarás de saúde renovados: 560 drogarias, 97 farmácias com manipulação, 25 farmácias hospitalares/equiparadas à farmácia hospitalar, 87 distribuidoras de medicamentos e insumos farmacêuticos, 1 importadora de medicamentos, 1 fracionadora de insumos farmacêuticos, 43 transportadoras de medicamentos e insumos farmacêuticos e 5 Unidades Públicas Dispensadoras de Talidomida. Já quanto aos Centros de Pesquisa Clínica, em 2025, havia 7 (nova demanda - quantitativo ainda subdimensionado). O núcleo possui local de atendimento ao público, para cadastramento e entrega de Notificações de receitas de medicamentos Entorpecentes (cor amarela), Psicotrópicos e Anorexígenos (cor azul) e Retinoides de uso sistêmico.

O Núcleo de Vigilância em Radiações Ionizantes (NVRI) é responsável por garantir segurança radiológica, proteger a saúde dos usuários e trabalhadores de serviços radiológicos e radioterápicos, além de promover ações educativas e fiscalização. São 8 Serviços de Medicina Nuclear, 11 de Hemodinâmica, 77 de Radiodiagnósticos (sendo 38 de mamografias), 6 Serviços de Radioterapia, 30 Ressonância Magnética e aproximadamente 44 Serviços odontológicos, visto que o número aumenta a cada ano com a popularização da tomografia odontológica.

Desafios para a Vigilância Sanitária:

A UVS enfrenta desafios significativos, sobretudo relacionados ao quadro reduzido de servidores, em um contexto de crescente complexidade dos serviços e ampliação do número de estabelecimentos vinculados à Vigilância Sanitária. Nesse cenário, a reposição de profissionais aposentados e a permanência dos agentes de fiscalização nos núcleos da UVS tornam-se fatores essenciais para garantir o bom andamento das atividades e a qualidade dos serviços prestados tanto ao setor regulado quanto à sociedade. Conforme evidenciado no Relatório Anual de Gestão

de 2024, observa-se que as demandas oriundas das pactuações anteriores, associadas à diminuição do corpo de servidores, resultaram em diversas metas não alcançadas, o que reforça a necessidade de uma reavaliação das metas para o próximo Plano Municipal de Saúde.

Outro fator importante é a necessidade de implantação de programa digital, com o objetivo de otimizar os processos, melhorar a comunicação com os clientes (setor regulado) e fortalecer a gestão de dados da Vigilância Sanitária. Este projeto é fundamental para aumentar a eficiência, melhorar a qualidade dos serviços, fortalecer a transparência e facilitar a comunicação com a sociedade e partes interessadas. Até o momento, a Vigilância Sanitária (VISA) não possui sistema de informação capaz de quantificar, cadastrar, estratificar o universo de estabelecimentos existentes em Porto Alegre. Torna-se importante uma ferramenta de sistema de informação em saúde, que permita a integração desses dados, sendo fundamental para a programação e operacionalização das fiscalizações dos serviços, pautadas na avaliação de risco sanitário-econômico, em contrapartida de apenas o risco econômico como proposto na Lei de Liberdade Econômica.

O mapeamento e a padronização dos processos representam um passo importante para a melhoria contínua da VISA, tanto em termos de estrutura e processos quanto de resultados. Uma das ferramentas de incentivo à harmonização é a aplicação dos instrumentos Roteiros Objetivos de Inspeções (ROI), alinhado com com a Anvisa e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

A aplicação dos instrumentos de gestão da qualidade são outros desafios a serem implantados, como forma de melhoria nos processos da Vigilância Sanitária. A partir do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), a Vigilância Sanitária (VISA) aderiu ao projeto "Qualificação da Gestão das Ações Estratégicas de Vigilância Sanitária no SNVS – IntegraVisa", cujo objetivo principal é subsidiar a qualificação da gestão das instituições que compõem o SNVS por meio de capacitação e apoio à adoção do modelo de gestão baseado no Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ).

É relevante desenvolver e implantar um programa de educação continuada com os servidores da Vigilância Sanitária, com o objetivo de qualificar a equipe, padronizar os processos de trabalho e melhorar a eficiência do trabalho. Também é

relevante o fomento à promoção e incentivo de educação continuada voltada ao setor regulado e à população.

Por fim, a Vigilância Sanitária encontra-se em período de reinvenção de atos, com a necessidade de direcionar sua atenção ao gerenciamento de risco, gestão de qualidade, foco na sociedade, alinhamento com as diretrizes do SUS e atuação de forma transversal, transparência e eficiência das ações, padronização dos processos internos e externos, com o compromisso de incentivar a melhoria contínua da prestação de serviço e proteção à saúde pública do município.

1.9.4 Vigilância Ambiental

A Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) é a área que se dedica ao estudo e à redução dos impactos que os fatores ambientais têm sobre a saúde humana, sejam eles naturais ou decorrentes da atividade humana. Na USera federal, em janeiro de 2023 a Secretaria de Vigilância em Saúde passou a ser denominada Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA). Por força do Decreto nº 11.358/2023, “a inclusão do termo ambiente diz respeito à concepção de uma só saúde que conecta a saúde humana, animal e ambiental” (MS, 2025). Dentro deste arcabouço institucional, a partir da reestruturação proposta pelo Ministério da Saúde, se inserem os programas de vigilância voltados à Qualidade da Água para consumo humano (Vigiágua); Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos (Vigiar); Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos (Vigipeq); Riscos Associados a Desastres (Vigidesastres); Populações Expostas a Agrotóxicos (Vispea); Avaliação de Risco à Saúde Humana (ARSH); Combate às Endemias entre outros.

Contemporaneamente, para além da análise dos fatores ambientais locais, a compreensão dos fatores climáticos-globais e o respectivo impacto ao setor saúde é uma necessidade de incorporação científica e programática cada vez mais evidente.

O Painel Intergovernamental para Mudanças Climáticas demonstra em seu sumário para gestores (2023) que é inequívoca a relação entre as atividades humanas - principalmente a emissão de gases de efeito estufa - com o aquecimento global. Todo incremento na temperatura, tendo por linha de base o período pré-industrial, fará com que os eventos extremos sejam ampliados e pronunciados.

Em todas as regiões, aumentos em eventos de calor extremo resultaram em mortalidade e morbidade humanas. A ocorrência de

doenças transmitidas por alimentos e pela água relacionadas ao clima e a incidência de doenças transmitidas por vetores aumentaram. Nas regiões avaliadas, alguns desafios de saúde mental estão associados ao aumento de temperaturas, traumas de eventos extremos e perda de meios de subsistência e cultura [...] As mudanças climáticas causaram impactos adversos generalizados e perdas e danos relacionados à natureza e às pessoas que são desigualmente distribuídos entre sistemas, regiões e setores. [...] Os meios de subsistência individuais foram afetados por, por exemplo, destruição de casas e infraestrutura, e perda de propriedade e renda, saúde humana e segurança alimentar, com efeitos adversos sobre gênero e equidade social. Em áreas urbanas, as mudanças climáticas observadas causaram impactos adversos na saúde humana, meios de subsistência e infraestrutura essencial. Os extremos de calor se intensificaram nas cidades. A infraestrutura urbana, incluindo transporte, água, saneamento e sistemas de energia, foi comprometida por eventos extremos e de início lento, com perdas econômicas resultantes, interrupções de serviços e impactos negativos ao bem-estar. Os impactos adversos observados estão concentrados entre moradores urbanos economicamente e socialmente marginalizados (IPCC, 2023, p.6).

Os impactos adversos das alterações climáticas causadas pelo homem continuarão a intensificar-se. Esta é uma conclusão baseada em fortes evidências levantadas pela comunidade acadêmica internacional. Diante desta realidade podemos antecipar os efeitos nas comunidades locais. São fortes as evidências de que os impactos adversos deverão se intensificar em áreas como.

Quadro 35: Impactos generalizados e substanciais observados sobre perdas e danos atribuídos às mudanças climáticas

Disponibilidade de água e produção de alimentos:	Disponibilidade concreta de água;
	Produção agrícola;
	Saúde e produtividade pecuária;
	Produtividade da pesca e produção de aquicultura.
Saúde e bem estar:	Doenças infecciosas;
	Calor, desnutrição e danos causados por incêndios florestais;
	Saúde Mental;
	Deslocamentos e migrações.
Cidades, assentamentos e infraestrutura:	Inundações interiores e danos associados;
	Danos às áreas costeiras induzidos por inundações e tempestades;
	Danos em setores econômicos chave.
Biodiversidade e ecossistemas	Ecossistemas terrestres;
	Ecossistemas de água doce;
	Ecossistemas oceânicos.

Fonte: Adaptado de IPCC, 2023.

Os recorrentes eventos de chuvas intensas e de ondas de calor extremos da última década na região metropolitana são exemplos desta imposição da contemporaneidade na realidade porto-alegrense. Segundo o relatório ‘As enchentes no Rio Grande do Sul da Agência Nacional das Águas’ (2025) “de 1889 a 2014, a

cota de inundação de 3 m foi superada apenas em cinco dos 115 anos, no período recente, de apenas dez anos, essa marca já foi atingida ou superada quatro vezes”. No que se refere ao número de inundações do Lago Guaíba em Porto Alegre, a recorrência e a gravidade dos eventos climáticos servem de exemplo à discussão. Incluídas as medições referentes ao evento de junho de 2025, podemos afirmar que as marcas alcançadas no período de um século agora se concentram em uma década.

Diante desta ‘nova normalidade’ global, são marcos, referências e estratégias da Vigilância Ambiental em Saúde que devem ser fortalecidos no planejamento de longo prazo da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre em termos de adaptação e mitigação climática:

- Comissão e Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (2013);
- Adoção das estratégias da Agenda Ambiental da Administração Pública pelo Decreto nº 21.869, de 9 de fevereiro de 2023, que institui o Plano de Logística Sustentável (PLS) da Prefeitura Municipal de Porto Alegre;
- Instituição do *Programa Vigidesastres* por força da [Portaria G](#)
- [M/MS Nº 4.185, de 1º de dezembro de 2022](#), sob a responsabilidade da Coordenação-Geral de Preparação para as Emergências em Saúde Pública, do Departamento de Emergências em Saúde Pública, vinculado à [Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente](#), do Ministério da Saúde;
- Participação da SMS no Grupo de Trabalho Técnico para implementação e o monitoramento do Plano de Ação Climática (PLAC) - GT PLAC conforme Instrução Normativa 012/2025;
- Participação institucional e técnica de pontos focais da SMS na Comunidade de Prática de Clima e Saúde pela iniciativa *Resilient Cities Network* por meio da Coordenação de Resiliência e Redes Secretaria de Governança Cidadã e Desenvolvimento Rural (SMGOV).

O fortalecimento das ações de resiliência ambiental e climática perpassa de fato todas as frentes de trabalho da área de Vigilância Ambiental em Saúde. O guia ‘Mudanças Climáticas para Profissionais da Saúde’ (OPAS; MS, 2024) assevera neste sentido:

Dependerá também da nossa capacidade de nos adaptarmos a novas condições climáticas e ambientais desfavoráveis. [...] Diante

disso, não há dúvidas de que os serviços de saúde serão cada vez mais testados em sua capacidade de compreender o fenômeno das mudanças climáticas como uma das principais ameaças à saúde das pessoas nas próximas décadas. [...] No caso do Brasil, já observamos a pressão no Sistema Único de Saúde no que se refere a doenças e agravos ligados a eventos climáticos extremos, à necessidade de estabelecer linhas de cuidado com atenção integral à saúde das pessoas vulneráveis ao clima, à necessidade de fortalecer os mecanismos de vigilância, entre outras situações (OPAS; MS, 2024, p. 6).

Mitigação, adaptação e vigilância ambiental

O uso de fontes de energia não sustentáveis, o modelo de utilização do solo, o padrão de consumo e de produção são atividades com maiores impactos climáticos globais a serem repensadas. A magnitude do problema e a vulnerabilidade frente aos seus efeitos têm distribuição desigual entre indivíduos, regiões e países. É exatamente esta iniquidade da morbi-mortalidade perante a complexidade dos fatores de risco que deve ser objeto fundamental da vigilância em saúde ambiental e climática. Diante da tríplice crise global de (a) redução de biodiversidade, (b) da poluição crescente de ar-solo-água-alimentos e (c) da emissão de gases de efeito estufa, cabe alinhar localmente soluções efetivas, permanentes e intergeracionais (IPCC-Reports/ONU, 2024).

No enfrentamento aos conceitos imbricados das (i) alterações ambientais locais e dos (ii) eventos climáticos globais cabe estabelecer estruturas e políticas que trabalhem no sentido de promover maior resiliência, a curto prazo, e ampliar a sustentabilidade das ações da Secretaria Municipal de Saúde. O Sistema Único de Saúde tem, portanto, um desafio adicional à sua história, qual seja, o de compreender e enfrentar o impacto à saúde humana decorrente dos danos ambientais locais e alterações climáticas globais.

Neste sentido, Vianna, Zimmermann e Saraiva (2025), apontam que, [...] a capilaridade do Sistema Único de Saúde é uma fortaleza do país e um meio para promover o avanço na implementação da agenda de adaptação envolvendo as USeraps federal, estadual e municipal. Consideram também que setores como os de moradia, saneamento, economia, energia, transportes e agricultura são primordiais para a incorporação das políticas de clima e saúde, reduzindo vulnerabilidades socioambientais e ampliando a resiliência do país para o agravamento da crise climática.

São imagens-objetivo ao planejamento estratégico situacional da Vigilância Ambiental em Saúde (1) a adaptação aos fatores emergentes, (2) a mitigação dos

seus impactos e (3) o incremento da resiliência das estruturas diante do fortalecimento dos programas, serviços e sistemas de monitoramento da Vigilância em Saúde.

A capacidade de preparação e fortalecimento das capacidades locais definirão os dUSEchos futuros. Sem esta preparação os eventos climáticos passam a se configurar em recorrentes desastres com impacto evidente nas comunidades locais. Em Porto Alegre, os programas e serviços da Unidade de Vigilância Ambiental (UVA-DVS) têm como objetivo a implantação das ações ambientais no interior do Sistema Único de Saúde.

Dentro da estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), estabelecida no [Decreto nº 20.422/2019](#) (atualizado pelo [Decreto nº 20.545/2020](#)), o gerenciamento e execução de programas e serviços da Unidade de Vigilância Ambiental (Inciso V do Art. 5º) é realizado pelas equipes e núcleos relacionadas a eles no decreto vigente.

O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiágua/MS) realiza a vigilância da água utilizada na dessedentação, higiene e preparo dos alimentos em Porto Alegre. Esta ação busca garantir que a água que chega ao cidadão, por meio da rede pública de abastecimento ou por soluções alternativas coletivas, esteja dentro dos parâmetros definidos pela Portaria da Potabilidade ([Portaria GM/MS Nº 888, de 4 de maio de 2021](#)). As análises abrangem parâmetros bacteriológicos, físico-químicos e organolépticos.

A avaliação e monitoramento da qualidade da água para consumo humano em Porto Alegre se assenta em quatro pilares:

- Análises de vigilância: Coletas diárias realizadas pela EVSAA-Vigiágua de amostras de água da rede pública, caminhões pipa e fontes urbanas, de acordo com plano de amostragem gerando dados em campo com o laboratório móvel da DVS ou submetendo amostras ao Lacen-RS; São realizadas 2.267 coletas anuais para os parâmetros cloro, turbidez e escherichia coli;
- Análises de controle: Avaliação constante realizada pelo DMAE, tendo os dados disponibilizados no sistema SISAGUA-MS em uma comunicação constante entre o titular do saneamento no município e a vigilância em saúde municipal;

- Análises especiais: Contratação de análises adicionais de alta complexidade para monitoramento semestral, atendendo às exigências e parâmetros da Portaria GM/MS nº 888/2021 e Portaria nº 320/2014;
- Pesquisas científicas: Abrangendo parâmetros especiais (agrotóxicos, metais pesados, antimicrobianos, novos contaminantes, *vibrio cholerae*...) realizadas regularmente com SES-RS, FioCruz-RJ e outras instituições de pesquisa.

Importante destacar que desde 1994, a Vigilância em Saúde municipal monitora a fluoretação de águas de abastecimento em Porto Alegre, sendo responsável pela coleta das amostras de água, bem como pela sistematização e divulgação dos resultados. As análises são realizadas pelo Laboratório Central da Fundação de Produção e Pesquisa em Saúde do Estado (Lacen). A divulgação rotineira dos resultados possibilita ampla apropriação de seu conteúdo pela população em geral e pela comunidade acadêmica. Em 32 anos de vigilância dos teores de fluoreto na rede de abastecimento foram analisadas mais de 15.500 mil amostras. Os resultados são publicizados no site [Águas | Prefeitura de Porto Alegre](#).

As ações do Vigiágua na prevenção de doenças de veiculação hídrica abrangem ações capazes de impactar na preservação, transporte e outros usos da água de abastecimento e, conseqüentemente, na redução de risco à saúde. Neste sentido, são atividades desenvolvidas por esta vigilância: a fiscalização de sistemas de abastecimento de água, de soluções alternativas individuais e coletivas; cadastramento das empresas de limpeza de reservatórios e de transporte de água potável; monitoramento da qualidade da água de fontes coletivas na cidade; fiscalização de poços profundos utilizados como soluções alternativas de abastecimento coletivo; vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público e concessão de alvará de saúde para piscinas de uso coletivo mediante avaliação das condições sanitárias e documentação exigida. A EVSAA trabalha atualmente em um universo de 227 empresas licenciadas em cadastramento de empresas do interior para limpeza de reservatório; licença para transporte de água potável; alvarás de desinfecção de reservatórios e alvarás de piscinas de uso coletivo.

A racionalização de processos e das atividades da Secretaria Municipal de Saúde em termos de emissão de gases de efeito estufa é realizada através da implantação do Plano de Logística Sustentável em 2021. A instituição do Grupo

Executivo de Sustentabilidade SMS por meio de portaria busca trabalhar os eixos da agenda ambiental da administração pública em Planos Socioambientais locais. O grupo tem a coordenação da área ambiental da EVSAA da SMS. A EVSAA coordena igualmente o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e tem representação no Comitê Gestor Inter-secretarias do Plano de Logística Sustentável da PMPA.

O crescimento desordenado da cidade, a agressão aos serviços ambientais (dano ambiental às áreas verdes e áreas azuis) e os desastres (geológicos, hidrológicos, ondas de calor..) - sejam eles naturais ou antropogênicos - geram desigualdades na distribuição de água potável, estabelecem intermitências e riscos aumentado às doenças de veiculação hídrica e doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado (ex. dengue, leishmaniose, diarreias, doenças de pele...). Estima-se que entre 8.963 pessoas, ou 3.414 domicílios, não tenham acesso aos sistemas de abastecimento via rede de distribuição ou mesmo por caminhão de transporte de água potável (IBGE, 2022).

Cerca de 4.000 pessoas têm predileção por outras fontes de água para consumo humano (IBGE, 2022). A perda (que refere também às ligações clandestinas) chega a 30% em POA (SNISA). A procura por soluções alternativas, pelas fontes urbanas, uso de redes clandestinas e uma reserva inadequada geram riscos crescentes para as doenças de veiculação hídrica e para as doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado nas comunidades mais vulneráveis.

Ganha relevo, neste contexto, a promoção de saúde e a educação ambiental no âmbito da SMS, em ações integradas com as demais políticas sociais, principalmente de saneamento e meio ambiente, a partir da importância da água para a vida e para o bem estar dos indivíduos e coletividades. O acesso equitativo à água, saneamento e equipamento de higiene deve ser garantido enquanto direito humano fundamental na defesa da saúde das comunidades. Esta abordagem tem por referências a [Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2021](#) (Programa Vigiágua); as iniciativas do [Water, Sanitation and Hygiene](#) (WASH/UNICEF/WHO) e da [City Water Resilience Framework \(CWRF\)](#).

As ações do Núcleo de Saúde Ambiental (NSA/EVSAA) são voltadas para a vigilância da saúde humana exposta a riscos ambientais estando ou não em ambientes de trabalho. Busca desenvolver a epidemiologia ambiental unindo

demandas oriundas da população com dados de agravos de notificação compulsória. O NSA tem como objetivo geral identificar e monitorar fatores de riscos não-biológicos relacionados a contaminantes ambientais, a produtos químicos (VigiPEQ, em especial os agrotóxicos, IE), a qualidade do ar (PMOC, Lei Antifumo/Dispositivos Eletrônicos para Fumar - DEF, VigiAr), do solo e a desastres naturais (Vigidesastres), de forma a minimizar os riscos de doenças e agravos decorrentes dessas exposições. No campo das Intoxicações Exógenas - IE, realiza serviços de epidemiologia ambiental fazendo o gerenciamento (qualificação, investigação, fiscalização e digitação) das fichas de investigação de intoxicações exógenas no banco de dados epidemiológicos (Sentinela) da Diretoria de Vigilância em Saúde e no Sinan do Ministério da Saúde. Em 2023, o NSA trabalhou na implantação do Sentinela – Intoxicações Exógenas, que é um sistema de notificações eletrônicas a ser implantado junto às unidades notificadoras do município. O NSA tem como função coordenar a elaboração de normas técnicas, projetos, programas e rotinas, desenvolver ferramentas para as ações de vigilância em saúde ambiental e elaborar material educativo em conjunto com outras áreas da SMS e outros setores da PMPA.

Dados fornecidos pela NSA-DVS sobre intoxicações exógenas e nos [Boletins Epidemiológicos Intoxicações exógenas em Porto Alegre 2023-2024](#):

- 1.449 notificações foram registradas na cidade neste período (agosto de 2023 - julho 2024) (a Capital representou 0,6% do volume de notificações do país);
- O predomínio do sexo feminino com 861 ocorrências (59,4%), enquanto o sexo masculino registrou 561 ocorrências (40,6%);
- A população mais atingida foi correspondente a faixa etária entre 20 e 29 anos (23,46%), seguida da faixa etária de 30 a 39 anos (21,8%). Não podemos deixar de observar o número de intoxicações na faixa etária de 10 a 19 anos (17,7%);
- A população amarela apresentou a maior taxa de incidência (1.127,5), seguida da branca (106,3) e da preta (105,8);
- O grupo agente tóxico com maior prevalência são os medicamentos (64,8%) e as drogas de abuso (26,4%);
- Quanto a circunstância da exposição/contaminação destaca-se que 60,3% dos casos resultaram de tentativas de suicídio e 25,2%, de

ocorrências por abuso de drogas.

Quanto às informações referentes aos eventos climáticos (tempestade, chuvas intensas, acumulado de chuva, vendaval, onda de calor, onda de frio, declínio de temperatura, ventos costeiros e geada) de atuação do vigidesastres:

- 121 Avisos Meteorológicos emitidos e encaminhados via mensagens de aplicativo de telefone celular em 2024 para preparação e resposta da Rede de Saúde do Município;
- Em 2025 já foram emitidos 47 Avisos Meteorológicos* e 7 Previsões de Risco de Desastres*.

A área de Vigilância de Zoonoses deve desenvolver e executar ações, atividades e estratégias de vigilância de zoonoses e, dependendo do contexto epidemiológico, também de prevenção, em seu território de atuação. (Manual de vigilância, prevenção e controle de zoonoses, MS, 2016).

A equipe de Vigilância de Antropozoonoses realiza a vigilância ambiental de fatores biológicos de interesse em saúde pública, planejando, executando, fiscalizando e avaliando ações de vigilância de zoonoses, além de fomentar ações de vigilância e controle de fatores ambientais e biológicos relacionados às zoonoses.

A equipe de Vigilância de Antropozoonoses opera na vigilância e controle da leishmaniose visceral canina, da raiva e febre amarela em primatas não humanos. Vigilância de Zoonoses negligenciadas, emergentes e reemergentes, notificação de Epizootias, além de atuar na implantação do sistema de notificação obrigatória de doenças relativas a animais domésticos listados na Organização Mundial de Saúde Animal (OIE), conforme MAPA IN nº50/2013.

Vigilância da febre amarela - Primatas Não Humanos

A equipe de Vigilância de Antropozoonoses é responsável pela vigilância da febre amarela (FA) em Primatas Não Humanos (PNH) no Município de Porto Alegre. Essa vigilância deve ser conduzida por meio da investigação da localização do animal, preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de Epizootias (FNCE) e coleta de amostras biológicas para envio ao Laboratório Oficial, visando a pesquisa da patologia e o diagnóstico. Salienta-se que os PNH atuam como sentinelas da febre amarela; eles não transmitem a doença ao ser humano, porém, quando apresentam resultado positivo, indicam a circulação viral na região onde estão

habitando. Essa informação é fundamental para orientar ações de prevenção e controle do agravo na população humana.

Diante do surto de febre amarela ocorrido em 2024 na região Sudeste, que resultou em diversos óbitos tanto de humanos quanto de Primatas Não Humanos, torna-se imprescindível fortalecer a vigilância da doença em nosso Estado e Município. O objetivo é verificar a ocorrência, ou a ausência, da circulação viral na região, contribuindo assim para ações de prevenção, promoção da saúde e controle mais eficazes.

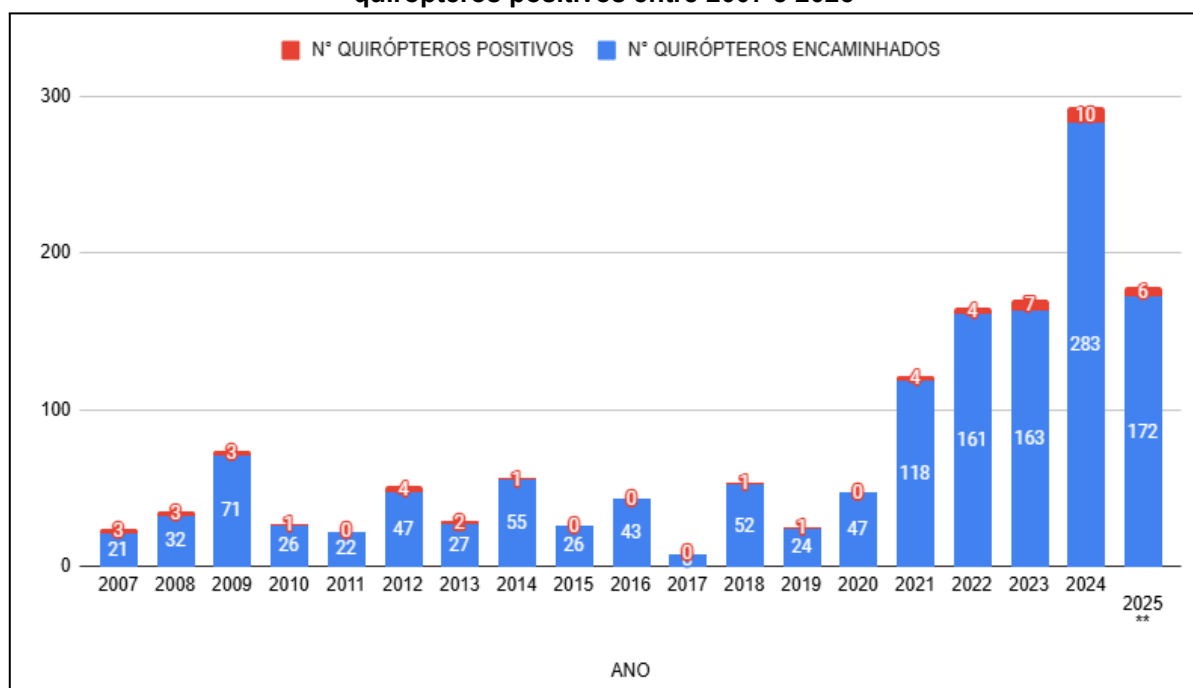
Vigilância da Raiva

A Vigilância da Raiva constitui uma estratégia fundamental para a proteção da saúde pública e animal. Os dados epidemiológicos obtidos por meio desta vigilância são essenciais tanto para os profissionais de saúde, que podem determinar a necessidade de profilaxia de pós-exposição, em tempo oportuno, assim como para os médicos veterinários, que devem adotar medidas de bloqueio de foco e controle animal. A integração entre assistência médica, vigilância epidemiológica e vigilância ambiental é imprescindível para o controle efetivo dessa zoonose e para o monitoramento da circulação viral em nosso município.

A Vigilância da Raiva de morcegos (quirópteros) é passiva. As amostras biológicas coletadas são enviadas ao laboratório para diagnóstico de raiva e se referem a morcegos recolhidos por demandas da comunidade: animais caídos, mortos ou adentrados em residências do município e de outros mamíferos suspeitos, salvo animais de produção. Ressalta-se que os morcegos tem um papel importante para o ecossistema e por serem animais silvestres, portanto, protegidos por legislação, não é recomendado a captura e eutanásia de morcegos não hematófagos de seu ambiente natural ou em suas colônias.

Nos casos de exposição ou possível exposição de cães e gatos a morcegos ou outros mamíferos suspeitos de portarem raiva, a equipe realiza bloqueio vacinal desses animais expostos a quirópteros ou a outros mamíferos suspeitos. Dessa forma, é possível monitorar e controlar essa zoonose de maneira segura e eficiente, garantindo a proteção da saúde pública e animal.

Gráfico 207: Número de quirópteros encaminhados ao IPVDF pela Evantropo e número de quirópteros positivos entre 2007 e 2025



Fonte: Banco de dados Evantropozoonoses, 2025.

Vigilância da Leishmaniose Visceral Canina

A Equipe de Vigilância de Antropozoonoses (EVAntropo) realiza a vigilância da Leishmaniose Visceral Canina (LVC) no município. Essa atividade envolve diversas ações, como o exame sorológico de cães suspeitos notificados por serviços veterinários e seus contatos, além de inquéritos sorológicos em regiões com casos de Leishmaniose Visceral Humana. Quando necessário, realiza-se a eutanásia de animais sororreagentes. Os animais são coletados, incluindo os contactantes, identificados eletronicamente e encoleirados com coleira repelente à base de Deltametrina 4% para proteção contra o vetor.

O Ministério da Saúde recomenda que cães sororreagentes para LVC, com dois exames confirmatórios, o TR-DPP e o Elisa IGM, sejam eutanasiados ou tratados com o medicamento à base de Miltefosina, pois são reservatórios da doença e precedem os casos humanos.

Caso o tutor opte pelo tratamento, este deve ser realizado por um médico veterinário do setor privado, utilizando Miltefosina conforme as orientações do fabricante e atendendo às legislações vigentes, como a Nota Técnica Conjunta Nº 001/2016, assinada pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) e pelo Ministério da Saúde (MS), que autoriza o uso do produto para o

tratamento da LVC, e a Portaria Interministerial nº 1.426/2008, que proíbe o tratamento de LVC com produtos de uso humano ou não registrados no MAPA. O veterinário deve assinar um termo de compromisso, que é encaminhado à Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS).

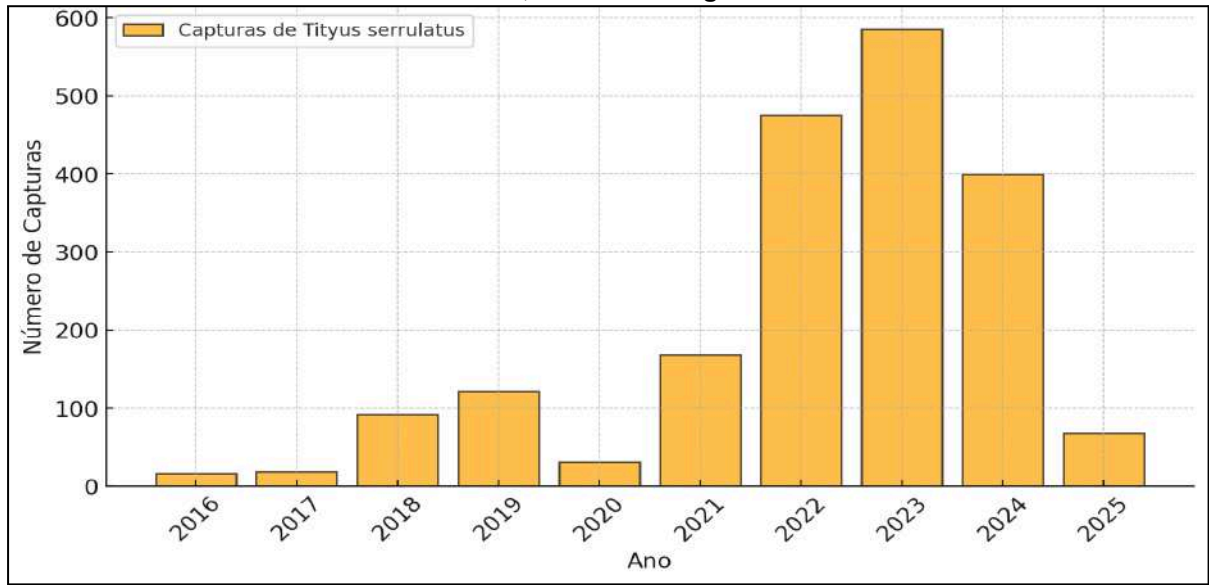
Tabela 118: Ações de vigilância da Leishmaniose Visceral: coletas e encoleiramento em 2020 e em 2024

Ano	Coletas para LVC	Coleiras para LVC
2020	163	93
2024	601	414

Fonte: Banco de dados gerenciais do EVANTROPO/UVA/DVS/SMS.

A Fiscalização Ambiental, constituído por Agentes de Fiscalização e Agentes de Combate às Endemias, atua em vistorias e ações fiscais nos Programas de controle de criadouros do *Aedes aegypti*, do *Tityus serrulatus* (escorpião amarelo), e controle de pombos e roedores em área privada. No caso específico do escorpionismo, o enfrentamento é estruturado pela equipe com a captura e destinação adequada dos espécimes recolhidos. Após essa etapa, os Agentes de Combate às Endemias assumem o monitoramento das áreas infestadas. Paralelamente, são realizadas capacitações voltadas para diversas categorias profissionais da Rede de Atenção à Saúde, como enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Gráfico 208: Número de capturas com *Tityus serrulatus*, entre julho de 2016 e Fevereiro de 2025, em Porto Alegre



Fonte: Banco de dados Núcleo de Fiscalização Ambiental, DVS, 2025.

Complementarmente, realiza a fiscalização de reservatórios de água e extravasamento de esgoto em área pública proveniente de residências ou

estabelecimentos particulares. Atua ainda na concessão de alvarás de saúde para estabelecimentos com piscina de uso coletivo e de empresas de desinfecção de caixas d'água. A atuação é transversal às equipes da área ambiental e em atenção às demandas de licenciamento, 156, Ouvidoria, demandas do Ministério Público entre outras.

Tabela 119: Ações fiscalizatórias de 2019 - 2024

Ações	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Fiscalizatórias	6.353	2.289	1.370	7.538	7.266	8.056
Fisc. Zoosanitárias	6.173	3.632	3.791	7.356	7.091	7.871

Fonte: Banco de dados Núcleo de Fiscalização Ambiental, DVS, 2025.

A vigilância ambiental dos fatores biológicos de interesse em saúde pública. Entre as atividades, estão a [vigilância e o controle do mosquito *Aedes aegypti*](#), dos insetos transmissores das leishmanioses tegumentar e visceral e da doença de Chagas (conhecidos popularmente como barbeiros). Também tem como responsabilidade: o controle da [leptospirose, das mordeduras de ratos](#) e da lagarta *Lonomia obliqua*, e a identificação de artrópodos, com interesse em saúde pública, como escorpiões.

Monitoramento Integrado das Arboviroses – MI Aedes

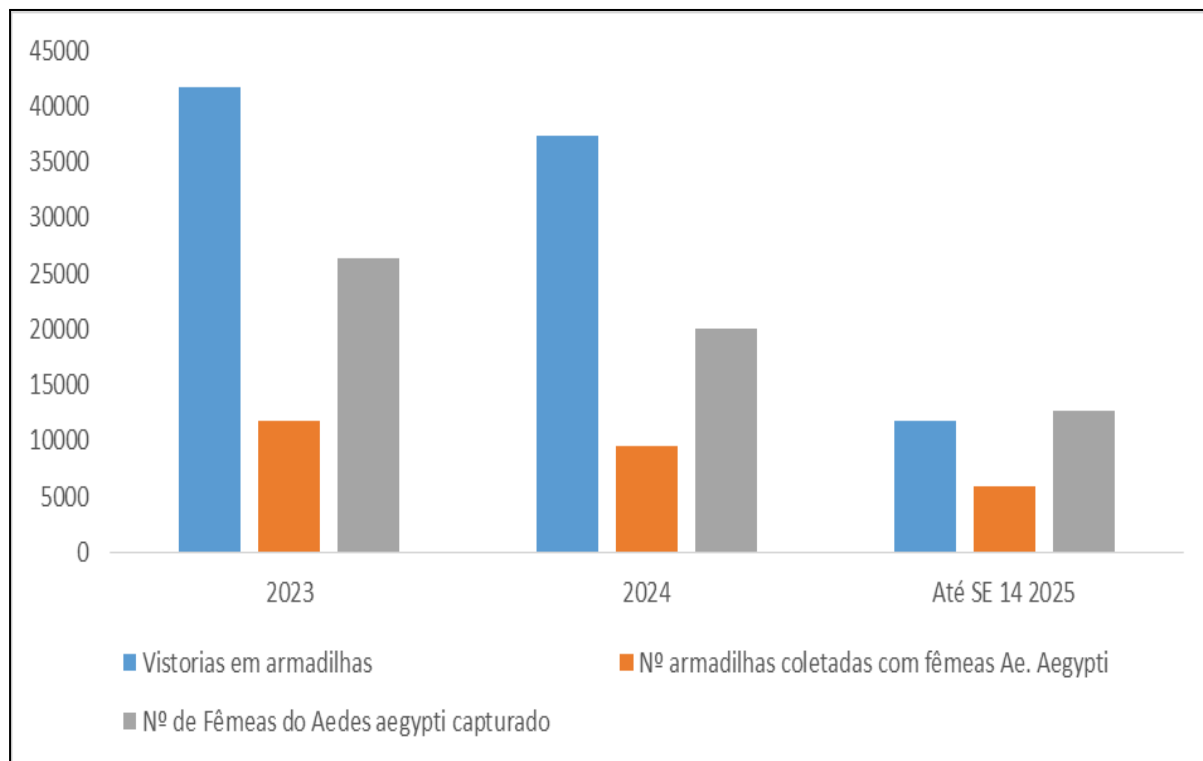
Desde 2012 a SMS de Porto Alegre utiliza a metodologia do Monitoramento Integrado do *Aedes aegypti* (MI Aedes) por meio do cálculo de índice médio de infestação de fêmeas adultas do *Aedes aegypti* (IMFA) que permite acompanhar, semanalmente, a densidade de mosquitos adultos em cada uma das armadilhas.

No site [Onde está o Aedes](#) é possível verificar de acordo com a Semana Epidemiológica (SE), a condição do IMFA. De acordo com a classificação do MI Aedes.

O monitoramento inclui a densidade e a dispersão do mosquito adulto. Os mosquitos capturados nas armadilhas são encaminhados para identificação da presença do vírus da dengue (sorotipos 1, 2, 3 ou 4), zika vírus e chikungunya. A análise de PCR-RT identifica o material genético do vírus e o sorotipo circulante. Essa tecnologia possibilita a identificação prévia da circulação viral no mosquito vetor, de forma a antecipar os casos humanos da doença, com a adoção de medidas de controle e orientação à rede de atenção à saúde.

Os dados de infestação e circulação viral disponibilizados semanalmente pelo MI-Aedes são essenciais para o estudo, análise e direcionamento das ações de combate ao vetor e contenção do vírus na cidade.

Gráfico 209: Monitoramento das armadilhas entre 2023 e 2025



Fonte: <https://prefeitura.poa.br/sms/onde-esta-o-aedes/dados-de-porto-alegre>.

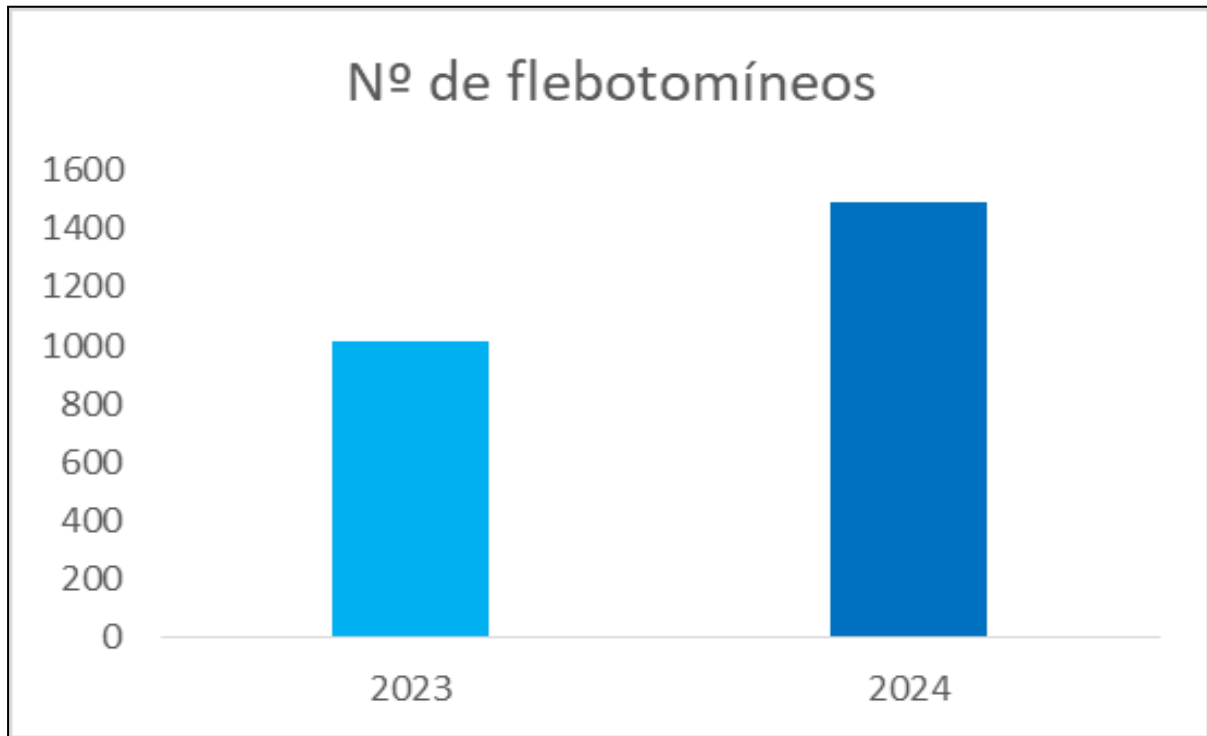
Vigilância de Flebotomíneos

Os servidores do NVRV realizam vigilância e estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose tegumentar (LTA) desde 2003 e leishmaniose visceral (LV) desde 2010.

No levantamento entomológico dos vetores, as capturas são efetuadas em três noites consecutivas, ao mês, por pelo menos um ano. Armadilhas com iscas luminosas (tipo CDC) são dispostas no intradomicílio e peridomicílio, das 18h às 6h do dia seguinte, nas áreas da LV, e também na mata nativa, nos locais como transmissão da LTA. Os espécimes capturados são levados para identificação no Laboratório de Entomologia Médica.

A aplicação de inseticida nas paredes das residências, em áreas com casos humanos da LV, deve ser feita em setembro, com reaplicação do produto químico em janeiro do ano seguinte, visando maior eficácia do tratamento e diminuição na incidência dos casos de leishmaniose no município.

Gráfico 210: Monitoramento dos insetos transmissores das leishmanioses



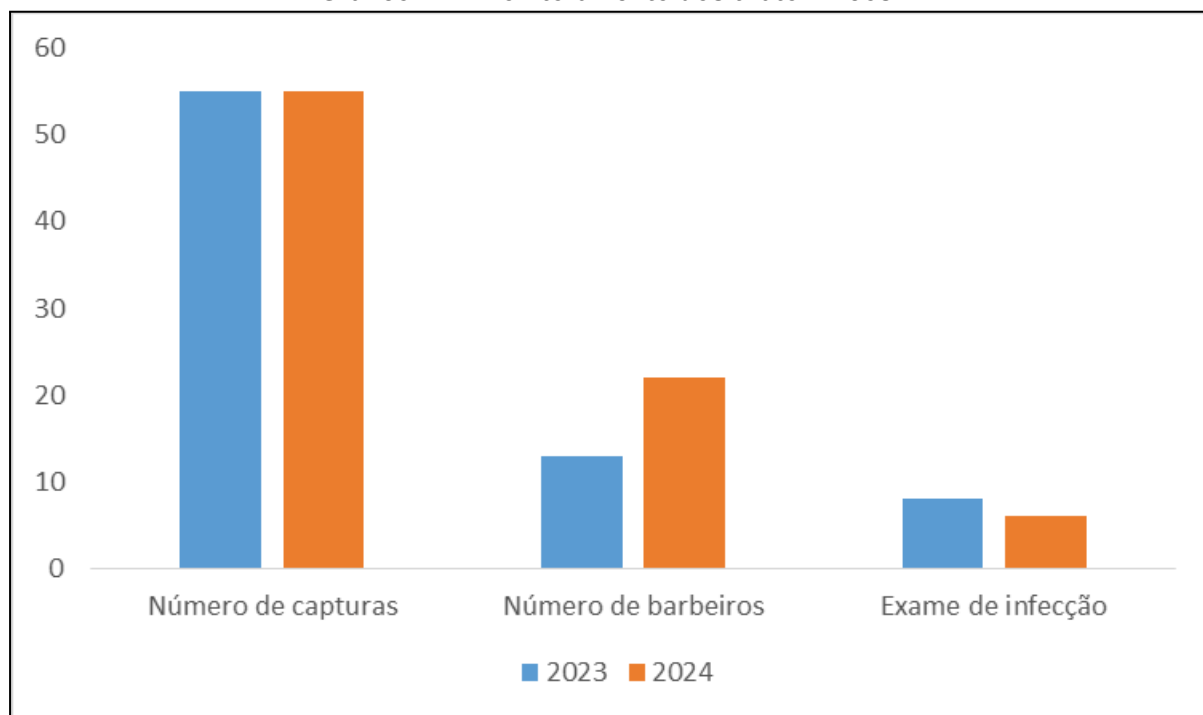
Fonte: Banco de dados Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores, DVS, 2025.

Vigilância e controle de barbeiros

A vigilância de insetos silvestres transmissores da doença de Chagas ocorre de forma passiva, por meio da notificação realizada pelos munícipes e da entrega dos exemplares nos 14 Postos de Informação de Triatomíneos (PITS), sendo eles: DVS, US Ponta Grossa, US Belém Novo, US Paulo Viaro, US Pitinga, US Alto Erechim, US Calábria, US Estrada dos Alpes, US Primeiro de Maio, US Vila Safira, US Viçosa, US Lomba do Pinheiro e US Lami. Esses postos estão localizados em bairros que apresentam significativa presença de mata nativa.

Os barbeiros são identificados no Laboratório de Entomologia Médica no NVRV/DVS e examinados quanto à presença ou ausência de *Trypanosoma* nas fezes. Nas residências, onde são capturados barbeiros, são realizadas visitas domiciliares pelos técnicos do NVRV. Os moradores são orientados para utilização de medidas que evitem a aproximação e domiciliação dos vetores. A aplicação de inseticida nas paredes internas e externas das residências só é efetuada quando ficar caracterizada a domiciliação do vetor, por meio do encontro de ovos ou ninfas no interior da edificação.

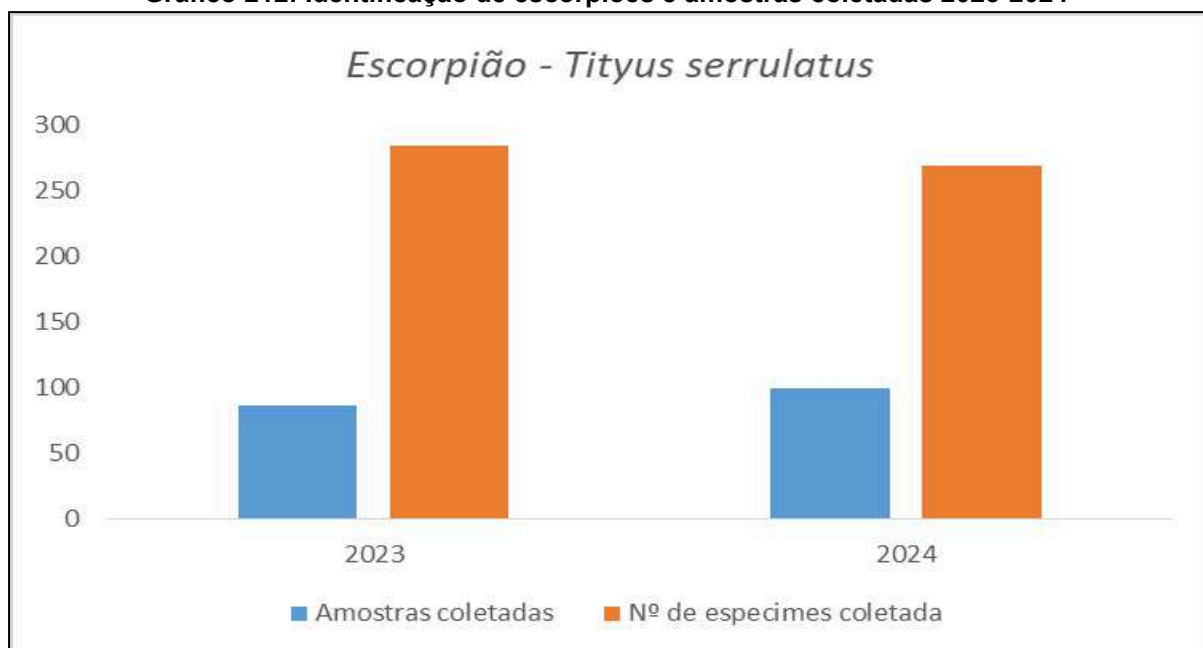
Gráfico 211: Monitoramento dos triatomíneos



Fonte: Banco de dados Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores, DVS, 2025.

A VSA exerce a identificação de artrópodos com interesse em saúde pública, como escorpiões, coletados pela população e/ou Agente de Combate a Endemias (ACEs) e trazidos na DVS. As respostas e orientações aos munícipes são feitas por telefone e e-mail.

Gráfico 212: Identificação de escorpiões e amostras coletadas 2023-2024

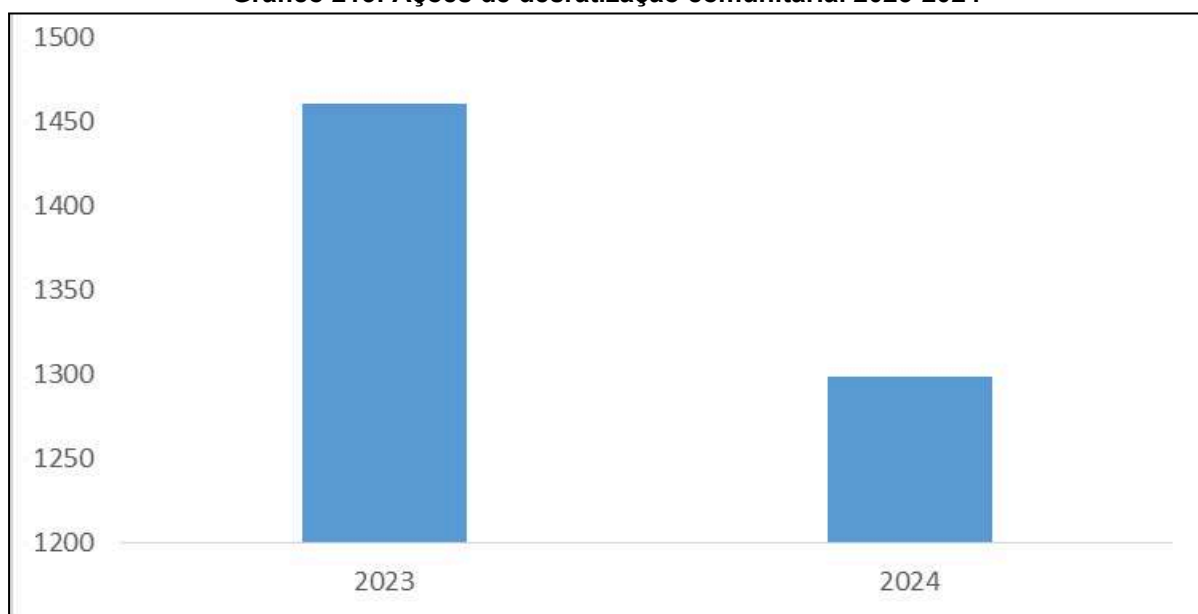


Fonte: Banco de dados Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores, DVS, 2025.

Vigilância e Controle de Roedores

Os casos de infecção humana por leptospirose, bem como as suspeitas e as notificações de mordeduras de ratos realizadas pela Equipe de Doenças Transmissíveis, orientam a adoção de medidas de prevenção e o controle ambiental de roedores urbanos na área. As mesmas ações são aplicadas nos casos confirmados de leptospirose canina. Além disso, o núcleo atende às ordens de serviço para desratização encaminhadas pelo Sistema 156 POA, a partir de solicitações da população, e realiza, de forma sistemática, o controle em locais considerados de grande circulação de pessoas e/ou suscetíveis ao desenvolvimento de roedores na cidade, utilizando raticidas em blocos parafinados fixados com arames em bueiros e aplicando pó raticida em tocas.

Gráfico 213: Ações de desratização comunitária. 2023-2024



Fonte: Banco de dados Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores, DVS, 2025.

1.9.5 Vigilância em Saúde do Trabalhador

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), constituem estratégias centrais da configuração da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Renastt). Desempenham uma função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência.

O CEREST Regional de Porto Alegre foi criado em 1992, com abrangência estadual, atendendo trabalhadores de todo o Rio Grande do Sul. Em novembro de 2018, por meio do Decreto Municipal nº 20.111/2018, o CEREST passou a integrar a

Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS), assumindo as funções da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Em 2002, com a criação de novos Cerest no RS, o Centro localizado em Porto Alegre passou a ter 48 municípios do Estado na sua área de abrangência. Em 2020, com a publicação da CIB 19, o Cerest foi municipalizado, ficando responsável pelo município de Porto Alegre.

Com a publicação da Portaria SVSA nº 57, de 5 de abril de 2023, a abrangência do Cerest Porto Alegre foi modificada para exclusivamente municipal. Dessa forma, os municípios que anteriormente integravam sua área de cobertura passaram a ser assistidos por outros Cerests regionais, coordenados pela Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador (DVST), do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS).

As competências do Cerest abrangem a elaboração, execução e monitoramento da Política de Saúde do Trabalhador em nível local e a erradicação do trabalho infantil.

Segundo o Censo Demográfico 2022 do IBGE, a capital possui 1.332.845 habitantes. Desses, 1.133.381 são considerados Pessoas em Idade Ativa (PIA). A PIA é definida como a população com idade entre 15 e 64 anos, e sua composição e evolução são monitoradas por órgãos como o IBGE.

A PIA não deve ser confundida com a População Economicamente Ativa (PEA), que se refere à parcela da PIA que está empregada ou desempregada. A PEA é um indicador importante para avaliar a situação do mercado de trabalho, enquanto a PIA representa o potencial de força de trabalho de um país. Contudo, os dados referentes à PEA ainda estão desatualizados, considerando o Censo de 2010. Por esse motivo, o Ministério da Saúde recomenda a utilização da PIA para o cálculo de indicadores relacionados ao trabalho..

1.9.5.1 Análise da Situação de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras de Porto Alegre no período de 2022 a 2025

Para que os objetivos para o próximo período possuam metas definidas de forma assertiva, a análise da situação de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras do município se apresenta como fundamental.

É importante salientar que os Relatórios Quadrimestrais e Anuais de Gestão de Porto Alegre apresentam dados pormenorizados que podem contribuir para a

validação das propostas deste instrumento. No entanto, cabe apresentar um breve resumo dos dados epidemiológicos e de atendimentos em saúde do trabalhador.

Assim, seguem dados analíticos e justificativas para indicação dos seguintes eixos principais de foco no PMS 2026-2029:

- Aprimoramento e Expansão do Atendimento Ambulatorial:
 - Foram analisados os dados contidos na produção ambulatorial registrados no SIA/SUS. Ainda, como a análise dos indicadores para fundamentar o aumento de disponibilização de atendimentos, as notificações de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (Dart) no Sinan são um importante indicativo do cenário de saúde do município;
 - Para que seja possível o atendimento para a população que está em fila de espera, se faz necessária a ampliação de salas de consultório e pessoal para tal. Segundo a Central de Marcação de Consultas da SMS, a fila de espera para a primeira consulta no serviço está com aproximadamente 200 pessoas.
- Qualificação de Dados e Notificações em Saúde:
 - Os dados das notificações do Sinan devem conter o máximo de qualidade, demonstrados através de ausência de duplicidades, incompletudes e inconsistências. Diversos autores preconizam avaliação contínua dos dados para que o sistema de notificação, seja ele qual for, apresente dados fidedignos (ou muito próximos) do verificado no cenário de saúde local;
 - Comprometido com esta qualidade do banco de dados do Sentinela e, por consequência, do Sinan, o Cerest apresenta como objetivo manter a qualificação de dados e das notificações. Os dados das notificações Sinan do período foram escolhidos para embasar a necessidade de manter esta qualidade do banco.
- Saúde do Trabalhador e Promoção da Equidade Social
 - Reduzir as iniquidades de saúde, o Cerest propõe incluir em seus objetivos para o PMS 2026-2029 o fortalecimento das ações de educação permanente para inspeções de trabalho, o acolhimento e acompanhamento de casos de racismo, homofobia e etarismo, bem

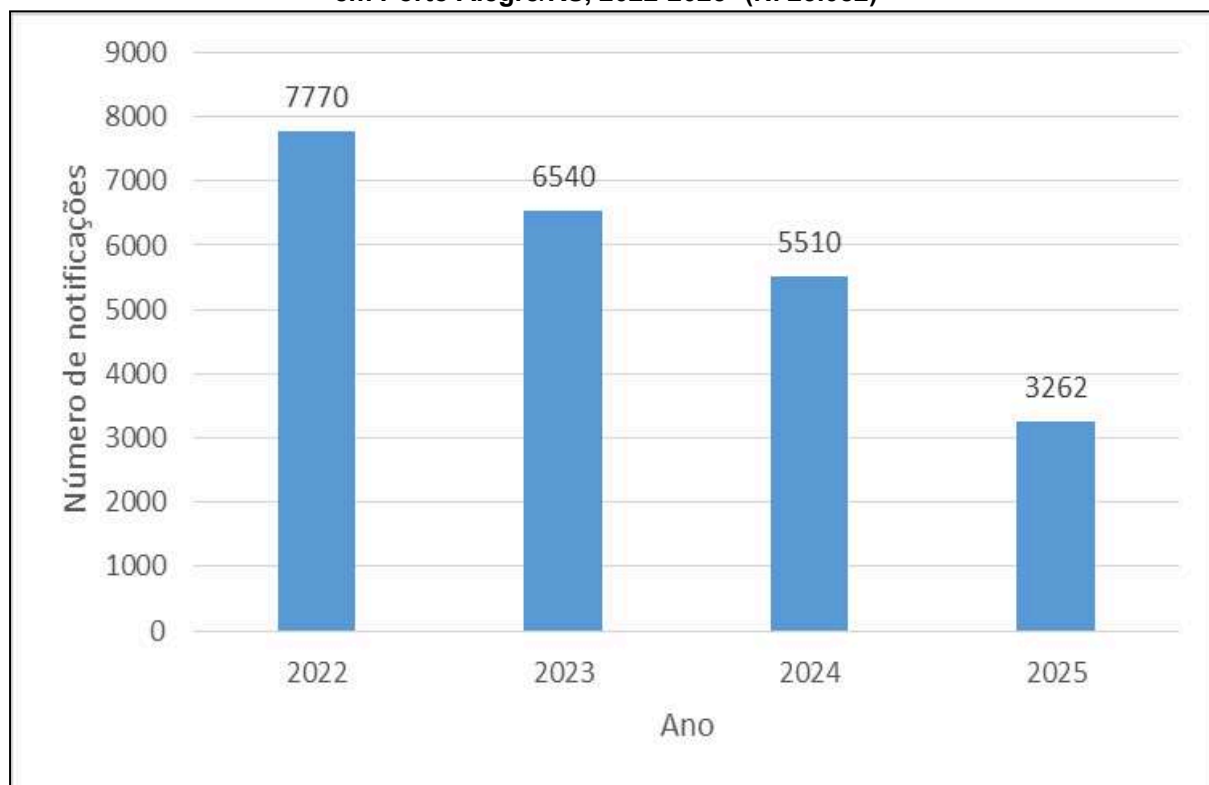
como promover oficinas de equidade para trabalhadores da APS e reforçar o mapeamento de uso de agrotóxicos na cidade;

- Os dados de 2022 a 2025, contidos nos gráficos a seguir, apontam para uma necessidade de fortalecer as ações e de buscar parcerias, tanto intra institucionais quanto interinstitucionais, para enfrentar as problemáticas postas.
- Articulação Intersetorial e Divulgação de Informações:
 - A articulação intersetorial e a produção de materiais informativos, em amplos canais de divulgação, juntamente com o fomento à prevenção e notificação de Trabalho Infantil, interlocução com secretarias e sindicatos, eventos de conscientização acerca do meio ambiente de trabalho seguro, do registro de suspeitas de trabalho infantil em prontuários são fundamentais para que obtenha-se sucesso nas ações de promoção da saúde do trabalhador e da trabalhadora.

Considerando os quatro eixos acima descritos, seguem dados da situação de saúde do período de 2022 a 2025:

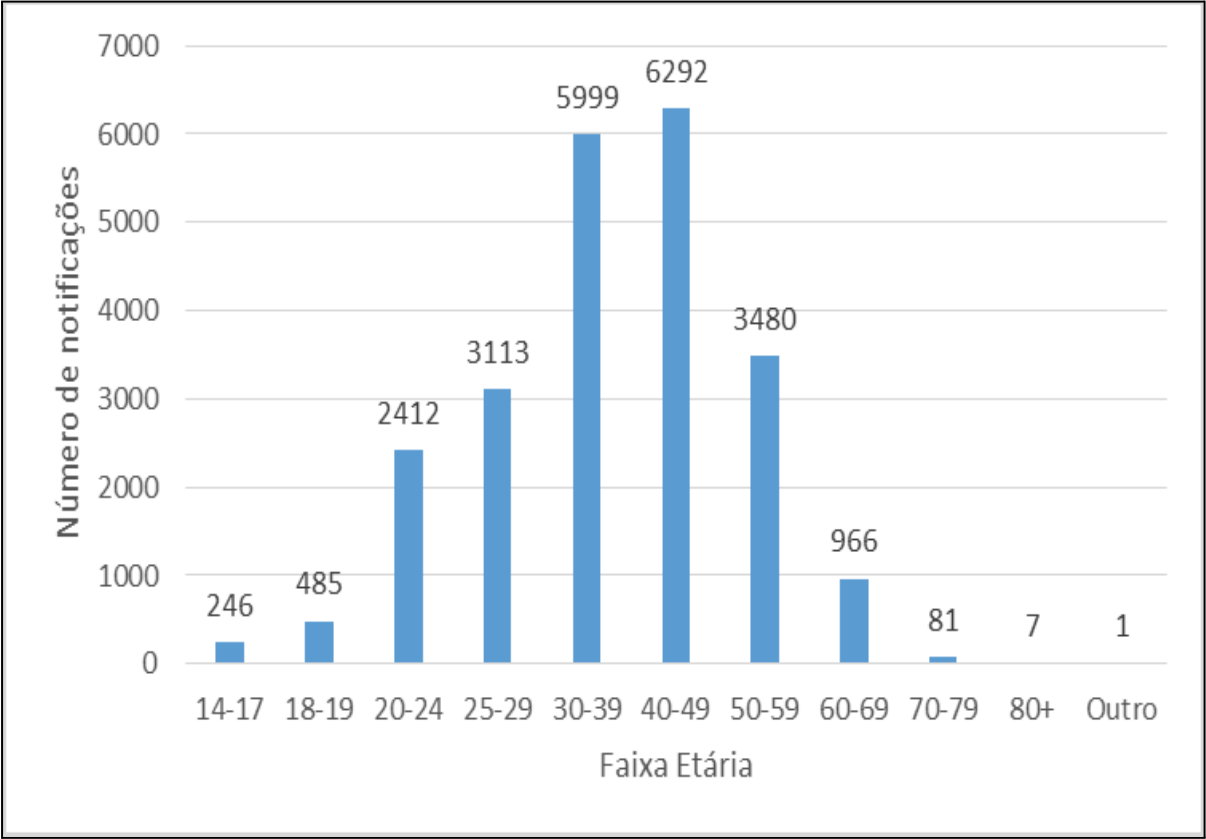
1.9.5.2 Notificações de Doenças e Agravos Relacionados ao trabalho

Gráfico 214: Número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho ocorridos em Porto Alegre/RS, 2022-2025* (N. 23.082)



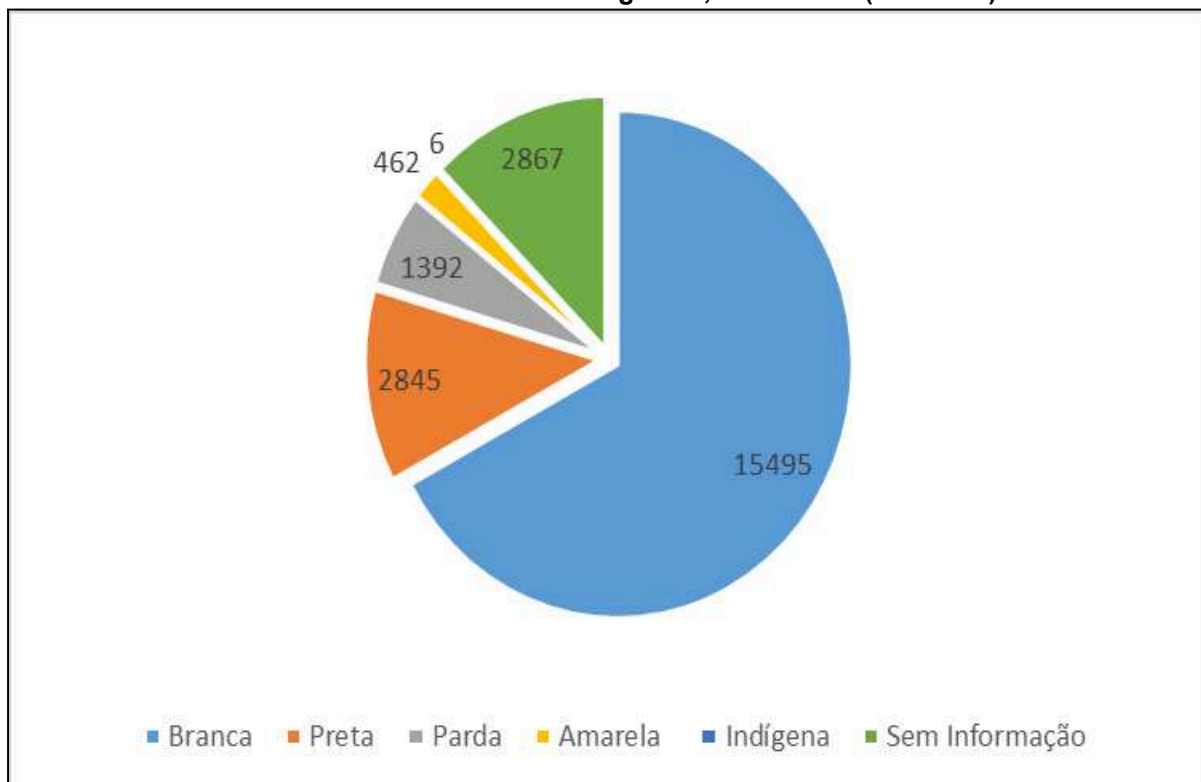
Fonte: Sistema Sentinela. Extraído em 28/08/2025, às 14h05min.

Gráfico 215: Número de notificações por faixa etária, de doenças e agravos relacionados ao trabalho ocorridos em Porto Alegre/RS, 2022-2025* (N. 23.082)



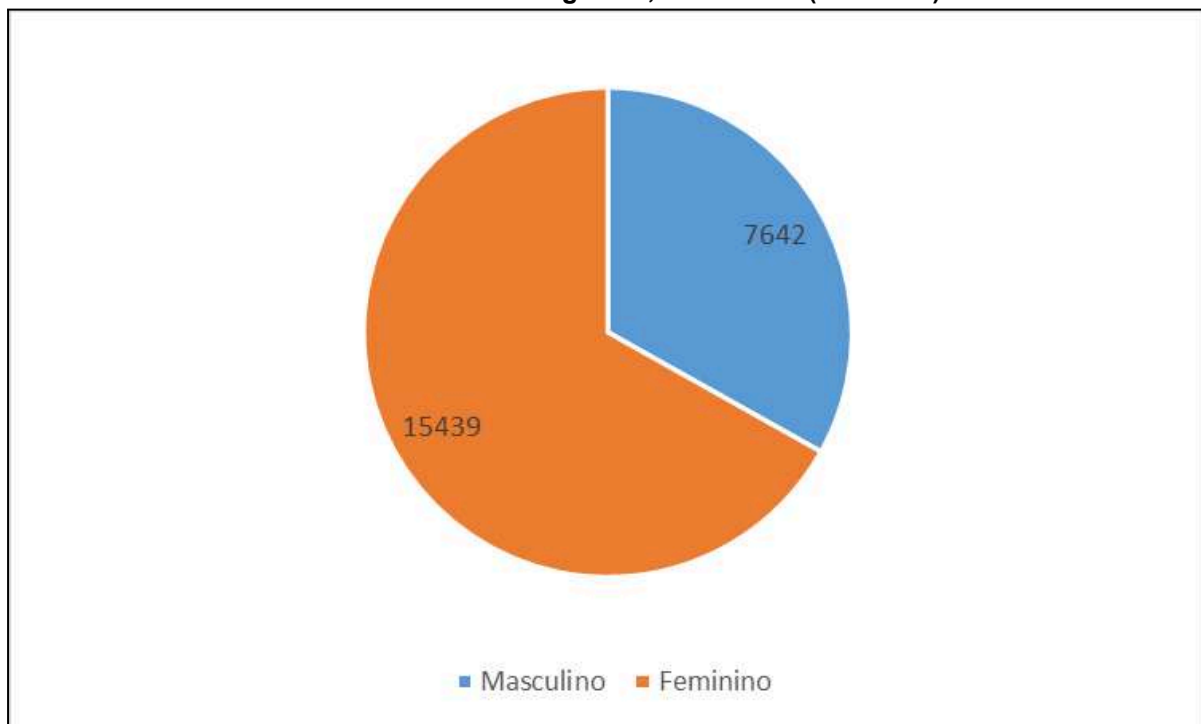
Fonte: Sistema Sentinela. Extraído em 28/08/2025, às 14h05min.

Gráfico 216: Número de notificações por cor ou raça, de doenças e agravos relacionados ao trabalho ocorridos em Porto Alegre/RS, 2022-2025* (N. 23.082)



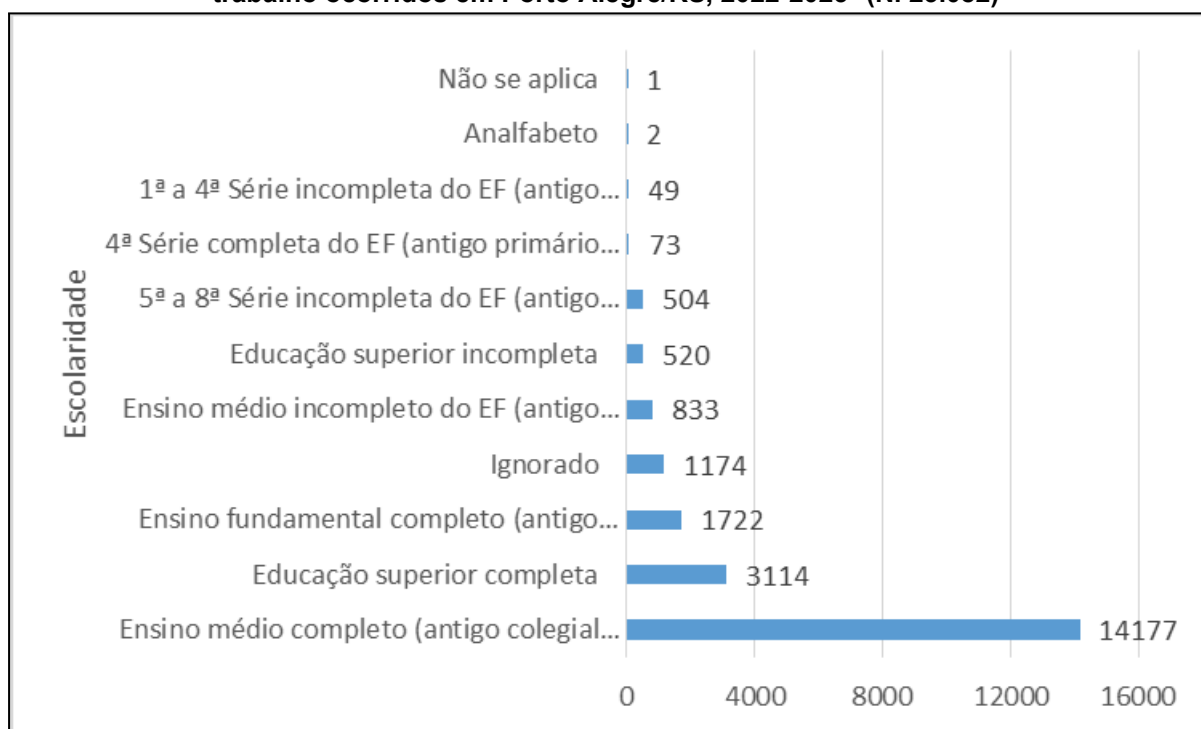
Fonte: Sistema Sentinela. Extraído em 28/08/2025, às 14h05min.

Gráfico 217: Número de notificações por sexo, de doenças e agravos relacionados ao trabalho ocorridos em Porto Alegre/RS, 2022-2025* (N. 23.082)



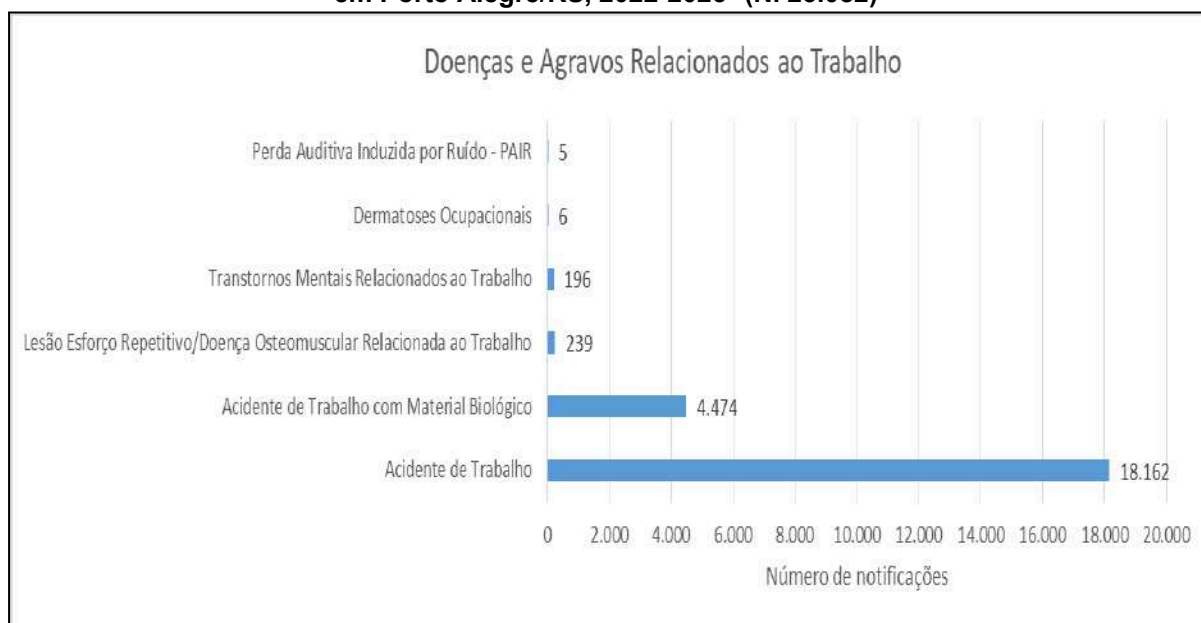
Fonte: Sistema Sentinela. Extraído em 28/08/2025, às 14h05min.

Gráfico 218: Número de notificações por escolaridade, de doenças e agravos relacionados ao trabalho ocorridos em Porto Alegre/RS, 2022-2025* (N. 23.082)



Fonte: Sistema Sentinela. Extraído em 28/08/2025, às 14h05min.

Gráfico 219: Número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho ocorridos em Porto Alegre/RS, 2022-2025* (N. 23.082)



Fonte: Sistema Sentinela. Extraído em 28/08/2025, 14h05min.

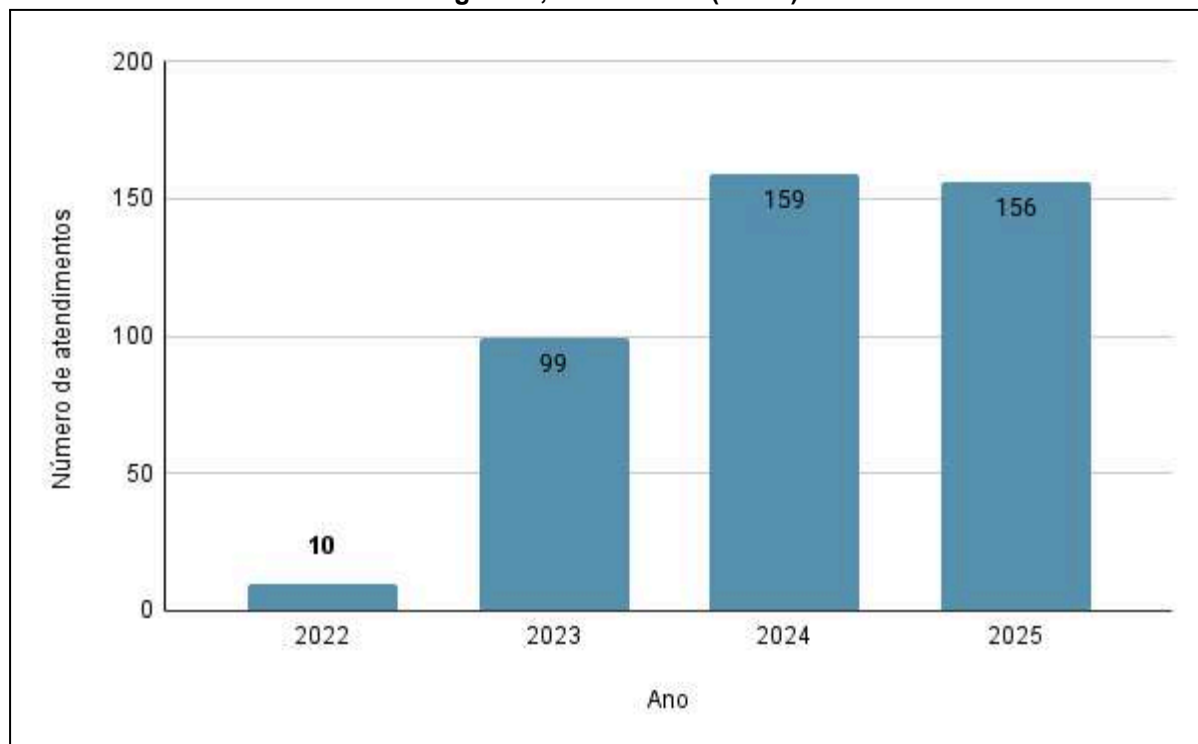
1.9.5.3 Produção Ambulatorial Cerest Porto Alegre

O atendimento ambulatorial que o Cerest disponibiliza é classificado como Especializado e é realizado mediante regulação ambulatorial, via sistema Gercon.

Disponibiliza atendimento em Terapia Ocupacional, Psicologia, Enfermagem, Psiquiatria, Clínica e em Medicina do Trabalho.

Nos gráficos a seguir constam os atendimentos ambulatoriais realizados pelo Cerest no período de 2022 a 2025.

Gráfico 220: Número de atendimentos em Terapia Ocupacional realizados no Cerest, em Porto Alegre/RS, 2022 a 2025 (N.424)



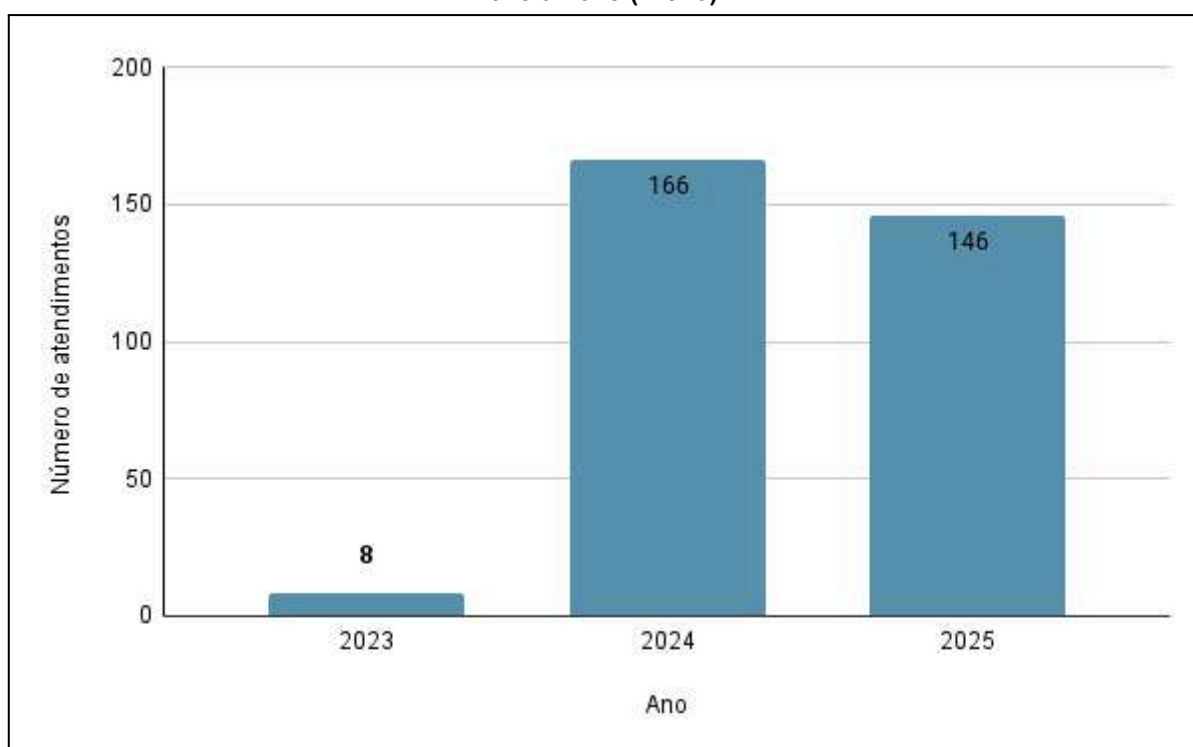
Fonte: Gercon, de 2022 a 29/08/2025 e e-SUS, à partir de 2023. Dados extraídos em 28/08/2025, 8h20min.

A Terapia Ocupacional foi incorporada no Cerest no final do ano de 2022 e compreende atendimentos ambulatoriais de reabilitação, tanto física quanto de reorganização das rotinas pessoais para prevenir e tratar doenças ocupacionais, focando na reabilitação profissional, vigilância em saúde e na promoção da autonomia e qualidade de vida dos trabalhadores. O Centro dispõe de uma profissional.

Suas intervenções visam adaptar atividades diárias e do trabalho às limitações e habilidades do indivíduo, promovendo o bem-estar e a reinserção em um novo contexto ocupacional.

No gráfico abaixo, constam os atendimentos em psicologia realizados pelo Cerest Porto Alegre.

Gráfico 221: Número de atendimentos de psicologia realizados no Cerest, em Porto Alegre/RS, 2023 a 2025 (N.320)

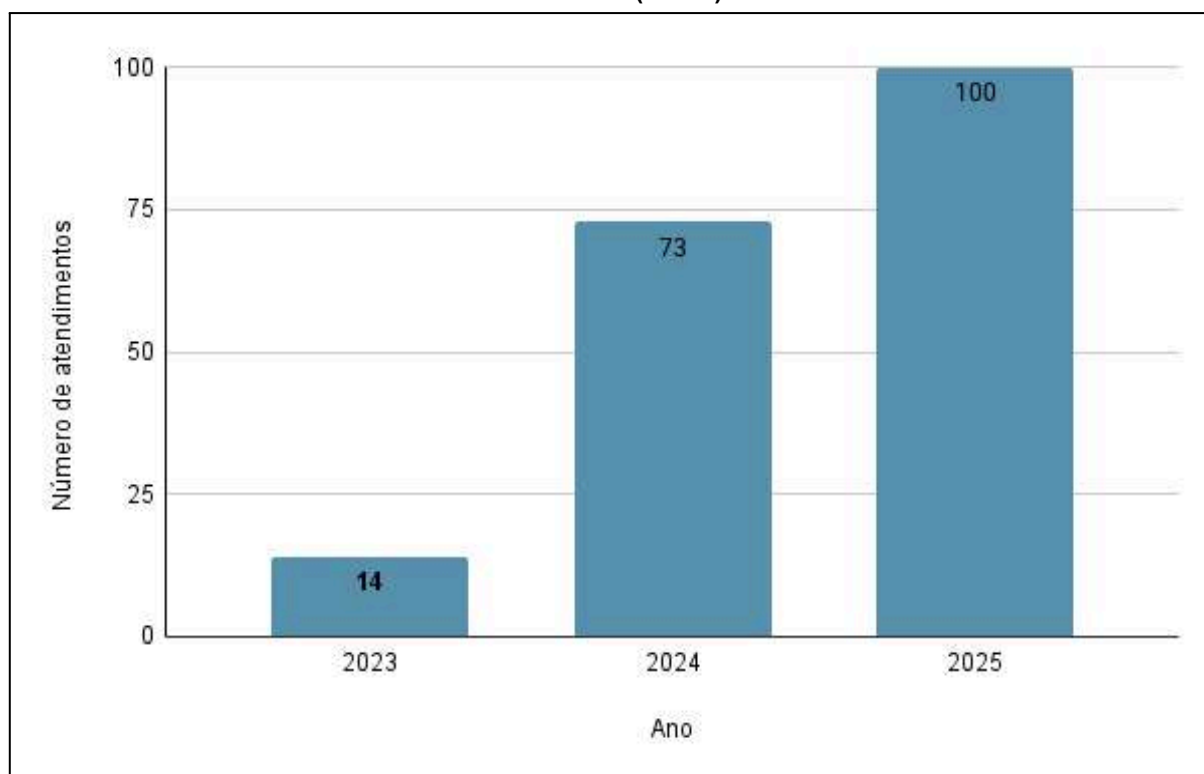


Fonte: Gercon e e-SUS. Dados extraídos em 28/08/2025, 8h20min.

No final do ano de 2023, o Cerest passou a contar com uma psicóloga na composição da equipe. o psicólogo atua na saúde mental do trabalhador, investigando os impactos do trabalho na saúde psíquica, realizando vistorias para identificar riscos laborais, contribuindo para o desenvolvimento de políticas de saúde e oferecendo apoio à equipe e aos trabalhadores. O Centro dispõe de uma profissional.

Os atendimentos de psiquiatria realizados no Cerest Porto Alegre constam no gráfico abaixo.

Gráfico 222: Número de atendimentos de psiquiatria realizados no Cerest, em Porto Alegre/RS, 2023 a 2025 (N.187)



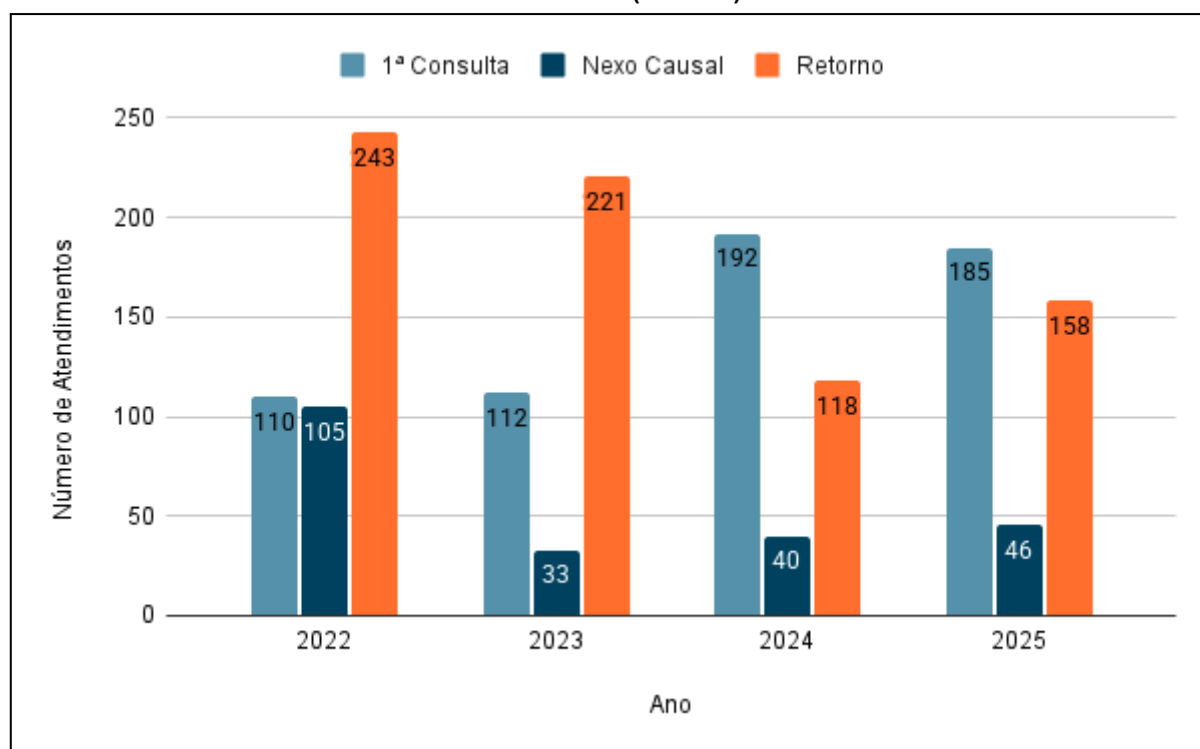
Fonte: Gercon e e-SUS. Dados extraídos em 28/08/2025, 8h20min.

Os atendimentos em medicina do trabalho realizados no Cerest representam a maioria dos atendimentos, haja vista que o primeiro profissional a atender o trabalhador e a trabalhadora quando este é encaminhado para o Centro é feito por este profissional. Assim, os números de atendimentos tendem a ser maiores.

Nos atendimentos destes profissionais médicos é possível estratificar os tipos de atendimentos em 1ª consulta, quando o paciente tem o primeiro contato com o serviço, com ou sem nexos com o trabalho; a consulta com nexos causal, onde se confere o nexos com o trabalho e as consultas de retorno. O Centro dispõe de 3 profissionais, sendo que três deles iniciaram nos anos de 2023, 2024 e 2025.

No gráfico a seguir, constam os atendimentos realizados pelos médicos no Cerest Porto Alegre.

Gráfico 223: Número de atendimentos médicos realizados no Cerest, em Porto Alegre/RS, 2022 a 2025 (N.1.563)



Fonte: Gercon, de 2022 a 29/08/2025 e e-SUS, à partir de 2023. Dados extraídos em 28/08/2025, 8h20min.

Assim, considerando as Diretrizes da Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador (2025) e os demais instrumentos de gestão, foram elencadas as seguintes prioridades para o período:

Quadro 36: Diretrizes da Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador (2025)

Objetivo Principal	Ações Chave
Aprimoramento e Expansão do Atendimento Ambulatorial	Reforma do ambulatório, primando pela acessibilidade; Ampliação e agendamento flexível de consultas, incluindo Saúde Mental no trabalho; Atendimentos em grupo; Criação de POP de acolhimento ampliado; Elaborar a linha de cuidado de saúde do trabalhador e da trabalhadora.
Qualificação de Dados e Notificações em Saúde	Revisão e controle de notificações (Sinan, Sentinela); Avaliação de demandas; Estratégias de captação de acidentes de trabalho com SAMU.
Saúde do Trabalhador e Promoção da Equidade Social	Educação permanente para inspeções de trabalho; Mapeamento de agrotóxicos; Acolhimento e acompanhamento de casos de racismo, Homofobia e etarismo; Oficinas de equidade para trabalhadores da APS.
Articulação Intersetorial e Divulgação de Informações	Produção de materiais informativos, em amplos canais de divulgação; Fomento à prevenção e notificação de Trabalho Infantil (UBS, hospitais, prontos atendimentos, redes de apoio); Interlocução com secretarias e sindicatos; Palestras de conscientização; Registro de suspeitas de trabalho infantil em prontuários (parceria Ação Rua).

Fonte: CEREST/DVS.

1.10 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A Estrutura Organizacional é o sistema de organização e hierarquia de uma instituição, que busca direcionar as atividades e recursos necessários para o cumprimento dos objetivos estratégicos. Neste sentido, é a forma pela qual a SMS se estrutura para colocar em prática seu planejamento, respeitando sua missão, visão e valores. O organograma é a representação visual dessa estrutura organizacional.

1.10.1 Mapa Estratégico

O Mapa Estratégico é uma representação gráfica da estratégia de uma gestão, que evidencia os desafios que a organização terá que superar para concretizar sua missão e visão de futuro. A seguir a configuração da gestão da Prefeitura Municipal e da Secretaria Municipal de Saúde para o período.

Figura 15: Mapa Estratégico PMPA

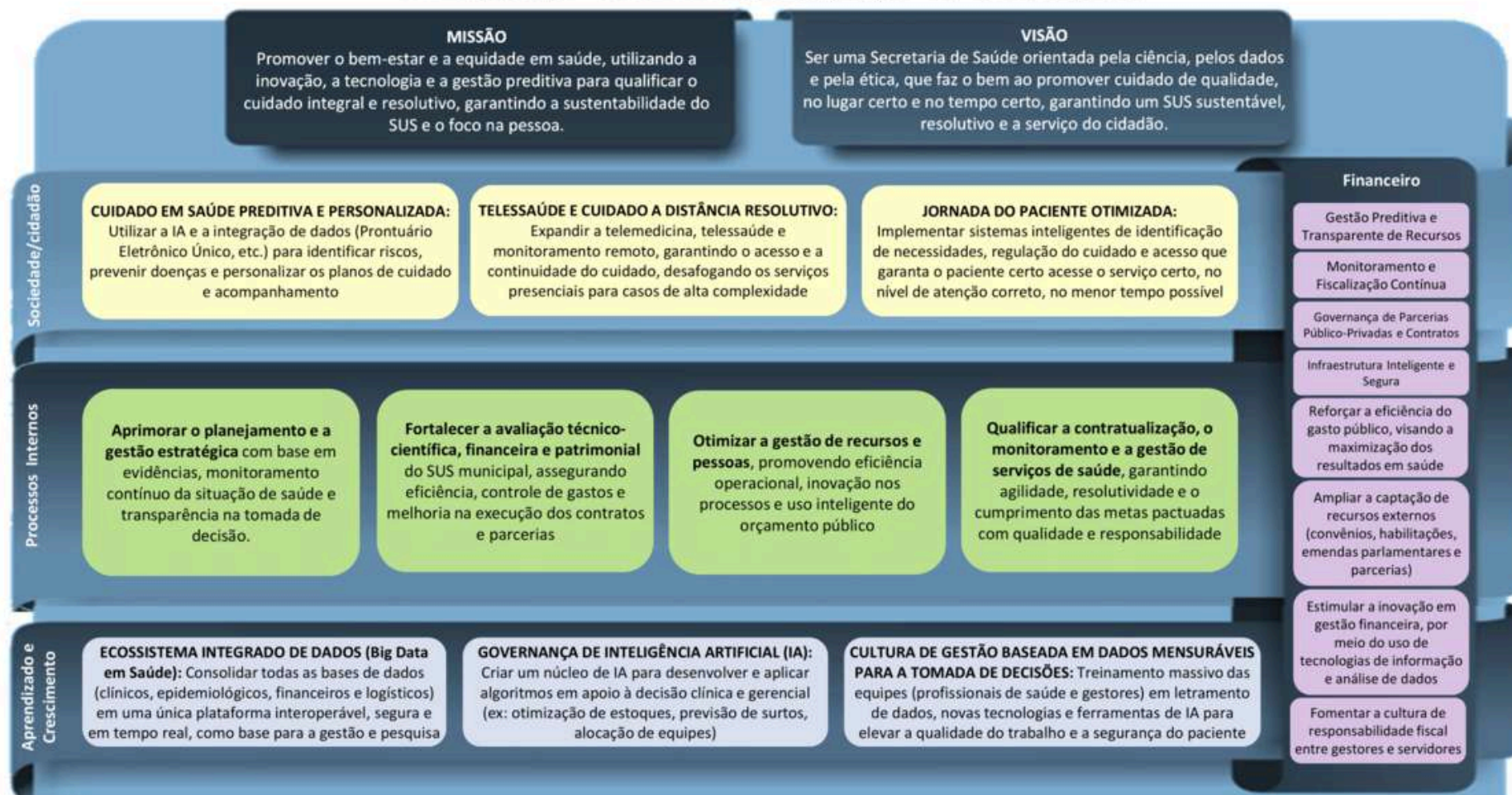


Fonte: Site PMPA.

Figura 16: Mapa Estratégico SMS

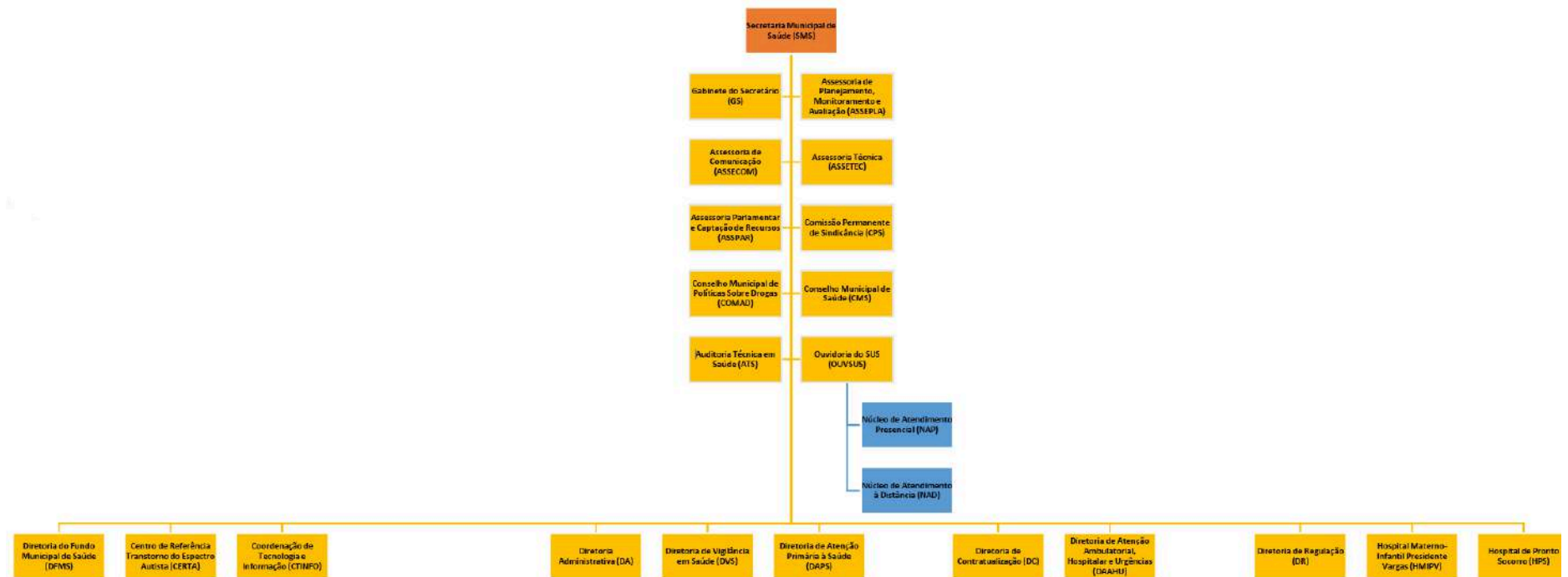
PROPÓSITO

Compromisso diário com o bem público. Nossa causa é garantir que cada pessoa receba o cuidado certo, no lugar certo e no tempo certo, com base em evidências, tecnologia e gestão ética dos recursos públicos.



Fonte: SMS.

1.10.2 Organograma



Fonte: SMS, 2025. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_img/sites/sms/organograma/SMS%20Modelo%20Novo_2.pdf.

1.10.3 Infraestrutura Física

A infraestrutura é o conjunto de bens móveis e imóveis (patrimônio) fundamentais para o desenvolvimento dos serviços de saúde prestados pela SMS. A falta de infraestrutura ou a sua precariedade dificultam a realização das atividades assistenciais e administrativas de promoção à saúde, ao passo que a sua adequação contribui para o bem-estar dos profissionais e dos usuários da rede municipal de saúde. Na SMS, a Diretoria Administrativa é a responsável pelo gerenciamento da logística de distribuição de documentos e processos administrativos, pela gestão do patrimônio, pela distribuição de materiais de consumo e permanentes, pela manutenção predial e de equipamentos, pela logística de transportes administrativo e assistencial, pelos serviços de arquitetura e engenharia e pela fiscalização dos trabalhos desta natureza apoiando todos os setores para que a estrutura geral da secretaria funcione adequadamente.

Em relação ao quantitativo de bens móveis cadastrados na SMS é apresentado o quadro a seguir.

Tabela 120: Número de bens móveis vinculados à SMS em 2024

Bens	Total
Cadastrados	5.544
Em descarte	601
Descarte calamidade	1.879
Em estoque	3.530
Unidades contratualizadas com bens	103

Fonte: DA/SMS.

Tipos de bens

- mobiliário: cadeiras fixas, cadeiras com rodízio, cadeiras tipo caixa, estantes de aço, armários altos, armários baixo, armários baixo com porta e gavetas, longarinas de 2 e 3 lugares, mesas retas, mesas em L, mesa auxiliar, maca ginecológica, armários vestiário, gaveteiros, mesa de cozinha, equipamentos odontológicos, eletrodomésticos em geral.
- informática em estoque novo: 339 bens (computadores portáteis, impressoras de cartões, roteadores, scanner, monitores).
- doação IMESF: 13 bens (relógio ponto não compatível com rede PMPA)

Em relação a logística de transporte, os quadros abaixo demonstram o quantitativo de veículos próprios e locados pela SMS.

Tabela 121: Total de veículos próprios em uso pela DA-SMS

Carro oficiais	Quantidade
Carro passeio	04
Ônibus	01
Van/microônibus	02
Unidade Móvel	01
Pick Up	01
Kombi	03
Total	12

Fonte: DA/SMS. Posição em 11/3/2025.

Tabela 122: Total de veículos próprios em uso pela DVS-SMS

Carro oficiais	Quantidade
Automóvel	17
Utilitário	8
Total	25

Fonte: DVS/SMS. Posição em 11/3/2025.

Tabela 123: Total de veículos próprios em uso pelo SAMU-SMS

Carro oficiais	Quantidade
Automóvel	1
Ambulância	28
Utilitário	2
Van	1
Total	32

Fonte: SAMU/SMS. Posição em 11/3/2025.

Tabela 124: Total de veículos locados em uso pela DA-SMS

Carro oficiais	Local	Quantidade
Pick Up	NMP- Núcleo de Manutenção Predial	04
	NMP- Núcleo de Manutenção Predial	03
Caminhão	EPAT- Equipe de Patrimônio	02
	EMAT- Equipe de Materiais	01
Caminhão	CAF SMS	02
Furgão	EMAT- Equipe de Materiais	02
Furgão	CAF DAPS	02
Carro	Coordenadorias de Saúde	08
	CIM e NMP	01
	Equipe de Saúde Indígena	01
	Transporte Sanitário	01
	Transporte Sanitário	10
Carro SEDE	SEDE	13
Furgão	DVS	02
Utilitário	DVS	02
Passeio	DVS	13
Total	-	67

Fonte: DA/SMS. Posição em 11/3/2025.

O acompanhamento e fiscalização dos contratos de locação de veículos, a manutenção periódica e o consumo de combustível dos veículos próprios também é realizado pela DA/SMS. A renovação da frota está sendo realizada por meio de contratação (locação e não mais por aquisição de veículos).

Quanto ao transporte assistencial atualmente é realizado por 4 vans e administrado pelo setor de transporte eletivo vinculado ao SAMU. Nova organização

e diretrizes estão sendo alinhadas para qualificação deste serviço prestado pela PMPA.

A Coordenação de Infraestrutura e Manutenção - CIM é a unidade de trabalho responsável pelo planejamento, fiscalização da execução de obras e manutenção de todas Unidades de Saúde, Centros de Saúde, Ambulatórios de Especialidades, Farmácias Distritais, HPS e HMIPV. É o local de trabalho de engenheiros e arquitetos da SMS que elaboram os projetos de obras (construção, ampliação, e reformas), bem como realizam a fiscalização dos mesmos - normalmente executadas por empresas de engenharia contratadas. As manutenções prediais necessárias também são realizadas pela equipe de operários do Núcleo de Manutenção Predial - NMP.

A força de trabalho da CIM é composta por: Arquiteto - 3 (três); Eng. Eletricista - 1 (um) e Eng. Civil - 5 (cinco) - um fixo no HMIPV. Há necessidade de recomposição da equipe para maior celeridade na elaboração de projetos e outras atividades inerentes à área, tais como participação em comissões, PPCI, Acessibilidade, fiscalização, dentre outras.

O Núcleo de Manutenção Predial é composto por:

Tabela 125: Trabalhadores vinculados ao Núcleo de Manutenção Predial

Servidores estatutários	Quantidade
Chefe	01
Subchefe	01
Administrativo	01
Almoxarifado	03
CS IAPI	01
Sede	02
Total	09
Terceirizados	
Eletricista	06
Hidráulico	06
Mecânicos de refrigeração	02
Auxiliar de refrigeração	01
Marceneiro	03
Carpinteiro	04
Pedreiros	04
Pintores	05
Serralheiro	03
Auxiliar de produção	09
Supervisor	06
Gesseiro	01
Técnico de telefonia	01
Total	51

Fonte: DA/SMS.

Tabela 126: Postos de trabalhos contratados

Postos	Quantidade
Manutenção corretiva	01
Limpeza do pátio, consertos do telhado e transporte	01
Equipe de obras	01
Equipe de refrigeração	03
Serralheria	03
Telefonia	01
CS IAPI	05
CS Santa Marta	05
Almoxarifado	01

Fonte: DA.

Os bens imobiliários sob responsabilidade da SMS foram listados abaixo, discriminados por propriedade.

Anualmente as informações dos imóveis são atualizadas através do Inventário Anual de Bens Imóveis, nos termos do Decreto nº 20.312, de 11 de julho de 2019.

Quadro 37: Relação de bens imóveis vinculados à SMS em 2024 (SEI 24.0.000091069-0)

Item	Endereço Completo	Objeto	Planta de Localização	Coordenada de localização
1	Av Venâncio Aires N°1170, Farroupilha	Próprio Municipal	Pág. 1 / doc SEI 31637015	Clique aqui
2	R. Fé N°254/510, Cavalhada	Próprio Municipal	Pág. 2 / doc SEI 31637015	Clique aqui
3	R. Dr. Caio Brandão de Mello N°250, Humaitá	Próprio Municipal	Pág. 3 / doc SEI 31637015	Clique aqui
4	R. Nossa Senhora do Brasil N°565, Santa Tereza	Próprio Municipal	Pág. 4 / doc SEI 31637015	Clique aqui
5	R. São Miguel N°511, Glória	Próprio Municipal	Pág. 5 / doc SEI 31637015	Clique aqui
6	R. Santana N°167/185, Santana	Próprio Municipal	Pág. 6 / doc SEI 31637015	Clique aqui
7	Av. Martim Felix Berta N°2485, Mário Quintana	Próprio Municipal	Pág. 7 / doc SEI 31637015	Clique aqui
8	R. João Paris N°292, Santa Rosa de Lima	Imóvel Locado	Pág. 8 / doc SEI 31637015	Clique aqui
9	R. Eng. Fernando de Abreu Pereira N°539, Sarandi	Imóvel Locado	Pág. 9 / doc SEI 31637015	Clique aqui
10	R. Euclides da Cunha N°606, Vila João Pessoa	Imóvel Locado	Pág. 10 / doc SEI 31637015	Clique aqui
11	R. Dolores Duran N°1921, Lomba Do Pinheiro	Imóvel Locado	Pág. 11 / doc SEI 31637015	Clique aqui
12	R. Jorge Babot Miranda N°221, Aberta Dos Morros	Próprio Municipal	Pág. 12 / doc SEI 31637015	Clique aqui
13	R. Ney da Gama Ahrends N°473, Morro Santana	Próprio Municipal	Pág. 13 / doc SEI 31637015	Clique aqui
14	Av. Ecoville N°365, Sarandi	Próprio Municipal	Pág. 14 / doc SEI 31637015	Clique aqui
15	Av. Delegado Ely Correa Prado N°915, Mário Quintana	Próprio Municipal	Pág. 15 / doc SEI 31637015	Clique aqui
16	R. Araruama N°487, Vila Jardim	Próprio Municipal	Pág. 16 / doc SEI 31637015	Clique aqui
17	Av. Wenceslau Escobar N°2442, Tristeza	Próprio Municipal	Pág. 17 / doc SEI 31637015	Clique aqui

18	R. Gentil Amâncio Clemente N°100, Mário Quintana	Próprio Municipal	Pág. 18 / doc SEI 31637015	Clique aqui
19	Estr. Afonso Lourenco Mariante N°1336, Belém Velho	Próprio Municipal	Pág. 19 / doc SEI 31637015	Clique aqui
20	Estr. Joao de Oliveira Remião N°2200, Lomba Do Pinheiro	Próprio Municipal	Pág. 20 / doc SEI 31637015	Clique aqui
21	R. Santana N°167/185, Santana	Próprio Municipal	Pág. 21 / doc SEI 31637015	Clique aqui
22	R. Florêncio Faria N°185, Belém Novo	Próprio Municipal	Pág. 22 / doc SEI 31637015	Clique aqui
23	R. Francisco Galecki N°165, Rubem Berta	Próprio Municipal	Pág. 23 / doc SEI 31637015	Clique aqui
24	R. Diomário Moojen N°70/90, Cristal	Próprio Municipal	Pág. 24 / doc SEI 31637015	Clique aqui
25	R. Carlos Von Koseritz N°442, São João	Próprio Municipal	Pág. 25 / doc SEI 31637015	Clique aqui
26	R. Joao da Silva Bueno N°397, Morro Santana	Próprio Municipal	Pág. 26 / doc SEI 31637015	Clique aqui
27	R. Prof Álvaro Barcellos Ferreira N°530/654, Parque Santa Fé	Próprio Municipal	Pág. 27 / doc SEI 31637015	Clique aqui
28	R. Irmãs Paulinas N°70, Glória	Próprio Municipal	Pág. 29 / doc SEI 31637015	Clique aqui
29	R. Orquídea N°505, Lomba Do Pinheiro	Próprio Municipal	Pág. 30 / doc SEI 31637015	Clique aqui
30	R. Gervásio da Rosa N°35, Vila Nova	Próprio Municipal	Pág. 31 / doc SEI 31637015	Clique aqui
31	R. João Do Couto N°262/324, Belém Velho	Próprio Municipal	Pág. 32 / doc SEI 31637015	Clique aqui
32	Estr. Joao de Oliveira Remião N°5100, Lomba Do Pinheiro	Próprio Municipal	Pág. 33 / doc SEI 31637015	Clique aqui
33	R. Frederico Mentz N°1824, Navegantes	Imóvel Locado	Pág. 34 / doc SEI 31637015	Clique aqui
34	R. Dr. Raul Moreira N°253, Cristal	Imóvel Locado	Pág. 35 / doc SEI 31637015	Clique aqui
35	R. Biscaia N°39, Jardim Itu	Próprio Municipal	Pág. 36 / doc SEI 31637015	Clique aqui
36	Av. Cavallhada N°2435, Cavallhada	Próprio Municipal	Pág. 37 / doc SEI 31637015	Clique aqui
37	R. Major Hércules Gomes Limeira N°110, São Sebastião	Próprio Municipal	Pág. 38 / doc SEI 31637015	Clique aqui
38	Av. Macedonia N°750, Restinga	Próprio Municipal	Pág. 39 / doc SEI 31637015	Clique aqui
39	R. Maria Feoli Guaragna N°120, Mário Quintana	Próprio Municipal	Pág. 40 / doc SEI 31637015	Clique aqui
40	R. Zeferino Dias N°546, Sarandi	Próprio Municipal	Pág. 41 / doc SEI 31637015	Clique aqui
41	R. Santo Alfredo N°327, Vila São José	Próprio Municipal	Pág. 42 / doc SEI 31637015	Clique aqui
42	Av. Ipiranga N°3485, Vila João Pessoa	Imóvel Locado	Pág. 43 / doc SEI 31637015	Clique aqui
43	Av. Ceres N°325 E 329, Vila João Pessoa	Imóvel Locado	Pág. 44 / doc SEI 31637015	Clique aqui
44	Av. Prof Oscar Pereira N°3161, Glória	Próprio Municipal	Pág. 45 / doc SEI 31637015	Clique aqui
45	R. Ten Alpoim N°549, Vila João Pessoa	Próprio Municipal	Pág. 46 / doc SEI 31637015	Clique aqui
46	Av. Luiz Moschetti N°570, Vila João Pessoa	Imóvel Locado	Pág. 47 / doc SEI 31637015	Clique aqui

47	R. Mariante N°582, Rio Branco	Próprio Municipal	Pág. 48 / doc SEI 31637015	Clique aqui
48	R. Visconde Do Herval N°945, Menino Deus	Próprio Municipal	Pág. 49 / doc SEI 31637015	Clique aqui
49	R. Frederico Mentz N°370, Farrapos	Próprio Municipal	Pág. 50 / doc SEI 31637015	Clique aqui
50	Av. Vila Santíssima Trindade N°153, Santa Rosa de Lima	Próprio Municipal	Pág. 51 / doc SEI 31637015	Clique aqui
51	R. Francisco Mattos Terres N°600, Aberta Dos Morros	Próprio Municipal	Pág. 52 / doc SEI 31637015	Clique aqui
52	R. Joao Paris N°156/222, Santa Rosa de Lima	Próprio Municipal	Pág. 53 / doc SEI 31637015	Clique aqui
53	R. Governador Peracchi Barcellos N°780, Restinga	Próprio Municipal	Pág. 54 / doc SEI 31637015	Clique aqui
54	R. Paulo Gomes de Oliveira N°120, Sarandi	Próprio Municipal	Pág. 55 / doc SEI 31637015	Clique aqui
55	R. Frederico Mentz N°1315, Navegantes	Imóvel Locado	Pág. 56 / doc SEI 31637015	Clique aqui
56	R. Irene Capponi Santiago N°290, Jardim Floresta	Próprio Municipal	Pág. 57 / doc SEI 31637015	Clique aqui
57	R. Sargento Sílvia Delmar Hollenbach N°69, Jardim Leopoldina	Próprio Municipal	Pág. 58 / doc SEI 31637015	Clique aqui
58	R. Dr. João Inácio N°1198, Navegantes	Próprio Municipal	Pág. 59 / doc SEI 31637015	Clique aqui
59	R. Dona Maria N°33, Santa Tereza	Próprio Municipal	Pág. 60 / doc SEI 31637015	Clique aqui
60	Av. Loureiro da Silva N°1995, Cidade Baixa	Próprio Municipal	Pág. 61 / doc SEI 31637015	Clique aqui
61	R. Pedro Velho N°681, Vila João Pessoa	Próprio Municipal	Pág. 62 / doc SEI 31637015	Clique aqui
62	R. Dolores Duran N°1631, Lomba Do Pinheiro	Próprio Municipal	Pág. 63 / doc SEI 31637015	Clique aqui
63	Av. Capivari N°2006/2164, Santa Tereza	Próprio Municipal	Pág. 64 / doc SEI 31637015	Clique aqui
64	R. Lindomar Dos Reis N°41, Jardim Itu	Próprio Municipal	Pág. 65 / doc SEI 31637015	Clique aqui
65	Av. Santo Dias da Silva N°615, Lomba Do Pinheiro	Próprio Municipal	Pág. 66 / doc SEI 31637015	Clique aqui
66	Av. Protásio Alves N°7771, Morro Santana	Imóvel Locado	Pág. 67 / doc SEI 31637015	Clique aqui
67	R. Olimpio Tabajara N°418, Restinga	Próprio Municipal	Pág. 68 / doc SEI 31637015	Clique aqui
68	R. Prof Augusto Osvaldo Thiesen N°169/185, Rubem Berta	Próprio Municipal	Pág. 69 / doc SEI 31637015	Clique aqui
69	R. Dr Heitor Pires N°180/210, Morro Santana	Próprio Municipal	Pág. 70 / doc SEI 31637015	Clique aqui
70	R. Gregório da Fonseca N°91, Nonoai	Próprio Municipal	Pág. 71 / doc SEI 31637015	Clique aqui
71	R. Inhanduí N°372, Cristal	Próprio Municipal	Pág. 72 / doc SEI 31637015	Clique aqui
72	R. Cruzeiro Do Sul N°2716, Santa Tereza	Imóvel Locado	Pág. 73 / doc SEI 31637015	Clique aqui
73	Av. João Pessoa N°325, Cidade Baixa	Próprio Municipal	Pág. 74 / doc SEI 31637015	Clique aqui
74	R. Ernesto Pellanda N°920, Jardim Sabará	Próprio Municipal	Pág. 75 / doc SEI 31637015	Clique aqui

75	R. Porto Seguro N°261, Vila Ipiranga	Próprio Municipal	Pág. 76 / doc SEI 31637015	Clique aqui
76	R. Santos Ferreira N°60, Vila João Pessoa	Próprio Municipal	Pág. 77 / doc SEI 31637015	Clique aqui
77	R. Denize Crespo Gay da Fonseca N°161, Espírito Santo	Próprio Municipal	Pág. 78 / doc SEI 31637015	Clique aqui
78	Av. Edgar Pires de Castro N°2901, Hípica	Próprio Municipal	Pág. 79 / doc SEI 31637015	Clique aqui
79	Estr. Afonso Lourenco Mariante N°4971, Lomba Do Pinheiro	Próprio Municipal	Pág. 80 / doc SEI 31637015	Clique aqui
80	Av. José Bonifácio N°71, Farroupilha	Imóvel Locado	Pág. 81 / doc SEI 31637015	Clique aqui
81	R. Geraldo Tollens Linck N°235, Hípica	Próprio Municipal	Pág. 82 / doc SEI 31637015	Clique aqui
82	R. Tobias Barreto N°145, Vila João Pessoa	Imóvel Locado	Pág. 83 / doc SEI 31637015	Clique aqui
83	R. Dom Antônio Cheuiche N°200, Hípica	Próprio Municipal	Pág. 84 / doc SEI 31637015	Clique aqui
84	R. Espatódeas N°451, Ponta Grossa	Próprio Municipal	Pág. 85 / doc SEI 31637015	Clique aqui
85	R. Sevilha N°2/80, Parque Santa Fé	Próprio Municipal	Pág. 86 / doc SEI 31637015	Clique aqui
86	Av. Prof Oscar Pereira N°3391, Glória	Imóvel Locado	Pág. 87 / doc SEI 31637015	Clique aqui
87	R. Egidio Piccoli N°85, Mário Quintana	Próprio Municipal	Pág. 88 / doc SEI 31637015	Clique aqui
88	R. Prof. Manoel Lobato N°151, Santa Tereza	Próprio Municipal	Pág. 89 / doc SEI 31637015	Clique aqui
89	R. Capitão Montanha N°27, Centro Histórico	Próprio Municipal	Pág. 90 / doc SEI 31637015	Clique aqui
90	Av. Bento Gonçalves N°6452/6786, Agronomia	Próprio Municipal	Pág. 91 / doc SEI 31637015	Clique aqui
91	Av. Assis Brasil N°6607/6615, Sarandi	Imóvel Locado	Pág. 92 / doc SEI 31637015	Clique aqui
92	Estr. João Antônio Silveira N°2590, Restinga	Próprio Municipal	Pág. 93 / doc SEI 31637015	Clique aqui
93	R. Antonieta Abad N°195, Restinga	Próprio Municipal	Pág. 94 / doc SEI 31637015	Clique aqui
94	Estr. João Vedana N°361, Cavalhada	Próprio Municipal	Pág. 95 / doc SEI 31637015	Clique aqui
95	R. Cristal da Paz N°15, Mário Quintana	Próprio Municipal	Pág. 96 / doc SEI 31637015	Clique aqui
96	Av. B. Vila Nossa Senhora Aparecida N°31/621, Santa Rosa de Lima	Próprio Municipal	Pág. 97 / doc SEI 31637015	Clique aqui
97	Av. Independencia N°639, Independência	Próprio Municipal	Pág. 98 / doc SEI 31637015	Clique aqui
98	R. Domingos de Abreu N°967, Sarandi	Próprio Municipal	Pág. 99 / doc SEI 31637015	Clique aqui
99	R. Wolfram Metzler N°599/703, Rubem Berta	Próprio Municipal	Pág. 100 / doc SEI 31637015	Clique aqui
100	Av. Antonio Carvalho N°450, Jardim Carvalho	Próprio Municipal	Pág. 101 / doc SEI 31637015	Clique aqui
101	Av. Guarujá N°190, Guarujá	Próprio Municipal	Pág. 102 / doc SEI 31637015	Clique aqui
102	Av. Padre Cacique N°372, Menino Deus	Próprio Municipal	Pág. 103 / doc SEI 31637015	Clique aqui

103	R. Dr Campos Velho N°1714/1724, Nonoai	Imóvel Locado	Pág. 104 / doc SEI 31637015	Clique aqui
104	R. Abolição N°764/926, Restinga	Próprio Municipal	Pág. 105 / doc SEI 31637015	Clique aqui
105	Estr. Afonso Lourenço Mariante N°3888, Belém Velho	Próprio Municipal	Pág. 106 / doc SEI 31637015	Clique aqui
106	Av. Lami N°4288, Boa Vista Do Sul	Próprio Municipal	Pág. 107 / doc SEI 31637015	Clique aqui
107	R. Santana N°768, Santana	Próprio Municipal	Pág. 108 / doc SEI 31637015	Clique aqui
108	R. Álvares Cabral N°429, Cristo Redentor	Imóvel Locado	Pág. 109 / doc SEI 31637015	Clique aqui
109	R. Santo Alfredo N°37, Vila São José	Imóvel Locado	Pág. 110 / doc SEI 31637015	Clique aqui
110	R. Jorge Simon N°144/160, Santa Tereza	Próprio Municipal	Pág. 111 / doc SEI 31637015	Clique aqui
111	Estr. Chapéu do Sol N°910/1120, Chapéu do Sol	Próprio Municipal	Pág. 112 / doc SEI 31637015	Clique aqui
112	R. Comendador Coruja N°131, Floresta	Imóvel Locado	Pág. 113 / doc SEI 31637015	Clique aqui
113	R. A Ilha do Pavão N°1/397, Arquipélago	Imóvel Locado	Pág. 114 / doc SEI 31637015	Clique aqui
114	R. Emília Perroni Fernandes N°122, Camaquã	Próprio Municipal	Pág. 115 / doc SEI 31637015	Clique aqui
115	R. Dr Ney Cabral N°581, Nonoai	Próprio Municipal	Pág. 116 / doc SEI 31637015	Clique aqui
116	R. Seiscentos Noventa Oito N°106, Farrapos	Próprio Municipal	Pág. 117 / doc SEI 31637015	Clique aqui
117	R. Francisco Pinto da Fontoura N°341, Sarandi	Próprio Municipal	Pág. 118 / doc SEI 31637015	Clique aqui
118	Av. Juca Batista N°3482/3550, Aberta dos Morros	Próprio Municipal	Pág. 119 / doc SEI 31637015	Clique aqui
119	R. Erechim N°985, Nonoai	Imóvel Locado	Pág. 120 / doc SEI 31637015	Clique aqui
120	R. Colina N°160, Campo Novo	Próprio Municipal	Pág. 121 / doc SEI 31637015	Clique aqui
121	R. Quatorze Vila Mato Sampaio N°18/90, Bom Jesus	Próprio Municipal	Pág. 122 / doc SEI 31637015	Clique aqui
122	R. Cachoeira N°345, Nonoai	Próprio Municipal	Pág. 123 / doc SEI 31637015	Clique aqui
123	R. Intendente Alfredo Azevedo N°506/580, Glória	Próprio Municipal	Pág. 124 / doc SEI 31637015	Clique aqui
124	Estr. João de Oliveira Remião N°4544, Lomba Do Pinheiro	Imóvel Locado	Pág. 125 / doc SEI 31637015	Clique aqui
125	Estr. João de Oliveira Remião N°6109, Lomba Do Pinheiro	Imóvel Locado	Pág. 126 / doc SEI 31637015	Clique aqui
126	Estr. João Antônio Silveira N°3700, Restinga	Próprio Municipal	Pág. 127 / doc SEI 31637015	Clique aqui
127	R. Prof. Dr. João Pitta Pinheiro Filho N°188, Camaquã	Próprio Municipal	Pág. 128 / doc SEI 31637015	Clique aqui
128	R. Romulo da Silva Pinheiro N°2/130, Lomba do Pinheiro	Imóvel Locado	Pág. 129 / doc SEI 31637015	Clique aqui
129	Av. Prof. Oscar Pereira N°3229, Glória	Imóvel Locado	Pág. 130 / doc SEI 31637015	Clique aqui
130	R. Guatambu N°151, Hípica	Próprio Municipal	Pág. 131 / doc SEI 31637015	Clique aqui
131	Bc. José Paris N°225, Sarandi	Próprio Municipal	Pág. 132 / doc SEI 31637015	Clique aqui

132	R. Força Sindical N°200, Santa Rosa de Lima	Próprio Municipal	Pág. 133 / doc SEI 31637015	Clique aqui
133	R. Santa Rosa de Lima N°700, Santa Rosa de Lima	Próprio Municipal	Pág. 134 / doc SEI 31637015	Clique aqui
134	R. Cananéia N°220, Vila Jardim	Próprio Municipal	Pág. 135 / doc SEI 31637015	Clique aqui
135	R. Gomercindo de Oliveira N°75, Chapéu do Sol	Próprio Municipal	Pág. 136 / doc SEI 31637015	Clique aqui
136	R. Nazareth N°580, Bom Jesus	Próprio Municipal	Pág. 137 / doc SEI 31637015	Clique aqui
137	Av. Inacio Antonio da Silva N°350, Belém Novo	Próprio Municipal	Pág. 138 / doc SEI 31637015	Clique aqui
138	R. Padre Angelo Costa N°15, Cel. Aparício Borges	Imóvel Locado	Pág. 139 / doc SEI 31637015	Clique aqui
139	R. Martim Ferreira de Carvalho N°271, Sarandi	Próprio Municipal	Pág. 140 / doc SEI 31637015	Clique aqui
140	R. Prof Cristiano Fischer N°2294, Vila João Pessoa	Imóvel Locado	Pág. 141 / doc SEI 31637015	Clique aqui
141	R. Manoel Vitorino N°10, Vila João Pessoa	Próprio Municipal	Pág. 142 / doc SEI 31637015	Clique aqui
142	Av. Prof Oscar Pereira N°6189/6173, Cascata	Imóvel Locado	Pág. 143 / doc SEI 31637015	Clique aqui
143	Av. Baltazar de Oliveira Garcia N°744, Sarandi	Imóvel Locado	Pág. 144 / doc SEI 31637015	Clique aqui
144	R. Sete Mil Duzentos Dois N°60, Hípica	Próprio Municipal	Pág. 145 / doc SEI 31637015	Clique aqui
145	Av Assis Brasil N°4000, São Sebastião	Próprio Municipal	Pág. 146 / doc SEI 31637015	Clique aqui
146	R. Nova Olinda N°202, Lami	Próprio Municipal	Pág. 147 / doc SEI 31637015	Clique aqui
147	R. Três Mil Cinquenta Tres N°120, Costa E Silva	Próprio Municipal	Pág. 148 / doc SEI 31637015	Clique aqui
148	R. Graciano Camozzato N°185, Farrapos	Próprio Municipal	Pág. 149 / doc SEI 31637015	Clique aqui
149	R. Marieta Menna Barreto N°130, Morro Santana	Próprio Municipal	Pág. 150 / doc SEI 31637015	Clique aqui
150	Bc. Fernando Souto da Silva N°27, Morro Santana	Próprio Municipal	Pág. 151 / doc SEI 31637015	Clique aqui
151	R. Pôr do Sol N°1/31, Lomba Do Pinheiro	Próprio Municipal	Pág. 152 / doc SEI 31637015	Clique aqui
152	Av. Arnaldo Bohrer N°320, Teresópolis	Próprio Municipal	Pág. 153 / doc SEI 31637015	Clique aqui
153	R. Rodrigues da Costa N°11, Sarandi	Imóvel Locado	Pág. 154 / doc SEI 31637015	Clique aqui
154	R. Bom Jesus N°410, Bom Jesus	Próprio Municipal	Pág. 155 / doc SEI 31637015	Clique aqui
155	R. Ary Burger N°200, Bom Jesus	Próprio Municipal	Pág. 156 / doc SEI 31637015	Clique aqui
156	R. Gentil Claudionor de Souza Lopes N°150, Chapéu Do Sol	Próprio Municipal	Pág. 157 / doc SEI 31637015	Clique aqui
157	R. C Rua Antonio Avila Nunes N°191, Vila Nova	Próprio Municipal	Pág. 158 / doc SEI 31637015	Clique aqui
158	R. Dr. Joao Inacio N°267, Navegantes	Próprio Municipal	Pág. 159 / doc SEI 31637015	Clique aqui
159	R. Doze Vila Recreio da Divisa N°109/149, Lomba Do Pinheiro	Próprio Municipal	Pág. 160 / doc SEI 31637015	Clique aqui
160	R. Gioconda N°55, Vila Jardim	Próprio Municipal	Pág. 161 / doc SEI 31637015	Clique aqui

161	Av. Azenha N°295, Azenha	Imóvel Locado	Pág. 162 / doc SEI 31637015	Clique aqui
162	Av. Polar N°247/295, Jardim Floresta	Próprio Municipal	Pág. 163 / doc SEI 31637015	Clique aqui
163	Av. Dante Ângelo Pilla N°307, Costa E Silva	Próprio Municipal	Pág. 164 / doc SEI 31637015	Clique aqui
164	R. Uruguai N°300, Centro Histórico	Imóvel Locado	Pág. 165 / doc SEI 31637015	Clique aqui
165	R. Siqueira Campos N°1184, Centro Histórico	Imóvel Locado	Pág. 166 / doc SEI 31637015	Clique aqui
166	Estr. João de Oliveira Remião N°6252, Lomba Do Pinheiro	Imóvel Locado	Pág. 167 / doc SEI 31637015	Clique aqui
167	R. Gervásio da Rosa N°44/194, Vila Nova	Próprio Municipal	Pág. 168 / doc SEI 31637015	Clique aqui
168	R. Três Mil Oitocentos Quinze N°55, Costa E Silva	Próprio Municipal	doc SEI 33114491	Clique aqui
169	R. Antônio Maranghello N°215, Vila João Pessoa	Próprio Municipal	doc SEI 34959535	Clique aqui
170	R. José do Patrocínio N° 1243/1289, Cidade Baixa	Próprio Municipal	doc SEI 35098901	Clique aqui

Fonte: SMAP-PMPA.

1.11 FORÇA DE TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1.11.1 Força de Trabalho

A força de trabalho representa as capacidades físicas, intelectuais e técnicas desenvolvidas pelos indivíduos nos diversos processos de trabalho. Estes trabalhadores, agentes centrais na execução das políticas públicas de saúde, detêm competências profissionais e metodológicas que lhes permitem operar ferramentas, equipamentos e prestar assistência qualificada ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Coordenação de Gestão de Pessoas – CGP, responsável pela administração e desenvolvimento do trabalho na SMS, incluindo a gestão da Educação Permanente, desempenhou papel estratégico no quadriênio 2022-2025, atuando para fortalecer a valorização e a qualificação dos profissionais de saúde. Tais aspectos servirão de base para os avanços e desafios do quadriênio 2026-2029, período em que se espera consolidar políticas de valorização e investimento no servidor público de saúde, assegurando melhores condições de trabalho e fortalecendo o SUS no município de Porto Alegre.

A força de trabalho, na Secretaria Municipal de Saúde, compõe-se de servidores efetivos (municipais, estaduais e federais), cargos em comissão, servidores com contrato temporário (nos termos da Lei Municipal nº 7.770/96) e funcionários celetistas contratados. Somam-se, ainda, postos de trabalho

terceirizados, nos quais trabalhadores de diversas funções são admitidos mediante contratos via processo licitatório e, ainda, os postos de trabalho gerenciados por prestadores de serviços de saúde parceirizados. Este último tipo de vinculação ganhou centralidade após a extinção do IMESF em 2020.

Tabela 127: Evolução da força de trabalho da SMS, por tipo de vínculo, período (2021-2024)

Vínculo	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%
Cargo em Comissão	59	0,81	63	0,84	76	0,97	81	1,01
Municipal	3.637	50,19	4.126	54,97	4.050	51,71	4.120	51,57
Estadual	192	2,65	159	2,12	138	1,76	127	1,59
Federal	72	0,99	59	0,79	53	0,68	46	0,58
Temporários	26	0,36	9	0,12	14	0,18	33	0,41
Contratualizados	2.569	35,45	3.090	41,17	3.501	44,70	3.582	44,84
IMESF	691	9,54	0	0	0	0	0	0
Total	7.246	100,00	7.506	100,00	7.832	100,00	7.989	100,00

Fonte: Sistema ERGON/ PMPA.

No período 2021-2024, destacaram-se alguns movimentos estruturais, como a ampliação do quadro municipal, que passou a representar mais de 51% da força de trabalho total; a redução significativa dos vínculos estaduais e federais (cerca de 34% no período) e uma pequena variação nos cargos em comissão e vínculos temporários, ainda que em proporções reduzidas no conjunto total.

O Sistema Único de Saúde em Porto Alegre contou, em junho de 2025, com 11.790 trabalhadores vinculados à saúde pública no município, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Com a inclusão da iniciativa privada, o total de profissionais atuantes na rede alcançava 32.495, dos quais 36,3% estavam vinculados diretamente ao SUS.

No quadriênio 2022-2025, algumas questões estruturais se evidenciaram:

- alta rotatividade médica em especialidades como anestesiologia, ortopedia e traumatologia, muitas vezes pela discrepância entre remuneração de mercado e condições de trabalho no setor público, resultando em dificuldade de fixação de profissionais;
- déficit de recursos humanos em algumas categorias, agravado pela ausência de concursos para cargos de natureza elementar e pela extinção de determinadas classes, compensado parcialmente por transformações de cargos, como no caso de auxiliares de enfermagem convertidos em técnicos de enfermagem;
- impactos das mudanças legais, como a inconstitucionalização do Instituto de Estratégia de Saúde da Família, que levou à realização de processos

seletivos para Agentes Comunitários de Saúde e de Combate a Endemias;

- reformas previdenciária e administrativa, que aumentaram a vacância por aposentadorias e dificultaram a reposição de quadros.

Outro ponto crítico no período foi o absenteísmo, especialmente ligado a doenças osteomusculares e transtornos mentais e comportamentais, responsáveis por grande parte das licenças-saúde. Apesar de avanços com o sistema ERGON e de iniciativas de formação em saúde ocupacional, ainda persiste a necessidade de uma política integrada de acompanhamento e promoção da saúde do trabalhador, envolvendo SMS, Administração Central e instâncias de controle.

Assim, a experiência acumulada no período 2022-2025 serve de base para a construção de um novo ciclo de gestão (2026-2029), no qual se espera superar fragilidades históricas e consolidar uma política de recursos humanos mais estável, integrada e sustentável, centrada no investimento no trabalhador de saúde como elemento fundamental para a garantia do direito à saúde da população de Porto Alegre.

1.11.2 Programas de Residência

A Secretaria Municipal de Saúde possui 13 (treze) Programas de Residência em funcionamento que contemplam diferentes áreas profissionais, tais como: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Medicina Veterinária, Biologia, Biomedicina, Física Médica, Ciências Sociais, Geografia, Arquitetura, Engenharia Civil, Engenharia Química e Engenharia Ambiental. Esses Programas estão localizados nos seguintes serviços de saúde: Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Hospital de Pronto Socorro, Rede de Atenção Primária à Saúde e na Diretoria de Vigilância em Saúde. Na Diretoria de Vigilância em Saúde há 1 (um) Programa: Residência Multiprofissional – Ênfase Vigilância em Saúde. No Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas há 5 (cinco) Programas: Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia; Residência Médica em Pediatria; Residência Médica em Medicina Fetal; Residência Médica em Endoscopia Ginecológica; e Residência Multiprofissional em Saúde da Criança. No Hospital de Pronto Socorro há 5 (cinco) Programas: Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com Ênfase em Urgência e Emergência – Primurge; Residência Médica em Cirurgia Geral;

Residência Médica em Cirurgia do Trauma; Residência Médica em Medicina de Emergência; e Residência em Psicologia Hospitalar.

Na Atenção Primária à Saúde há 2 (dois) Programas: Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde – REMAPS e Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade – PRMMFC. Os Programas de Residência da Atenção Primária à Saúde contribuem com a revisão do modelo assistencial, na medida em que formam um novo perfil do profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às reais necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade; também são indutoras na revisão de condutas dos profissionais de saúde, e dos processos de trabalho das equipes e serviços de saúde.

As residências da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde são recentes, uma vez que constaram como meta do PMS 2018-2021. A PRMMFC (Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade) foi iniciada ainda em 2017 e a REMAPS (Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde) em 2020. Os desafios relacionados à estruturação das aulas de campo na residência multiprofissional permanecem, assim como a necessidade ampliação de vagas e também de novos núcleos, no caso da residência multiprofissional.

A residência multiprofissional tem estruturado suas aulas de campo com a colaboração dos profissionais da rede, que dedicam, quando solicitado, horas semanais para preparar e ministrar aulas. Estes profissionais contribuem com sua experiência e com isso transmitem um conhecimento com muita aplicabilidade aos residentes, o que se torna um diferencial positivo nestes encontros.

Uma possibilidade a ser estudada seria a realização de aulas em conjunto com residências de instituições públicas que mantêm cooperação conosco, como contrapartidas pelos campos de estágio oferecidos. Outra discussão iniciada no âmbito destes programas é a ampliação dos núcleos da residência multiprofissional, que pela sua característica interdisciplinar tem o potencial de contribuir com a revisão do modelo assistencial, e na construção de novos paradigmas de assistência à saúde, ampliando a resolutividade da Estratégia Saúde da Família e das Equipes Multiprofissionais (eMultis). O grupo que compõe a REMAPS já iniciou este debate com profissionais da fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia, presentes nos campos da Atenção Primária à Saúde com o início das eMultis.

Quanto à ampliação de vagas, as coordenações das residências monitoram editais do Ministério da Saúde, pois este aumento depende de financiamento. O PRMMFC precisaria somente estruturar novos campos, porém vale ressaltar que o preenchimento da totalidade das vagas não ocorreu em algumas seleções, mesmo com o incentivo previsto em lei.

Quadro 38: Residências Multiprofissionais vinculadas a SMS

Residência Multiprofissional					
Núcleos	Ênfase em Vigilância em Saúde	Atenção Primária à Saúde – REMAPS	Saúde da Criança - HMIPV	Urgência e Emergência – PRIMURGE - HPS	1 Psicologia Hospitalar - HPS
Áreas de formação	Medicina Veterinária, Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Saúde Coletiva, Física Médica, Ciências Sociais, Geografia, Arquitetura, Engenharia Civil, Engenharia Química e Engenharia Ambiental.	Enfermagem, Farmácia e Odontologia.	Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.	Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição.	Psicologia
Número de egressos	49	12 a partir de março/22	94	66	10(descontinuado em 2019)
Vagas ofertadas anualmente	De 10 a 17	12 (quatro para cada categoria profissional)	24 (duas para cada categoria profissional)	15 (cinco para Enfermagem e Fisioterapia e 4 para Nutrição)	04
Duração do programa	02 anos	02 anos	02 anos	02 anos	02 anos
Vinculação	Escola de Saúde Pública – ESP/RS	SMS é a instituição proponente.	A Escola de Enfermagem da UFRGS, até 2018. Após, na Escola Superior de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID) da UFRGS.	Centro Universitário Metodista - IPA	SMS é a instituição proponente.
Bolsa	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde, auxílios alimentação e moradia pagos pela PMPA.	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	PMPA
Desafios	Construção de um conteúdo pedagógico.	Desafio do momento são as aulas de campo em conjunto com a residência em MFC.	-	Maior integração com as comissões de residências da SMS.	-
Avanços	Integração com as demais residências da SMS.	-	-	Agregar disciplinas e projetos em comuns dos programas. Propor regimento único para todos os programas	-

				da secretaria.	

Fonte:ED/DA/SMS.

Quadro 39: Residências Médicas vinculadas à SMS

Residência Médica								
	Família e Comunidade – MFC	Ginecologia e Obstetrícia – HMIPV	Pediatria - HMIPV	Medicina Fetal - HMIPV	Endoscopia Ginecológica - HMIPV	Cirurgia Geral - HPS	Cirurgia do Trauma - HPS	Emergência - HPS
Número de egressos de 2017 a 2020	22	23	38	8	4	12	12	18
Vagas ofertadas anualmente	15	6	40	2	1	3	3	6
Duração do programa	02 anos	02 anos	02 anos	1 ano	1 ano	03 anos	01 ano	03 anos
Vinculação	SMS é a instituição proponente.	UFCSPA	UFCSPA	UFCSPA	UFCSPA	SMS é a instituição proponente.	SMS é a instituição proponente.	SMS é a instituição proponente.
Bolsa	Ministério da Saúde Complementação bolsa PMPA + auxílio moradia + auxílio alimentação	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	PMPA	PMPA	Ministério da Saúde
Desafios	Estruturar linhas de pesquisa na APS.	Propor um PRM próprio em Cirurgia Pediátrica; Credenciar o HMIPV como Hospital de Ensino; Incentivar a produção científica alinhada às linhas de pesquisa institucionais; Incentivar a publicação da produção científica em periódicos indexados; Trabalhar com os residentes multiprofissionais a interdisciplinaridade, a compreensão e a resolutividade das diversas formas de violência que manifestam nosso cotidiano, pelo olhar da saúde e que devemos dar conta dos desfechos através da saúde pública; Articulação da rede externa com o hospital, pois deixamos de ter as vivências na estratégia da saúde da família e da vigilância em saúde, devido às dificuldades das equipes por falta de RH.				Vários residentes em serviços externos do HPS, no sentido de cumprir a matriz de Responsabilidades; A residência em Cirurgia Geral e Cirurgia do Trauma possuem convênio com a Santa Casa, HMIPV e Hospital Mãe de Deus. A residência em Medicina de Emergência possui convênio com HCPA, Hospital da Criança da Santa Casa, HMIPV, SAMU, UPA Zona Norte (Grupo Hospitalar Conceição); Remuneração dos preceptores envolvidos nas Residências Cirurgia Geral, Cirurgia do Trauma e Medicina de Emergência.		
Avanços	Credenciamento definitivo da residência frente ao MEC no ano passado (5 anos de credenciamento), aproximação com o Coreme do HPS.	Qualificação dos profissionais para o SUS; Profissionais ex-residentes como profissionais da saúde pública inseridos no HMIPV; Possibilidade de restabelecer a questão da pesquisa-construção de TCR; Relação com a universidade obteve grandes avanços; Melhora na formação de recursos humanos para o SUS a curto, médio e longo prazo.				Reconhecimento da Cirurgia do trauma como especialidade médica e consequente programa de 2 anos; Maior interação com demais Programas de Residência de Medicina de Emergência do município, com real compartilhamento de habilidades e ensino, sempre com o objetivo de aperfeiçoar nosso programa; O Programa de Residência em Cirurgia Geral iniciou o 3º ano, já que foi modificado pela Comissão Nacional de Residência Médica.		

Fonte: ED/DA/SMS.

1.11.3 Estágios

O preenchimento das vagas de estágio remunerado na Prefeitura Municipal de Porto Alegre ocorre em conformidade com a Lei Federal nº 11.788/2008 (BRASIL, 2008) e com o Decreto nº 21.760, de 1º de dezembro de 2022 (PORTO ALEGRE, 2022), que regulamentam as atividades de estágio como ato educativo supervisionado no ambiente de trabalho, de modo a não caracterizar vínculo empregatício e a garantir a compatibilidade das atividades com o currículo de cada área de formação.

Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde conta com 512 vagas de estágio remunerado, que abrange os níveis médio, técnico e, principalmente, superior. O processo de ocupação dessas vagas caracteriza-se por ser um processo dinâmico e constante, influenciado por uma série de variáveis operacionais e institucionais. Nesse contexto, é relevante justificar as alterações ocorridas nesse quadriênio e identificar os desafios e oportunidades para o próximo período, de modo a assegurar a continuidade e eficiência do Programa de Estágio.

Durante o quadriênio 2022-2025, ocorreu uma importante mudança na gestão dos estágios remunerados. Em dezembro de 2022, foi publicada a Instrução Normativa nº 019/2022, que, em conformidade com o Decreto nº 21.760/2022, estabeleceu novos procedimentos administrativos para a contratação de estagiários no âmbito da Administração Pública Direta do Município de Porto Alegre. As alterações foram necessárias em decorrência do ingresso do Agente Integrador de Estágio Centro de Integração Empresa Escola do Rio Grande do Sul (CIEE-RS), que passou a ser responsável por diversas etapas do processo: seleção, contratação e renovação de estagiários; contratação do seguro de vida; pagamento da bolsa-auxílio, recesso e auxílio-transporte; disponibilização do relatório de avaliação e atividades do estagiário e emissão de atestados e certificados.

Dessa forma, para atender às referidas mudanças, foram implementadas alterações nos fluxos e processos de trabalho, o que resultou na descentralização das principais atividades anteriormente realizadas pela Equipe de Estágio da SMS. Além disso, houve uma modificação na dinâmica de preenchimento das vagas, evidenciando a dificuldade enfrentada pelo Agente Integrador para suprir a demanda, especialmente no que se refere às vagas de nível superior, em razão das especificidades da Secretaria.

Apesar das mudanças e alinhamentos necessários durante o processo de transição, buscou-se dar continuidade ao trabalho de gerenciamento das vagas de estágio possibilitando o remanejamento para outros setores de forma a atender demandas organizacionais ou pontuais mais urgentes. Além disso, foi verificada a necessidade de retomar, junto aos supervisores e chefias, conceitos, condutas e orientações relacionadas ao processo de estágio. Essas questões foram abordadas por meio de oficinas temáticas planejadas com base em temas de relevância para o momento.

As oficinas se mostraram um espaço para troca de experiências, escuta, orientação e esclarecimento de dúvidas, mostrando que é possível ter e construir boas relações entre supervisores, chefias e estagiários. Nessa mesma linha, foram promovidas pelo Agente Integrador de Estágio, em parceria com a EESTA-SMAP e ESTÁGIOS-SMS, oficinas destinadas aos estagiários com o objetivo de contribuir para sua qualificação pessoal e profissional.

Ainda, em 2024 o Município de Porto Alegre firmou um Termo de Cooperação com o Estado do Rio Grande do Sul visando à operacionalização do Programa Especial de Contratação de Jovens Aprendizizes - PARTIU FUTURO. O programa teve como objetivo promover a qualificação e inserção de jovens em situação de vulnerabilidade e/ou risco social no mundo do trabalho, incentivando sua integração social, autonomia, senso crítico e responsabilidade comunitária. Para isso, as Secretarias Municipais disponibilizaram suas estruturas para o desenvolvimento das atividades práticas dos aprendizes, incluindo a indicação de supervisores de campo. No âmbito da SMS, foram acolhidos 58 jovens aprendizes, alocados nos mais diversos setores administrativos da Secretaria.

Considerando que o foco das ações da SMS é o processo de aprendizagem — e reconhecendo a diversidade de estudantes que colaboram em distintas frentes de trabalho — torna-se fundamental refletir sobre os desafios impostos pelas mudanças recentes e preparar-se para os próximos anos.

Desafios para o quadriênio 2026–2029

Diante do fato de que a Secretaria não possui governabilidade direta sobre o processo de contratação dos estagiários, os esforços no próximo período estarão concentrados nas seguintes ações:

- realizar diagnósticos e levantamentos junto à EESTA-SMAP que fundamentem propostas de ajustes no processo de contratação de estagiários;
- ampliar as oficinas destinadas aos supervisores de estágio, com foco na qualificação de sua atuação como agentes facilitadores do aprendizado;
- expandir as oficinas oferecidas aos estagiários pelo CIEE-RS, buscando agregar valor à sua formação pessoal e profissional;
- dar continuidade ao trabalho de remanejamento de vagas entre setores, de modo a atender demandas organizacionais e emergenciais;
- aprimorar os fluxos internos da SMS, facilitando a comunicação e agilizando os processos administrativos.

Em relação aos jovens aprendizes, foi sinalizado o interesse da Prefeitura em dar continuidade ao Programa no ano de 2026, reafirmando seu compromisso como parceira na formação profissional de jovens e adolescentes de forma a contribuir com a inserção desses no mercado de trabalho.

1.11.4 Educação em Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS), desde 2011, passou a investir na Política de Integração Ensino, Serviço e Comunidade com a constituição da Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES), a qual passou, a partir de 2014, a dedicar-se também à qualificação e desenvolvimento dos servidores, buscando alargar seu escopo em direção à constituição de uma política de Educação Permanente.

Ao longo deste período, a Secretaria qualificou os seus processos de ensino e pesquisa e avançou, especialmente a partir de 2010, na criação e consolidação de importantes programas de Residência Médica e de Residência Multiprofissional, seja nos dois hospitais municipais – HMIPV e HPS, seja na Atenção Primária em Saúde (APS) ou ainda na Vigilância em Saúde.

No entanto, também é importante reconhecer que há desafios na qualificação da formação de recursos humanos para a área da saúde.

A formação de profissionais da saúde por meio dos seus Programas de Residência Própria ainda precisa de condições de estrutura e ambiência para sua ampliação e qualificação, como salas para reuniões e atividades em grupo; equipamentos e recursos para o desenvolvimento das atividades; suporte

pedagógico; parte da jornada de trabalho dos profissionais aos Programas; e outro aspecto são as bolsas destinadas para alguns Programas, gerando a diferenciação.

Em paralelo, a constituição de novos Núcleos de Educação Permanente (NEPs), importante na propagação das ações de ensino e serviço e de qualificação e desenvolvimento dos servidores, é acompanhada pela necessidade de avançar na sua consolidação, dado que desde a sua implementação, não se conseguiu efetivar, em todos os Núcleos, profissionais com carga horária direcionada para este trabalho, resultando poucos trabalhadores que dividem a jornada de trabalho entre assistência e projetos de desenvolvimento, dificultando avançar na integração e articulação das ações e na priorização da Educação Permanente como Política estratégica e transversal para o SUS, dentro da SMS.

Na Diretoria de Atenção Primária à Saúde, os processos de educação são acompanhados pela Equipe de Educação e Programas de Residência (EEPR), que, além da coordenação dos dois programas de residência, Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) e Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde (REMAPS), administra a Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde (BVAPS), que é um repositório de referências, documentos normativos e técnicos para o embasamento de condutas e local de acesso rápido para os sistemas de informação em saúde, já consolidado como referência entre os profissionais das Unidades de Saúde. A equipe também organiza um Calendário Único de Ações de Saúde, que concentra todas as ações propostas pelas diversas áreas da diretoria, como estratégia para possibilitar o acesso dos profissionais e a manutenção da assistência nos serviços de saúde. Outra estratégia gerida pela equipe e considerada importante para educação permanente foi a adesão ao Programa PACK, Practical Approach to Care Kit ou Kit de Cuidados em Atenção Primária à Saúde, que é uma ferramenta de manejo clínico baseada nas melhores evidências disponíveis e em diálogo com os protocolos do município, que prevê treinamentos em modelo de cascata e encontros quinzenais para discussão de casos com a utilização do guia.

A Assessoria de Ensino e Pesquisa (ASSEP), vinculada à Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS), exerce papel estratégico na formação e pesquisa em Vigilância em Saúde. Suas ações incluem a avaliação de planos de ensino, supervisão de residentes e estagiários e acompanhamento da Residência Multiprofissional em Vigilância em Saúde. O setor promove estudos científicos,

elabora pareceres para o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS, orienta trabalhos acadêmicos e subsidia ações de educação em saúde. Também participa de comissões e atividades educacionais, articula-se com preceptores e programas de estágio, apoia a elaboração de projetos de educação em serviço e a construção de editais como o EpiSUS Fundamental e o PET-Saúde. A partir deste ano, passou a ofertar a disciplina de Vigilância em Saúde para o curso de Enfermagem da UFCSPA e para a Residência Multiprofissional em Saúde (REMAPS) de Porto Alegre. Além disso, divulga eventos e cursos, ofertando capacitações conforme as demandas das equipes, contribuindo para o fortalecimento da vigilância em saúde e o desenvolvimento contínuo dos trabalhadores do município.

A Assessoria de Ensino e Pesquisa (ASSEP) do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), ligada à Direção Geral, atua como elo estratégico entre ensino, pesquisa, inovação e assistência. Entre suas atribuições estão a coordenação de estágios curriculares e programas de Residência Médica e Residência Multiprofissional, o fomento à educação continuada e permanente, organização e apoio na elaboração de capacitações e eventos formativos. No campo da pesquisa, organiza a Jornada Científica e os Momentos de Ciência, fortalecendo parcerias com as instituições de ensino e agências de fomento. A ASSEP também participa da elaboração de protocolos assistenciais através do Núcleo de Desenvolvimento Educacional (NDE), avaliação de novas tecnologias e da gestão administrativa de processos ligados ao ensino através dos sistemas ERGON e FormaSUS, bem como a liberação de servidores para comparecimento em Congressos (nacionais e internacionais), via processo SEI. Em 2024, o setor registrou mais de 2.300 alunos em campos de ensino, 85 residentes em formação, 1.321 participações em capacitações (187% da meta) e 24 publicações científicas, além de lançar projetos inovadores, como a cartilha digital “Primeiros Passos do bebê e da Mamãe”, consolidando o HMIPV como hospital de referência na área materno-infantil.

Com o início das atividades do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), que reúne 09 Instituições Formadoras, em 2022 foram realizadas Plenárias e Seminários sobre Educação Permanente e Curricularização da Extensão, além disso, o COAPES-POA buscou aproximação ao Ministério da Saúde com a realização de Evento com a participação do Ministério.

Os Distritos Docentes Assistenciais (DDA), iniciados a partir de 2011, juntamente com a implantação da CPES, a fim de integrar as ações educacionais com as atividades assistenciais, traduzindo-se em uma estratégia de coordenação dessas ações, conduzida pelas Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL), funcionaram ao longo do tempo em ritmo adaptado à realidade de cada território e de suas respectivas instituições de ensino. Desse modo, os DDAs OESTE e LESTE conseguiram manter a CGAL funcionando sistematicamente, com o importante suporte da Pontifícia Universidade Católica (PUCRS), na Leste, e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na Oeste, e com a representação dos supervisores e preceptores. O DDA Norte, referência para a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), para a Atitus Educação e para a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) foi bastante impactado, em 2024, pela calamidade (enchente). Nesse DDA, mais do que nos demais, verifica-se a participação efetiva da Santa Casa, Organização da Sociedade Civil (OSC) parceira na execução dos serviços de Atenção Primária, na alocação dos alunos e nas reuniões de CGAL. No desenvolvimento do DDA Sul, último a ser implementado e referência para a UNIRITTER, o Hospital Moinhos de Vento, a FADERGS e a Anhanguera Sul, identifica-se a fragilização da relação das várias Instituições com os serviços, com rotatividade de professores, carga horária limitada e pouca capacidade de vínculo com o território. Nesse território, a pauta centra-se, quase exclusivamente, na alocação de alunos. Em todos os DDAs, perdeu-se a representação do controle social, considerando sua baixa presença nas reuniões de CGAL.

A Coordenadoria de Saúde Oeste (CS-Oeste), Distrito Docente Assistencial da UFRGS, atua em parceria com a Instituição de Ensino (IE) para o fortalecimento das ações de integração entre ensino, serviço e comunidade no território. A CGAL, com representações da Universidade/CoorSaúde, Coordenadoria e Preceptores, traduz-se em um importante espaço de debate para a qualificação dos processos formativos.

Desde 2009, a UFRGS e a CS-Oeste desenvolvem projetos do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde), criando redes que qualificam a formação acadêmica e fortalecem a integração, entre as quais destacam-se Observatório de Formação e Trabalho em Saúde e Laboratório de Integração (LABIN).

Disciplinas inovadoras potencializam a integração ensino-serviço-comunidade. As Práticas Integradas em Saúde I e II reúnem cursos de diferentes áreas da saúde, possibilitando uma vivência multiprofissional no SUS. Já a Introdução à Atenção Primária à Saúde, permite que acadêmicos de medicina conheçam a Atenção Primária desde o primeiro semestre, na perspectiva de um cuidado integral e humanizado.

Nos últimos anos, estudantes de diversas IEs vivenciaram seus processos formativos nos Serviços da Coordenadoria Oeste. Porém, apesar da fundamental importância da formação profissional no SUS, a crescente demanda das Instituições de Ensino se torna um grande desafio, à medida que a capacidade instalada dos Serviços não aumenta na mesma proporção. Além disso, cabe destacar que a estrutura das Unidades de Saúde não foram planejadas para contemplar as necessidades e exigências de uma Unidade Escola.

A Coordenadoria atua junto à IE na escolha dos campos de ensino-aprendizagem e aproximação do território, para que a atuação da Universidade responda às necessidades da população adscrita. Como exemplo, temos as atividades de extensão que, na maioria das vezes, são planejadas e desenvolvidas considerando as características, indicadores e dados epidemiológicos do território, trazendo benefícios à comunidade.

A organização, planejamento e monitoramento de campos de atuação para diferentes instituições de ensino, núcleos profissionais e níveis de formação, além da avaliação, acompanhamento e encaminhamento dos planos de atividades representa outro desafio, à medida que a equipe da coordenadoria não conta com um profissional específico para esta função.

Atividades de formação profissional para o ensino se tornam cada vez mais indispensáveis, à medida que a realidade atual dos serviços contempla rotatividade nas equipes, fragilizando o processo de ensino em serviço. Percebe-se, ainda, que os profissionais graduados no período pós-pandemia, ingressam nos serviços apresentando fragilidades decorrentes da sua formação, o que impacta em toda a cadeia assistencial e formativa no SUS.

A Coordenadoria Oeste incentiva o desenvolvimento de diversas pesquisas em seus serviços da Atenção Primária e Especializada, atuando na divulgação, captação e orientação de usuários participantes. As pesquisas no SUS promovem a

evolução das evidências científicas, impactando positivamente na qualidade da assistência e saúde da população.

O território da CS Norte ampliou o número de solicitações de estagiários nos últimos anos, em especial nos cursos de enfermagem e medicina. A UFCSPA apontou que iniciarão mais disciplinas de vivência na APS, necessitando assim, mais vagas na APS.

Os serviços de saúde do território da Coordenadoria Norte, em sua maioria, têm estruturas físicas limitadas para atender o número de profissionais, usuários e acadêmicos, dificultando a absorção de toda demanda das Instituições de Ensino do território.

Sobre a formação dos trabalhadores, os PETs têm sido um importante espaço de construção, destacando-se o PET Equidades com a temática da Saúde do trabalhador e PET Saúde Digital, aproximando os trabalhadores e construindo estratégias importantes no território.

Sobre o desenvolvimento de pesquisas no território da Norte, com a alteração de fluxo em relação a submissão de projetos de pesquisa, quando a pesquisa envolve profissionais da Santa Casa, temos observado uma redução importante. A demanda de trabalho do ensino e serviço tem sido muito significativa, impactando na carga de trabalho da equipe da coordenadoria, sugerindo-se um olhar especial para essa demanda.

A Coordenadoria de Saúde Sul tem como Distrito Docente Assistencial as Instituições de Ensino Uniritter, Moinhos e Anhanguera, além destas recebemos alunos da UFRGS, UFCSPA, FEEVALE, ATITUS e por vezes de outras instituições. A Região Sul é a mais distante do centro da cidade e a maior em extensão territorial, resultando na dificuldade de alocar alunos e por consequência há sobra de vagas, que se necessário outras instituições solicitam para as Coordenadorias. Ter um volume grande de IEs para contatar e negociar as vagas dificulta a vinculação com o território, a maior parte dos estágios são curtos e tem grande rotatividade. A CS-Sul está em um momento de fortalecimento de seu DDA, pois como recebem alunos de vários locais, têm que fazer o controle de diversas instituições referente aos planos de ensino, assinaturas, andamento do estágio dentro dos serviços. Há ainda dificuldades de espaço físico na Coordenadoria que não possui sala de reunião e auditório, situação esta que impacta o trabalho. De qualquer maneira há esforço no sentido de realização de reuniões com maior frequência no formato virtual (CGAL).

Em 2025, iniciou-se um contato mais próximo também com os alunos, realizando uma oficina de familiarização, apresentando o território para os alunos e professores das três instituições de ensino do DDA.

A Coordenadoria de Saúde Leste atua como distrito docente-assistencial para as Instituições de Ensino (IEs) PUCRS e o Programa de Atenção Básica da Escola de Saúde Pública do RS, absorvendo integralmente a demanda dos campos de formação dessas instituições. Destaca-se a realização de fóruns mensais com ambas as instituições (CGAL PUCRS e COREMU ESP-RS), com o objetivo de planejar e discutir as fragilidades e potencialidades do ensino em serviço e na comunidade do território. Desde 2023, a Coordenadoria também é referência para receber estudantes do curso de Enfermagem da Instituição Estácio (Porto Alegre). Além dessas IEs, a CS Leste acolhe de forma complementar estudantes de outras instituições, como odontologia da UFRGS e ATITUS, enfermagem e farmácia da UNIRITTER, além de alunos dos cursos técnicos de enfermagem da Escola QI e GRAU. Para promover alinhamentos, definir vagas e organizar os campos de prática, realizamos reuniões semestrais com essas instituições. Com o intuito de qualificar a inserção dos estudantes nos campos de prática, a Coordenadoria realiza, no início de cada semestre (e anualmente para a ESP-RS), uma reunião de acolhimento. Nessa ocasião, são apresentados o território, a rede de serviços e os principais indicadores epidemiológicos dos distritos que compõem a CS Leste. Entre as potencialidades, destacamos a significativa ampliação, nos últimos anos, da oferta de vagas para doutorandos em Medicina da PUCRS, decorrente do aumento do número de médicos com formação em Medicina de Família e Comunidade nas equipes da Atenção Primária. Outra importante conquista refere-se à contratação de profissionais de diversas áreas da saúde, como nutrição, psicologia, fisioterapia e educação física, por meio da implantação das e-Multis. Essa estratégia amplia a oferta de vagas para cursos de graduação e qualifica a formação das residências multiprofissionais. Como desafios, há uma dificuldade de adequação das disciplinas extensionistas nos serviços de saúde, para que contemplem o plano pedagógico das disciplinas dentro do processo de trabalho das equipes, bem como as limitações das atuais estruturas físicas dos nossos serviços.

É importante destacar que, nos últimos cinco anos, os cenários de prática da Secretaria foram impactados, por um lado, pelo aumento na oferta da formação, com instituições de ensino e modalidades de ensino bastante diferenciadas, destaca-se a

presença de instituições que se espalham pelo território nacional, com pequenas instalações e uso da modalidade de ensino híbrido entre presencial e à distância.

Observa-se falta de profissionais de algumas áreas para possibilitar a entrada de alunos dessas formações. Esta realidade é mais notória nas áreas de Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, Educação Física, Terapia Ocupacional, ainda que as Equipes Multidisciplinares se apresentem como uma possibilidade, seu impacto ainda não contempla a necessidade da formação.

1.12 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

1.12.1 Sistemas de Informação, Interoperabilidade, Banco de Dados e Ciência de dados

Atualmente a SMS possui um conjunto significativo de sistemas e aplicações de tecnologia da informação. Iremos descrever a situação, desafios e oportunidades para cada grande grupo de sistemas.

Os sistemas do Complexo Regulador estão em produção desde 2016, com a entrada do Gerenciamento de Consultas (Gercon), em 2018 a entrada em produção do Gerenciamento de Internações (Gerint), e em 2020 do Gerenciamento de Procedimentos de Alta Complexidade (Gerpac). Sua robustez e qualidade em apoiar os processos regulatórios o tornaram referência para que o mesmo fosse adotado pela SES como sistema estadual de regulação em saúde. Em âmbito municipal, módulos complementares foram criados para atender necessidades específicas, como o Gercon Retornos (registro de consultas nos serviços especializados geridos pela SMS) e Gercon Notificações (notificações COVID-19). Mesmo já tendo mais de 80% dos leitos em interoperabilidade, os desafios para o próximo quadriênio são o avanço na interoperabilidade de consultas de seguimento, de exames e de procedimentos. Tal ação é estratégica não apenas para qualificar o processo regulatório, mas também para contribuir na construção do Prontuário Eletrônico Integrado do Paciente, em que em apenas um repositório todos os dados de saúde da pessoa estarão armazenadas, e assim poderão subsidiar ações assistenciais, regulatórias, bem como a avaliação e monitoramento de políticas públicas.

Dentre os sistemas de registro de atendimentos assistenciais, podemos destacar o e-SUS APS como um dos principais. Trata-se de sistema desenvolvido e ofertado pelo Ministério da Saúde, o qual já é utilizado em Porto Alegre há mais de 5

anos. Atualmente ele está implantado em 100% da rede e é utilizado diariamente por mais de 4.000 profissionais de saúde. Os desafios para os próximos anos se concentram na integração das informações do e-SUS APS com as demais informações de saúde geradas no município. Atualmente a rede municipal hospitalar, de urgências e pronto atendimento faz uso do SIHO - Sistema de Informações Hospitalares. O mesmo foi desenvolvido por volta dos anos 2000 e vem recebendo contínuas atualizações. É necessário um estudo detalhado sobre a decisão de como evoluir neste projeto: a viabilidade do desenvolvimento de uma versão 2.0 deste sistema, a aquisição de uma solução de mercado ou a adesão a um sistema de ente público terceiro, considerando que as tecnologias nele empregadas já se encontram defasadas.

Em relação aos sistemas da Diretoria de Vigilância em Saúde, cabe destacar o desenvolvimento do sistema Sentinela, sistema para registro de agravos de notificação compulsória, iniciando com os agravos relacionados à saúde do trabalhador. É necessário avançar nas demais áreas da vigilância, abrangendo sistemas da vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica.

Complementar aos sistemas acima mencionados, ainda cabe destacar a necessidade de estruturação de processos e sistemas que atendam o registro dos seguintes macro fluxos:

- imagens médicas - geração de imagens digitais em todos os pontos de atendimento, com acesso compartilhado entre todos os profissionais diretamente envolvidos na assistência.
- exames laboratoriais - registro de exames complementares realizados nos laboratórios próprios da SMS, bem como recebidos por interoperabilidade de laboratórios contratados.
- prescrição eletrônica - possibilidade de geração de prescrição digital, com validade sanitária e jurídica, sem necessidade de suporte físico.
- assinatura digital - projeto de autenticação de usuários e cidadãos, de acordo com regramento ICP Brasil.
- LGPD - Adequação dos sistemas e serviços dentro da nova lei geral de proteção de dados pessoais.

Considerando o cenário atual e a expectativa de avanço para os próximos quatro anos, esperamos:

- criar e estabelecer fluxos e processos para gestão de sistemas de dados de domínio comum: bases cadastrais, dados abertos, atendimento a LGPD;
- sistematizar a gestão e monitoramento dos projetos de desenvolvimento de sistemas, estabelecendo regras de priorização e atribuições e responsabilidades claras para as áreas;
- otimizar o consumo de horas de desenvolvimento ofertadas, buscando garantir o mínimo de 85% das horas disponíveis;
- garantir a entrega dos macroprojetos de desenvolvimento e respectivas manutenções evolutivas - Sistemas do Complexo Regulador, Sistemas de Registro Assistencial e Sistema de Vigilância;
- definir e priorizar os seguintes projetos relevantes:
 - Imagens Médicas;
 - Exames laboratoriais;
 - Prescrição Eletrônica;
 - Assinatura Digital.

1.12.2 Infraestrutura em TI

Atualmente contamos com 164 locais físicos (redes locais) conectados na rede Procempa, com 4.450 mil computadores, 1.930 impressoras e outros periféricos para atender as necessidades de tecnologia relacionados aos processos assistenciais.

Em relação ao parque tecnológico, se identifica necessidade crítica de substituição dos computadores - mais de 80% do parque possui mais de 5 anos de uso.

Nos últimos anos houve avanço no processo de outsourcing de impressoras e agora se deseja avançar neste modelo de suprimento de equipamentos como serviço (DaaS - Desktop as a Service), otimizando processos internos e agilizando oferta de equipamentos adequados.

Necessidade de otimização do fluxo de implantação e modificação das redes, com muitas etapas administrativas, mais de 2 meses para realizar serviço.

Baixíssima sistematização do uso de soluções de armazenamento de arquivos, com uso muito comum de armazenamento de documentos em máquinas

locais, com risco de segurança e de perda de documentos importantes. Necessidade de serviço robusto, de fácil acesso e uso, amplamente divulgado.

Nesta linha, há necessidade de uma solução da PMPA para uso de suíte administrativa - editores de texto, planilhas, apresentação - avançar para contratação como serviço, e não imobilizar recursos em licenciamentos.

Além disso, identificam-se necessidades estratégicas adicionais para fortalecimento da infraestrutura de TI da SMS, a saber:

- expansão da rede Wi-Fi na sede administrativa e em todas as unidades de saúde, assegurando conectividade adequada para profissionais e cidadãos;
- implantação e ampliação de sistema de videomonitoramento na sede, nos serviços e nas unidades de saúde, visando reforçar a segurança patrimonial e de usuários;
- substituição gradual dos relógios-ponto, atualmente com mais de dez anos de uso, por novos equipamentos compatíveis com o sistema Ronda Sênior, utilizando o contrato de manutenção vigente que prevê a troca por relógio novo nos casos em que não houver possibilidade de conserto.

Considerando o cenário atual e a expectativa de avanço para os próximos quatro anos, há necessidade de avançar em diversos aspectos:

- construir e implantar plano/rotina para definição de necessidades de ativos de TI (estações de trabalho, impressoras, scanners, etc.);
- garantir a disponibilidade de equipamentos adequados à necessidades, buscando manter ao menos 80% dos computadores em condições adequadas de uso (<5 anos) e para isso substituir anualmente no mínimo 20% do parque de equipamentos;
- propor modelo de gestão de ativos como serviço (ex. computador como serviço);
- construir e implantar plano/rotina para definição;
- construir e implantar plano/rotina para definição e atendimento de necessidades para armazenamento de arquivos e dados;
- construir e implantar plano/rotina para definição e atendimento de necessidades relacionados a suíte administrativa (editor de textos, planilha eletrônica, editor de apresentações);

- implementar plano de expansão da rede Wi-Fi em todas as unidades da SMS, garantindo conectividade segura e estável;
- implementar e ampliar sistema de videomonitoramento na sede da SMS e nas unidades de saúde, integrando-o aos protocolos de segurança institucional;
- executar plano de substituição gradual dos relógios-ponto antigos por novos equipamentos compatíveis com o sistema Ronda Sênior, garantindo modernização e confiabilidade do controle de frequência.

1.12.3 Dashboards

O plano de dashboards da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para o período de 2026 a 2029 estabelece critérios objetivos para diagnosticar a maturidade dos processos de geração de dados e informações, incorporando a metodologia de Business Process Management (BPM) para o mapeamento, a otimização e a padronização de processos. São considerados três níveis de maturidade: o nível básico, caracterizado por processos predominantemente manuais, dados fragmentados, relatórios esporádicos, fluxos de trabalho não mapeados e identificação limitada de gargalos operacionais; o nível intermediário, em que já existem sistemas parcialmente integrados, relatórios sistemáticos, alguns painéis automatizados e processos parcialmente mapeados, permitindo a identificação de alguns gargalos e desperdícios orçamentários; e o nível avançado, em que ocorre a integração completa de sistemas, utilização de análise preditiva, dashboards em tempo real, processos completamente mapeados e otimizados via BPM, bem como a eliminação sistemática de gargalos e desperdícios identificados. Para alcançar esse estágio, será realizado o mapeamento completo dos processos atuais da SMS, com identificação de gargalos operacionais e pontos de ineficiência, análise de desperdícios orçamentários nos fluxos de trabalho, padronização de processos críticos e definição de métricas de performance para monitoramento contínuo.

Nesse contexto, será implementado um modelo de governança que definirá responsabilidades, atribuindo a cada área de negócio gestores de dados específicos, e estabelecerá papéis claros na geração, validação e atualização de informações. Além disso, serão padronizados os fluxos para coleta, tratamento e

disponibilização de dados, com definição de cronogramas de atualização e revisão periódica dos dashboards.

Os macroprodutos e serviços de ciência de dados previstos incluem a criação de cubos de dados, que possibilitarão a compilação de métricas de saúde pública estratificadas por região, unidade de saúde e período temporal, a análise multidimensional de indicadores epidemiológicos e a exploração interativa de dados de atendimento e recursos. Estão previstos também relatórios estruturados em formatos pré-definidos, contemplando relatórios operacionais, voltados ao monitoramento diário de atendimentos e da disponibilidade de equipamentos; relatórios gerenciais, destinados à análise mensal de desempenho por unidade de saúde; e relatórios estratégicos, que consolidarão informações trimestrais e anuais para subsidiar a tomada de decisão.

No âmbito dos painéis interativos, haverá a expansão e o aprimoramento dos dashboards já existentes, bem como o desenvolvimento de novos. Os dashboards consolidados incluirão a evolução do painel de parque de máquinas, incorporando análise preditiva de substituição, indicadores de performance e mapeamento de necessidades por unidade; o aprimoramento do painel de aquisição de equipamentos, com incorporação de análises de tendências temporais, distribuição geográfica por unidade de saúde e comparativos entre modalidades de aquisição; a ampliação do dashboard de faturamento PROCEMPA, que passará a monitorar horas pagas em desenvolvimento de soluções de software, sazonalidade, projeções de demanda e indicadores de eficiência de investimentos em tecnologia da informação; e a evolução do painel de totens de atendimento, incluindo integração de dados de satisfação dos usuários, tempo de espera e eficiência operacional. Entre os novos dashboards propostos, destacam-se os de indicadores epidemiológicos, gestão de recursos humanos, infraestrutura de saúde e gestão financeiro-orçamentária.

Espera-se, com a implementação do plano, obter benefícios como a melhoria da tomada de decisão, com informações precisas e atualizadas disponíveis para os gestores; a elevação da eficiência operacional, por meio da otimização de recursos e processos; o fortalecimento da transparência, com maior visibilidade das ações da SMS; a melhoria da qualidade do atendimento, a partir do monitoramento contínuo dos serviços oferecidos; e o aprimoramento do planejamento estratégico, com base em análises fundamentadas para formulação de políticas públicas de saúde.

Para viabilizar tais objetivos, serão necessários recursos tecnológicos, como servidores, softwares de business intelligence e ferramentas de visualização; recursos humanos, incluindo analistas de dados, desenvolvedores e gestores de informação; recursos financeiros, com investimentos estimados em infraestrutura e capacitação; e recursos organizacionais, que envolvem a necessária mudança cultural em direção à orientação por dados.

1.13 SITUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

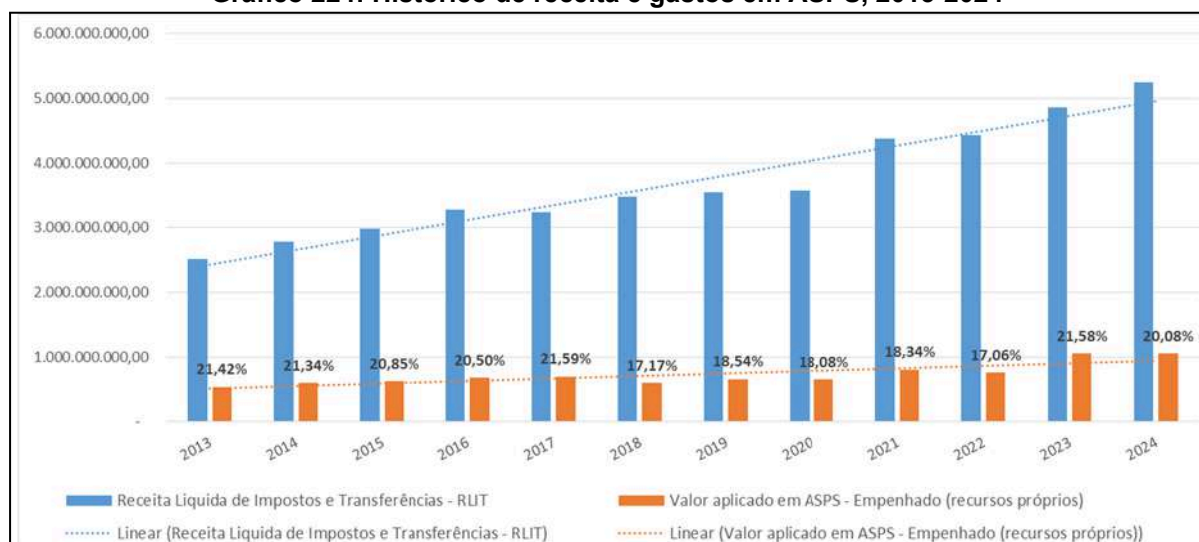
Por financiamento em saúde, compreende-se o aporte de recursos financeiros para a viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal. Conforme determina o § 1º do Art. 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos da União, dos Estados e dos Municípios, além de fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social de cada ente.

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

As transferências (regulares ou eventuais) da União para Estados, Municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências ‘fundo a fundo’, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais possam contar com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Saúde.

Sobre o aporte regular e obrigatório dos municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS - LC 141/2012), de no mínimo 15% da Receita Líquida de Impostos e Transferências (RLIT), o município está cumprindo o mínimo constitucional, conforme gráfico abaixo.

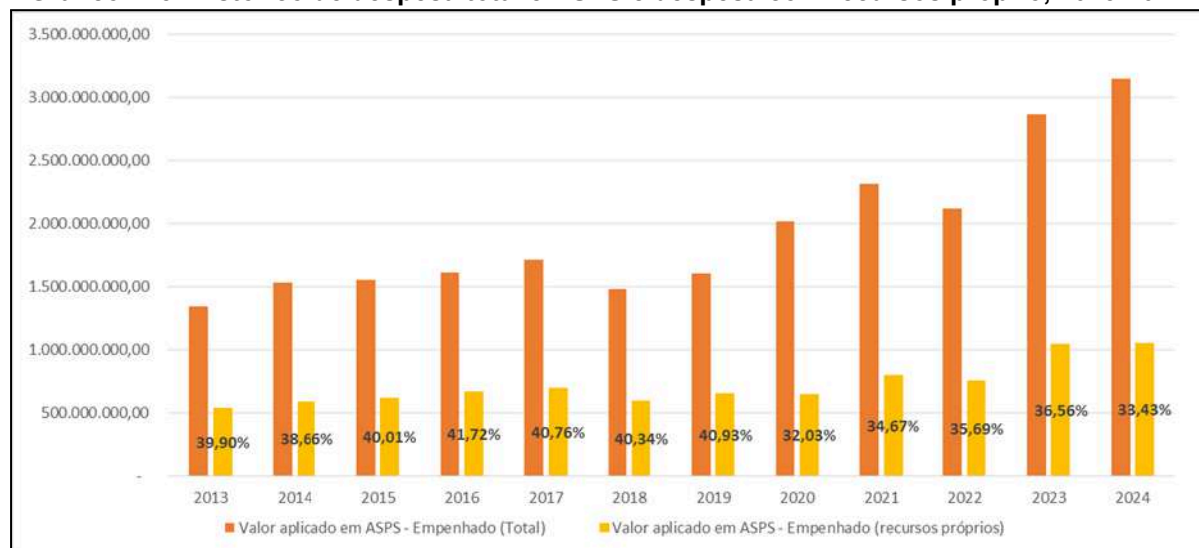
Gráfico 224: Histórico de receita e gastos em ASPS, 2013-2024



Fonte: Relatório Resumido da Execução Orçamentária - RREO.

Diversas medidas foram implementadas para desoneração do Tesouro Municipal utilizando-se, preferencialmente ao uso de recursos municipais, recursos de fontes Federal e Estadual para o custeio das atividades da SMS. Consequentemente, houve uma redução da participação relativa aos recursos municipais no gasto total em ASPS, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 225: Histórico de despesa total e ASPS e despesa com recursos próprio, 2013-2024



Fonte: Relatório Resumido da Execução Orçamentária - RREO.

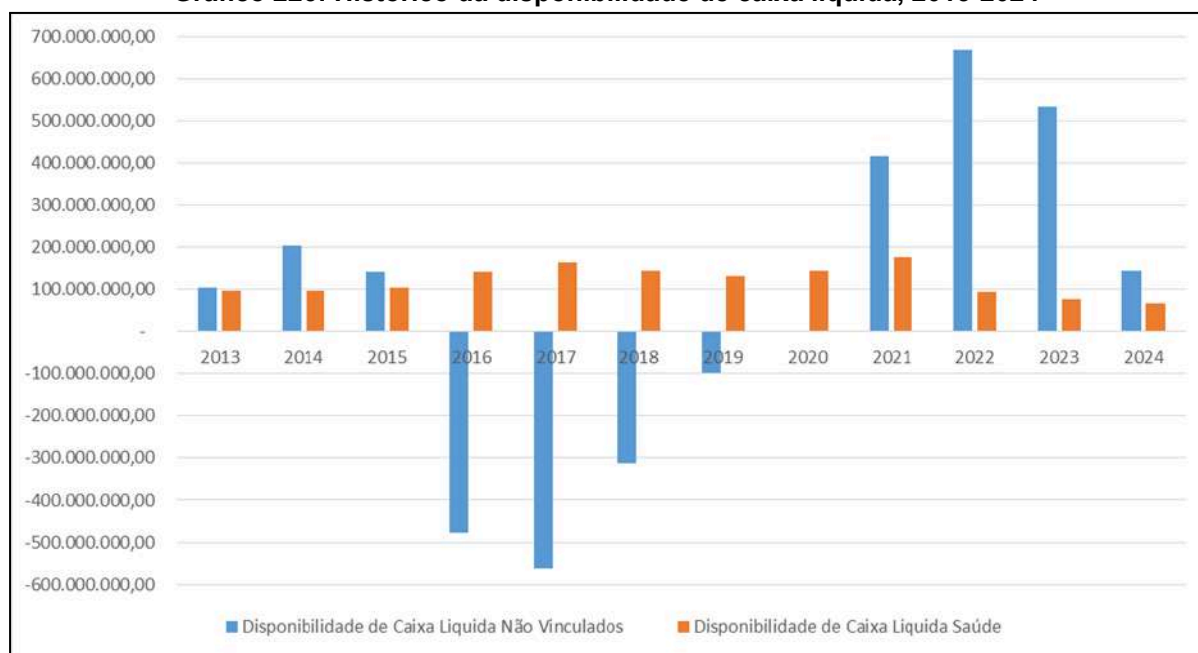
Ressaltamos que, tanto o ano de 2020 quanto 2021 devem ser considerados anos atípicos, uma vez que a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional do Coronavírus (ESPIN) afetou tanto as despesas quanto o aporte de recursos pelos demais entes, bem como a própria arrecadação do município. No ano

de 2024, houve a calamidade pública decorrente das enchentes, que também teve efeito sob a arrecadação municipal.

1.13.1 Disponibilidade de Caixa Líquida

O Relatório de Gestão Fiscal (RGF) é um dos instrumentos de transparência da gestão fiscal estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Ele tem como objetivo controlar, monitorar e divulgar o cumprimento dos limites definidos pela LRF. O RGF apresenta a disponibilidade de caixa líquida dos recursos financeiros da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, distinguindo entre recursos não vinculados e recursos vinculados. Com base nos dados do RGF, foi elaborado o gráfico a seguir.

Gráfico 226: Histórico da disponibilidade de caixa líquida, 2013-2024



Fonte: DFMS.

O Tesouro Municipal tem registrado uma redução na disponibilidade líquida desde 2022. Esse déficit indica uma diminuição na capacidade do município de absorver o aumento das despesas, especialmente na saúde, mas também em outras áreas.

No caso dos recursos vinculados à saúde, a disponibilidade de caixa líquida vem diminuindo desde 2021, ano que foi marcado pela entrada de recursos extraordinários, como os repasses para o enfrentamento da COVID-19 e a regularização de dívidas do Estado. Pelo terceiro ano consecutivo, o Fundo

Municipal de Saúde registra a menor disponibilidade líquida da série histórica iniciada em 2013, ano de vigência da Lei Complementar Federal nº 141/2012.

Vale destacar que, em 2024, houve a entrada extraordinária de recursos destinados ao atendimento da calamidade pública decorrente das enchentes de maio. Dessa forma, dos R\$ 66.560.568,10 de disponibilidade líquida da Saúde, R\$ 45.896.257,59 correspondem a recursos vinculados à calamidade. Além disso, há um saldo de R\$ 26.658.014,08 referente a emendas federais e estaduais ainda não executadas. Por fim, a fonte de recursos 1.600.501.001 (recursos federais para a manutenção da Média e Alta Complexidade) encerrou o exercício com uma disponibilidade líquida negativa de R\$ 88.980.205,88.

1.13.2 Composição dos gastos

A tabela abaixo apresenta o orçamento total do Fundo Municipal de Saúde, incluindo recursos de todas as fontes (Federal, Estadual e Municipal).

Tabela 128: Recursos de orçamento total e empenhado, 2019 - 2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Valor orçado inicial	1.847.122.831,00	1.815.157.873,00	1.979.895.925,00	2.073.288.347,00	2.312.555.496,00	2.500.664.113,00
Investimento	41.253.252,00	47.799.693,00	80.694.469,00	59.487.939,00	74.423.786,00	103.384.659,00
ODC	1.180.221.256,00	1.249.662.529,00	1.415.491.808,00	1.527.172.973,00	1.692.574.683,00	1.815.252.681,00
Pessoal	625.648.323,00	517.695.651,00	483.709.648,00	486.627.435,00	545.557.027,00	582.026.773,00
Valor orçado Final	1.948.995.732,26	2.241.460.091,48	2.294.216.271,75	2.538.663.857,42	3.091.998.674,00	3.123.519.725,34
Investimento	37.230.497,25	29.101.153,67	77.507.742,69	59.334.196,88	86.811.249,72	129.887.442,55
ODC	1.267.043.545,01	1.648.561.100,23	1.732.285.540,80	1.965.314.557,92	2.454.949.820,98	2.428.259.173,80
Pessoal	644.721.690,00	563.797.837,58	484.422.988,26	514.015.102,62	550.237.603,30	565.373.108,99
Valor Empenhado (executado)	1.602.664.119,67	1.996.002.189,62	2.039.010.098,16	2.122.158.566,67	2.870.030.059,78	2.870.732.546,65
Investimento	9.930.727,79	10.814.456,38	18.698.255,00	20.668.676,85	30.469.205,56	25.995.352,53
ODC	1.047.506.491,31	1.477.251.143,69	1.543.763.921,92	1.595.843.589,00	2.292.548.940,13	2.293.532.720,77
Pessoal	545.226.900,57	507.936.589,55	476.547.921,24	505.646.300,82	547.011.914,09	551.204.473,35

Fonte: GOR- Gerência Orçamentária (dados entre 2019-2023) e SIGEF (dados de 2024).

Como consequência da política de desestatização dos serviços de saúde, ocorreu uma redução dos valores gastos com pessoal até 2021, ocorrendo uma recuperação deste valor nos anos subsequentes. Houve aumento de forma consistente do gasto com outras despesas correntes no período analisado. A partir de 2019, ocorre uma retomada dos gastos com investimento, ainda que o valor inicialmente orçado nunca seja efetivamente cumprido. O orçamento de investimento tem sido ampliado pela previsão da realização de operações de crédito que até o momento não foram efetivadas.

1.13.3 Alterações no financiamento

A partir da edição da Portaria GM/MS Nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, ocorreram profundas alterações no financiamento federal da saúde, com uma nova divisão dos blocos de financiamento: custeio e investimento, posteriormente alterados pela Portaria GM/MS Nº 828, de 17 de abril de 2020, para Manutenção e Estruturação, a fim de evitar confusão entre a nomenclatura dos blocos e as categorias econômicas da despesa.

Dentre as principais alterações, houve a vinculação dos recursos com a finalidade definida no Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União com a qual o repasse se origina. Desta forma, diferentes repasses que decorrem do mesmo Programa de Trabalho possuem a mesma vinculação, podendo ser utilizados para o mesmo conjunto de despesas.

Não obstante, independente da vinculação e a destinação dada aos recursos, o município permanece com a obrigação de cumprir os objetivos e compromissos pactuados/estabelecidos nos atos normativos específicos que determinam os repasses. Assim sendo, a fim de prestar contas dos recursos recebidos, deve o município apresentar em seu relatório de gestão e em demais instrumentos de prestação de contas e transparência o atingimento dos objetivos pactuados/estabelecidos.

Além destas alterações gerais, houve ampla modificação do financiamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS). Os critérios de alocação dos recursos da APS deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do

SUS, respeitando especificidades locais, e critérios definidos na LC 141/2012. O financiamento federal para as ações de Atenção Primária deverá ser composto por:

- recursos per capita, demográfico ou populacional; que levem em consideração aspectos sociodemográficos, epidemiológicos e de perfis dos municípios;
- recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Primária, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Saúde Bucal (eSB), as equipes multiprofissionais da atenção primária (eMulti), os Agentes Comunitários de Saúde (EACS), Incentivo de formação profissional na APS (Incentivo residência), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde;
- recursos condicionados ao provimento de profissionais, tais como o Programa Mais Médicos;
- recursos condicionados ao desempenho das equipes e dos serviços, com contratualização de indicadores e outros aspectos da organização do trabalho na APS;
- recursos de investimento, capital em obras, equipamentos, entre outros, por exemplo com o programa de requalificação de UBS.

Estas modificações exigem uma maior aproximação do setor financeiro com as áreas finalísticas, tanto para fins de prestação de contas quanto para projeção das receitas. O relatório de gestão deverá ser aprimorado a fim de apresentar esta transversalidade entre a área financeira e as áreas finalísticas.

Por fim, o Governo do Estado apresentou para o final de 2021 uma proposta para modificação do cofinanciamento estadual para a área hospitalar (Programa ASSISTIR). A proposta apresentada confere ao cofinanciamento estadual maior clareza, objetividade e isonomia entre diferentes prestadores. Entretanto, como efeito prático da mesma, houve uma redução do cofinanciamento dos hospitais públicos, o que leva a necessidade de revisão dos custos destas unidades e a ampliação do uso de outras fontes de financiamento. Estes efeitos foram mitigados pela edição de regras de transição e revisão de critérios do programa Por parte do

governo do Estado, mediante pressão, principalmente, dos municípios da região metropolitana.

1.13.4 Emendas Parlamentares

Emendas parlamentares, no contexto do financiamento em saúde, são recursos oriundos do orçamento público legalmente indicados pelos membros do Congresso Nacional, da Assembleia Legislativa e Câmara dos Vereadores. Portanto, fontes de origem (Federal, Estadual e Municipal).

Até o ano de 2019, a SMS contava apenas com emendas impositivas federais, contudo, a partir do ano de 2020 passaram a ser impositivas também emendas estaduais e municipais, que agregaram novos recursos para a SMS.

Fora o acréscimo das emendas estaduais e municipais, o montante de valores de emendas federais aprovadas de 2016 a 2023 passou de aproximadamente 3 milhões para 27 milhões. Em 2024, por conta da calamidade ocasionada pela enchente histórica, o volume de emendas saltou para expressivos 78 milhões. A tendência para os próximos anos é de valores ao redor de 35 a 40 milhões ano.

No nível municipal, que envolve as chamadas emendas impositivas propostas pelos vereadores ao orçamento da cidade, a evolução é marcante e aponta para um papel crescente desse instrumento no financiamento de políticas e projetos locais. Em 2021, o total foi de R\$ 9,43 milhões, distribuídos em 118 emendas. Esse montante cresceu substancialmente em 2023, atingindo R\$ 27,4 milhões, e aumentou ainda em 2024, quando 332 emendas somaram R\$ 32,27 milhões, das quais mais de R\$ 26 milhões foram empenhados. Em 2025, apesar de uma redução no número de propostas (225), o valor total previsto subiu para R\$ 33,52 milhões, com cerca de R\$ 20,1 milhões empenhados até o momento.

O desafio para os próximos anos está em consolidar e reforçar a captação de recursos financeiros junto aos parlamentares federais, considerando o volume expressivo de recursos disponíveis e ampliar a captação de emendas estaduais. Por outro lado, é fundamental manter uma estrutura administrativa adequada e compatível para executar os recursos recebidos dentro dos prazos previstos na legislação.

Tabela 129: Série Histórica dos Recursos de emendas parlamentares federais 2020 - 2025			
Ano Emenda	Quantidade de Emendas	Valor Inicial	Valor Empenhado
2020	53	R\$ 24.417.911,00	R\$ 24.314.988,40

2021	37	R\$ 22.255.487,00	R\$ 21.936.168,38
2022	41	R\$ 16.998.895,00	R\$ 16.534.679,59
2023	53	R\$ 27.565.627,00	R\$ 25.802.642,79
2024	104	R\$ 78.971.792,00	R\$ 36.899.234,16
2025*	17	R\$ 20.900.000,00	R\$ 499.993,27
Total geral	353	R\$ 191.109.712,00	R\$ 125.987.706,59

*Valor parcial. Fonte: Planilha de Controle e Monitoramento de Emendas (dados entre 2020-2025).

Tabela 130: Série histórica dos recursos de emendas parlamentares estaduais 2020 - 2025

Ano Emenda	Quantidade de Emendas	Valor Inicial	Valor Empenhado
2020	8	R\$ 1.540.000,00	R\$ 1.224.376,67
2021	6	R\$ 1.250.000,00	R\$ 1.249.459,97
2022	6	R\$ 1.070.000,00	R\$ 355.793,53
2023	6	R\$ 749.670,62	R\$ 320.645,24
2024	29	R\$ 4.209.000,00	R\$ 2.675.838,01
2025*	28	R\$ 3.500.000,00	R\$ 17.166,95
Total geral	83	R\$ 12.318.670,62	R\$ 5.843.280,37

*Valor parcial. Fonte: Planilha de Controle e Monitoramento de Emendas (dados entre 2020-2025).

Tabela 131: Série histórica dos recursos de emendas parlamentares municipais 2020 - 2025

Ano Emenda	Quantidade de Emendas	Valor Inicial	Valor Empenhado
2021	118	R\$ 9.436.934,00	R\$ 4.151.543,38
2022	110	R\$ 10.803.965,00	R\$ 5.983.268,09
2023	190	R\$ 27.466.381,00	R\$ 22.746.170,00
2024	332	R\$ 32.275.205,00	R\$ 26.105.900,00
2025*	225	R\$ 33.522.783,00	R\$ 18.760.936,00
Total geral	975	R\$ 96.959.215,00	R\$ 61.227.789,28

*Valor parcial. Fonte: Planilha de Controle e Monitoramento de Emendas (dados entre 2020-2025).

1.14 GESTÃO EM SAÚDE

A gestão em saúde consiste no planejamento, organização, coordenação e avaliação das ações e serviços voltados à promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde da população. Mais do que administrar recursos, envolve integrar pessoas, processos e tecnologias para garantir eficiência, qualidade e equidade na atenção à saúde. Nesse contexto, o gestor atua como articulador entre as políticas públicas, os profissionais e a comunidade, buscando sempre o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis e a melhoria contínua do cuidado prestado.

1.14.1 Planejamento em Saúde

O planejamento em saúde no âmbito do SUS tem como base os dispositivos legais que estruturam a gestão do sistema, especialmente a Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990), o Decreto nº 7.508/2010, a Lei Complementar nº 141/2012 e a Portaria de Consolidação MS nº 01/2017. Esse processo pressupõe a atuação integrada entre os três entes federativos (União, Estados e Municípios), garantindo que a ação governamental se traduza na organização do trabalho por meio da definição de papéis e de responsabilidades

na alocação de recursos humanos, físicos, tecnológicos e financeiros. O planejamento articula-se, ainda, aos Planos de Governo e às políticas Econômica, Social e Fiscal, dentro das quais a Política de Saúde está inserida.

Estabelecidos os principais aspectos da política de saúde, procura-se intervir sobre a realidade, que é complexa com inúmeras demandas e necessidades, condições estruturais e com múltiplos atores.

O planejamento no SUS pressupõe os seguintes princípios:

- o planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua de todos os entes federativos e com as devidas articulações entre eles;
- o planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral;
- o planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite;
- o planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS;
- o planejamento deve ser ascendente e integrado;
- o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde;
- o planejamento deve partir das necessidades de saúde da população.

O [Plano Nacional de Saúde \(PNS\)](#) deve embasar não apenas a orientação estratégica do Ministério da Saúde (MS), como também a gestão em todos os seus níveis. No papel de principal indutor das políticas de saúde do país, o PNS reveste-se na principal referência para orientação na elaboração dos planos quadrienais das demais esferas de gestão. Assim como o [Plano Estadual de Saúde \(PES\)](#) são instrumentos direcionadores do planejamento das atividades e das programações de cada esfera governamental, orienta a atuação da esfera federal e estadual, estabelecendo as prioridades traduzidas em metas e indicadores para um período de quatro anos.

Para dar operacionalidade às diretrizes, objetivos e metas do Plano Municipal de Saúde (PMS) – o qual é desdobrado anualmente nas Programações Anuais de Saúde (PAS) – é preciso adequada previsão de recursos nas Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA). Os instrumentos de planejamento da administração pública geral (PPA, LDO, LOA) são anteriores à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os instrumentos de planejamentos do

SUS (PMS e PAS), são regidos por prazos e formatos que exigem o trabalho de compatibilização entre ambos.

No município de Porto Alegre, o planejamento em saúde é coordenado pela Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (ASSEPLA), unidade de trabalho formada por equipe multiprofissional, que participa, juntamente com outros atores, do processo de planejamento interfederativo, articulando a construção ampla das políticas de saúde intra e intersetorialmente; estimulando a descentralização do planejamento, do monitoramento e da avaliação em saúde, tendo como base dados, informações e indicadores de saúde; e também promovendo a educação permanente em nível de suporte técnico de forma continuada.

A função Planejamento é inerente a todos os profissionais, independentemente do local que atuem. O planejamento detém enorme potencial para viabilizar o alcance das medidas estabelecidas de forma oportuna. Neste contexto, o planejamento em saúde, assim como o monitoramento e avaliação, ocorrem em todos os pontos da rede de atenção à saúde, como também nos espaços de gestão da SMS e de controle social.

Breve histórico dos Planos Municipais de Saúde de Porto Alegre:

- 1991 - Primeiro PMS;
- 2010 - 2013: Segundo PMS - 04 Objetivos, 10 Diretrizes e 202 Metas;
- 2014 - 2017: Terceiro PMS - 03 Objetivos, 05 Diretrizes e 64 Metas;
- 2018 - 2021: Quarto PMS - 11 Diretrizes, 28 Objetivos e 65 Metas;
- 2022 - 2025: Quinto PMS - 1 Diretriz, 9 Objetivos e 64 metas.

Planos de Contingência em Saúde

Os planos de contingência têm se tornado instrumentos cada vez mais recorrentes na gestão em saúde, com o propósito de estabelecer previamente procedimentos objetivos, coordenados e imediatos para situações em que riscos sanitários se materializam de forma severa.

Esses planos são acionados diante de situações emergenciais, tais como eventos climáticos extremos, surtos epidemiológicos, desastres ambientais ou outras ocorrências urgentes e extraordinárias que possam comprometer a integridade do sistema de saúde e a segurança da população.

A formulação e execução de um plano de contingência envolvem a convocação emergencial de um comitê de crise e/ou o acionamento de uma sala de situação em saúde, com vistas a:

- realizar o mapeamento dos impactos;
- definir de forma explícita os riscos e as etapas operacionais;
- planejar ações corretivas e preventivas;
- estabelecer indicadores de monitoramento;
- e dimensionar as fontes de financiamento necessárias à resposta.

De modo geral, os planos de contingência têm como finalidade preservar a vida, a saúde e a governança do sistema durante crises, garantindo respostas rápidas, coordenadas e eficazes.

Sem tais instrumentos, a gestão do SUS tende a agir de forma reativa e improvisada, comprometendo a efetividade das ações e a segurança da população. A Secretaria Municipal de Saúde atualiza e monitora atualmente 3 (três) planos de contingência: o de [controle das arboviroses](#), do [Plano de Contingência para Enfrentamento a Chuvas Intensas](#) e [Plano Municipal de Contingência da Rede de Frio](#).

Planos Específicos

Planos Específicos são documentos técnicos de planejamento que contemplem estratégias e ações que orientam a gestão e o manejo de áreas temáticas específicas. Nos últimos anos a SMS vem se organizando e rotineiramente elabora planos para áreas importantes de relevância para a saúde da população. Segue alguns exemplos destes planos:

- [Operação Inverno](#);
- [Plano Municipal de Prevenção e Atenção às Vítimas de Violências da Secretaria Municipal de Saúde](#);
- [Plano Municipal de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência](#);
- [Plano SocioAmbiental SMS](#);
- [Enchente](#)
- [Vida no Trânsito](#)
- [Dengue](#)

1.14.2 Auditoria em Saúde

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), instituído pela Lei Federal nº 8.689/1993, é responsável pelo acompanhamento, controle, avaliação e auditoria das ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No município de Porto Alegre, o Componente Municipal do SNA foi regulamentado por meio do Decreto Municipal Nº 12.002/1998, estabelecendo a estrutura e funcionamento da Auditoria Técnica em Saúde (ATS) vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A atuação da auditoria no município envolve um conjunto de atividades estratégicas e técnicas voltadas para o fortalecimento da gestão pública e o controle do uso dos recursos do SUS. Entre as competências atribuídas aos auditores destacam-se:

- auditar as ações e serviços previstos no Plano Municipal de Saúde;
- avaliar a execução dos serviços de saúde sob gestão municipal, públicos ou privados, contratados ou conveniados;
- auditar as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado;
- auditar denúncias feitas por demais órgãos de controle e participação social, como Ministério Público, Defensoria Pública, Ouvidoria do SUS e Conselho Municipal de Saúde;
- auditar contas bloqueadas pelos Sistemas do Ministério da Saúde;
- atuar em auditorias conjuntas com as demais componentes federal e estadual do SNA;
- emitir recomendações para correção de não conformidades, tanto aos prestadores quanto aos setores internos da SMS, com foco na qualificação dos serviços, racionalização dos recursos públicos e promoção da transparência na gestão;
- recomendar ordens de ressarcimento (OR) de valores ao erário, nos casos de cobrança indevida ou serviços que não foram comprovadamente prestados;
- sugerir o bloqueio de pagamentos de valores por serviços não comprovadamente executados.

A Auditoria Técnica em Saúde (ATS) está subordinada diretamente ao Gabinete do Secretário Municipal de Saúde e é composta por uma equipe multidisciplinar, formada por enfermeiros e médicos. Um dos desafios enfrentados pela ATS é a carência de profissionais da área contábil e financeira, além da necessidade de reposição de servidores transferidos ou aposentados.

Ao longo dos últimos 3 anos a equipe - atualmente composta por 6 auditores - executou, em média, 39 atividades/ano, com permanente evolução na qualidade técnica dos relatórios emitidos. As recomendações variam desde melhorias nos processos assistenciais e administrativos até sanções financeiras, como ressarcimentos e bloqueios.

A tabela a seguir resume os resultados alcançados:

Tabela 132: Auditorias concluídas, Ordens de Ressarcimento (OR) e de Bloqueios

Ano	Nº de Auditorias Executadas	Recomendações de OR*	Recomendações de Bloqueio*
2022	37	R\$ 196.471,97	R\$ 1.381.705,62
2023	38	R\$ 4.532.996,00	R\$ 0,00
2024	44	R\$ 17.414.597,15	R\$ 75.738,33

Fonte: ATS/SMS.

1.14.3 Judicialização

A judicialização da saúde é o fenômeno crescente no Brasil em que cidadãos buscam o Poder Judiciário para obter acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos de saúde que não são disponibilizados de forma administrativa pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O Plano de Saúde Municipal explicita os compromissos governamentais e, ao refletir as necessidades locais da população, serve como base para a execução e o acompanhamento de todas as iniciativas no setor, garantindo a integralidade da atenção.

A eficácia do Plano Municipal de Saúde está intrinsecamente ligada à sua articulação com outros instrumentos de gestão e orçamento, como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). O PMS, por sua natureza estratégica e quadrienal, norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo, servindo como a base para o PPA e, conseqüentemente, para as leis orçamentárias anuais. Essa conexão é fundamental para que as necessidades da população, diagnosticadas no plano, sejam traduzidas em ações e serviços com a devida previsão orçamentária. A Programação Anual do Plano de Saúde deve ser submetida ao Conselho de Saúde

para aprovação antes do encaminhamento da LDO, demonstrando que o orçamento é uma derivação do processo de planejamento e gestão.

No entanto, a judicialização da saúde, por sua natureza reativa e individual, representa uma ruptura fundamental e disruptiva no ciclo virtuoso de planejamento e execução orçamentária do SUS.

A judicialização, ao impor gastos individualizados e não previstos, desvia recursos do planejamento estratégico. Esse desvio não é meramente um problema financeiro; é uma falha sistêmica que compromete a capacidade da gestão de honrar os compromissos coletivos planejados.

O Estado do Rio Grande do Sul lidera o ranking nacional, com uma média de 1.900 novas ações judiciais por mês e um total de 74 mil processos em andamento. Uma análise da Procuradoria-Geral do Estado (PGE) revelou que, em todo o Rio Grande do Sul, cerca de 44% dos 128 mil atendimentos pelo SUS foram realizados por via judicial, sendo Porto Alegre, a Capital, que possui os serviços mais complexos e qualificados, e para o qual é primeira ou segunda referência no atendimento.

Além do alto custo, o perfil das demandas em Porto Alegre também levanta preocupações sobre o princípio da equidade. Um estudo revelou que, na capital, 72,1% das prescrições que geraram ações judiciais contra a Secretaria Estadual de Saúde foram emitidas por serviços privados ou mistos. Mais da metade dos requerentes (cerca de 60%) residiam em áreas com melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o que sugere que o acesso ao Judiciário pode estar beneficiando a parcela da população com melhores condições socioeconômicas e maior acesso à informação, em detrimento do direito à saúde de forma coletiva.

O impacto da judicialização é particularmente grave no nível municipal, que, por ser o ente federativo mais próximo do cidadão, é o primeiro a ser notificado e responsabilizado pelo cumprimento das decisões judiciais. Esse fenômeno implica um crescente e desproporcional desembolso de recursos municipais, que são sempre escassos. Dados alarmantes demonstram a escalada dos custos:

- segundo o Tribunal de Contas da União (TCU), os gastos com demandas judiciais por medicamentos cresceram 1.300% entre 2008 e 2015;
- o Ministério da Saúde informou que as despesas para cumprir decisões judiciais para a aquisição de medicamentos saltaram de R\$ 70 milhões

em 2010 para R\$ 4,5 bilhões em 2016. O custo anual total para as três esferas de governo é estimado em cerca de R\$ 7 bilhões.

Além dos custos diretos, a judicialização gera o risco de criminalização dos gestores municipais, que muitas vezes sofrem sanções pessoais, como prisão ou bloqueio de bens, por não conseguirem cumprir determinações que extrapolam a sua capacidade de atendimento.

A incorporação da judicialização como um eixo estratégico no Plano Municipal de Saúde não apenas atende a uma necessidade premente da gestão, mas também eleva o nível de governança do SUS no âmbito local, transformando um fenômeno reativo em um campo de ação proativa e planejada.

Dentre as demandas judiciais expressivas que aportam na assessoria jurídica da Secretaria Municipal de Saúde, podemos citar:

- ordens Judiciais de Leitos, especialmente cirurgia vascular;
- ordens Judiciais de Consultas Especializadas, especialmente neuropediatria;
- ordens Judiciais de reabilitação intelectual;
- ordens Judiciais de OPMEs;
- ordens Judiciais de home care;
- ordens judiciais de SRT e internação compulsória;
- ordens judiciais de acolhimento institucional;
- ordens judiciais de medicamentos.

A despesa empenhada com a judicialização aumentou consistentemente ao longo do período, com exceção da estabilidade entre 2021 e 2022. Os dados por ano são os seguintes:

- **2019:** R\$ 3.740.081,88;
- **2020:** R\$ 4.298.051,00;
- **2021:** R\$ 4.995.000,23;
- **2022:** R\$ 4.995.000,23;
- **2023:** R\$ 6.307.828,95.

O estudo revela uma escalada preocupante e consistente nos gastos, que passaram de R\$ 3,74 milhões em 2019 para R\$ 6,3 milhões em 2023, um aumento de quase 70% no período.

Já os dados de sentenças judiciais 2025, evidencia uma tendência de aumento de gastos e a concentração de despesas em áreas específicas:

Tabela 133: Despesas

Área	Valor Empenhado	Valor Liquidado	Valor Pago
Assistência Farmacêutica	59.699,46	59.699,46	59.699,46
Atenção à Saúde Mental	4.176.010,15	4.176.010,15	4.176.010,15
Atenção Domiciliar	4.647.780,74	4.647.780,74	4.647.780,74
Atenção Especializada à Saúde	-	-	-
Centro de Referência do Transtorno Autista - CERTA	2.359.982,50	2.359.982,50	2.359.982,50
Enfrentamento às Doenças e Agravos Prioritários	-	-	-
Manutenção da Rede de Atenção Primária	-	-	-
Prestadores Ambulatoriais Contratualizados	361.513,30	361.513,30	361.513,30
Prestadores Hospitalares Contratualizados	187.651,90	187.651,90	187.651,90
Total	11.792.638,05	11.792.638,05	11.792.638,05

Fonte: DFMS.

Da análise da tabela acima revela que os maiores gastos por via judicial estão concentrados em três áreas principais:

- **Atenção Domiciliar** - Com um valor de R\$ 4.647.780,74, a atenção domiciliar é a despesa mais significativa. Esse dado está em consonância com o cenário do Rio Grande do Sul, onde a judicialização de serviços de cuidados domiciliares especializados têm um alto impacto financeiro, evidenciando um custo de cerca de R\$ 20 milhões em apenas três anos (janeiro de 2018 a junho de 2021). A alta despesa demonstra a pressão por esse tipo de serviço no Judiciário.
- **Home Care** - O sistema de atendimento de 24 horas/dia não está previsto no Sistema Único, no entanto o Poder Judiciário defere tanto aos vulneráveis quanto aos não vulneráveis, considerando a universalidade do Sistema, cujo custo representa valor importante aos cofres públicos.
- **Atenção à Saúde Mental** - A segunda maior despesa, no valor de R\$ 4.176.010,15, corresponde à área de saúde mental. Esse dado reforça as discussões sobre a judicialização do tema na capital gaúcha, que envolve desde demandas por internações e tratamentos específicos, até decisões judiciais que impactam a política de desinstitucionalização, como o caso do Instituto Psiquiátrico Forense em Porto Alegre. A alta quantia ilustra o peso que as decisões judiciais têm na gestão dos serviços de saúde mental.
- **SRT** - Nesse caso, especificamente, em que pese tenha sido criado para o fim específico de desinstitucionalização dos manicômios, as ordens

judiciais têm utilizado como determinação de acolhimento institucional, cuja atribuição se encontra vinculada à política de assistência social, criando um verdadeiro desvio de finalidade e um custo que não compete a política de saúde

- Acolhimento Institucional com cuidados em saúde - Se trata na sua essência de acolhimento institucional vinculado à política de assistência, contudo em face da necessidade de cuidados em saúde nas 24 horas do dia, se condena o município ao pagamento de instituições asilares ou de moradia onerando à Saúde Municipal, tanto para acolhimento de crianças e adolescentes, quanto para adultos e idosos, desconsiderando as atribuições da política de assistência social, quanto à ausência de normatização para tais situações enquanto política e financiamentos públicos.
- Centro de Referência do Transtorno Autista - Reabilitação Intelectual - Com R\$ 2.359.982,50, essa categoria representa a terceira maior despesa. O valor elevado reflete o crescente volume de demandas judiciais relacionadas a tratamentos para o autismo infantil, uma tendência observada em todo o país. Aqui se revela que o tratamento em reabilitação intelectual é insuficiente em quantidade para a demanda de atendimento, devendo ser considerada, ainda, a avaliação de prescrição de modalidades de terapias e frequências, cuja prescrição exagerada aumenta demasiadamente o custo e a sobrecarga inclusive do paciente em atendimento.

Outras categorias com gastos significativos, mas de menor valor, incluem os prestadores ambulatoriais contratualizados (R\$ 361.513,30) e os prestadores hospitalares (R\$ 187.651,90).

A distribuição do fenômeno também apresenta particularidades regionais. A pesquisa do Ipea de 2023, realizada em parceria com o CONASS e o CONASEMS, revelou que o gasto médio com medicamentos judicializados, que a frequência de municípios com demandas judicializadas é maior nas regiões Centro-Oeste (80,5%), Sudeste (73,3%) e Sul (57,6%).

O desafio para o gestor municipal não se limita apenas ao impacto financeiro direto, mas também à necessidade de uma articulação estratégica com os governos

estaduais e a União para gerir essas demandas e buscar o ressarcimento dos custos, um mecanismo que ainda se mostra insuficiente.

A judicialização da saúde, como demonstrado, transcende a esfera jurídica para se configurar como uma das maiores ameaças à sustentabilidade, equidade e planejamento do Sistema Único de Saúde. Ao desviar recursos do planejamento coletivo para atender a demandas individuais, o fenômeno cria uma "duas portas de entrada" para o SUS, penalizando a população.

O atendimento de ordens judiciais que ocorrem através de bloqueio se dá, em grande parte das oportunidades, no Caixa Livre do município, e que acabam se mostrando mais oneroso, quando não ocorre a suplementação do orçamento do município à Secretaria Municipal de Saúde.

E tais bloqueios inviabilizam que se aponte adequadamente o real investimento em saúde, que representa um valor, em tese, muito maior, se contabilizados os valores bloqueados judicialmente.

1.14.4 Contratualização

A contratualização de serviços no SUS é um instrumento de gestão que estabelece compromissos formais entre gestores do sistema e prestadores de serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. Esse processo define metas quantitativas e qualitativas de produção, critérios de qualidade, responsabilidades das partes envolvidas, formas de monitoramento e indicadores de avaliação, garantindo maior transparência e eficiência na utilização dos recursos públicos. Além disso, a contratualização busca alinhar a oferta dos serviços às necessidades da população, fortalecendo o controle social e a corresponsabilidade na busca por uma atenção à saúde mais equânime, resolutiva e integral.

A Diretoria de Contratualização da Secretaria Municipal de Saúde é responsável por apoiar administrativamente todas as demais diretorias da SMS, operacionalizando os processos de seleção, contratação e fiscalização de contratos de serviços, independente do tipo de relação jurídica estabelecida com entidades ou parceiros privados. Gerencia o macroprocesso de contratação e fiscalização de contratos de serviços e instrumentos congêneres no âmbito da SMS.

Quanto ao tipo de Contratualização que são formalizados na Diretoria de Contratualização da Secretaria Municipal de Saúde temos:

- Lei de Licitações e Contratos Administrativos, regulamentada

principalmente pela Lei nº 14.133/2021, mantendo-se em vigor, de forma complementar, dispositivos remanescentes da Lei nº 8.666/1993.

- editais de Chamamento Público/Credenciamentos;
- licitações;
- inexigibilidade por Chamamento Público;
- dispensas de licitação;
- inexigibilidade de licitação;
- convênios;
- instrumentos congêneres.
- Lei de Parcerias com Organizações da Sociedade Civil, regulamentada pela Lei nº 13.019/2014.
 - editais de Chamamento Público/Credenciamentos;
 - termos de Colaboração;
 - acordos de Cooperação;
 - termos de Fomento.

No tocante às contratualizações existem em vigência atualmente:

- 90 Contratualizações Assistenciais, destes são 16 hospitais e 74 serviços ambulatoriais;
- 137 Contratos de Apoio centralizados;
- 78 Contratos de veículos locados;
- 28 Contratos de locação de Imóveis.

Dentre estas contratualizações, algumas são parcerias do terceiro setor, formalizadas pela Lei nº 13019/2014, conforme segue:

- 1 Hospital (HRES);
- 11 CAPS (AESC e IB SAÚDE);
- 4 Residenciais Terapêuticos (AHVN);
- 2 Comunidades Terapêuticas (PACTO e Marta e Maria);
- 5 APS (SSDP, AHVN, ISCMPA, IB-SAÚDE, UBEA/PUC),
- 2 UPAS (SPDM), 1 PASM (AHVN);
- 2 Casas de Apoio (Fonte Colombo e CEACRI);
- TC Política do Idoso.
- 1 Centro de Referência do Transtorno Autista - CERTA -(AHVN)
- 1 Casa dos Raros e 1 Serviço Espirometria (AHVN)

As principais diretrizes da Diretoria de Contratualização são:

- contratualizar todos os serviços prestados;

- evitar indenizações administrativas;
- manter contratos vigentes, sem lapsos de renovação (retroatividade);
- qualificar os termos dos contratos e resultados esperados;
- qualificar a fiscalização dos contratos;
- dar suporte à fiscalização dos serviços;
- melhorar a eficiência do gasto público;
- evitar apontamentos dos órgãos de controle internos e externos.

Principais desafios:

- dificuldades orçamentárias na liberação dos pré-empenhos, o que impossibilita o encaminhamento dos aditivos no prazo adequado e o atraso nas novas contratualizações dos serviços;
- orçamento limitado e oferta escassa em alguns serviços nos impede de contratualizar todos os serviços necessários;
- atraso de liberação por parte da SECGOF-PMPA das portarias de incentivos municipais, de custeio e orçamentação dos prestadores assistenciais;
- diversos fatores externos que atrasam os pagamentos, como falta de documentos comprobatórios por parte das empresas.

1.14.5 Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria da Saúde é uma unidade administrativa prevista no Sistema Único de Saúde (SUS), existente nos âmbitos federal, estadual e municipal, cuja missão é viabilizar os direitos dos(as) cidadãos(ãs) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente. Sua função é intermediar as relações entre os(as) cidadãos(ãs) e os diversos serviços que compõem a rede de saúde, desenvolvendo a qualificação da comunicação entre eles, formando laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania. A Ouvidoria possibilita o exercício da cidadania em saúde, além de fornecer informações que podem subsidiar o gestor nas tomadas de decisões, contribuir para qualificação dos serviços, como instrumento de gestão, através de relatórios e pesquisas. O conceito ampliado de gestão participativa está estreitamente relacionado ao uso de métodos e mecanismos de escuta, deste modo, o papel da ouvidoria está centrado em

garantir ao(à) cidadão(ã) ter sua demanda efetivamente considerada e tratada, à luz dos seus direitos constitucionais e legais.

As ouvidorias do SUS estão fundamentadas em legislações setoriais e em normas de abrangência geral. Além de encontrarem respaldo jurídico na Constituição Federal, nos artigos nº 37 e nº 198 (BRASIL, 1988), e na Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990), elas estão inseridas em diversas políticas voltadas ao aprimoramento do SUS, como o Pacto pela Saúde, o ParticipaSUS e o HumanizaSUS, bem como na administração pública em geral, destacando-se a Lei nº 13.460/2017 (BRASIL, 2017), que institui o Código de Defesa dos Usuários de Serviços Públicos, e a Lei nº 13.709/2018 (BRASIL, 2018), que dispõe sobre a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

O Decreto nº 17.663, de 17 de fevereiro de 2012, formalizou a criação da Ouvidoria SUS (OUVSUS) no município de Porto Alegre, estabelecendo a organização da unidade de trabalho e adotando outras providências. A OUVSUS está vinculada ao Gabinete do Secretário, conforme o organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O Decreto Municipal nº 19.849, de 5 de outubro de 2017, instituiu a Ouvidoria-Geral do Município de Porto Alegre (OGM), vinculada à Secretaria Municipal de Transparência e Controladoria (SMTC), tendo por competência tratar de forma prioritária as reclamações e denúncias referentes à prestação dos serviços públicos da administração pública municipal direta e indireta, bem como das entidades privadas de qualquer natureza que operem com recursos públicos na prestação de serviços à população.

Através do Decreto nº 22.429, de 17 de janeiro de 2024, apresentam-se as competências da Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS):

- propor, coordenar e implementar a Política Municipal de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS;
- estimular e apoiar a criação de redes descentralizadas de ouvidoria em saúde;
- implementar projetos de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS;

- assegurar a preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das informações decorrentes;
- assegurar aos cidadãos o acesso às informações sobre o direito à saúde e às relativas ao exercício desse direito;
- acionar os órgãos competentes para a correção de problemas identificados, mediante reclamações enviadas à Ouvidoria SUS, contra atos ilegais ou indevidos e omissões, no âmbito da saúde em nível municipal;
- dispor de ambiente exclusivo para o desenvolvimento das funções, proporcionando visibilidade ao cidadão;
- acompanhar e fiscalizar a execução contratual de serviços de telefonia e demais procedimentos correlatos;
- exercer outras atividades pertinentes que lhe forem delegadas.

A Lei nº 13.460/2017 (BRASIL, 2017) estabelece prazos para o tratamento das manifestações e resposta ao usuário. Art. 16, para todas as manifestações encaminhadas via ouvidoria, o usuário receberá a decisão administrativa final, observado o prazo de trinta dias, prorrogável de forma justificada uma única vez, por igual período.

Os canais para acesso à Ouvidoria estão publicizados na [Carta de Serviços](#), e incluem os telefones 156 e 136, whatsapp e atendimento presencial.

A partir da manifestação do cidadão (ã) através de um dos canais de acesso, é gerado um protocolo, e encaminhado à área demandada para análise. Com as informações e esclarecimentos, o protocolo retorna à ouvidoria para a formatação da resposta, e encerramento ao cidadão(ã).

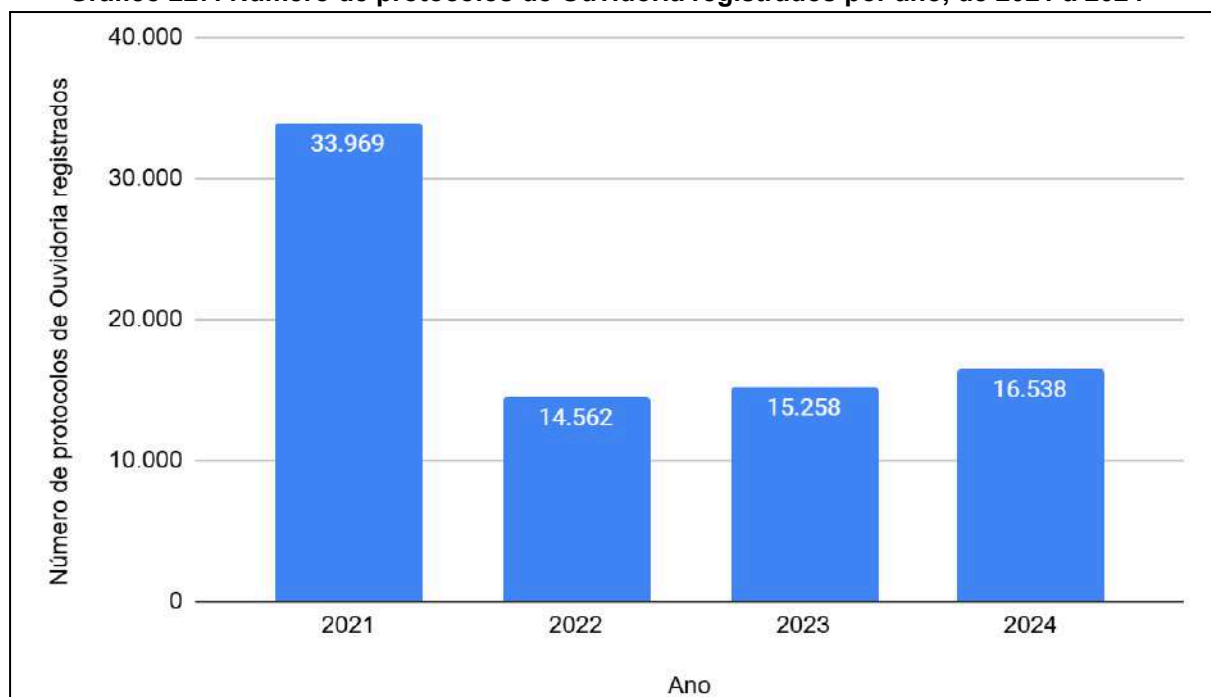
Em 2024, a SMTC deu início a Central do Cidadão 156 POA, visando qualificar o acesso do cidadão(ã) porto-alegrense aos serviços do município, melhorando a estrutura de call center, criando canais digitais de comunicação, como o whatsapp com a utilização de chatbot, monitoramento da tramitação dos protocolos, interligação de sistemas da prefeitura, dentre outras melhorias.

No mês de novembro foi implementado um novo sistema para geração de protocolos do 156 POA, o Turbina®, sendo a Ouvidoria da SMS o piloto na utilização do mesmo. Este sistema possibilita o registro de demandas a partir do CPF do requerente, permitindo o mapeamento da utilização dos serviços da Prefeitura, além

de reduzir problemas relacionados aos cadastros. O novo sistema possibilita o acompanhamento da demanda pelo usuário, e o recebimento de respostas quando o protocolo for encerrado, através de mensagens pelo whatsapp. Do ponto de vista de Gestão, o Turbina® permite a visualização de painel com as demandas de Ouvidoria, com possibilidade de aplicação de determinados filtros, além da geração de relatórios com maior agilidade e precisão, e a avaliação pelo cidadão (ã) sobre o serviço prestado.

A seguir, apresenta-se os indicadores quantitativos da Ouvidoria:

Gráfico 227: Número de protocolos de Ouvidoria registrados por ano, de 2021 a 2024



Fonte: Sistema 156 Poa.

No período analisado, destaca-se o expressivo número de protocolos em 2021, onde a Ouvidoria auxiliou as Coordenadorias de Saúde, cadastrando os idosos acamados para recebimento de vacina contra a COVID-19 em domicílio. A partir de 2022, as demandas de fiscalização para a Vigilância Sanitária deixaram de ser computadas nos relatórios da Ouvidoria.

Com relação ao quantitativo de protocolos registrados, observa-se o aumento de 14% no ano de 2024, em comparação a 2022. A maior parte das manifestações estão relacionadas ao tempo de espera por atendimento especializado - consulta e exames, e questões envolvendo as Unidades de Saúde (US).

Ressalta-se ainda, a manutenção do monitoramento do indicador de respostas das Ouvidorias dentro do prazo legal, acima de 90% dos protocolos

registrados, e o trabalho de maneira constante com as ouvidorias descentralizadas, e as demais áreas da SMS na qualificação dos retornos, com o objetivo de fortalecer a credibilidade do serviço. Uma equipe treinada e comprometida são primordiais para o êxito do processo.

1.14.6 Programa Nacional de Gestão de Custos

O Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) é formado por um conjunto de ações que visam promover a gestão de custos do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da geração, aperfeiçoamento e difusão de informações relevantes e pertinentes a custos, utilizadas como subsídio para otimização no desempenho de serviços, de unidades, regiões e redes de atenção em saúde do SUS.

Em 2006, foi publicado o Programa Nacional de Gestão de Custos: Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia e em 2013 surge a ferramenta nacional para uniformização da aferição de custos nos serviços de saúde que aderirem ao PNGC, denominado ApuraSUS, (Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS). Esta é uma plataforma que apresenta dados personalizados sobre cada instituição de saúde, serve para auxiliar na gestão de custos dessas unidades, produzindo relatórios que fornecem informações para tomada de decisão do gestor. A consolidação dos mesmos ocorre com a publicação da Portaria Nº 55, de 10 de janeiro de 2018, com a finalidade de gerar e incentivar a efetiva utilização da informação de custos pelos gestores de saúde, no intuito de otimizar o desempenho do SUS.

O Núcleo de Economia da Saúde (NES), no momento vinculada à Assepla, desenvolve a gestão de custos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, junto às Unidades de Saúde, Hospitais, Pronto Atendimento e Samu próprios do município e junto às entidades contratualizadas/parceiras. O trabalho desenvolvido está em consonância com as diretrizes do PNGC.

A gestão municipal de custos na saúde surge em 2016, através de parceria com o Ministério da Saúde, consolidada através da publicação da Portaria Nº 2073242 de 2017, detalhando suas funções e sua composição. Assim, a partir desse momento ficou instituído o ApuraSUS como a ferramenta oficial de custos na SMS/Porto Alegre. Cada uma das unidades deverá lançar seus custos e produções, após a capacitação de um ou mais servidores/colaboradores responsáveis pelo

ApuraSUS estar adequadamente capacitado, podendo contar com o apoio do NES e dos técnicos do Ministério da Saúde.

No início da implantação do PNGC, Porto Alegre contava com 07 unidades no sistema, a saber:

- 02 Hospitais Municipais: Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e Hospital de Pronto Socorro;
- 02 Hospitais Contratualizados: Hospital Independência, Hospital Restinga Extremo Sul;
- 03 Pronto Atendimentos: Bom Jesus, Cruzeiro do Sul, Lomba do Pinheiro.

O Ministério da Saúde visando ampliar a gestão de custos para as unidades de saúde, iniciou um projeto piloto em 2019, sendo a SMS/PoA uma de suas unidades piloto para a Atenção Primária com 04 Unidades de Saúde e 06 Equipes Saúde da Família. No segundo semestre de 2024, a manutenção atualizada dos lançamentos do ApuraSUS passa a contar como meta de contratos da gestão.

Atualmente, a SMS/PoA contabiliza 125 unidades no sistema ApuraSUS:

- 2 Hospitais Municipais: Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e Hospital de Pronto Socorro;
- 7 Hospitais Contratualizados: Hospital Independência, Hospital Vila Nova, Hospital Restinga Extremo Sul, Hospital São Lucas/PUCRS, Hospital Santa Ana, Hospital Espírita, IC-FUC;
- 3 Pronto Atendimentos: Bom Jesus, Cruzeiro do Sul, Lomba do Pinheiro;
- 116 unidades de saúde da Atenção Primária;
- 1 Hospital Contratualizado (Santa Casa) em processo de implantação;
- 1 Serviço Móvel de Urgência - Samu.

Além disso, atualmente o NES Porto Alegre faz parte do Comitê Gestor da Rede de Economia e Desenvolvimento em Saúde (Rede Ecos), através de convite do Desid (Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde)/MS, pela relevante implantação de unidades e participação ao PNGC. A Rede Ecos é uma rede articulada e atuante, que tem como objetivos fomentar o desenvolvimento da área da Economia da Saúde no SUS e avançar na integração entre os diversos [Núcleos de Economia da Saúde \(NES\)](#) instituídos no Brasil, e entre os NES e a área acadêmica, agregando conhecimento e qualificando a tomada de decisão da gestão do SUS.

1.14.7 Participação e Controle Social

A participação social no contexto da gestão em saúde é um componente fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ela busca garantir que as decisões sobre políticas de saúde envolvam não só os gestores e profissionais da área, mas também os próprios usuários do sistema e a sociedade em geral. Essa participação é essencial para assegurar que as políticas de saúde atendam às reais necessidades da população e respeitem os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Conselho Municipal de Saúde (CMS/Poa)

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, previstos na Legislação Federal, Estadual e Municipal, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que cumprem a função de representação da sociedade no controle da Política Pública de Saúde, atuando na formulação de estratégias para o planejamento e execução, inclusive, nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Os Conselhos de Saúde têm papel estratégico no controle e fiscalização da gestão e da prestação das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, o Conselho de Saúde deve ter assegurada a estrutura e capacidade operacionais adequadas ao cumprimento dessas funções, bem como ter seu papel reconhecido e respeitado pela gestão do SUS nas três esferas de governo. Além disso, a Lei Federal nº 141/2012, em seu Art. 44 prevê que “no âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990”.

Em Porto Alegre, o Conselho de Saúde se constitui a partir de espaços regionalizados que tiveram uma distribuição geográfica que acompanhou a organização da Saúde no município. Desta forma, os Conselhos Distritais de Saúde (CDS) representam um conjunto de territórios assistenciais dos serviços de saúde

existentes. A rede descentralizada prevê instâncias colegiadas, os Conselhos Locais de Saúde (CLS), em todos os serviços da rede de Atenção, incluindo especializados e substitutivos, serviços de urgência e nos hospitais que atendem o SUS.

A Lei nº 277/92, que instituiu o CMS/POA prevê 86 representantes de entidades e dos territórios na composição de seu plenário, entretanto algumas entidades foram extintas e outras não demonstraram interesse em participar. Diante disso, se fez necessário adequar a referida Lei, especialmente à resolução nº 453/2012 CNS (anexo), considerando a paridade da participação de no mínimo 50% de usuários, contemplando a representatividade e abrangência, assim como 25% de representação de trabalhadores e 25% de gestores/prestadores. No caso do CMS de Porto Alegre foi elaborada proposta de projeto de Lei que foi amplamente debatido e deliberado pelo seu plenário, porém o executivo municipal enviou à Câmara projeto distinto ao aprovado que continha vícios de origem, entre eles a extinção do caráter deliberativo do colegiado. Nesse sentido foi necessário a atuação do MPE, por representação do CMS para tornar o projeto aprovado pela Câmara sem efeito. Desse modo permanecem os problemas na composição do plenário, cuja participação efetiva é de 59 Conselheiras e Conselheiros representando os segmentos das pessoas Usuárias, Trabalhadoras em Saúde e do Governo/Prestadores.

As Plenárias do Conselho Municipal de Saúde abordam de modo permanente temas relativos às ações e serviços de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros sempre buscando elucidar e deliberar acerca de possíveis irregularidades, propondo ajustes e ou correções especialmente no que concerne ao uso pertinente e adequado dos recursos públicos priorizando as necessidades da população que mais necessita acessar a saúde pública. Entre as pautas debatidas destacam-se as Políticas de Atenção Básica e Saúde Mental, Saúde das Pessoas com Deficiência, Política da Atenção Especializada, desafios e ações para a população em situação de Rua, ações para a saúde da população negra, assistência farmacêutica, urgência e emergência, epidemia de dengue, acompanhamento da aplicação de recursos extraordinários decorrentes da catástrofe climática bem como atuação diante da proposta de desmunicipalização da saúde da capital que teve participação decisiva e diligente do CMS na construção de parcerias e articulações com os movimentos sociais e entidades para barrar a intenção, defendendo o SUS de forma intransigente. Atuação das comissões permanentes que compõe a

estrutura do colegiado como a Secretaria Técnica (SETEC) e Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN), Comissão de Saúde Mental, Comissão da Pessoa com Deficiência, Comissão de Saúde da População Negra, Comissão de Assistência Farmacêutica que desempenham atribuições de assessoria ao plenário embasando suas posições e deliberações.

Entre 2022 / 2025 foram realizadas a 4º Conferência Municipal de Saúde Mental, a 9º Conferência Municipal de Saúde e a 4º Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. A Lei nº 8.142 que regulamenta a participação da comunidade no SUS estabelece que a cada quatro anos as conferências reúnam a sociedade para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde. Assim as deliberações emanadas das conferências deverão ser observadas e absorvidas no processo de planejamento do PMS, assim como as decisões do Conselho deverão ser homologadas pelo chefe do poder executivo legalmente constituído em cada esfera de governo. Entretanto, para que as ações e atribuições do CMS possam ser efetivas é necessário que a gestão municipal forneça estrutura física e de pessoal para seu pleno funcionamento.

Ao longo dos anos o Núcleo de Coordenação do CMS e seu Plenário vem discutindo a necessidade de ampliar a sua secretaria executiva e compor as assessorias técnicas previstas no seu regimento interno. Em 2009 após longo processo de negociação com as gestões que se sucederam e com a mediação do Ministério Público Estadual, o órgão ministerial ajuizou Ação Civil Pública que resultou em decisão judicial assegurando ao CMS orçamento anual de R\$140.000,00 a partir do ano de 2010 e nos anos subsequentes corrigido pela variação da receita municipal; estabeleceu o prazo de 31 de dezembro de 2010 para estabelecer os conselheiros municipais de saúde como agentes políticos para fins de concessão de passagens e diárias para o exercício das atividades do CMS; estabeleceu o prazo de 10 e 20 dias para a tramitação de compras no âmbito do CMS e SMF e 30 dias para publicação das resoluções emanadas do CMS obrigando o município a informar ao CMS previamente acerca de todos os projetos que venham a ser desenvolvidos e que envolvam uma possível execução.

Em que pese a decisão judicial proferida em acordo com a Procuradoria Geral do Município representando o prefeito municipal têm sido descumprida desde 2017, ano em que também pararam de ser publicadas no diário oficial as resoluções emanadas do CMS e que também foi negado por diversas vezes a possibilidade de

execução do orçamento do CMS. A secretaria executiva do CMS é composta por um assessor técnico que assume a função de secretário executivo, uma assessora de comunicação, uma assistente administrativa e três estagiárias. A comunicação do CMS produz e desenvolve ações nas redes sociais, abastecendo o novo site. Destaca-se a promoção das rodas de conversa do cine debate, em parceria com o coletivo Catarse, pela produção do documentário Informar é Vacinar, a parceria com o CNS sobre o projeto “Aqui tem CLS” e o início da implantação do projeto de comunicação para a qualificação do armazenamento de documentações e melhoria da troca de informações entre as instâncias do Colegiado em parceria com a professora Cristianne Famer, da Saúde Coletiva UFRGS. A qualificação permanente da participação social constitui ferramenta fundamental para a educação em saúde e o exercício do controle social, a vista disso firmou-se parceria estratégica com o CEAP que apoia e promove a formação de promotores de educação popular em saúde a fim de fortalecer a participação em saúde nos territórios e no âmbito das instâncias do CMS.

As metas propostas para o plano 2022-2025 foram:

- Meta 62: Ampliar para 50% ou mais os Conselhos Locais implantados e em funcionamento;
- Meta 63: Manter os 13 Conselhos Distritais implantados e em funcionamento durante a vigência do Plano Municipal de Saúde (PMS).
- Meta 64: Implantar 100% dos Conselhos Gestores de Saúde.

Análise das metas:

- dificuldades de implementar e manter os espaços de participação social; Apesar do N° de CLS ser expressivo, a participação qualificada e constante é um desafio;
- a terceirização (parceirização) da Atenção Básica com alta rotatividade e barreiras criadas desde 2018 para a participação do segmento trabalhador nas instâncias do CMS.

Fragilidades:

- falta de servidores na Secretaria Executiva, falta de uma assessoria jurídica do Colegiado, que são demandas antigas do CMS; (previsto no regimento interno);
- falta de infraestrutura adequada como atualização dos computadores,

notebooks, impressoras, software etc. (execução do orçamento previsto e definido por decisão judicial);

- a instrução Normativa que “dispõe sobre a normatização quanto à participação dos trabalhadores de saúde nos fóruns do Controle Social no âmbito do SUS do município de Porto Alegre”, foi atualizada, mas não atendeu a necessidade de liberação dos representantes do segmento trabalhador para participar das instâncias e fóruns do controle social, além das dificuldades na relação da gestão das Unidades de Saúde em relação a importância dos ACS como articuladores do controle social no território.

Diante de todo o exposto e considerando a elaboração futura de metas que permitam superar a situação encontrada elencamos o que segue:

1.14.7.1 Problema Identificado

A realidade atual da participação popular em saúde em Porto Alegre evidencia o distanciamento entre a previsão normativa e sua efetivação prática. Apesar de metas claras estabelecidas no Plano Municipal de Saúde (metas 62, 63 e 64), o Conselho Municipal de Saúde (CMS) tem enfrentado restrições estruturais, jurídicas e políticas que comprometem seu pleno funcionamento e sua capacidade deliberativa.

1.14.7.2 Causas Estruturais:

- falta de estrutura administrativa;
- descumprimento sistemático de decisões judiciais;
- subfinanciamento crônico.

1.14.7.3 Causas Conjunturais:

- desmonte institucional deliberado;
- conflito entre gestão e controle social;
- judicialização como único recurso.

1.14.7.4 Impactos:

- Fragilização da democracia participativa;
- Desarticulação dos conselhos locais e distritais;
- Descontinuidade das políticas públicas.

1.14.7.5 Soluções Propostas para Reverter o Quadro Atual e Aproximar-se do Estado Desejado:

- **Reestruturação e Garantia de Funcionamento do CMS:**
 - atualização do orçamento do CMS conforme a evolução da receita municipal;
 - criação imediata de cargos para a Secretaria Executiva do CMS;
 - reconhecimento do CMS como órgão autônomo vinculado à SMS.
- **Cumprimento das Metas do Plano Municipal de Saúde**
 - plano de ação conjunto para implantação e funcionamento dos conselhos locais e distritais.
- **Cultura de Participação e Transparência:**
 - campanha permanente de comunicação popular;
 - portal público de deliberações do CMS;
 - formação política e técnica de conselheiros(as).
- **Responsabilização da Gestão:**
 - acompanhamento do cumprimento de decisões judiciais;
 - previsão legal de sanções administrativas e orçamentárias.

Conclusão

A articulação entre gestores e Conselhos de Saúde é um dos principais meios para garantir essa participação social. Os Conselhos de Saúde são espaços de deliberação e fiscalização das políticas públicas de saúde, onde representantes de diferentes segmentos da sociedade (usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços) se reúnem para discutir e deliberar sobre temas relevantes.

As resoluções e deliberações dos Conselhos e das Conferências de Saúde, são fundamentais para garantir que as demandas da população sejam ouvidas e implementadas nas políticas de saúde. Essas resoluções geralmente tratam de diretrizes sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde, a distribuição de recursos e a priorização de ações.

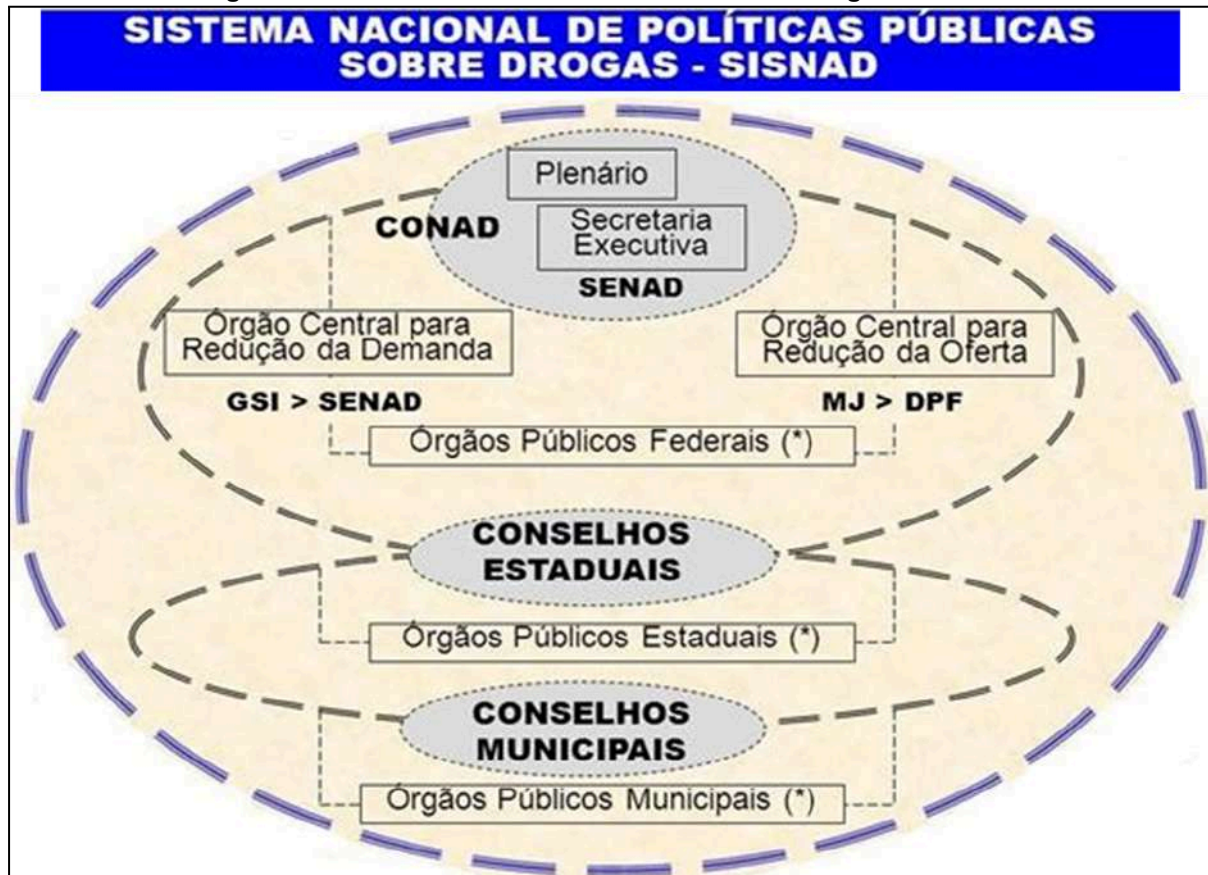
A superação do quadro de esvaziamento e desrespeito ao controle social em Porto Alegre exige vontade política, mobilização social e atuação firme das instituições de controle e justiça. É fundamental compreender que a democracia no SUS não se resume ao acesso a serviços, mas à participação ativa da sociedade nas decisões que definem o presente e o futuro da saúde pública.

Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas - COMADPOA

O Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas do Município de Porto Alegre na Secretaria Municipal de Saúde – COMADPOA é Órgão Normativo de Deliberação Coletiva, criado com o objetivo de contribuir com o Executivo Municipal nas Políticas Públicas direcionadas à prevenção ao uso de substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas, à recuperação e à reinserção social das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool, tabaco e outras drogas. Este Conselho atende ao fluxograma do Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas - SISNAD ([PLANAD — Ministério da Justiça e Segurança Pública](#)), “promover o acesso do usuário ou dependente de drogas a todos os serviços públicos;” e proposto pelo Plano Nacional de Políticas Sobre Drogas - PLANAD no 1. ESTRUTURAÇÃO DO PLANO Histórico e base legal: “Considerando a complexidade de se articular uma política sobre drogas, que inclui significativo número de programas e projetos de diversos órgãos federais, estaduais, municipais e distritais, a governança da Política Nacional de Drogas, em conformidade com a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, é realizada por intermédio do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, cuja instância máxima é o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD. Trata-se de um sistema de políticas públicas ímpar, pois ele inclui 3 níveis federativos e políticas públicas setoriais que também são organizadas no Brasil em sistemas interfederativos tais como o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP), entre outros. Ele possui ainda programas intersetoriais para drogas específicas, tal como o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) Desta forma, o SISNAD busca dividir as competências entre os entes federativos, ao mesmo tempo em que objetiva conferir sinergia às ações da política sobre drogas por meio do planejamento e da coordenação interfederativa e intersetorial. Ele é constituído por um conjunto ordenado de princípios, regras, critérios e recursos materiais e humanos que envolvem as políticas, planos, programas, ações e projetos sobre drogas, incluindo-se nele, por adesão, os Sistemas de Políticas Públicas sobre Drogas dos Estados, Distrito Federal e Municípios.” [Plano Nacional de Políticas sobre Drogas \(Planad\)](#)

Cada Município deverá ter seu Comad, e a capital do Rio Grande do Sul possui o seu COMADPOA.

Figura 17: Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas - SISNAD



Fonte: SISNAD.

O Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas do Município de Porto Alegre - COMADPOA está alicerçado na Secretaria Municipal de Saúde e no Ministério da Saúde, o qual prevê como diretrizes: Prevenção social, reinserção social, tratamento, pesquisa e formação junto à matéria de transtorno por uso de substâncias psicoativas.

Figura 18: Atores da Política Nacional sobre Drogas



Fonte: Site do Ministério da Justiça e Segurança -

<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/composicao-do-sisnad-1>.

Histórico e Normativas que estruturam o COMADPOA

O Conselho Municipal Sobre Drogas – COMAD foi criado inicialmente com o nome de Conselho Municipal de Entorpecentes - COMEN, através da Lei Complementar nº 241, de 04 de janeiro de 1991 – Art. 1º, alterada pela Lei Complementar nº 328, de 27 de julho de 1994. O COMAD é um Órgão Normativo, de Deliberação Coletiva, com a finalidade de auxiliar a Administração Municipal na área de sua competência. Ele é regido pelo seu Regimento Interno, respeitadas as normas e disposições previstas em Lei. Através da Lei Complementar nº 662, de 07 de dezembro de 2010, que revoga a Lei Complementar nº 241, de 04 de janeiro de 1991, foi alterada a nomenclatura do COMEN e instituído o COMAD, o Fórum Porto-Alegrense de Prevenção a Dependência Química e o Fundo do Conselho Municipal sobre Drogas - Fundo do COMAD. A Lei Complementar nº 662 apresenta as seguintes definições sobre a composição, competências e funcionamento do COMAD: Art. 2º O Comad será composto por 17 (dezessete) membros, conforme segue: “I – 04 (quatro) indicados pelo Executivo Municipal, sendo: a) 01 (um) da Secretaria Municipal de Saúde - SMS; b) 01(um) da Secretaria Municipal de Educação - SMED; c) 01(um) da Fundação de Assistência Social e Cidadania – FASC, hoje Secretaria Municipal de Assistência Social - SMAS, conforme Lei Complementar nº 1.037, de 2 de fevereiro de 2025 – reorganiza e Consolida a Administração Pública; e 01(um) da Secretaria Municipal da Juventude - SMJ, hoje

inserida na Secretaria Municipal da Inclusão e Desenvolvimento Humano - SMIDH, conforme LC nº 1.037, de 2 de fevereiro de 2025”; II – “09 (nove) eleitos pelas entidades não governamentais participantes do Fórum Porto-Alegrense de Prevenção a Dependência Química”; e III – “04 (quatro) representantes dos Conselhos locais de saúde, escolhidos em reunião específica coordenada pelo Conselho Municipal de Saúde.” Parágrafo 1º “Os membros do Comad serão designados pelo Prefeito Municipal para um mandato de 02 (dois) anos, sem prejuízo de 01 (uma) recondução.” Parágrafo 2º “Cada membro do Comad terá seu suplente, que assumirá nos casos previstos no regimento.” Art. 3º Compete ao Comad: I – “auxiliar a Administração Pública na orientação, no planejamento, na fiscalização e no controle da prevenção do uso de substâncias psicoativas e na recuperação e reinserção social dos dependentes químicos do Município de Porto Alegre”; II – “elaborar e manter atualizado cadastro das entidades que atuem em programas relacionados com o uso indevido de substâncias psicoativas”; III – “gerir as verbas decorrentes de convênios, bem como aquelas que forem colocadas sob sua responsabilidade pelo Executivo Municipal”; e IV – “elaborar seu regimento.” Art. 4º Para fins de inscrição no cadastro de entidades com atuação em programas relacionados com o uso indevido de substâncias psicoativas, as entidades deverão: I – “atuar no Município de Porto Alegre”; II – “comprovar existência legal, mediante arquivamento dos atos constitutivos no Órgão competente”; e III – “comprovar trabalho, direto ou indireto, relacionado ao uso indevido de substâncias psicoativas, tais como: a) pesquisas; b) prevenção ao uso; c) tratamento, reinserção social e acompanhamento de usuários; ou d) formação de recursos humanos para atuação na área.” Parágrafo 1º “O credenciamento da entidade é condição para que essa possa receber recursos ou serviços por intermédio do Comad.” Parágrafo 2º “Constatado o não cumprimento dos requisitos constantes neste artigo por parte de entidade cadastrada, o Comad procederá ao descadastramento, ouvido o interessado.” As Assembleias Gerais Ordinárias são quinzenas na 2ª e 4ª quarta do mês das 09h30min às 11h30min.

As realizações

Reinserção deste conselho na Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), conforme Decreto nº 21.315/2021 com redação acrescida pelo Decreto nº 21.425/2022; Inserção na Dotação Orçamentária,

conforme Lei Municipal nº 662, de 7 de Dezembro de 2010, que citamos: Art. 7º "O Comad receberá apoio técnico, administrativo e financeiro da SMS, ficando o Executivo Municipal autorizado a prever os recursos orçamentários destinados ao suporte das ações do Comad." como referência, e hierarquicamente disposto estabelecido no Decreto nº 21.315, de 29 de Dezembro de 2021.; Visitas: Inspeção e Denúncia; Secretaria Executiva criada com 02 Servidores de quadro e Estagiários; Realização do projeto junto à Coordenação de Desenvolvimento e Avaliação Funcional da Secretaria Municipal de Administração e Patrimônio (CDAF/SMAP) com o Comad/POA Tema: Uso de substâncias psicoativas e trabalho: prevenção, identificação e encaminhamentos; Projeto do Estado/RS em parceria com o Município/POA - Projeto: Jovem Aprendiz - Partiu Futuro/RENAPSI efetuado no COMADPOA; a realização da Caminhada pela Vida, anualmente, pois as Organizações das Nações Unidas (ONU) em 1987 estabeleceu data 26 de junho, no Calendário Oficial dos Países integrantes da mesma, como o Dia Internacional de Contra o Abuso e Tráfico Ilícito de Drogas. Caberia aos países participantes, inscritos na ONU, promoverem, nesta data, campanhas de conscientização às suas populações sobre esta temática. O COMADPOA alinhado a esta Diretriz e às atividades da Semana Gaúcha de Prevenção ao uso abusivo de substâncias psicoativas, realiza anualmente a Caminhada pela Vida dentro do Parque Farroupilha;

Plano Nacional de Políticas sobre drogas (PLANAD) a Resolução nº 8, de 27 de Setembro de 2022 Aprova o [Plano Nacional de Políticas sobre Drogas 2022-2027](#) – Objetivo Estratégico 2: “Fomentar a implementação e a execução de políticas públicas de prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas.” 4.2.1. “Garantir aos pais ou responsáveis, representantes de entidades governamentais e Organizações de Sociedade Civil (OSC’s), iniciativa privada sem fins lucrativos, educadores, religiosos, líderes estudantis e comunitários, conselheiros federais, estaduais, distritais e municipais e outros atores sociais, capacitação continuada direta, ou por meio de instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos, sobre prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas, com vistas ao engajamento no apoio às atividades preventivas com base na filosofia da responsabilidade compartilhada, inclusive com a utilização de plataformas online, à distância e a formalização de parcerias no âmbito do Poder Público e com as organizações da sociedade civil sem fins lucrativos.”; Regimento Interno do COMADPOA Capítulo IV – Da Estrutura e

Funcionamento: "Art.10 Inciso XII - “promover Encontros, Debates, Seminários e Conferências com Entidades e Comunidade em geral, permitindo assim a discussão de assuntos voltados para temas ligados à sua área de competência, com atenção especial às faixas etárias as suas vulneráveis ao assédio e à curiosidade às drogas, observados os direitos e garantias de que são titulares crianças e adolescentes, previstos na Legislação Federal“. , desta forma, a proposta do Plano Municipal Anual do COMADPOA realizando Capacitações de Formação Continuada com conteúdos que contemplem as atividades com temática em dependência química. Objetivo geral: Realizar formação e capacitação continuada através de cursos, seminários e/ou simpósios propostos no Plano Municipal Anual do COMADPOA. Objetivos específicos: Capacitar e atualizar os Conselheiros do Comad, trabalhadores e membros da comunidade que atuam no âmbito Municipal com pessoas em sofrimento por uso de substâncias psicoativas e seus familiares. Público alvo: Conselheiros do Comad, trabalhadores e membros da comunidade que atuam no âmbito Municipal dentro desta temática. Plano Municipal do COMAD com Projeto Famílias com Esperança resultante de 03 Capacitações com público alvo:

Quadro 40: Capacitações COMAD

Capacitações	Público Alvo	Quantidade de palestrantes	Inscritos
I Capacitação/2023 Projeto Famílias com Esperança - Tema: Transtorno por Uso de Substâncias: Um Problema Real e Multifatorial!!! Dias: 07/11/2023, 08/11/2023 e 09/11/2023 Horário: 08h às 17h Local: UFCSPA - POA/RS Auditório I	Conselheiros/as, monitores/as, servidores/as, voluntários/as de comunidades terapêuticas, voluntários/as de grupos de mútua ajuda e profissionais da área em dependência química.	32 profissionais	148
II Capacitação/2024 Projeto Famílias com Esperança - Tema: Codependência Dias: 05/11/2024 e 06/11/2024 Horário: 08h às 17h Local: UFCSPA - POA/RS Auditório I	Conselheiros/as, famílias Codependentes, Cuidadores/as, Monitores/as e Profissionais que atuam na atividade de dependência química	20 profissionais	168
III Capacitação/2025 Projeto Famílias com Esperança - Tema: Envelhecimento Populacional, Uso de Substâncias Psicoativas e Redes de Apoio Dias: 23/07/2025 (Quarta-feira) Horário: 08h às 17h Local: UFCSPA - POA/RS Auditório I	Conselheiros, famílias Codependentes, Cuidadores, Monitores e Profissionais que atuam na atividade de dependência química.	08 profissionais	117

Fonte: COMADPOA.

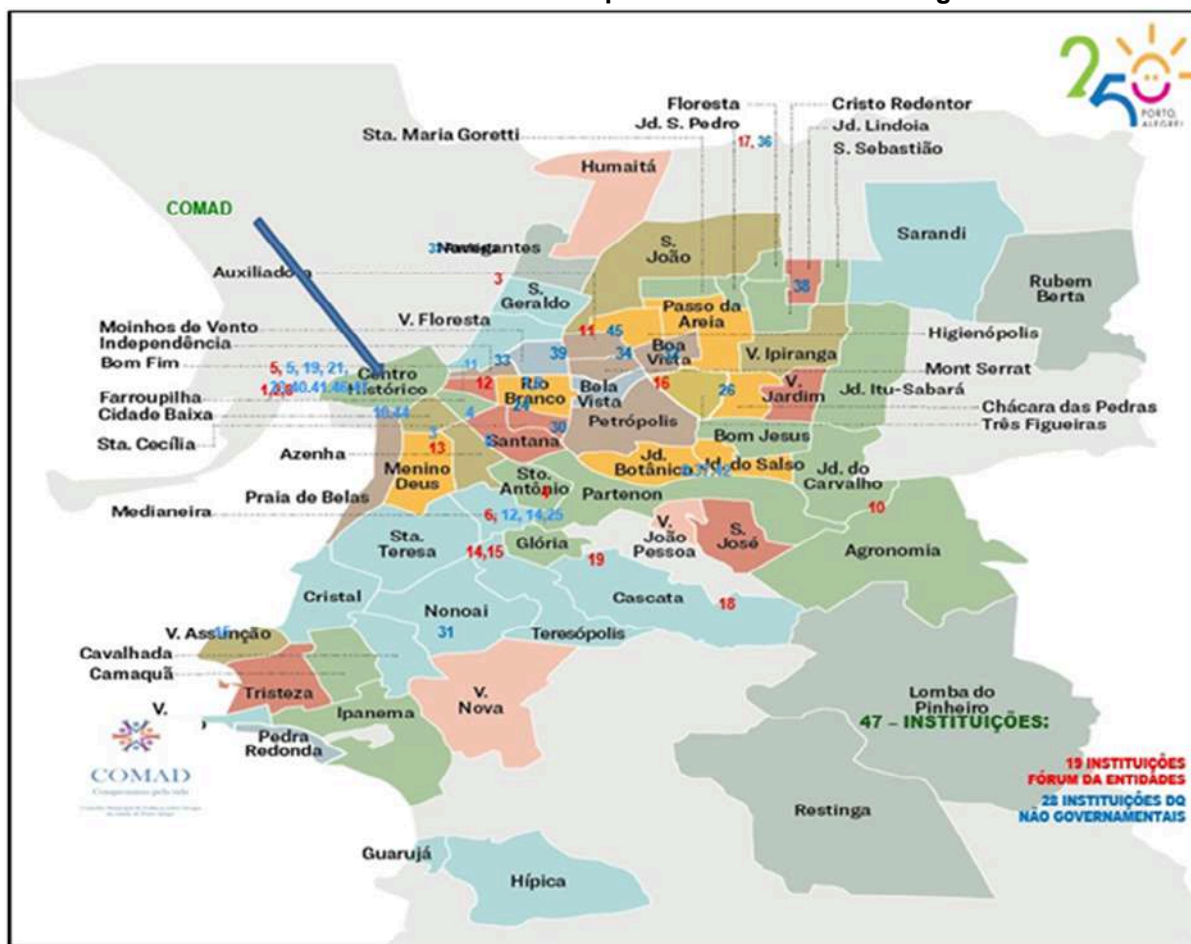
Os Desafios Atuais deste Conselho

Encaminhamento da Minuta do Projeto de Lei Complementar do COMADPOA/SMS, que atualiza a [Lei Complementar nº 662/2010](#) e propõe a criação do Fundo do COMADPOA (FUNCOMADPOA), em conformidade com os organogramas do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), com vistas à captação de recursos provenientes dessas fontes.

O documento também prevê:

- a) aumentar a rede de apoio no uso abusivo de substâncias psicoativas enquanto instituições;
- b) rever o mapeamento dos locais em POA que trabalham neste segmento;
- c) realizar o Fórum das Entidades não Governamentais;
- d) visibilidade ao Conselho em: Comunicação, Marketing e inserção no menu do Atendimento 156.

Figura 19: Mapeamento das Organizações não Governamentais (OSCs) registradas no Cadastro do Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas



1.14.8 Comunicação em Saúde

Comunicação em saúde diz respeito à utilização de estratégias para informar, sensibilizar e dialogar com indivíduos e comunidades, no sentido de promover a saúde, prevenir doenças e fortalecer o acesso aos serviços do SUS. Nesse contexto, é função da Assessoria de Comunicação (ASSECOM) qualificar tanto a comunicação externa quanto a interna da Secretaria, potencializando ações descentralizadas desenvolvidas pelos serviços junto às comunidades e ampliando a transparência das políticas públicas.

Entre suas atribuições, estão a implantação e a coordenação de campanhas que favoreçam a promoção da saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, em conformidade com as prioridades estabelecidas pela gestão. A ASSECOM também é responsável pela revisão e coordenação da redação e edição de notícias, do website institucional, das redes sociais e do Plano de Comunicação. Diariamente, o setor realiza o agendamento, o acompanhamento e o fornecimento de informações em entrevistas com técnicos, coordenadores e gestores, fortalecendo o vínculo com a imprensa e garantindo a circulação de informações qualificadas.

São desenvolvidos manuais de procedimentos de comunicação para orientar as rotinas de produção de materiais impressos e digitais, campanhas de promoção da saúde e organização de eventos. As pactuações realizadas pela SMS são foco de planejamento desenvolvido pela Assessoria, que oferece aos setores acompanhamento e assessoramento, atuando em vários momentos como executora das ações propostas.

O setor também realiza o monitoramento da imagem institucional e das informações publicadas nos veículos de comunicação, além de manter relacionamento permanente com jornalistas. As redes sociais da Secretaria — Instagram, X (antigo Twitter) e Facebook — são voltadas à prestação de serviços, à transparência e ao combate à desinformação, ampliando a visibilidade e a efetividade das ações. Parte dessas iniciativas é desenvolvida em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde e o Ministério da Saúde.

Além disso, a comunicação busca inovar por meio de estratégias digitais, linguagem clara e produção de conteúdos inclusivos e acessíveis — como audiodescrição, Libras e legendagem —, garantindo que toda a população tenha

acesso às informações em saúde. A ASSECOM também fortalece os canais de escuta ativa, monitora as demandas da comunidade e integra as estratégias de comunicação às necessidades reais da população.

2. DIRETRIZ, OBJETIVOS E METAS

Quadro 41: Diretriz, Objetivos e Metas para PMS

Metas PMS 2026 - 2029					
Diretriz: Promover o bem-estar e a equidade em saúde, utilizando a inovação, a tecnologia e a gestão preditiva para qualificar o cuidado integral e resolutivo, garantindo a sustentabilidade do SUS e o foco na pessoa					
Nº	Meta	Método de Cálculo	Linha de base (referência inicial)	Meta 2029	Fonte
Objetivo 1: Fortalecer e qualificar a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado e porta de entrada do SUS.					
1	Atingir a proporção de 30% de oferta de consultas de enfermagem programadas nas US da APS.	(nº de consultas programadas de enfermagem / nº total de consultas de enfermagem ofertadas no Gercon no mesmo período) x100	24,24%	30%	Gercon
2	Ampliar em 30% o acesso à assistência odontológica domiciliar realizada por dentistas.	(nº de atendimentos odontológicos domiciliares realizados por dentistas no período / nº total de atendimentos odontológicos domiciliares nov/ 2025) x100	5.337 jan-nov/2025 Optou-se por 2025, pois em 2024 foi registrado 1.233	6.938	e-SUS
3	Aumentar para 70% as Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) com registro de ao menos um (1) procedimento individual ou coletivo, de Prática Integrativas Complementares (PICS).	(nº de serviços da APS (CNES) com com registro de ao menos um (1) procedimento individual ou coletivo, de prática integrativa (PICS) por quadrimestre / nº total de serviços da APS) x100	50%	70%	Sisab - produção e atividade coletiva
4	Manter ações de saúde na escola em 75% das escolas públicas municipais e estaduais de Porto Alegre.	(nº de escolas públicas municipais e estaduais de Porto Alegre com ação registrada no e-SUS / nº total de escolas públicas municipais e estaduais de Porto Alegre) x100	75%	75%	Sisab - produção e atividade coletiva
5	Qualificar a Assistência Farmacêutica atingindo 70% de qualidade global.	((nº de serviços notificados / nº de serviços avaliados) x1,5) + (nº de serviços notificados/nº de serviços avaliados) x2) + (nº de serviços notificados / nº de serviços avaliados x)1,5) + (Percentual de serviços com inventário total fora do prazo que receberam notificação x 3) + (nº de solicitações e avaliações dos exames (HbA1c; Microalbuminúria; creatinina) no quadrimestre / nº total de pacientes com atendimento relacionado ao PMDID) x2)) / 10	53,24%	70%	DIS, GMAT, e-SUS e GERCON
6	Manter o percentual de nascidos vivos filhos de mães adolescentes menor do que 7,0% , com recorte cor ou raça.	(nº de nascidos vivos com idade materna até 19 anos incompletos/ nº total de nascidos vivos no ano) x100	7%	< 7,0%	SINASC
Objetivo 2: Ampliar o acesso aos serviços de saúde de forma eficiente, efetiva e oportuna.					
7	Ampliar em 30% a oferta de primeiras consultas especializadas na média complexidade nos serviços próprios.	(nº de primeiras consultas ofertadas ao ano/ nº de primeiras consultas ofertadas em 2025) x100	68.955	89.641	Gercon
8	Ampliar para 44 pontos de coleta laboratorial da rede conveniada.	nº de estabelecimentos conveniados	40	44 pontos	Gercon e BI

9	Autorizar em até 15 dias no mínimo 95% das solicitações de consultas oncológicas de alta prioridade.	(nº total de solicitações de consultas oncológicas de alta prioridade autorizadas em até 15 dias / nº total de solicitações de consultas oncológicas de alta prioridade no período) x100	94%	≥ 95%	BI, Procempa Big Data e Sistema Gercon
10	Manter a proporção entre oferta e demanda de consultas de traumatologia (especialidade tempo sensível) entre 0,8 e 1,2 .	nº de agendas de consultas de traumatologia utilizadas no período / nº de consultas de traumatologia solicitadas no mesmo período	0,7	Entre 0,8 e 1,2	BI, Procempa Big Data, Sistema Gercon e Aba (Efetividade da Agenda)
11	Reduzir em 50% a fila de espera regulada pelo Gercon para acompanhamento em Saúde Mental Adulto.	(nº de usuários em fila de espera a cada ano / nº de pacientes em fila de espera no Gercon em nov/2025) x100	5.315	2.657	Gercon
12	Ampliar em 50 leitos SUS a capacidade instalada da rede hospitalar do município.	nº absoluto de leitos SUS ampliados	5.044	5.094	CNES
Objetivo 3: Ampliar a promoção, prevenção, diagnóstico, vigilância em saúde e tratamento de doenças e endemias.					
13	Manter a proporção das internações por diabetes e hipertensão abaixo de 2% das internações clínicas, conforme previsto no indicador de Internações por Condições Sensíveis na Atenção Primária (ICSAP).	(Internações pelos CID E10-14.9 (diabetes) e I10-10.9 e I11-11.9 (hipertensão) / nº total de internações clínicas conforme o indicador ICSAP) x100	1,7% (2024)	< 2%	SIH
14	Manter o coeficiente de mortalidade materna abaixo de 35 casos por 100.000 nascidos vivos, com recorte cor ou raça.	(nº de óbitos maternos na gravidez ou até 42 dias após o término da gestação no período / nº de nascidos vivos do período) x 100.000	31,2 (em 2024)	< 35/100.000	SIM e SINASC
15	Manter o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) abaixo de 8,5/1.000 , com recorte cor ou raça	(nº de óbitos de menores de um ano de idade / nº de nascidos vivos) x 1000	8,5 (a média dos últimos 10 anos foi de 8,68)	< 8,5/1.000	SIM e SINASC
16	Manter a Taxa de Transmissão Vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) anual inferior a 2% , com recorte cor ou raça	nº de crianças infectadas pelo HIV / total de gestantes infectadas pelo HIV x100	1%	< 2%	Sinan
17	Reduzir 3 pontos percentuais o coeficiente bruto de mortalidade por AIDS, com recorte cor ou raça.	(nº de óbitos por AIDS (causa básica)/ População de residentes nesse mesmo local, no mesmo ano) x 100.000	12,60%	9,60%	SIM e IBGE
18	Manter, no mínimo, a razão de 0,55 de exames de rastreamento para câncer do colo uterino realizados na população de pessoas de sexo biológico feminino de 25 a 64 anos.	(nº de exames de rastreamento de câncer do colo uterino realizados em pessoas de sexo biológico feminino de 25 a 64 anos / nº de pessoas de sexo biológico feminino de 25 a 64 anos x 0,54 /3)	0,55	≥ 0,55	SIA, Censo e IBGE
19	Manter, no mínimo, a razão de 0,38 de mamografias realizadas na população feminina na faixa etária de 50 a 74 anos.	(nº de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 74 anos / nº de mulheres de 50 a 74 anos) x0,54 / 2)	0,38	≥ 0,38	SIA, Censo e IBGE

20	Aumentar a taxa de cura dos novos casos de tuberculose para 60%, com recorte decor ou raça.	(nº total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação bacteriológica curados do ano anterior / nº total de novos casos de tuberculose pulmonar com confirmação bacteriológica diagnosticados no ano anterior) x100	42%	60%	Sinan
21	Realizar tratamento para, pelo menos, 80% das pessoas que apresentarem carga viral no exame de RNA-HCV, conforme meta nacional incluída no Programa Brasil Mais Saudável/MS.	(Número de pessoas com tratamento dispensado para hepatite c / Número de pessoas que apresentaram viremia no exame de carga viral) x 100 *: Optou-se pelo ano base 2023, pois o ano 2024 foi atípico devido à enchente Pacientes moradores de POA	348/ 461 - 75,48% -(2023)	80%	Painel de Monitoramento de hepatites B e C
22	Reduzir em, no mínimo, 10% os novos casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade em relação ao fechamento do ano anterior, com recorte decor ou raça.	(nº de casos novos por ano (nº absoluto)/ nº de NV no ano) x100	240 (2024)	158 casos	Sinan
23	Reduzir 50% a taxa de letalidade de casos por dengue, com recorte de cor ou raça.	(nº de óbitos por dengue/ nº de casos confirmados) x100	0,14%	0,07%	Sentinela
24	Reduzir em 10% a média mensal de internações em saúde mental de residentes de Porto Alegre.	(1 - Média mensal de internações em saúde mental de residentes de Porto Alegre no período / Média mensal de internações em saúde mental de residentes de Porto Alegre no ano base 2025) x100	368	331	BI e GERINT
Objetivo 4: Ampliar a equidade em saúde com foco nas populações vulnerabilizadas e nos determinantes sociais.					
25	Ampliar em 100% a oferta de reabilitação em Transtorno do Espectro Autista (TEA).	(nº de novas vagas ofertadas / nº total de vagas ofertadas em 2025) x100	430	860	BI Gercon
26	Implantar 1 (um) Centro Especializado em Reabilitação (CER IV) no município.	CER IV Implantado	0	1 CER IV implantado	CNES
27	Ampliar em 100% a avaliação multidimensional em idosos .	(nº total de registros de avaliação multidimensional em idosos no e-SUS / nº total de avaliação multidimensional em idosos no e-SUS no ano de 2024) x100	3.834 (2024)	7.668	e-SUS
28	Reduzir para no mínimo 3,5% a proporção de nascidos vivos de mães negras com menos de 4 consultas de pré-natal.	(nº de nascidos vivos de mães negras com menos de 4 consultas de pré-natal ao ano / nº total de nascidos vivos de mães negras em ao ano) x100	2024 Negra - 7,2 Branca - 3,5	3,5%	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
Objetivo 5: Aprimorar a gestão da saúde com base em informações confiáveis, participação social, planejamento, financiamento e força de trabalho adequados.					
29	Manter, anualmente, no mínimo 20% em Ações e Serviços Públicos de Saúde da arrecadação dos impostos a que se refere a Constituição Federal.	Para o ano exercício encerrado: Valor empenhado em ASPS / Receita Líquida de Impostos e Transferências	20,08%	≥ 20%	RREO

30	Implementar a metodologia do Acesso Mais Seguro (AMS) em 100% das Unidades da Atenção Primária em Saúde, Farmácias Distritais, Centros Especializados e Serviços de Saúde Mental.	(nº de serviços da APS com AMS implementado / nº total de serviços da APS) x100	59%	100%	Plataforma AMS
31	Ampliar para 50% ou mais os Conselhos Locais de Saúde (CLS) implantados e em funcionamento.	(nº de CLS em funcionamento / nº total de US) x100	25%	≥ 50%	Relatório de Gestão
32	Manter os 13 Conselhos Distritais de Saúde (CDS) implantados e em funcionamento.	nº de CDS	13	13 Conselhos	Relatório de Gestão
33	Implantar 100% dos Conselhos Gestores de Saúde (CGS).	(nº de CGS / Número total de Hospitais SUS) x 100	28%	100%	Relatório de Gestão
34	Reduzir em 5% o número de dias de afastamentos por transtornos mentais e comportamentais (CID F32, F41, F43) relacionados ao trabalho dos servidores da SMS.	(nº de dias de LAT com CID F (transtornos mentais) / nº de dias de LAT com CID F (em 2025) x100	16.712 dias - CID F32, F41, F43 (janeiro a setembro/2025) (531 vínculos)	-5%	Relatório ERGON
35	Executar 100% das ações/campanhas de comunicação/educação vinculadas ao calendário de datas alusivas à saúde.	(nº de ações/campanhas de comunicação/educativas vinculadas ao calendário de datas alusivas à saúde realizadas / nº total de datas alusivas à saúde) x100	60,42%	100%	Relatório de Gestão
36	Manter a proporção de 80% de menções positivas ou neutras nas notícias veiculadas pela imprensa, sem utilização de recursos públicos.	(nº de menções positivas ou neutras nas notícias vinculadas pela imprensa sem utilização de recursos públicos / nº total de notícias monitoradas pela clipagem) x100	80%	80%	Sistema de Clipagem Oficial da Prefeitura
Objetivo 6: Qualificar a infraestrutura física e tecnológica para aumentar a capacidade dos serviços da Rede de Atenção à Saúde.					
37	Executar, no mínimo, 30% da planilha de obras da SMS.	(nº obras realizadas / nº total de obras pactuadas no PMS) x100	23,08%	≥ 30%	Relatório de Gestão
38	Ampliar para 30 US com aparelhos de RX odontológico em funcionamento.	nº de aparelhos de RX em funcionamento nas US	15	30 US	CNES

Fonte: SMS-PMMA.

3. PROGRAMA DE METAS (PROMETA)

O [Prometa](#) teve origem em um projeto de emenda à Lei Orgânica do Município proposto pelo então vereador Sebastião Melo, aprovado pela Câmara Municipal em 2015. O objetivo desta pactuação de indicadores é proporcionar maior transparência, planejamento e responsabilidade na gestão pública.

Tabela 134: Programa de Metas 2025 - 2028

Indicador	Situação		Meta		
	2024	2025	2026	2027	2028
Meta 97 - Implantar novas Unidades do Centro de Referência do Transtorno Autista (CERTA).	1	1	1	1	2
Meta 98 - Implantar novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município.	16	16	17	18	19
Meta 99 - Habilitar e qualificar como Unidades de Prontos Atendimentos (UPA) os Prontos Atendimentos do município.	1	1	2	3	4

Meta 100 - Implantar de forma permanente o Programa Agiliza Saúde.	0	25%	50%	75%	100%
Meta 101 - Ampliar o número de Unidades de Saúde abertas até às 19h.	56	57	58	59	60
Meta 102 - Ampliar as Equipes Multidisciplinares em Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos.	18	19	19	20	21
Meta 103 - Implantar o serviço de Teleconsulta na Atenção Primária e Especializada do município.	0	25%	50%	75%	100%
Meta 104 - Implantar 4 Centros de Especialidades Regionais (Policlínicas) no município.	0	0	0	2	4
Meta 105 - Construir Unidades de Saúde no município.	0	0	2	3	7
Meta 106 - Duplicação do Hospital de Pronto Socorro (HPS).	0	30%	50%	75%	100%
Meta 107 - Ampliar o número de equipes de Atenção Primária à Saúde.	393	394	395	398	400

Fonte: SMPG-PMPA.

4. AÇÕES SMS PLANO PLURIANUAL 2026-2029

As ações da SMS constam no [Plano Plurianual 2026-2025](#) no eixo de Desenvolvimento Humano e Social. Este plano é o principal instrumento de planejamento estratégico da gestão municipal no qual é definido as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública Municipal para os próximos quatro anos, contemplando tanto as despesas de capital e outras delas decorrentes quanto os programas de caráter continuado. Nesse contexto, as propostas são organizadas em quatro eixos de gestão e sete programas estratégicos de acordo com as competências dos órgãos municipais.

Quadro 42: Ações SMS do Plano Plurianual 2026-2029

Quadro 12 - Ações CIMS do Plano Farmácia 2020-2029

Ação: 3507 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA													
Descrição	Garantia, qualificação e ampliação da seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos fármacos, assim como a gestão do cuidado dos usuários para utilização correta dos medicamentos.												
Finalidade	Garantir e qualificar o acesso à assistência farmacêutica no Município, no âmbito da gestão logística e do cuidado.												
Produto 1	Implantação de uma (01) Farmácia Viva no município.				Produto 2	US com farmacêutico em todo o horário de funcionamento do serviço.							
	2026	2027	2028	2029		2026	2027	2028	2029	2026	2027	2028	2029
Número	-	-	-	1	Percentual	30	50	75	100				-
Ação: 3508 - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA													
Descrição	Atendimento móvel em situação de urgências ou emergências.												
Finalidade	Garantir o atendimento móvel em situação de urgência ou emergência de forma qualificada e em tempo hábil.												
Produto 1	Ampliação do número de ambulâncias de remoção no horário entre 10h e 20h (Transporte Inter-hospitalar).				Produto 2	Redução do Tempo Resposta do SAMU para atendimentos de urgência com prioridade 1(caso clínicos, traumáticos e obstétricos severos).							
	2026	2027	2028	2029		2026	2027	2028	2029	2026	2027	2028	2029
Número	-	1	2	3	Minutos	16	15	14	13				
Ação: 3509 - ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL													
Descrição	Promoção da atenção psicossocial, por meio de gestão única, que garanta aos cidadãos o acesso universal, equânime e o cuidado integral, com resolutividade e controle social.												
Finalidade	Ampliar o acesso e a resolutividade no cuidado, evitando o agravamento dos transtornos, reduzindo a necessidade de atendimento emergencial e de internações hospitalares, proporcionando a promoção do cuidado e reabilitação psicossocial.												
Produto 1	Meta 98 - Implantar novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município.												
	2026		2027			2028			2029				
Número	17		18			19			19				

Ação: 3510 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE														
Descrição	Primeiro contato de atenção à saúde, foco na longitudinalidade e integralidade, com assistência continuada centrada nas pessoas, atendendo suas necessidades de saúde, e coordenando os cuidados de pacientes com assistência em outros níveis de atenção.													
Finalidade	Promover maior acesso aos serviços de atenção primária à saúde, com resolutividade, efetividade, integralidade, equidade e longitudinalidade para todas as pessoas.													
Produto 1	Meta 101 - Ampliar o número de Unidades de Saúde abertas até às 19h.				Produto 2	Meta 105 - Construir Unidades de Saúde no município.				Produto 3	Meta 107 - Ampliar o número de equipes de Atenção Primária à Saúde.			
	2026	2027	2028	2029		2026	2027	2028	2029		2026	2027	2028	2029
Número	58	59	60	60	Número	2	3	7	10	Número	395	398	400	400
Ação: 3512 - HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO														
Descrição	Atendimento universal e igualitário em urgência e emergência à população, com excelência ao trauma agudo, integrando o ensino e a pesquisa.													
Finalidade	Promover a qualificação da assistência das situações de urgência e emergência aos usuários, atuando como hospital de referência na formação multiprofissional.													
Produto 1	Meta 106 - Duplicação do Hospital de Pronto Socorro (HPS).													
	2026					2027			2028			2029		
Percentual	50					75			100			-		
Ação: 3513 - HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS														
Descrição	Prestação de assistência hospitalar na área materno-infantil e saúde mental, com ênfase na atenção à violência e vulnerabilidade, de forma qualificada e humanizada.													
Finalidade	Oferecer assistência de alta complexidade, com qualidade, humanismo e ética, articulada com a rede de serviços às mulheres, crianças e adolescentes, desenvolvendo atividades de ensino e pesquisa, visando transformar a instituição em centro de excelência e referência para Porto Alegre e região metropolitana, reconhecido como hospital de ensino.													
Produto 1	Construção do novo Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.													
	2026		2027				2028				2029			
Percentual	25		50				75				100			
3517 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE (SERVIÇOS SOB GESTÃO DIRETA)														
Descrição	Atendimento especializado em pontos regionalizados na Rede de Atenção à Saúde que engloba maior densidade tecnológica, cujo acesso ao cidadão é ordenado pela Atenção Primária à Saúde.													
Finalidade	Garantir o acesso regulado dos usuários aos serviços especializados próprios e ambulatoriais para a resolutividade pela Rede de Atenção em tempo oportuno e de forma qualificada.													
Produto 1	Meta 103 - Implantar o serviço de Teleconsulta na Atenção Primária e Especializada do município.				Produto 2	Meta 104 - Implantar 4 Centros de Especialidades Regionais (Policlínicas) no município.								

	2026	2027	2028	2029		2026	2027	2028	2029
Percentual	50	75	100	-	Número	-	2	4	4
3518 - UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO									
Descrição	Acesso não hospitalar, permanente, para a busca espontânea do usuário, caracterizada por ser idealmente resolutive para a complexidade intermediária.								
Finalidade	Adequar os Pronto Atendimentos às normas ministeriais que preconizam as Unidades de Pronto Atendimento, com melhoria da ambiência, da equipe de recursos humanos, da capacidade diagnóstica, proporcionando melhor resolutividade na assistência ao usuário.								
Produto 1	Meta 99 - Habilitar e qualificar como Unidades de Prontos Atendimentos (UPA) os Prontos Atendimentos do município.								
	2026	2027	2028	2029					
Número	2	3	4	-					
3519 - ASSISTÊNCIA LABORATORIAL									
Descrição	Serviços próprios e contratualizados de exames laboratoriais para apoio diagnóstico à rede de atenção à saúde.								
Finalidade	Garantir o acesso dos usuários aos exames laboratoriais necessários à resolutividade do cuidado e do atendimento da rede de atenção à saúde, em tempo oportuno e com qualidade.								
Produto 1	Ampliação dos Pontos de Coleta Laboratorial da Rede Conveniada na Cidade.								
	2026	2027	2028	2029					
Número	41	42	43	44					
3520 - PRESTADORES AMBULATORIAIS CONTRATUALIZADOS									
Descrição	Qualificação do acesso e transição do cuidado nos serviços ambulatoriais contratualizados de acordo com as demandas dos cidadãos.								
Finalidade	Promover o acesso e a transição do cuidado com qualidade aos serviços ambulatoriais contratualizados pela Secretaria Municipal de Saúde, com a articulação e integração da rede de atenção à saúde, por meio de um processo de gestão da oferta e da demanda conforme a necessidade assistencial da população de referência e as prioridades dos casos.								
Produto 1	Qualificação da Gestão dos Contratos Ambulatoriais da Saúde.								
	2026	2027	2028	2029					
Percentual	100	100	100	100					
3522 - ATENÇÃO DOMICILIAR									
Descrição	Promoção da alta hospitalar do paciente com atendimento domiciliar como forma de transição do cuidado.								
Finalidade	Promover a alta hospitalar qualificada, com segurança para o retorno do paciente ao seu domicílio, mantendo a continuidade dos cuidados necessários.								
Produto 1	Meta 102 - Ampliar as Equipes Multidisciplinares em Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos.								
	2026	2027	2028	2029					
Número	19	20	21	21					
3524 - GESTÃO DA TECNOLOGIA E DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE									
Descrição	Implantação e manutenção de sistemas informatizados nos processos de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, incluindo áreas de apoio, gestão, vigilância e assistência na rede de atenção à saúde.								

Finalidade	Apoiar os processos de trabalho das diversas áreas da Secretaria Municipal de Saúde, utilizando-se de sistemas e ferramentas de Tecnologia da Informação.													
Produto 1	Implantação de totens com sistema de emissão de senhas e avaliação dos usuários na US.													
	2026				2027				2028				2029	
Percentual	25				50				75				100	
3525 - ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS, ISTs (SÍFILIS), HEPATITES VIRAIS E TUBERCULOSE														
Descrição	Prevenção e tratamento com enfoque nas populações de maior risco para as infecções e doenças de relevância epidemiológica (HIV/Aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV, ISTs especialmente a sífilis).													
Finalidade	Eliminar doenças e infecções determinadas socialmente como problemas de saúde pública no município até 2030, HIV/Aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV, ISTs especialmente a sífilis. Destaca entre as doenças citadas a redução da morbimortalidade por Aids, a eliminação da transmissão vertical do HIV e a redução significativa da sífilis congênita.													
Produto 1	Campanha de Vacinação para HPV, hepatites virais, BCG e pneumocócica.				Produto 2	Capacitações realizadas para a rede de atenção à saúde nas temáticas de HIV/aids, ISTs (sífilis), hepatites virais, tuberculose e HTLV.				Produto 3	Criar programa de busca ativa de pessoas trans e travestis profissionais do sexo no ambulatório trans que vivam com HIV			
	2026	2027	2028	2029		2026	2027	2028	2029		2026	2027	2028	2029
Percentual População vacinada	-	-	-	90	Capacitações/ano	5	5	5	5	Vinculação	-	-	-	250
3526 - POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE														
Descrição	Planejamento de ações para a implantação e implementação das políticas de saúde de forma integrada e sistêmica na Rede de Atenção à Saúde que visem à promoção e prevenção, por meio de diretrizes técnicas, protocolos, fluxos e linhas de cuidado.													
Finalidade	Formular e operacionalizar as políticas públicas de saúde no Município, de acordo com a realidade e necessidade de cada território, garantindo a integralidade da gestão e continuidade do cuidado, articulando de forma intra e intersetorial a construção ampla das políticas de saúde com interlocução entre os três níveis da esfera governamental, controle social, instituições de ensino e outros órgãos.													
Produto 1	Realização de capacitações para os profissionais da rede de atenção à saúde relacionadas às 17 áreas técnicas vinculadas à Coordenação de políticas públicas em saúde.													
	2026				2027				2028				2029	
Capacitações/ano	17				17				17				17	
3639 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA														
Descrição	Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva.													
Finalidade	Recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde.													
Produto 1	Registro de 90% de nascimentos no SINASC até 60 dias após o final do mês de ocorrência.													

	2026	2027	2028	2029
Percentual	90	90	90	90
3640 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL				
Descrição	Ações e serviços que proporcionam conhecimento e intervenção em fatores de risco para a saúde humana e animal.			
Finalidade	Identificar e prevenir agravos provenientes dos riscos biológicos, sociais e ambientais.			
Produto 1	Realização do controle vetorial em 100% das notificações de identificação de vírus de arboviroses no setor <i>Aedes aegypti</i> , a partir da armadilha (mosquitrap) positiva, num raio de 150m.			
	2026	2027	2028	2029
Percentual	100	100	100	100
3641 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA				
Descrição	Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.			
Finalidade	Prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte.			
Produto 1	Prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte.			
	2026	2027	2028	2029
Percentual	100	100	100	100
4074 - SAÚDE BUCAL				
Descrição	Promoção da saúde bucal, garantindo aos cidadãos o acesso universal equânime e o cuidado integral, com resolutividade.			
Finalidade	Ampliar o acesso e a resolutividade no cuidado em saúde bucal, evitando o agravamento de quadros, reduzindo a necessidade dos atendimentos de urgência e emergência.			
Produto 1	Ampliação do percentual de próteses dentárias entregues por ano.			
	2026	2027	2028	2029
Percentual	25	50	75	100
4075 - TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO				
Descrição	Ampliação do Transporte Sanitário Eletivo, conforme Resolução CIT nº 13, de 1/03/2017, destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS (não urgentes e emergenciais), de forma programada, no município de origem ou em outro nas regiões de saúde de referência.			
Finalidade	Transportar o usuário que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, nem necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento, conforme a Resolução nº 13 - CIT. Igualmente, exclui transporte para clínicas e hospitais particulares, tratamento estético, visitação.			
Produto 1	Ampliação da frota de veículos para o Transporte Sanitário Eletivo.			
	2026	2027	2028	2029
Número	13	14	15	15

4095 - CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR				
Descrição	Centro de referência para suporte técnico na promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, coordenando projetos e fornecendo educação permanente.			
Finalidade	Participar da coordenação, elaboração e execução da Política Municipal de Saúde do Trabalhador.			
Produto 1	Percentual de agravos relacionados ao trabalho, revisados quanto ao nexos ocupacional.			
	2026	2027	2028	2029
Percentual	90	90	30	90

4098 - SERVIÇOS DE REFERÊNCIA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA				
Descrição	Serviços especializados para diagnóstico médico, tratamento de saúde multidisciplinar e atendimento a crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista da rede municipal de ensino e da rede de atenção psicossocial do Município, definidos por meio de protocolo previamente estabelecido.			
Finalidade	Prestar atendimento multiprofissional a crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista.			
Produto 1	Meta 97 - Implantar novas Unidades do Centro de Referência do Transtorno Autista (CERTA).			
	2026	2027	2028	2029
Número	-	-	-	3

4099 - OPERAÇÃO INVERNO - ATENÇÃO BÁSICA				
Descrição	A operação inverno na Atenção Básica inclui a ampliação do parque tecnológico, de área física de leitos e RH envolvidos no atendimento da população de Porto Alegre no período da sazonalidade, com o escopo de otimizar e acelerar o processo da transição do cuidado do paciente nos diversos pontos da rede de Atenção à Saúde.			
Finalidade	Otimizar e acelerar o processo de transição de cuidado do paciente nos diversos pontos da rede de Atenção à Saúde no período de inverno no município de Porto Alegre.			
Produto 1	Percentual de Unidades de Saúde com abertura nos finais de semana previstas na Operação Inverno de cada ano.			
	2026	2027	2028	2029
Percentual	100	100	100	100

4100 - OPERAÇÃO INVERNO - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE				
Descrição	A operação inverno na Média e Alta Complexidade inclui a ampliação do parque tecnológico, de área física de leitos e RH envolvidos no atendimento da população de Porto Alegre no período da sazonalidade, com o escopo de otimizar e acelerar o processo da transição do cuidado do paciente nos diversos pontos da rede de atenção à Saúde.			
Finalidade	Otimizar e acelerar o processo de transição de cuidado do paciente nos diversos pontos da rede de Atenção à Saúde no período de inverno no município de Porto Alegre.			
Produto 1	Percentual de ampliação de leitos previstos no Plano da Operação Inverno de cada ano.			
	2026	2027	2028	2029
Percentual	100	100	100	100

4478 - INSUMOS BÁSICOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE				
Descrição	Fornecimento de insumos básicos, a exemplo de fraldas descartáveis, que não se enquadram no conceito de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) necessários para a assistência à saúde da população.			
Finalidade	Atender as necessidades básicas de assistência à saúde da população usuária do SUS.			
Produto 1	Garantia do fornecimento de fraldas infantis para 100% das crianças com CID de deficiência que realizem a solicitação			
	2026	2027	2028	2029
Percentual	100	100	100	100

4679 - HOSPITAL DA RESTINGA E EXTREMO SUL - HRES	
Descrição	Gestão e execução da operação do Hospital da Restinga e Extremo Sul, pelo colaborador, ao Sistema Único de Saúde (SUS), em mútua cooperação, conforme plano de trabalho.

Finalidade	Promover o acesso e a transição do cuidado com qualidade aos serviços hospitalares e ambulatoriais contratualizados pela Secretaria Municipal de Saúde, com a articulação e integração da rede de atenção à saúde, por meio de um processo de gestão da oferta e da demanda conforme a necessidade assistencial da população de referência e as prioridades dos casos.			
Produto 1	Implantação de uma maternidade tipo I anexa ao HRES.			
	2026	2027	2028	2029
Percentual	33	66	100	100

4680 - HOSPITAL INDEPENDÊNCIA				
Descrição	Gestão e execução da operação do Hospital Independência, pela conveniada, ao Sistema Único de Saúde (SUS), em mútua cooperação, conforme descritivos nos planos de investimento e custeio.			
Finalidade	Gerenciar e executar as atividades e serviços de saúde do Hospital Independência, buscando promover, proteger e recuperar a saúde da população, no âmbito do Município.			
Produto 1	Plano de Investimento e Custeio do HI implantado.			
	2026	2027	2028	2029
Percentual	25	75	75	100

4681 - PRESTADORES HOSPITALARES CONTRATUALIZADOS				
Descrição	Qualificação do acesso e transição do cuidado nos serviços hospitalares contratualizados de acordo com as demandas dos cidadãos.			
Finalidade	Qualificar e ampliar o acesso aos serviços hospitalares contratualizados de acordo com as demandas dos cidadãos.			
Produto 1	Qualificação da Gestão dos Contratos Hospitalares da Saúde.			
	2026	2027	2028	2029
Percentual	100	100	100	100

4682 - CENTRO LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS ESPECIAIS (CELME)				
Descrição	Manutenção da Farmácia de Medicamentos Especiais - Centro Logístico de Medicamentos Especiais (CELME).			
Finalidade	Dispensar Medicamentos Especiais à população por meio da Farmácia de Medicamentos Especiais - Centro Logístico de Medicamentos Especiais (CELME) municipalizada pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul via convênio com o município.			
Produto 1	Implantação de duas linhas de cuidado prioritárias no âmbito dos medicamentos do CELME.			
	2026	2027	2028	2029
Número	1	1	2	2

4279 - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO AMBULATORIO TRANS				

Descrição	Fortalecer o atendimento especializado de saúde para a população trans, travestis e pessoas não binárias. Além disso, qualificar a estrutura de acolhimento em saúde de forma multiprofissional para prevenção e promoção da saúde integral.			
Finalidade	Garantir e qualificar o acesso ao atendimento especializado à população trans, travestis e pessoas não binárias.			
Produto 1	Diminuir o tempo de espera para o primeiro atendimento.			
	2026	2027	2028	2029
Percentual	-	-	-	100

4732 - PROGRAMA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+														
Descrição	Criação do Programa de Saúde Integral da População LGBTQIAPN+ no município de Porto Alegre, com o objetivo de garantir atendimento humanizado, qualificado e livre de discriminação nos serviços públicos de saúde. Executar ações voltadas à garantia do acesso universal, equânime e integral da população LGBTQ+ ao SUS, com foco no acolhimento qualificado, na formação continuada das equipes, na ampliação da atenção especializada, na prevenção de violências e na visibilidade das demandas específicas de saúde de pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, mulheres e homens trans, pessoas não binárias e demais identidades de gênero e orientações não hegemônicas.													
Finalidade	Promover a equidade e a integralidade do cuidado à população LGBTQ+ no SUS de Porto Alegre, enfrentando barreiras institucionais de acesso, combatendo práticas discriminatórias, e assegurando políticas públicas que respeitem as singularidades dessa população, em conformidade com os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS.													
Produto 1	Capacitação em saúde LGBTQIAPN+ aos trabalhadores da saúde				Produto 2	Criação do programa				Produto 3	Protocolos e fluxos de atendimento humanizado elaborados e implantados			
	2026	2027	2028	2029		2026	2027	2028	2029		2026	2027	2028	2029
Capacitações/ano	-	-	-	4	Percentual	-	-	-	100	Número	-	-	-	4

5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e avaliação de indicadores constantes nos instrumentos de planejamento em saúde, cuja obrigatoriedade é explícita nos normativos do SUS, estão sendo aprimorados por meio de sistemas de informação articulados. Um exemplo é a utilização do DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP), plataforma digital que tem por objetivo a digitalização e o aprimoramento do processo de planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo que estados e municípios registrem e monitorem os dados do Plano de Saúde, da Programação Anual de Saúde, dos Relatórios de Gestão (RDQA e RAG). A plataforma visa fortalecer o planejamento, a regionalização e a gestão do SUS, facilitando a tomada de decisões pelos gestores e o acompanhamento das políticas públicas.

O Relatório de Gestão é outra ferramenta importante que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde orientando eventuais redirecionamentos necessários nas ações do Plano de Saúde. O Relatório de Gestão é apresentado quadrimestralmente na Câmara de Vereadores e o Relatório Anual de Gestão (RAG) apresenta o compilado do ano realizando análises comparativas com o ano anterior.

Outra ferramenta é o Sistema de Monitoramento Estratégico (SME) sistema informatizado, em plataforma *web*, para acompanhamento padronizado das metas pactuadas. É uma ferramenta de gestão municipal da PMPA, que tem como objetivo proporcionar eficiência, por meio da definição de metas e do acompanhamento de projetos, entregas e indicadores. O acompanhamento utiliza informações fornecidas diretamente pelos órgãos responsáveis pela execução, permitindo observar nominalmente o responsável pela prestação das informações, dando transparência e sentido de responsabilização ao processo de gestão e ao uso dos recursos públicos. O uso comum do sistema permite a promoção da transversalidade em todos os órgãos e níveis que compõem a prefeitura, subsidiando a tomada de decisão e acelerando a resolução de entraves.

No caso do monitoramento dos indicadores da atenção primária, estabelecidos no plano de saúde, há o ConsolidaSUS, fórum permanente para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e da gestão em saúde das unidades de saúde do município, com a participação dos gerentes de unidade e

membros das suas equipes sob coordenação da Assepla com apoio da DAPS e DVS. O monitoramento realizado pelas assessoras de monitoramento tem como base a qualificação e a revisão permanente dos processos de trabalho a fim de alcançar indicadores preconizados para atenção primária em saúde do município. As assessoras de monitoramento também têm como papel apoiar as coordenadorias de saúde no monitoramento regional dos indicadores de saúde, na tomada de decisão referente à mudança nos processos de trabalho das unidades e na execução da gestão em saúde da região.

A ferramenta utilizada no ConsolidaSUS permanece hospedada no Google Drive, portanto com uma fragilidade importante de acesso e de depósito de banco de dados, sendo necessárias ferramentas mais seguras de exposição de dados e com a capacidade de produção de gráficos quadros, relatórios para melhor informação para as análises das equipes e da gestão da atenção primária, como BI.

Considerações finais

O Plano Municipal de Saúde representa um compromisso coletivo com a melhoria contínua do cuidado em saúde e com a garantia de direitos da população. Apesar dos desafios identificados, confiamos que, com a participação ativa dos trabalhadores, gestores, conselheiros e comunidade, será possível avançar na consolidação das políticas propostas, alcançar os objetivos estabelecidos e construir uma rede de saúde mais acessível, resolutiva e humanizada. Com dedicação e cooperação, acreditamos que este instrumento será fundamental para orientar conquistas significativas ao longo do período de sua vigência.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Brasília: Anvisa, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1>. Acesso em: 21 out. 2025.

ARUP; THE ROCKEFELLER FOUNDATION. **City Water Resilience Framework (CWRF)**: building resilience in urban water systems. London: Arup, 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

BRASIL. **Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997**. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jul. 1997. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9474.htm

BRASIL. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Dispõe sobre a migração e garante ao migrante no território nacional condições de igualdade com os nacionais, acesso a serviços públicos de saúde, assistência social e previdência social, sem discriminação em razão da nacionalidade ou condição migratória. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 mai. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências. Disponível em: Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm

BRASIL. **Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021**. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 abr. 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 jun. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014**. Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jul. 2014.

Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017**. Dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos direitos dos usuários dos serviços públicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 2017. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 ago. 2018. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Estabelece diretrizes da política nacional de saúde e normas relativas à participação dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), dispõe sobre prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de drogas, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 ago. 2006. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. **Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o estágio de estudantes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 set. 2008. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm

BRASIL. **Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019**. Institui a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica e estabelece garantias de livre mercado. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13874.htm. Acesso em: 21 out. 2025..

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e revisa as diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em:

https://abennacional.org.br/wp-content/uploads/2024/06/PNAB_portaria_2436-setembro_2017.pdf

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 5.350, 12 de setembro de 2024.** Institui a Rede Alyne em substituição à Rede Cegonha. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 nov. 2019. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-220-2024-dgci-saps-ms-e-dahu-saes-ms.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel da Secretaria de Saúde Indígena:**

https://infoms.saude.gov.br/extensions/Sesai_pop_indigena/Sesai_pop_indigena.html . Acesso em 27 de junho de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Brasil Saudável.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/brasil-saudavel>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi). **Diretrizes Nacionais para Eliminação da Aids e da Transmissão Vertical do HIV como Problema de Saúde Pública até 2030.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:

<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2025/diretrizes-para-a-eliminacao-da-aids-e-da-transmissao-do-hiv-como-problemas-de-saude-publica-no-brasil-ate-2030.pdf> Acesso em: 30 out. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública (End TB).** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/brasil-livre-da-tuberculose/view> . Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Eliminação da Hepatite C.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2019/plano-para-eliminacao-da-hepatite-c-no-brasil> Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional para Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/pacto-nacional-tv-2022.pdf> Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Tuberculose 2024 Brasília:** Ministério da Saúde, 2024. Disponível

em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-tuberculose-2024/view> . Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2024**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível

em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/view . Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno temático do Programa Saúde na Escola: prevenção do uso do tabaco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília, DF: MS, 2022b. Disponível em:

https://sisaps.saude.gov.br/pse/material_apoio

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC)**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: tabagismo. Brasília, DF, 2021. Disponível

em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Resumidos/20210113_PCDT_Resumido_Tabagismo.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 908, de 20 de abril de 2022**. Brasília, DF, 2022a. Disponível em:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202211/11145844-port-908-2022.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Brasília, DF, 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2021**.

Estabelece os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 maio de 2021. Acesso em: 21 out. 2025. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-888-de-4-de-maio-de-2021-318461562>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância, prevenção e controle de zoonoses: normas técnicas e operacionais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/zoonose/manual-zoonoses-tecnicas-e-operacionais.pdf/view> . Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA). **Instrução Normativa nº 50, de 24 de setembro de 2013**. Estabelece a lista de doenças de notificação obrigatória dos animais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 set. 2013. Acesso em: 21 out. 2025. Disponível em:

<https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/sanidade-animal-e-vegetal/saude-animal/arquivos-das-publicacoes-de-saude-animal/IN502013.pdf>

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 001/2016 – MAPA/MS**. Autoriza o uso do produto Miltefosina para o tratamento da Leishmaniose Visceral Canina (LVC). Brasília, DF, 2016. Disponível em:

<https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/insumos-agropecuarios/insumos-pecuarios/produtos-veterinarios/legislacao-1/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-11-2016-cpv-dfip-sda-gm-mapa-de-1-09-2016.pdf> . Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Portaria Interministerial nº 1.426, de 11 de julho de 2008**. Proíbe o tratamento de Leishmaniose Visceral Canina (LVC) com produtos de uso humano ou não registrados no MAPA. Disponível em: Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 jul. 2008. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/leishmaniose-visceral/legislacao/portaria-interministerial-no-1426-de-11-de-julho-de-2008/view>

BRASIL. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Decreto Municipal nº 20.111, de 12 de novembro de 2018**. Altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e integra o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) à Diretoria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, 13 nov. 2018. Disponível em: <http://leismunicipa.is/wrpde>

BRASIL. Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul (CIB/RS). **Deliberação CIB nº 19, de 2020**. Dispõe sobre a municipalização do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) de Porto Alegre. Porto Alegre, 2020. Disponível em:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/23161014-cibr019-20.pdf>. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA). **Portaria SVSA nº 57, de 5 de abril de 2023**. Altera a abrangência dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) no âmbito nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 fev. 2023. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-svsa-n-57-de-5-de-abril-de-2023-475802063>

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/508200/CF88_EC85.pdf

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera dispositivos constitucionais para dispor sobre o financiamento da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 set. 2000. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Estabelece a estrutura de blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 dez. 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 828, de 17 de abril de 2020.** Altera a nomenclatura dos blocos de financiamento do SUS para Manutenção e Estruturação. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 abr. 2020. Disponível em:

https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/copy_of_portarias/2020/portaria-no-828-de-17-de-abril-de-2020.pdf/view

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. **Decreto Municipal nº 22.429, de 17 de janeiro de 2024.** Dispõe sobre as competências da Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Diário Oficial do Município, Porto Alegre, 17 jan. 2024. Disponível em:

https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/5046_ce_462025_1.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. **Programa Nacional de Gestão de Custos: Manual Técnico de Custos – Conceitos e Metodologia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0243_M.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. **Portaria nº 55, de 10 de janeiro de 2018.** Dispõe sobre o uso da informação de custos no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jan. 2018. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0055_12_01_2018.html. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. **Portaria nº 2.073.242, de 2017.** Dispõe sobre a gestão municipal de custos na saúde e consolida o uso do ApuraSUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html. Acesso em: 21 out. 25.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório sobre eliminação da transmissão vertical do HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/brasil-saudavel/transmissao-vertical>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.**

Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Atualizada em 2013. Disponível em:

<https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/11285/1/PORTARIA%20N%20%ba%203.088%2c%20DE%2023%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202011.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023.**

Estabelece critérios e diretrizes para o financiamento e a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 jun. 2023. Disponível:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-757-d-e-21-de-junho-de-2023/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 709, de 17 de dezembro de 2010.** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - ASMA. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 dez. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202010/prt0709_17_12_2010.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2014. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 609, de 6 de junho de 2013.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jun. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0609_06_06_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.526, de 26 de outubro de 2023.** Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-526-de-11-de-outubro-de-2023/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 abr. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 ago. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013.** Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito

Federal e Municípios, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jul. 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: fundamentos, diretrizes e estratégias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Resolução nº 8, de 27 de setembro de 2022. Aprova o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas 2022-2027. Diário Oficial da União, 4 out. 2022. Disponível em:

<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/resolucao-n-8-de-27-de-setembro-de-2022.pdf>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018**. Dispõe sobre a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2018/resolucao-no-588.pdf/view>. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. Porto Alegre. **Decreto nº 23.001, de 26 de novembro de 2024**. Altera o § 3º do art. 6º do Decreto nº 21.126, de 10 de agosto de 2021, que reorganiza o Escritório de Eventos, reformula os procedimentos e rotinas para autorização de atividades e eventos no Município de Porto Alegre. Diário Oficial de Porto Alegre, Porto Alegre, 26 nov. 2024. Disponível em:

<https://legislacao.portoalegre.rs.gov.br/norma/49483>. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html.

Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios (CGSIM). **Resolução nº 57, de 21 de maio de 2020**. Dispõe sobre a classificação de risco das atividades econômicas.

Brasília, DF: Ministério da Economia, 2020. Disponível

em: https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/drei/cgsim/resolucoes-cgsim/arquivos/resolucao_57_de_2020.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.185, de 1º de dezembro de 2022**. Institui o Programa Vigidesastres, sob a responsabilidade da Coordenação-Geral de Preparação para Emergências em Saúde Pública, do Departamento de Emergências em Saúde Pública, vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Diário Oficial da União, Brasília, 01 dez. 2022. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt4185_05_12_2022.html.

Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.153, de 28 de dezembro de 2022.** Institui o Programa de Gestão da Qualidade e Gerenciamento de Risco em Vigilância Sanitária no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/snvs/financiamento/arquivos/portariagmms4.15328112022pvvisarepasses2municipios.pdf>. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico — Hepatites Virais 2024.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-numero-especial-jul-2024.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASÍLIA (DF). **Lei Municipal nº 13.527, de 4 de julho de 2023.** Institui a Política Municipal para o imigrante, o apátrida, o asilado político e o solicitante de asilo político, o refugiado e o solicitante de refúgio, e para o migrante, interno ou externo, vítima de redução à condição análoga à de escravo, tráfico humano ou em situação de vulnerabilidade. Diário Oficial do Município de Brasília, Brasília, DF, 4 jul. 2023. Disponível: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/hotsites/sms/bvaps-biblioteca-virtual-de-atencao-primaria-saude/Lei%20-%20n13.527%20-%204%20de%20Julho%20-%202023.pdf

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Abr. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 453, de 2012.** Estabelece critérios de composição e paridade nos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-453.pdf/view>. Acesso em: 21 out. 2025.

COUTO et fal. **O homem na atenção primária à saúde:** discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. 2010 Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2010.v14n33/257-270/pt>

EMPRESA PÚBLICA DE TRANSPORTE E CIRCULAÇÃO. **Perfil da cidade. 2023.** Disponível em <https://prefeitura.poa.br/smpae/observapoa/cidade>. Acesso em: 15 Ago 2025.

FERREIRA, G. F. C. **Impactos do tabagismo no desenvolvimento da doença periodontal:** uma revisão integrativa. Revista Contemporânea, [S. l.], v. 4, n. 12, p. e6790, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N12-013. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/6790>. Acesso em: 18 ago. 2025.

HERPICH, Tiago Luís. **Atividades de educação permanente em uma campanha de combate ao câncer bucal (projeto maio vermelho). 2022.** Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/246130>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.

Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE (IPCC). **Climate Change 2023: Impacts, Adaptation and Vulnerability**. Working Group II Contribution to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge: Cambridge University Press, 2023. Disponível em: <https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/>. Acesso em: 21 out. 2025.

INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE (IPCC); ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Climate Change 2024: Synthesis Report**. Summary for Policymakers. Geneva: World Meteorological Organization, 2024. Disponível em: <https://www.ipcc.ch/report/ar6/syr/>. Acesso em: 21 out. 2025.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Global AIDS Strategy 2021–2026: End inequalities. End AIDS**. [S.l.]: UNAIDS, 2021. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>. Acesso em: 21 out. 2025

LOUZADA, M. L. D. C., Cruz, G. L. D., Silva, K. A. A. N., Grassi, A. G. F., Andrade, G. C., Rauber, F., ... & Monteiro, C. A. (2023). **Consumo de alimentos ultraprocessados no Brasil: distribuição e evolução temporal 2008–2018**. Revista de Saúde Pública, 57, 12. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2023.v57/12/pt>. Acesso em: 21 out. 2025

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Nova York: ONU, 2007. Disponível em: <https://site.conpedi.org.br/publicacoes/7j4p413w/0jsz105n/Xmb784t9i0yUO2wC.pdf>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; BRASIL. Ministério da Saúde. **Mudanças Climáticas para Profissionais da Saúde**. Brasília: OPAS/MS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/guia-mudancas-climaticas-para-profissionais-da-saude.pdf> . Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico nº 97: Tuberculose e Esporotricose**. Porto Alegre: SMS/PMPA; out. 2025. 19 p. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/hotsites/sms/vigilancia-em-saude/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%2097%20-%20TB%20e%20Esporotricose.pdf_0.pdf.

PORTO ALEGRE (RS). Prefeitura Municipal. **Orçamento Participativo (OP/PMPA). 2025**. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/smgov/orcamento-participativo>. Acesso em: 26 fev. 2025

PORTO ALEGRE (RS). **Lei Complementar nº 395, de 26 de dezembro de 1996**. Institui o Código Municipal de Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 1996. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-complementar/1996/39/395/le>

[i-complementar-n-395-1996-institui-o-codigo-municipal-de-saude-do-municipio-de-porto-alegre-e-da-outras-providencias](#) Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE (RS). Secretaria Municipal de Saúde. **Matriz de Agravos versus Níveis de Atenção**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://sites.google.com/view/bvsapspoa>. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE (RS). **4ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Porto Alegre**. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/4a-conferencia-municipal-de-saude-mental>

PORTO ALEGRE (RS). **Lei Complementar nº 876, de 17 de março de 2020**. Institui normas para os atos de liberação de atividade econômica no município. Disponível em: <http://leismunicipa.is/wrpjx>

PORTO ALEGRE (RS). **Lei Complementar nº 983, de 18 de dezembro de 2023**. Dispõe sobre a classificação de risco e a definição de baixo risco para atividades econômicas no município. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2023. Disponível em: <http://leismunicipa.is/0ot7b>. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE (RS). **Decreto nº 22.102**, de 21 de julho de 2023. Regulamenta a classificação de risco econômico-sanitário e os procedimentos para liberação de atividades no município. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2023. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre>. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE (RS). **Decreto nº 22.444**, de 22 de janeiro de 2024. Altera o Decreto nº 22.102, de 21 de julho de 2023, que regulamenta a classificação de risco econômico-sanitário. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2024. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br>. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. **Decreto nº 21.869, de 9 de fevereiro de 2023**. Institui o Plano de Logística Sustentável (PLS) da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Diário Oficial de Porto Alegre, Porto Alegre, 09 fev. 2023. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br>. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. **Instrução Normativa nº 012, de 2025**. Regulamenta a participação do Grupo de Trabalho Técnico para implementação e monitoramento do Plano de Ação Climática (PLAC) da Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial de Porto Alegre, Porto Alegre, 2025. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/sites/smamus/GT_PLAC_Monitoramento.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Decreto nº 21.760, de 1º de dezembro de 2022**. Regulamenta as atividades de estágio no âmbito da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Diário Oficial de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, 1 dez. 2022. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rs/p/porto-alegre/decreto/2022/2176/21760/decreto-n-21760-2022-dispoe-sobre-o-programa-de-estagio-na-administracao-centralizada-atarquias-e-fundacoes-municipais>. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. **Lei Municipal nº 277, de 1992**. Institui o Conselho Municipal de

Saúde de Porto Alegre. Diário Oficial do Município, Porto Alegre, 1992. Disponível em:

https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/lei_complementar_277_de_20-05-1992_com_alteracoes.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. **Lei Complementar nº 241, de 04 jan. 1991.** Cria o Conselho Municipal de Entorpecentes – COMEN. Diário Oficial do Município, Porto Alegre, 1991. Disponível em:

<http://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-complementar/1991/25/241/lei-complementar-n-241-1991-autoriza-a-criacao-pelo-executivo-do-conselho-municipal-d-e-entorpecentes-comen-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. **Lei Complementar nº 328, de 27 jul. 1994.** Altera a Lei Complementar nº 241/1991. Diário Oficial do Município, Porto Alegre, 1994. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-complementar/1994/33/328/lei-complementar-n-328-1994-altera-a-lei-complementar-n-241-de-04-de-janeiro-de-1991-comen-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. **Lei Complementar nº 662, de 07 dez. 2010.** Altera a Lei Complementar nº 241/1991, instituindo o COMAD, o Fórum Porto-Alegrense de Prevenção à Dependência Química e o Fundo COMAD. Diário Oficial do Município, Porto Alegre, 2010. Disponível em:

<https://prefeitura.poa.br/catalogo-conselhos/comad/documentos/lei-complementar-662-de-07-de-dezembro-2010>. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. **Lei Complementar nº 1.037, de 02 fev. 2025.** Reorganiza e consolida a Administração Pública Municipal. Diário Oficial do Município, Porto Alegre, 2025. Disponível em:

https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/5524_ce_520401_1.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. **Decreto nº 21.315, de 29 dez. 2021.** Reinserção do COMAD na Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município, Porto Alegre, 2021. Disponível em:

https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/4209_ce_346544_1.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. **Decreto nº 21.425, de 2022.** Redação acrescida ao Decreto nº 21.315/2021. Diário Oficial do Município, Porto Alegre, 2022. Disponível em:

https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/4315_ce_356066_1.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Decreto nº 20.312, de 11 de julho de 2019.** Dispõe sobre o Inventário Anual de Bens Imóveis do Município de Porto Alegre. Diário Oficial de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, 11 jul. 2019. Disponível em:

https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/2982_ce_261388_1.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. **Lei Municipal nº 7.770, de 1996.** Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos municipais e dá outras providências. Diário Oficial de Porto

Alegre, Porto Alegre, RS, 1996. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-ordinaria/1996/777/7770/lei-ordinaria-n-7770-1996-dispoe-sobre-a-admissao-de-pessoal-por-tempo-determinado-a-fim-de-atender-necessidades-temporarias-de-excepcional-interesse-publico-consoante-o-que-preceitua-o-inciso-ix-do-art-37-da-constituicao-federal-e-o-inciso-ii-do-art-17-da-lei-organica-do-municipio-de-porto-alegre>. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Decreto nº 20.422, de 6 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, 2019 Disponível em:

https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/3135_ce_275044_1.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Decreto nº 20.545, de 2020**. Altera o Decreto nº 20.422, de 6 de dezembro de 2019, que dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, 2020 Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a1/rs/p/porto-alegre/decreto/2020/2054/20545/decreto-n-20545-2020-estabelece-o-regimento-interno-da-secretaria-municipal-de-saude-sm-s-no-mbito-da-administracao-direta-ad-da-prefeitura-municipal-de-porto-alegre-pmpa>. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. **Comissão e Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**. Porto Alegre, 2013. Disponível em:

https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/sites/dmlu/PMGIRS/pmgirs_porto_alegre_volume_2.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE (RS). Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 25436436, de 2023**. Dispõe sobre normas sanitárias para funcionamento de estabelecimentos veterinários no município de Porto Alegre. Porto Alegre: SMS, 2023. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/portaria-regulamenta-servicos-veterinarios-em-porto-alegre>. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE (RS). Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 17754792, de 2022**. Estabelece requisitos sanitários para o preparo e comercialização de sushis e similares no município de Porto Alegre. Porto Alegre: SMS, 2022. Disponível em: https://www2.portoalegre.rs.gov.br/dopa/ver_conteudo.php?protocolo=354862. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE (RS). Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 27404350, de 2024**. Dispõe sobre normas sanitárias para serviços que realizam imunoterapia no município de Porto Alegre. Porto Alegre: SMS, 2024. Disponível em: https://www2.portoalegre.rs.gov.br/dopa/ver_conteudo.php?protocolo=467072. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE (RS). Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 19680188, de 2022**. Regulamenta os procedimentos sanitários relativos à unitarização de medicamentos no município de Porto Alegre. Porto Alegre: SMS, 2022. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/portaria-permite-fracionamento-de-medicament>

[os-para-servicos-especificos](#). Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE (RS). Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 25510929, de 2023**. Dispõe sobre a realização de vacinação domiciliar por clínicas privadas no município de Porto Alegre. Porto Alegre: SMS, 2023. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/portaria-autoriza-clinicas-privadas-de-vacinas-i-munizarem-em-domicilios>. Acesso em: 21 out. 2025.

PORTO ALEGRE. **Lei Municipal nº 13.832, de 15 de janeiro de 2024**. Estabelece normas de atendimento médico em eventos públicos ou privados com aglomeração de pessoas no mesmo ambiente – Lei Alice de Moraes. Diário Oficial de Porto Alegre, Porto Alegre, 15 jan. 2024. Disponível em: https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/5044_ce_461757_1.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (PENSSAN). **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil [livro eletrônico]: II VIGISAN – relatório final**. 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 21 out. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS). **Deliberação nº 390, de 2022**. Dispõe sobre metas pactuadas da 10ª Região de Saúde no âmbito da Vigilância Sanitária. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202212/13094630-cibr390-22.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS). **Deliberação nº 250, de 18 de dezembro de 2009**. Dispõe sobre as ações de Vigilância Sanitária no âmbito municipal. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, 2009. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170235/23103512-1340394554-cibr250-09.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992**. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Sul. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 10 ago. 1992. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/upload/arquivos/20170628/lei-da-reforma-psiquiatica.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria SES nº 847, de 15 de abril de 2024 (SEI nº 25.0.000025099-9)**. Institui o Programa Qualifica Vigilância, destinado a incentivar a qualificação das ações de Vigilância em Saúde no Estado do Rio Grande do Sul e regulamenta a transferência de recursos. Porto Alegre: SES-RS, 2024. Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=1179685>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Boletim informativo Saúde Indígena**. DAPPS, [s.l.], 2024. Disponível em: <https://atencao primaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202404/19110543-boletim-informativo-saude-indigena.pdf>. Acesso em: 22 out. 2025.

SCHRAIBER; GOMES; COUTO. **Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva**. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2005.v10n1/7-17/pt>

SEMA, 2016. **Plano da bacia hidrográfica do Lago Guaíba**. Disponível em: <https://sema.rs.gov.br/g080-bh-guaiba>. Acesso em 26/02/2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Revisão bibliográfica realizada pelo Departamento de Cardiologia e Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo: SBP, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2021/nota-tecnica-no-18-2021.pdf> . Acesso em: 17 out. 2025.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Water, Sanitation and Hygiene (WASH): global strategy**. New York: UNICEF/WHO, 2021.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. **Transição demográfica: a experiência brasileira**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(4):539-548, out-dez 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS) — **Elimination of hepatitis by 2030: a WHO health-topic overview** Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/hepatitis/elimination-of-hepatitis-by-2030>

WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: warning about the dangers of tobacco. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240112063>. Acesso em 17 ago 202

ANEXO A - PLANILHA DE OBRAS

Coordenado ria de saúde e hospitais próprios	DS	Serviços	Tipo
HMIPV	HMIPV	Reforma e qualificação do prédio atual com critérios de sustentabilidade e resiliência ¹	Reforma/Ampliação
HPS	HPS	Reforma e qualificação do prédio atual com critérios de sustentabilidade e resiliência ²	Reforma/Ampliação
Leste	Leste	CAPS Adulto	Construção
Leste	Leste	CEO Bom Jesus	Construção
Leste	Leste	US Bom Jesus	Reforma/Ampliação
Leste	Leste	US Coinma	Construção
Leste	Leste	US Laranjeiras	Reforma/Ampliação
Leste	Lomba do Pinheiro	CAPSi Lomba do Pinheiro	Construção
Leste	Lomba do Pinheiro	US Esmeralda	Construção
Leste	Lomba do Pinheiro	US Indígena (Local Aldeia Polidoro)	Construção
Leste	Lomba do Pinheiro	US Lomba do Pinheiro	Construção
Leste	Lomba do Pinheiro	US Mapa	Construção
Leste	Lomba do Pinheiro	US Quinta do Portal	Construção
Leste	Nordeste	US Batista Flores	Reforma/Ampliação
Leste	Nordeste	US Chácara da Fumaça	Construção
Leste	Nordeste	US Irmãos Maristas	Construção
Leste	Nordeste	US Timbaúva	Reforma/Ampliação
Leste	Nordeste	US Wenceslau Fontoura	Reforma/Ampliação
Leste	Partenon	Policlínica Leste	Reforma/Ampliação
Leste	Partenon	US Ceres - Prédio CARRIS	Reforma/Ampliação

¹ Casa anexo; Centro obstétrico - CO; Fachada/pele de vidro bloco C; Impermeabilização das lajes de cobertura, blocos A e C; Implantação PPCI; Laudo estado estrutural e manutenção escada de incêndio; PMOC condicionadores de ar - Plano de manutenção, operação e controle; Reforma elétrica bloco C; Sala para espectrômetro de massa - teste do pézinho; SPDA blocos A e C; Troca das janelas Bloco A.

² Sistema de gases; Gerador; Implementação de medidas do PPCI visando obtenção de alvará definitivo; Reforma passarela metálica 3º pavimento do HPS; Melhorias no sistema de climatização das enfermarias e utis - substituição de chiller do 2º andar; Telhado roupa e prédio Boilers - recuperação de lajes com patologia; Recuperação da rede de esgoto; Sistema de proteção contra descargas atmosféricas (SPDA); Substituição de painéis industriais e recuperação de piso de rede de esgoto da nutrição; Recuperação do reservatório de água inferior do hospital (impermeabilização e recuperação de alvenaria); Projetos executivos para reforma parcial do laboratório de patologia clínica; Substituição completa da rede hidrossanitária; Renovação dos sistemas de climatização; Obras de reforma da UTI 3º; Obras de reforma da UTI 4º; Obras de reforma da UI 3º; Obras de reforma da UI 4º; Projeto e execução e revitalização áreas externas (pintura, pisos); Contratação obra reforma para rede de água quente bloco A; Contratação para instalação de detecção e alarme de incêndio; Centro de tratamento de queimados.

Leste	Partenon	US Maria da Conceição	Construção
Leste	Partenon	US Santo Alfredo	Construção
Norte	Eixo Baltazar	CER IV	Construção
Norte	Eixo Baltazar	US Esperança Cordeiro	Reforma/Ampliação
Norte	Eixo Baltazar	US Jardim Leopoldina	Construção
Norte	Eixo Baltazar	US Passo das Pedras I	Reforma/Ampliação
Norte	Eixo Baltazar	US Passo das Pedras II	Reforma/Ampliação
Norte	Eixo Baltazar	US Planalto	Construção
Norte	Eixo Baltazar	US Rubem Berta	Reforma/Ampliação
Norte	Eixo Baltazar	US Santa Rosa	Construção
Norte	Humaitá-Navegantes	Base SAMU - Zeferino Dias	Construção
Norte	Humaitá-Navegantes	Depósito SAMU	Construção
Norte	Noroeste	CS IAPI	Reforma/Ampliação
Norte	Noroeste	Policlínica Norte	Reforma/Ampliação
Norte	Noroeste	US São Sebastião	Construção
Norte	Noroeste	US Vila Ipiranga	Reforma/Ampliação
Norte	Norte	US Assis Brasil	Construção
Norte	Norte	US Bom Fim	Construção
Oeste	Centro	CAPS II Centro	Construção
Oeste	Centro	CS Modelo	Reforma/Ampliação
Oeste	Centro	DVS - Cobertura terraço (Vigilância)	Reforma/Ampliação
Oeste	Centro	Laboratório da unidade de Vigilância Ambiental	Reforma/Ampliação
Oeste	Centro	Policlínica Oeste	Reforma/Ampliação
Oeste	Centro	Sede - SMS Subestação de energia elétrica	Reforma/Ampliação
Oeste	Centro	US Santa Marta	Reforma/Ampliação
Oeste	Centro	US UFCSPA	Construção
Oeste	Cristal	US Cristal	Reforma/Ampliação
Oeste	Cristal	US Divisa	Reforma/Ampliação
Oeste	Cristal	US Mato Grosso	Construção

Oeste	Cristal	US Nossa Senhora das Graças	Reforma/Ampliação
Oeste	Cristal	US Vila Cruzeiro	Reforma/Ampliação
Oeste	Cruzeiro	Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (PACS) - Subestação de energia elétrica	Reforma/Ampliação
Oeste	Cruzeiro	CS PACS / CSV	Reforma/Ampliação
Oeste	Cruzeiro	US Cruzeiro do Sul	Reforma/Ampliação
Oeste	Cruzeiro	US Moab Caldas	Reforma/Ampliação
Oeste	Cruzeiro	US Santa Tereza	Construção
Oeste	Cruzeiro	US Tronco	Reforma/Ampliação
Oeste	Glória	US Glória	Construção
Sul	Centro Sul	CS Camaquã	Reforma/Ampliação
Sul	Centro Sul	US Alto Erechim	Reforma/Ampliação
Sul	Centro Sul	US Calábria	Reforma/Ampliação
Sul	Centro Sul	US Campos do Cristal	Reforma/Ampliação
Sul	Centro Sul	US Cidade de Deus	Reforma/Ampliação
Sul	Centro Sul	US Jardim das Palmeiras	Reforma/Ampliação
Sul	Centro Sul	US Monte Cristo	Construção
Sul	Extremo Sul	US Belém Novo	Reforma/Ampliação
Sul	Extremo Sul	US Lami	Construção
Sul	Extremo Sul	US Paulo Viaro	Reforma/Ampliação
Sul	Extremo Sul	US Porto dos Casais	Construção
Sul	Restinga	Maternidade HRES	Construção
Sul	Restinga	US José Mauro Ceratti Lopes	Construção
Sul	Sul	CAPSi III	Construção
Sul	Sul	Policlínica Sul	Construção

Todos	Adequação Acessibilidade (NBR 9050)	Reforma/Ampliação
	PPCI - Prédios da área construída acima de 700m ²	Reforma/Ampliação
	PPCI - Prédios da área construída menor de 700m ²	Reforma/Ampliação

Fonte: SMS

**ANEXO B - CALENDÁRIO DAS AÇÕES/CAMPANHAS DE
COMUNICAÇÃO/EDUCAÇÃO-SMS**

Mês	Data	Assunto
Janeiro	29/01	Dia da Visibilidade Trans
	01	Janeiro Branco (Saúde Mental)
Fevereiro	18/02	Dia Nacional de Combate ao Alcoolismo
	28/02	Dia das Doenças Raras
Março	08/03	Dia Internacional da Mulher
	21/03	Dia Internacional contra a Discriminação Racial
	24/03	Dia Mundial de Combate à Tuberculose
	07/04	Dia Mundial da Saúde
Abril	06/04	Dia Mundial da Atividade Física
	2/04	Dia Mundial de Conscientização Sobre o Autismo
	18 a 22/04	Semana dos Povos Indígenas
	26/04	Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial
Maio	Maio	Maio vermelho: Saúde Bucal
	03/05	Comemoração da Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
	05/05	Dia Nacional pelo Uso Racional de Medicamentos
	18/05	Dia Nacional da Luta Antimanicomial
	31/05	Dia Estadual de Luta Contra o Câncer Bucal
	31/05	Dia Mundial Sem Tabaco; Dia Estadual de Luta Contra o Câncer Bucal
Junho	06/06	Dia Nacional do Teste do Pezinho
	06/06	Dia Nacional da Luta Contra Queimaduras
	19/06	Dia Mundial de Conscientização sobre a Doença Falciforme
	28/06	Dia Internacional do Orgulho LGBTQIA+
Julho	25/07	Dia Municipal da Mulher Negra, Latino-americana e Caribenha
	27/07	Dia Nacional de Combate aos Acidentes de Trabalho
	28/07	Dia Mundial de luta contra as Hepatites (julho amarelo - mês de luta contra as hepatites virais)
Agosto	Agosto	Agosto Dourado (aleitamento materno)
	Última semana de agosto	Semana da Amamentação Negra
	01/08 a 07/08	Semana Mundial da Amamentação
	19/08	Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua
Setembro	Setembro	Setembro Amarelo: Prevenção ao Suicídio
	29/09	Dia Mundial do Coração (Combate às Doenças Cardiovasculares)

	27/09	Setembro Verde - doação de órgãos
Outubro	Outubro	Outubro Rosa: Conscientização e Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama
	01/10	Dia Mundial do Idoso
	11/10	Dia Mundial da Obesidade e Dia Nacional de Prevenção da Obesidade.
	16/10	Dia Mundial da Alimentação
	19/10	Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita
Novembro	Novembro	Novembro Negro
	Novembro	Novembro Azul: Saúde do Homem
	14/11	Dia Nacional do Combate à Diabetes.
	20/11	Dia Nacional da Consciência Negra
	25/11	Dia Mundial do Doador de Sangue
Dezembro	01/12	Dia Mundial de Luta Contra a AIDS
	03/12	Dia Internacional das Pessoas com Deficiência

Fonte: ASSECOM - SMS.

ANEXO C - PLANO PLURIANUAL

Produto 1 Ação	Unidade Medida 1 Ação	Meta 2026	Meta 2027	Meta 2028	Meta 2029	Acumulado (sim ou não)
US com farmacêutico em todo o horário de funcionamentos do serviço	%	25	50	75	100	Sim
Redução do Tempo Resposta do SAMU para atendimentos de urgência com Prioridade 1 (casos clínicos, traumáticos e obstétricos severos)	minutos:segundos (MM:SS)	16:00	15:00	14:00	13:00	Não
PROMETA 98 - Implantar novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município.	Número de CAPS implantados	17	18	19	19	Sim
PROMETA 107 - Ampliar o número de equipes de Atenção Primária à Saúde.	Número de equipes de saúde da família na Atenção Primária ampliados	395	398	400	400	Sim
Ampliar o número de ambulâncias de remoção no horário entre 10h e 20h	Número de ambulâncias de remoção ampliadas	0	1	2	3	Sim
PROMETA 101 - Ampliar o número de Unidades de Saúde abertas até às 19 horas.	Número de Unidades de Saúde Abertas Até às 19 horas	58	59	60	60	Sim
Implantar 26 Conselhos Locais de Saúde na Rede de Saúde Municipal	Número de conselhos locais	6	13	19	26	Sim
PROMETA 106 - Duplicação do Hospital de Pronto Socorro (HPS).	Percentual de Duplicação do Hospital de Pronto Socorro Viabilizado	50%	75%	100%	100%	Sim
Reforma do Centro Obstétrico (CO) do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - HMIPV	%	25	50	75	100	Sim
PROMETA 103 - Implantar o serviço de teleconsulta na Atenção Primária e Especializada do município.	Percentual do Serviço de Tele Consultas na Atenção Primária e Especializada Implantado	50%	75%	100%	100%	Sim
PROMETA 99 - Habilitar e qualificar como Unidades de Prontos Atendimentos - UPA os Prontos Atendimentos do município.	Número de Prontos Atendimentos Habilitados e Qualificados como UPA	2	3	4	0	Sim
Ampliação dos Pontos de Coleta Laboratorial da Rede Conveniada na Cidade	Número (acumulado)	41	42	43	44	Sim
PROMETA 100 - Implantar de forma permanente o Programa Agiliza Saúde (exames).	Percentual do Programa Agiliza Implantado	50%	75%	100%	0%	Sim
PROMETA 105 - Construir Unidades de Saúde no município.	Número de Unidades de Saúde Construídas	2	3	7	7	Sim
PROMETA 104 - Implantar 4 Centros de Especialidades Regionais Policlínicas no município.	Número de Centros de Especialidades Implantados na Região de Coordenadoria de Saúde	0	2	4	4	Sim

PROMETA 102 - Ampliar as Equipes Multidisciplinares em Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos.	Número de Equipes Multidisciplinares em Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos em Funcionamento	19	20	21	21	Sim
Implantar totens com sistema emissão de senhas e avaliação dos usuários na US	Percentual de Unidades de Saúde do Município com totens	25,00%	50%	75,00%	100%	Sim
Capacitações realizadas para rede de atenção em saúde em HIV/AIDS, ISTs (Sífilis), Hepatites Virais, Tuberculose e HTLV	Número	5	5	5	5	Não
Realizar capacitações para os profissionais da rede de atenção à saúde relacionadas às 17 áreas técnicas vinculadas à Coordenação de políticas públicas em saúde.	Número	17	17	17	17	Não
Registrar 90% de óbitos no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	%	90%	90%	90%	90%	Não
Realizar o controle vetorial em 100 % das notificações de identificação de vírus de arboviroses no vetor <i>Aedes aegypti</i> , a partir da armadilha (mosquitrap) positiva, num raio de 150 m.	%	100	100	100	100	Não
Investigar os surtos infecciosos notificados pelas instituições hospitalares do município.	%	100%	100%	100%	100%	Não
Ampliar o percentual de próteses dentárias entregues por ano.	%	25%	50%	75%	100%	Sim
Ampliar a frota de veículos para o Transporte Sanitário Eletivo	Nº	13	14	15	15	Sim
Percentual de agravos relacionados ao trabalho, revisados quanto aonexo ocupacional.	%	90%	90%	90%	90%	Não
PROMETA 97 - Implantar novas Unidades do Centro de Referência do Transtorno Autista (CERTA).	Número de Unidades do CERTA Implantadas	1	1	2	0	Não
Percentual de Unidades de Saúde com abertura nos finais de semana previstos na Operação Inverno de cada ano.	%	100	100	100	100	Não
Percentual de ampliação de leitos previstos na Operação Inverno de cada ano.	%	100	100	100	100	Não
Garantir o fornecimento de fraldas infantis para 100% das crianças com CID de deficiência que realizarem a solicitação."	%	100	100	100	100	Não
Implantar uma maternidade tipo I anexa ao HRES	Percentual de conclusão da obra	33%	66%	100%	100%	Sim
Plano de Investimento e Custeio do HI implantado	%	25	50	75	100	Sim
PROMETA 100 - Implantar de forma permanente o Programa Agiliza Saúde (consultas).	Percentual do Programa AGILIZA implantado	50%	75%	100%	0%	Sim

Implantar duas linhas de cuidado prioritárias no âmbito dos medicamentos do CELME	nº	1	1	2	2	Sim
Avaliação dos erros programáticos de vacinação notificados pelo município	%	89	90	91	92	Sim

ANEXO D - 9º CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Eixo 1			
Proposta	Votação	Priorização	
1.20	94,12	1	Retomar e fortalecer o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Agente de Combate a Endemias (ACE), atualmente descaracterizados pela PNAB 2017, reduzidos ou direcionados a atividades administrativas. Garantir, no conjunto de suas funções, o papel de articulador(a) e mobilizador(a) no território, promovendo a participação social da comunidade e priorizando sua atuação nas diferentes instâncias de controle social.
1.14	93,44	2	Garantir, na formação acadêmica de profissionais de saúde e nos programas de residência médica e multiprofissional, de modo descentralizado, a inclusão de disciplinas sobre controle social, LGBTQIAPN+, população trans, população negra, povos indígenas, quilombolas, populações da floresta e do campo, migrantes, povos ciganos, populações em situação de rua, população privada de liberdade, pessoas com deficiência e neuro diversas, pessoas gordas e obesas, ensino de Libras, saberes ancestrais e outros saberes não hegemônicos (como as PICS), além de participação popular. Esses conteúdos devem ser construídos a partir da deliberação do controle social, com priorização nas redes de atenção psicossocial e atenção básica, alinhados aos princípios e diretrizes do SUS, às necessidades locais e às especificidades das redes de atenção, com o objetivo de promover a cultura da paz na sociedade brasileira.
1.15	93,16	3	Implementar um modelo de atenção à saúde que supere a perspectiva médico-privatista baseando-se no cuidado multiprofissional e nos princípios da universalidade, integralidade e autonomia, aliada à despreciação dos vínculos de trabalho, e saúde inclusive saúde mental das/os trabalhadoras/es de todas as categorias vinculadas ao SUS. Carreira de Saúde Pública Nacional para o SUS.
1.7	91,71	4	Garantir o fim das terceirizações e privatizações no SUS como mecanismo para a garantia do comando único na gestão do SUS para a efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, por meio de contratação de servidoras/es públicos, com relação de trabalho estável, possibilitando condições para a construção de vínculos de atenção e cuidado com a comunidade, fundamental para a efetividade do Controle Social.
1.3	91,36	5	Garantir a ampliação dos recursos previstos para a Política de Saúde Mental do município, através da Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2% para 5% destinados a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, priorizando os serviços de base territorial substitutivos, de acordo com a lei 10.216 que não prevê comunidades terapêuticas, pois atualmente 80% dos recursos estão sendo destinados para os componentes hospitalares e de internação e menos de 1% do orçamento da saúde é destinado para a saúde mental.
1.5	91,09	6	Recriar e retomar o financiamento e valorização dos NASF, reconhecendo seu papel fundamental no apoio matricial, educação permanente e gestão clínica do cuidado nas equipes da ESF. A articulação das atividades e presença de profissionais do NASF nos serviços de APS aumenta a capacidade resolutiva da ESF e a integralidade do cuidado no território.

1.10	90,46	7	Universalizar a atenção básica através da Estratégia da Saúde da Família (ESF) com a meta de alcançar 100% de cobertura populacional, qualificando a porta de entrada da Rede de Atenção à saúde sendo a ordenadora do cuidado, garantindo encaminhamento territorializado, regionalizado e oportuno. Para tanto, garantir o retorno do PAB fixo, com ênfase em valor per capita de base populacional adequada e do incentivo exclusivo e suficiente para qualificação e universalização da ESF.
1.11	89,67	8	Garantir 100% de cobertura da Atenção Básica com equipe de Estratégia de Saúde da Família, com 100% de cobertura populacional de ACS, reafirmando a organização territorial sob gestão pública direta, expandindo a RAS e enfrentando os vazios assistenciais das demandas epidemiológicas e as iniquidades territoriais, democratizando o direito ao acesso aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde.
1.8	88,57	9	Reestatizar os serviços de saúde terceirizados da Atenção Básica e a Rede de Atenção Psicossocial, através da realização de concurso público para preenchimento de vagas suficientes para atender à população dos territórios e da possibilidade de incorporação dos (as) empregados/os públicos do IMESF a exemplo do que ocorreu com as/os Agentes Comunitárias/os de Saúde, atendendo aos princípios e características que regem a atenção básica, como principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, em que a SMS/gestão municipal suspenda a forma de contratação e gestão das Unidades de Saúde sob gestão das entidades no município.
1.13	88,02	10	Implementar Política de Educação Permanente para o SUS alinhada às necessidades loco regionais e das especificidades das redes de atenção, e com isso as políticas de equidade em saúde, especialmente às populações mais vulnerabilizadas para orientar e estabelecer as diretrizes para a formação ensino, serviço e comunidade em suas diferentes modalidades, bem como o estabelecimento dos fluxos e das atribuições dos papéis de supervisão próprios sob gestão direta do município, garantindo financiamento próprio e adequado às necessidades da cidade.
1.2	87,55	11	Revogar o Programa Previne Brasil, que destruiu o financiamento de base populacional, e retornar o PAB fixo em valor per capita de base populacional, adequado às necessidades de saúde e redução das desigualdades. Além disso, revogar a PNAB 2017, que desestruturou os fundamentos da ESF, visando a retomada do incentivo exclusivo e suficiente para qualificação e universalização da ESF e os princípios de território e população sob responsabilidade das equipes.
1.1	86,64	12	Revogar a Emenda Constitucional 95, Garantindo recursos orçamentários para sustentabilidade do SUS.
1.4	85,6	13	Avançar no co financiamento tripartite do SUS estabelecendo para 2024 o piso federal com valor per capita, sendo que no mínimo 50% do gasto público seria do governo federal ou equivalente a no mínimo 3% do PIB, ficando a outra metade como responsabilidade dos estados, Distrito Federal e municípios, PACTUANDO o aumento progressivo dos recursos federais destinados à Atenção Básica para fazer frente ao subfinanciamento histórico enfrentado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).
1.12	85,58	14	Ampliar os Programas de Residência Médica e Multiprofissional, com enfoque em Atenção Primária à Saúde (APS), Saúde da Família e Comunidade (SFC) APS/SFC, Saúde Coletiva, Saúde Mental Coletiva, Vigilância em Saúde, em serviços com servidoras/es públicos. Além disso, garantir a equiparação na complementação da bolsa e nos descontos previdenciários, em todos os programas de residência, tanto para residentes quanto para os preceptores.

1.9	85	15	Ampliar investimento com pessoal, servidoras/es públicos de saúde, a fim de suprir a força de trabalho necessária à Saúde de forma não terceirizada e garantir a reestatização dos serviços terceirizados da AB e RAPS, através da recontração de empregados públicos demitidos do IMESF e realização de concursos públicos para preenchimento de vagas suficientes para atender a população dos territórios, atendendo aos princípios e características que regem a APS como principal porta de entrada ao SUS.
1.16	82,14	16	Regulamentar o art. 197 e 199, no inciso I, da Constituição Federal, através de Lei Complementar sobre a complementaridade da assistência à saúde pela iniciativa privada - detalhando o termo "complementar" e o cumprimento das diretrizes do SUS retirando a possibilidade de aplicação da lei 13.019/2014 e garantir o percentual mínimo de financiamento e repasse de recursos do SUS de 60% do gasto total em saúde para o setor público (soma da União, Estados, Distrito federal e Municípios), aproximando-se dos padrões adotados nos países mais desenvolvidos e dos sistemas universais.
1.19	81,61	17	Ampliar as despesas com pessoal – servidoras/es públicos de saúde - até o limite prudencial da Lei de Responsabilidade Fiscal, a fim de suprir a força de trabalho da Saúde de forma não terceirizada e garantir a reposição de todas as vacâncias por afastamento definitivo para todos os componentes das Redes de atenção nos serviços próprios.
1.17	80,89	18	Criar o cargo para Bacharel em saúde coletiva (Sanitarista), nas três esferas de governo, garantindo a contratação por concurso público, a fim de articular com movimentos sociais por meio da formação curricular deste curso, que aprofunda os estudos no controle social, conselhos populares, territórios, populações em vulnerabilidade social, por meio de vivências e trocas com o objeto deste trabalho. A previsão deste cargo fortalece o SUS na medida em que amplia as categorias profissionais na defesa do SUS, de usuários e da saúde pública de qualidade.
1.18	79,65	19	Considerando os problemas de saúde prioritários, a moção aprovada na 15ª Conferência Nacional de Saúde, a proposta nº 82 do Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde e os eixos apontados no Documento orientador da 9ª CES/RS, propomos a criação de cargos para Sanitaristas, previstos em concurso público, com ênfase no Bacharel em Saúde Coletiva, programando-os na estrutura dos órgãos públicos nas três esferas de governo e, em especial, do município de Porto Alegre. Em coerência com as demandas do SUS e competências do sanitaria, este profissional é habilitado para desenvolver ações intersetoriais nas áreas de planejamento, gestão, monitoramento, avaliação, promoção, vigilância e educação em saúde, pois aprofunda-se nos estudos relacionados à sociedade civil organizada em movimentos sociais, territórios e saúde das populações. Logo, é capacitado para contribuir para a melhora dos indicadores de saúde e construir relações de análise com a participação e o controle social, aliando a sua atuação a dos demais profissionais que historicamente defendem a saúde pública e de qualidade.
1.6	74,39	20	Estabelecer nova regra de pactuação do piso federal do SUS, a saber que inclua: média do valor empenhado em 2020 e 2021 acrescida (i) da variação anual do IPCA; (ii) de um fator de redução da iniquidade calculada pela renúncia de receita (gasto tributário) para o setor saúde nos últimos anos e (iii) de um fator demográfico calculado pelo crescimento da população idosa nos últimos anos.

1.60 /1.21	61,03	21	Criar cargo de médica/o veterinária/o na composição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) NASF dentro da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde para fomentar a lógica da assistência na perspectiva da saúde única e também de acordo com o disposto previsto na Política Nacional de Atenção Básica 2017 (PNAB 2017).
Eixo 2			
Proposta	Votação	Priorização	
2.25	96,55	1	Aprovar PLC 01/ 21 do CMS de 2016 que dá conta de atualizar a recomposição de seu plenário, tendo a representação de associações, entidades e movimentos sociais. E recompor os Conselhos Distritais de Saúde de Porto Alegre, através das forças vivas dos territórios, como representação das Unidades de Saúde, Associação de Moradores, Entidades, Movimentos Sociais e trabalhadores, fomentando a garantia da implementação de conselhos locais de saúde de base territorial e comunitária e conselhos gestores em todos os serviços do SUS e sua vinculação e articulação com os Conselhos de Saúde nas diferentes esferas de governo, garantindo que a Lei 8.142/90, que regulamenta o funcionamento e organização dos Conselhos, em todas as suas instâncias, seja construída a partir dos próprios conselhos, em debate com as entidades que o compõem e com amplo debate com a sociedade, para que seja validada pelo Legislativo.
2.26	92,55	2	Construir ferramentas para garantir a participação social capaz de incluir e garantir a paridade, a equidade e a inclusão de populações vulnerabilizadas, construindo uma Câmara Técnica para trabalhar, encaminhar e articular ações em rede para responsabilizar os crimes de racismo, LGBTQIAPN+fobia, xenofobia, aparofobia, violência de gênero, sorofobia, capacitismo, dentre outras, nos diferentes níveis de saúde; fortalecer os movimentos sociais populares, grupos, articulações, iniciativas e ações de participação nos territórios, propondo ampliação de novos arranjos participativos horizontais e intersetoriais nos processos de trabalho, nos serviços e no cuidado em saúde; construir e fortalecer iniciativas junto à juventude, populações específicas LGBTQIAPN+, população trans, população negra, povos indígenas, quilombolas, populações da floresta e campo, migrantes, povos ciganos, populações em situação de rua, população privada de liberdade e pessoas com deficiências e neuro diversos, pessoas gordas e obesas principalmente de reconhecimento e ação no SUS; Fortalecer a unidade dos movimentos sociais e populares na luta por seus direitos de modo a assegurar a reconstrução do estado democrático de direito, das políticas públicas e da soberania nacional, com educação popular, formação e capacitação continuada para movimentos sociais e trabalhadoras/es.

2.21	91,97	3	Garantir as condições de funcionamento e fortalecimento dos Conselhos de Controle Social e de Direitos, como órgãos deliberativos e de fiscalização, com autonomia e independência política e ideológica da gestão, através de: a) eleição democrática e representativa dos membros dos Conselhos; b) estabelecimento de critérios objetivos para possibilitar que entidades e movimentos sociais representativos dos diversos setores sociais participem do processo eleitoral; c) mecanismos de pactuação para execução pelo gestor das deliberações aprovadas nas Conferências e pelos Conselhos de Saúde; d) infraestrutura física, além de recursos humanos adequados, para exercer as suas atribuições com autonomia política, financeira e administrativa; e) fortalecimento da democracia participativa através dos espaços colegiados, sem interferência do gestor, respeitando a Lei 8142/90. f) garantir a participação da população, com ampla divulgação da existência de ações e composição dos Conselhos de Saúde.
2.24	91,19	4	Estabelecer marco regulatório (lei) do controle social no país para as resoluções existentes do CNS e que consolidam e reafirmam o que estabelece a Lei 8.142/90, Lei 141, a constituição federal sobre o papel do controle social, seu caráter deliberativo, sua autonomia em relação aos governos executivos, sua paridade (entre segmentos), bem como a necessidade de prestação de contas dos gestores em relação às deliberações dos conselhos para avanço e consolidação do controle social no SUS, fortalecendo a participação social como direito à saúde, em todas as suas instâncias no SUS através da garantia das condições de pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde como órgãos colegiados permanentes, deliberativos e fiscalizadores.
2.27	89,22	5	O CMS deve criar espaços de formação sobre organização por local de trabalho e moradia a serem realizadas em cada conselho local de saúde, abertos às comunidades, não restritos a conselheiras/os. Essa ferramenta, ao garantir a participação social inclusiva, com o fortalecimento dos movimentos sociais, permite fortalecer iniciativas junto à juventude, unifica estes com trabalhadoras/es mais experientes e, finalmente, permite recompor os conselhos locais e distritais.
2.23	88,48	6	Garantir e fortalecer o direito conquistado pela população, através dos Conselhos e Conferências de saúde, por meio de campanhas educativas permanentes voltadas às bases territoriais, com vistas a: a) Aprofundar a democracia participativa; b) Viabilizar seu papel deliberativo sobre a política pública, inclusive seu financiamento; c) Responsabilizar a gestão do SUS, nas três esferas de governo; d) Estimular a participação de usuárias/os e trabalhadoras/es da saúde nos espaços de gestão, controle social e promoção da saúde e) infraestrutura física, administrativa e financeira, além de recursos humanos adequados, para exercer as suas atribuições; f) fortalecimento da democracia participativa através dos espaços colegiados, sem interferência do gestor.

2.29	87,97	7	Fortalecer os movimentos sociais populares, grupos, articulações, iniciativas e ações de participação nos territórios, garantindo representatividade da participação social, incluindo e garantindo a paridade, a equidade e a inclusão de populações LGBTQIAPN+, população trans, população negra, povos indígenas, quilombolas, populações da floresta e campo, migrantes, povos ciganos, populações em situação de rua, população privada de liberdade e pessoas com deficiências e neuro diversos, pessoas gordas e obesas, através da unidade necessária na luta por seus direitos de modo a assegurar a reconstrução do estado democrático de direito, das políticas públicas e da soberania nacional.
2.28	83,54	8	Formação e capacitação continuada para o controle do SUS e os movimentos sociais, para levar às conferências municipais, estaduais e nacional, através da criação de universidade pública do SUS para formação multidisciplinar e multiprofissional para garantir a integralidade da atenção à saúde, fortalecendo o SUS e a saúde, com inclusão da formação de sanitaristas.
2.22	80,25	9	Criar Mesa Permanente de Diálogo com o MP, visando a garantia de direitos constitucionais da saúde, de acordo com os artigos de 196 a 200 da Constituição de Federal de 1988, Lei 8080/90, Lei 8142/90 e Lei complementar 141/2012.
2.30	78,48	10	Divulgar e sensibilizar as comunidades para ampliar a visibilidade sobre os conselhos de saúde, por meio de materiais impressos e digitais já existentes nos serviços de saúde (receituários, formulários, boletins, entre outros) para a população.

Eixo 3

Proposta	Votação	Priorização	
3.31	94,08	1	Garantir a organização das equipes especializadas Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA) e Equipe Especializada de Saúde da Criança e Adolescente (EESCA) entre outras, com retomada do matriciamento, estabelecendo parâmetros de cobertura populacional para a capacidade instalada/territorialização e pactuando a priorização de equipes multiprofissionais com maior presença de trabalhadoras/es da psicologia, psicopedagogia, terapia ocupacional, serviço social, farmácia, fonoaudiologia, fisioterapia, bacharel em saúde coletiva, nutrição e demais profissionais da saúde, respeitando às necessidades individuais e prioridades específicas de cada território, com organização dos serviços de saúde mental por Critérios de Acessibilidade e Distrito de Saúde da cidade, incluindo a manutenção da diretriz de redução de danos, e trabalho articulado com os consultórios na rua e assistência terapêutica Integral.
3.41	93,19	2	Garantir a implantação de todas as modalidades de CAPS sob gestão pública, com servidoras/es públicos efetivos, em todos os Distritos de Saúde, de acordo com os parâmetros de cobertura populacional, para garantir o funcionamento efetivo desses componentes no acolhimento (portas abertas), atenção diária e à crise, bem como garantir a estrutura de acolhimento às necessidades de usuárias/os com uso de álcool e outras drogas, inclusive as necessidades de urgência e emergência e assistência terapêutica integral.
3.42	91,01	3	Garantir acesso a saúde bucal em sua integralidade de forma regionalizada em todos os níveis da atenção municipal de forma regionalizada e por meio de critérios epidemiológicos e determinantes sociais e étnicos raciais com prioridade para pessoas em situação de rua, em especial nos serviços de urgência e emergência 24h e nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), com ênfase no acesso à prótese dentária e atenção hospitalar.

3.32	89,41	4	Garantir equipe multiprofissional na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, que seja em local protegido e ambiente adequada à faixa etária, observando outros marcadores sociais como orientação sexual, identidade de gênero, cor ou raça, etnias indígenas, pessoas com deficiência, grupos esses que mais sofrem preconceitos.
3.36	89,36	5	Garantir o transporte sanitário e/ou transporte coletivo como parte da rede de atenção à saúde, no que tange o apoio logístico, possibilitando aos usuários o acesso aos serviços de saúde e integralidade do cuidado e garantir a transparência dos critérios de regulação/GERCON (gerenciamento de consultas) a partir dos determinantes sociais e étnico-raciais, e regionalizar a regulação para realização de consultas especializadas e exames dentro de seu distrito de saúde quando houver, fortalecer e fomentar estratégias a acessibilidade como um todo, reduzindo o itinerário e/ou fornecendo o transporte quando solicitado.
3.45	89,01	6	Criar centros de referência do idoso de forma regionalizada com assistência integral à saúde e avaliação multidimensional, com atividades voltadas à educação em saúde, práticas integrativas complementares em saúde – (pics) e educação popular em saúde garantindo processos teórico-práticos facilitados/promovidos por equipes multiprofissionais de servidoras/e públicos e ações pactuadas com contratos Organizativos de ação pública de ensino-saúde (COAPES).
3.35	88,83	7	Assegurar a construção e implementação de redes integradas de cuidados que articule todos os níveis de atenção com a utilização de prontuário único: atenção primária, secundária e terciária, assistência farmacêutica, cumprindo as disposições legais sobre vigilância à saúde, promoção, prevenção, proteção, tratamento, recuperação da saúde e cuidados paliativos, com participação efetiva do controle social, nas três esferas de gestão.
3.37	88,51	8	Instituir a criação de bolsas de trabalho para usuários de saúde mental integrantes das Oficinas de Geração de Trabalho e Renda da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como incentivo à capacitação técnica para o trabalho, bem como garantir a implantação de Centros de Convivência e Cultura e a criação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, em substituição aos leitos contratualizados em hospitais psiquiátricos, em conformidade com a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001.
3.43	88,17	9	Garantir que os encaminhamentos para especialidades sejam regulados pelo setor competente com o prazo de até 7 dias a partir da solicitação, construindo e incluindo critérios transparentes na regulação levando em consideração, na matriz de agravos, os determinantes sociais étnico-raciais em saúde e acessibilidade.
3.40	85,16	10	Fomentar e Garantir por meio de Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES) através de projetos de ensino, extensão e pesquisa que focalizem a saúde de grupos vulneráveis e específicos LGBTQIAPN+, população trans, população negra, povos indígenas, quilombolas, populações da floresta e campo, migrantes, povos ciganos, populações em situação de rua, população privada de liberdade e pessoas com deficiências e neuro diversos, pessoas gordas e obesas, usuárias/os pós-Covid gerando dados epidemiológicos para construir melhores estratégias de assistência à saúde para esses usuárias/os.

3.44	85,16	11	Garantir a implantação de centros de convivência com equipe de servidoras/es públicos na Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre e como forma de cuidado e promoção de saúde, bem como incubação de cooperativas sociais, enfrentando às vulnerabilidades e a precarização do trabalho instituindo, a partir destes dispositivos a criação de bolsas de trabalho para usuários de saúde mental como incentivo para capacitação técnica conforme princípios da economia solidária. Criar leitos de saúde mental em hospitais gerais em substituição aos leitos contratualizados nos hospitais psiquiátricos, em cumprimento à lei federal 10.216, de 6 de abril de 2001.
3.38	84,7	12	Implantar e implementar a linha de cuidado nas três esferas governamentais, de forma pactuada com as instâncias colegiadas e o controle social, bem como os protocolos e diretrizes de atenção integral às pessoas em condição pós-Covid, na rede de atenção à saúde, com fortalecimento da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde. Garantir educação permanente para prevenção, avaliação, tratamento, recuperação e reabilitação, além de fomentar, por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), projetos de extensão e pesquisa que abordem os impactos sanitários, econômicos, psicossociais e raciais decorrentes da pandemia de COVID-19.
3.34	83,24	13	Implementar serviços farmacêuticos integrados à rede de atenção à saúde, em espaço físico adequado para proporcionar um atendimento humanizado e inclusivo para a promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos por meio da orientação do uso correto, seguro e efetivo de medicamentos e insumos e o monitoramento terapêutico com foco nas necessidades das pessoas, das famílias e das comunidades.
3.33	81,11	14	Garantir a implementação da Política Municipal de Assistência Farmacêutica, aprovada pelo CMS, onde a área responsável coordena todos os componentes da assistência na cidade, retomando sua autonomia e desvinculando da Diretoria de Atenção Primária e Política de Atenção Primária proposta pela gestão as Farmácias Distritais, bem como assumir a gestão pela Farmácia de medicamentos especiais.
3.39	74,56	15	Elaborar proposta pactuada com as instâncias colegiadas e o controle social para implementação da linha de cuidado, protocolos e diretrizes direcionados à atenção integral e interprofissional às pessoas em condição pós-Covid, em seus territórios, articulada com serviços específicos para prevenção, avaliação, monitoramento, tratamento e reabilitação, garantindo educação permanente.
Eixo 4			
Proposta	Votação	Priorização	
4.52	94,83	1	Garantir investimento financeiro para pesquisa, desenvolvimento, produção e distribuição de Tecnologias Assistivas pelo SUS, bem como a educação permanente de trabalhadora/es de saúde para atendimento e melhor atenção e promoção da qualidade de vida para pessoas com deficiência, doenças raras e pessoas neuro diversas (espectro autista, TDAH e outras), em todos os níveis de atenção, com enfoque na atenção primária.
4.59	92,82	2	Ampliar e fortalecer as Unidades de Saúde Indígenas com garantia de atendimento de todas as aldeias, diariamente, com equipe especializada da secretaria de saúde indígena, respeitando as particularidades culturais de cada povo e valorizando as medicinas tradicionais indígenas na atenção às suas comunidades de maneira a contar com mediadoras/es interculturais para subsidiar e dialogar com trabalhadoras/es de saúde e espaços terapêuticos/clínicos não indígenas.

4.47	92,36	3	Garantir e ampliar o financiamento da Política de Saúde da População LGBTQIAPN+, com destaque e às especificidades da população Trans a fim de garantir o acesso aos procedimentos cirúrgicos, acompanhamento gestacional, acolhimento e outros processos essenciais à saúde desse segmento populacional, como a inclusão dos hormônios utilizados para hormonização na RENAME, garantindo a integralidade do cuidado de pessoas Trans no Plano Orçamentário de Medicamentos de Município, bem como sua distribuição nas farmácias distritais, com acesso territorializado.
4.57	91,71	4	Implementar e ampliar a rede de enfrentamento à violência de gênero, conforme previsto na política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres e Lei Maria da Penha, através da oferta de educação permanente aos trabalhadores de saúde, garantindo, assim, atendimento humanizado e apoio do poder público a iniciativas como a casa de referência Mulheres Mirabal, que já vem desenvolvendo o trabalho de acolhimento e abrigamento de mulheres vítimas de violência.
4.54	91,53	5	Ter pelo menos uma pessoas trabalhadora da equipe por unidade de saúde que saiba realizar atendimento em libras para maior e melhor acesso às pessoas surdas e garantir a Educação Permanente de trabalhadoras/es de saúde para atenção integral que respeite as equidades, conforme previsto no decreto 5626, segundo a lei 10436/2022, no seu artigo 25, inciso 9 e 10, no que se refere à atenção integral às pessoas surdas no SUS, bem como a inclusão obrigatória do ensino de libras na matriz curricular na formação dos profissionais de saúde.
4.56	91,15	6	Ampliar vagas para agentes de saúde indígena e quilombola, respeitando as culturas específicas, garantindo a permanência de vínculos dos serviços com o território.
4.58	89,42	7	Garantir a Política de Atenção Integral em Saúde da/o Trabalhadora/r em conformidade com a Portaria nº 1.823, 2012, com assistência em saúde da/o trabalhadora/r no SUS, próximo ou no local de trabalho, com apoio psicossocial, trabalhista, de saúde e bem-estar, ampliando o cofinanciamento tripartite.
4.55	89,33	8	Fortalecer a implementação da linha de cuidado à pessoa com doença falciforme no município de Porto Alegre, acolhendo as suas diversidades, com educação permanente aos trabalhadores do SUS e educação em saúde à população em geral.
4.50	89,3	9	Revisar a portaria MS nº. 2803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde com o objetivo de ampliar serviços com porta de entrada, ampliar a oferta de procedimentos cirúrgicos elencados no âmbito desta portaria em hospitais públicos em todas as Unidades Federativas e Distrito Federal e criar protocolo nacional para hormonização, com ampla disponibilidade dos hormônios, e inclusão destes na RENAME
4.51	88,83	10	Implementar um protocolo de atendimento da População Trans, travestis e não binárias na atenção primária, a exemplo do elaborado pelo Telessaúde-RS / PPG Epidemiologia UFRGS, a todos serviços de saúde, incluindo a formação profissional, garantindo os aspectos clínicos e de respeito à dignidade e cidadania, acolhendo e atendendo interseccionalidades LGBTQIAPN+, população trans, população negra, povos indígenas, quilombolas, populações da floresta e campo, migrantes, povos ciganos, populações em situação de rua, população privada de liberdade e pessoas com deficiências e neuro diversos, pessoas gordas e obesas.

4.61	88,83	11	Criar espaços comunitários de promoção à saúde territorializados por distrito de saúde, que contemplam ações intergeracionais, oficinas culturais e de geração de renda, inclusão digital, identificação e abordagem de violências, cursos e formação para juventudes e interação plural entre diferentes populações.
4.46	86,99	12	Construir e implementar uma Política Nacional de Cuidados Paliativos para o SUS integrada às Redes de Atenção à Saúde com componente de cuidado em saúde na Atenção Primária à Saúde, através das Estratégias de Saúde da Família, com garantia de financiamento, atendendo às necessidades de inclusão e acessibilidade de todas as pessoas.
4.62	86,77	13	Assegurar a assistência integral ao direito sexual e reprodutivo de pessoas que gestam garantindo o acesso a anticoncepcionais e aborto seguro e legal na rede pública de saúde, além de observar tratamento in vitro para pessoas que gestam.
4.48	82,68	14	Tornar obrigatória a inclusão da saúde da população LGBTQIAPN+ no currículo das universidades e em todos os espaços de formação permanente e continuada dos trabalhadores da saúde, contemplando todos os níveis de atenção à saúde, aplicando a Política Nacional, Estadual e Municipal de Saúde da População LGBTQIAPN+, incluindo um plano de capacitação profissional direcionado ao atendimento de pessoas trans, travestis e não-binárias.
4.53	81,67	15	Prever recursos financeiros para pesquisa, desenvolvimento, produção e distribuição de tecnologias assistivas, conforme a Lei Brasileira de Inclusão/2015, produzidas prioritariamente através de rede de cooperação local e utilizando soluções de robótica e software livres (com código aberto e licença de domínio público CC), a baixo custo e que possam ser reproduzidos e qualificados em outras regiões do país.
4.49	78,49	16	Criar e implementar uma linha de cuidado de saúde da pessoa trans, travesti e não binária que agregue especificidades cirúrgicas e demais cuidados, como exemplo o acompanhamento gestacional de pessoas trans, com garantia de financiamento nas três esferas.

ANEXO E - 4º CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Eixo	Propostas aprovadas	Esfera
Eixo I	Implementar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, bem como assegurar que as diferentes esferas garantam a manutenção financeira permanente, estável e adequada dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), com atualização dos recursos federais de, no mínimo 100%, possibilitando a continuidade das ações de vigilância nos ambientes de trabalho, vigilância epidemiológica, assistência, matriciamento e educação em saúde do trabalhador nas suas áreas de abrangência. Ainda, implantar e implementar um CEREST por região de saúde do estado, conforme resolução 603/2018 do Conselho Nacional de Saúde.	E/F
Eixo I	Priorizar e incorporar no Município e Estado Comissões Permanentes de Saúde na implementação da NR-01, destacando os riscos psicossociais para prevenção e promoção da saúde mental, com participação direta dos coletivos dos trabalhadores e das trabalhadoras e seus representantes de categorias; com indicadores e monitoramento dos agravos dos transtornos mentais relacionados ao trabalho.	M/E
Eixo I	Garantir uma Política de Saúde Mental no Trabalho, que articule as ações individuais de assistência e de recuperação dos agravos com as ações coletivas de proteção, promoção, prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores que contemple a complexidade das relações trabalho/saúde mental, a atuação interdisciplinar, construindo as articulações necessárias entre as Redes de Atenção Psicossocial e a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.	M
Eixo I	Exigir do gestor municipal as condições estruturais para que o Conselho Municipal de Saúde (CMS) possa exercer suas atribuições legais conforme o estabelecido no art. 12 inciso V e no art. 14 da PMSTT de Porto Alegre no que se refere à Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CIST) do CMS/Porto Alegre, incluindo como meta no Plano Municipal de Saúde.	M
Eixo I	Promover campanhas de comunicação e divulgação sobre o direito dos trabalhadores, a Política da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora assim como o CEREST e suas atribuições para o conhecimento da população via rádio, televisão, jornais, outdoors, anúncios em trens, ônibus e redes sociais.	M
Eixo I	Incluir em todos os sistemas de informações do SUS, iniciando pelo eSUS, o quesito trabalho/ocupação, com preenchimento obrigatório contemplando toda a população economicamente ativa atendida.	E/F

Eixo I	Implementar a Política de Educação Permanente no âmbito da SMS garantindo o art 10 item VIII da PMSTT, alinhada às necessidades loco regionais e das especificidades das redes de atenção, e com isso as políticas de equidade em saúde, especialmente às populações mais vulnerabilizadas para orientar e estabelecer as diretrizes para a formação ensino, serviço e comunidade em suas diferentes modalidades, bem como o estabelecimento dos fluxos e das atribuições dos papéis de supervisão próprios sob gestão direta do município, garantindo financiamento próprio e adequado às necessidades da cidade.	M
Eixo I	Garantir a revisão da PMSTT a partir das propostas aprovadas na Conferência de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, incluindo a previsão orçamentária na LOA de recursos municipais para atender as necessidades para implementação da PMSTT.	M
Eixo I	Garantir a formalização da autonomia técnica e funcional da VISAT e das demais Vigilâncias de Porto Alegre, sem criação de novas estruturas administrativas. Assegurando que não ocorra a desvinculação dos agentes de fiscalização da saúde e reafirmando as especificidades das atribuições legais da Vigilância no âmbito do SUS e da Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS), desvinculando as ações de fiscalização em saúde da Secretaria Municipal da Segurança (SMSEG).	M
Eixo I	Elaborar a linha de cuidado de saúde do trabalhador e da trabalhadora no município.	M
Eixo II	Regulamentar as novas relações e modalidades de trabalho, tanto as de vínculo formal quanto as informais, incluindo os trabalhadores que exercem o trabalho em modelo de teletrabalho ou trabalho híbrido, bem como os trabalhadores de plataformas digitais e aplicativos, free-lancer, terceirizados, entre outros, com o objetivo de garantir direitos trabalhistas, previdenciários e acesso à saúde, reforçando a atuação da vigilância em saúde do trabalhador, com mecanismos que permitam a identificação e notificação de adoecimentos e acidentes de trabalho mesmo em trabalhadores informais ou sem vínculos.	M/E/F
Eixo II	Garantir o fim das terceirizações e privatizações no SUS como mecanismo para a garantia do comando único na gestão para a efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, por meio de concurso público de servidores estatutários e assegurar a reestatização dos serviços terceirizados de toda rede de atenção à saúde.	M/E/F
Eixo II	Contratação de Agentes de Combate às Endemias (ACE) por concurso público em número proporcional à população de Porto Alegre lembrando que o financiamento dessa categoria vem de verba federal. Assim, como o chamamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), respeitando a sua área de cobertura e sem ultrapassar o número de famílias acompanhadas previsto em lei.	M

Eixo II	Recomendar ao CEREST, ações de enfrentamento às violências no trabalho com participação ativa dos trabalhadores e trabalhadoras combatendo as violências de gênero, assédios sexual e moral, racismo e discriminação sexual, intolerância religiosa, etarismo, capacitismo, assim como violências no meio sindical, garantindo que os aspectos psicossociais sejam contemplados na identificação do nexo causal, com a garantia da possibilidade de acompanhamento pelos sindicatos.	M
Eixo II	Realizar concurso e nomear trabalhadores ao CEREST proporcional a população de Porto Alegre, para atender o adoecimento causado pelas novas relações de trabalho precarizadas (pejotização, teletrabalho, trabalho híbrido, aplicativos etc).	M
Eixo II	Suprimir a escala de trabalho 6x1, substituindo-a por uma nova escala ou regime (5x2 ou 4x3, por exemplo), respeitando-se os limites legais de jornada e descanso já previstos na CLT e demais normas aplicáveis.	M/E/F
Eixo II	Cumprir a Lei Complementar 746/2014 das reservas de vagas para pessoas trabalhadores negras (assim evitando o racismo institucional e o branqueamento das equipes de trabalhadores), considerando todos os contratos que prestam serviços públicos no município. Municipal	M
Eixo II	Elaborar protocolo dos riscos psicossociais, englobando toda a cadeia desde a detecção até o encaminhamento (assédio, saúde mental e sobrecarga de trabalho). (Federal, estadual e municipal)	M
Eixo II	Facilitar o acesso aos serviços de saúde do trabalhador, como o CEREST, permitindo o encaminhamento de trabalhadores e trabalhadoras com suspeita de adoecimento relacionado ao trabalho diretamente pelos sindicatos de trabalhadores, sem a necessidade de seguir o fluxo atual (APS - GERCON - CEREST).	M
Eixo II	Adequar ambientes de trabalho para garantir acessibilidade, com apoio de tecnologias assistivas, programas de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais específicas para pessoas trabalhadoras com deficiência. Quando necessário, flexibilizar jornadas de trabalho e adoção de práticas de trabalho remoto, garantindo o monitoramento das condições de trabalho, o cumprimento de direitos trabalhistas, infraestrutura adequada e promoção da saúde, em especial a mental. (Federal, estadual e municipal)	M
Eixo III	Implementar cotas específicas para mulheres e homens trans, travestis, transmasculinos, não binários e pessoas indígenas nos concursos públicos e processos seletivos da administração pública direta e indireta, visando reparar desigualdades históricas para garantia de acesso ao trabalho digno à saúde e à cidadania. A autonomia e identidade de cada grupo devem ser preservadas no processo com políticas e acolhimento e permanência. (9ª CMS)	M/E/F

Eixo III	Fortalecer a implementação da Política Nacional de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (PNSTT) e a capacitação do Controle Social em PNSTT, com vistas a fortalecer a vigilância em saúde com a participação da força de trabalho; realizar ações de educação permanente para o controle social relativas a saúde das pessoas trabalhadoras em parceria com entidades, com expertise técnica e política; garantir a participação social, sindical e das Comissões Intersetoriais em Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador no planejamento, execução e avaliação da PNSTT; reforçar/instrumentalizar a atuação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) junto aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, principalmente junto a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CISTT), nas questões relacionadas à saúde da pessoa trabalhadora e dos riscos e agravos à saúde. (Proposta 171 da 17ªCNS)	M/E/F
Eixo III	Garantir as condições de funcionamento e fortalecimento dos Conselhos de Controle Social e de Direitos, como órgãos deliberativos e de fiscalização, com autonomia e independência política e ideológica da gestão, através de: a) eleição democrática e representativa dos membros dos Conselhos; b) estabelecimento de critérios objetivos para possibilitar que entidades e movimentos sociais representativos dos diversos setores sociais participem do processo eleitoral; c) mecanismos de pactuação para execução pelo gestor das deliberações aprovadas nas Conferências e pelos Conselhos de Saúde; d) infraestrutura física, além de recursos humanos adequados, para exercer as suas atribuições com autonomia política, financeira e administrativa; e) fortalecimento da democracia participativa através dos espaços colegiados, sem interferência do gestor, respeitando a Lei 8142/90. f) garantir a participação da população, com ampla divulgação da existência de ações e composição dos Conselhos de Saúde. (Proposta 03 da 9ªCMS)	M
Eixo III	Priorizar o preenchimento de todas as vagas através de concurso público na área da saúde, compondo 100% dos cargos e competências nas unidades das Redes de Atenção à Saúde e RAPS com remuneração e jornada de trabalho adequadas, desta forma garantimos o SUS 100% público e 100% estatal.	M/E/F

Eixo III	Garantir o cumprimento integral da Portaria 1186/2018, que regulamenta a Política Municipal de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora de Porto Alegre, com destaque ao capítulo IV artigo 10, inciso VII: VII - estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, o que pressupõe: a. acolhimento e resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social; buscar articulação com entidades, instituições, organizações não governamentais, associações, cooperativas e demais representações de categorias de trabalhadores, presentes no território, inclusive as inseridas em atividades informais de trabalho e populações em situação de vulnerabilidade; c. estímulo à participação de representação dos trabalhadores nas instâncias oficiais de representação social do SUS, a exemplo dos conselhos e comissões intersetoriais, nas três esferas de gestão do SUS; d. apoiar o funcionamento das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador (CIST), dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do SUS; e. inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador, sempre que possível, e inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social, incluindo grupos de trabalhadores em situação de vulnerabilidade, com vistas às ações de promoção em saúde do trabalhador; f. transparência e facilitação do acesso às informações aos representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;	M
Eixo III	Criar Comitê Local (estadual, distrital, municipal) de articulação, monitoramento e discussão de implementação de ações para o combate às desigualdades de gênero, raça/etnia no âmbito dos equipamentos e serviços da saúde, com a participação de representantes de outros setores, como por exemplo: assistência social, justiça, educação, cultura, movimento sindical, movimentos sociais e controle social, a partir do recurso e diretrizes instituídas na Portaria GM/MS no 230, de 07 de março de 2023, e em consonância com outras políticas, tais como: da população negra, pessoas LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual), das mulheres, saúde das trabalhadoras e trabalhadores, indígena, entre outras. (Proposta 296 da 17ªCNS)	M/E/F
Eixo III	Intensificar a educação permanente para o controle social, propondo a inclusão nos currículos escolares em todos os níveis e em temas como cidadania, meio ambiente, SUS, controle social, no sentido do reconhecimento do SUS como direito de todos e todas e dever do Estado e do controle social como mecanismo de participação popular para garantia do SUS. (Proposta 9ª CMS)	M/E/F

Eixo III	Implementar ações e práticas a partir de mecanismos inovadores, capazes de efetivar a participação popular, garantindo o conhecimento compartilhado sobre a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, transformando em fontes de informações privilegiadas para fomentar a política pública de saúde e segurança no trabalho e inserindo nos formulários campos de preenchimento relativo à equidade (raça, etnia, orientação sexual, identidade de gênero).	E/F
Eixo III	Garantir que o cenário de adoecimento laboral dos trabalhadores de cada região, identificados pelo matriciamento em saúde do trabalhador, seja compartilhado junto aos conselhos de saúde, incluindo o conselho local.	M
Eixo III	Garantir a implantação dos Conselhos Gestores nos CERESTs, para efetivação dos mecanismos de controle social.	M/E

ANEXO F - 4º CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL

Eixo 1 - Cuidado em liberdade como garantia de Direito e Cidadania
01. Criar mais serviços territoriais de atendimento à saúde da população trans e ampliar a equipe do ambulatório Trans, com suporte em saúde mental, para priorizar e ampliar a equidade de acesso no atendimento às necessidades de adolescentes e adultos, bem como na articulação e apoio aos serviços da RAPS para o acolhimento das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental decorrentes das violências vivenciadas pela população LGBTQIA+ no município de Porto Alegre.
02. Criar um parâmetro de cobertura populacional para o Consultório na Rua, garantindo atendimento em todos os distritos de saúde. Assegurar a articulação para o atendimento dessa população nas unidades de saúde e a transição do cuidado para equipes especializadas de saúde e de assistência social.
03. Garantir a criação de Oficinas de Geração de Trabalho e Renda na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) — “Eixo Reabilitação Psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda” — em todos os territórios do município, com sede e equipe próprias de servidores estatutários da Secretaria Municipal de Saúde, destinadas a usuários da saúde mental, seguindo os princípios da economia solidária.
04. Combater todo tipo de violência contra crianças e adolescentes, garantindo educação sexual e de gênero na infância e adolescência, e prevenção da violência sexual, como ação intersetorial entre saúde e educação.
05. Garantir o acesso aos serviços e a integralidade da oferta de cuidados por meio da implementação de fluxo para atendimento pré-hospitalar (SAMU), que contemple situações de crise em saúde mental que demandem transporte dos usuários para serviços da RAPS.
06. Fortalecer e investir na atenção básica, principalmente por meio da contratação de agentes comunitários de saúde, incluindo na agenda programática da atenção primária as pessoas com transtornos mentais, de modo que os usuários que recebem alta dos serviços especializados para as unidades de saúde tenham garantida a manutenção do seu cuidado em saúde.
07. Ocupar as vagas em aberto (exonerações, licenças, aposentadorias etc.) para profissionais das equipes dos serviços especializados de saúde mental do município de Porto Alegre, mediante concurso público.
08. Criar serviços residenciais terapêuticos e unidades de acolhimento adulto e infantojuvenil, próprios, com servidores concursados, e organizar fluxo de encaminhamento por equipes específicas para esse fim.
09. Instituir bolsas de trabalho para usuários de saúde mental integrantes das Oficinas de Geração de Trabalho e Renda da RAPS, como incentivo à capacitação técnica para o trabalho, visando garantir o direito ao trabalho digno, com base nos princípios da economia solidária.
10. Garantir a implantação de CAPSi, CAPS I, CAPS II e CAPS III sob gestão direta da SMS, com servidores públicos estatutários, em todos os distritos de saúde, de acordo com os parâmetros de cobertura populacional previstos nas portarias de credenciamento, para assegurar o funcionamento efetivo desses componentes no acolhimento (portas abertas), atenção diária e à crise, bem como a transformação de todos os CAPS AD II em CAPS AD III, garantindo estrutura de acolhimento às necessidades de usuários com uso de álcool e outras drogas, reduzindo encaminhamentos à rede de urgência e emergência.
11. Garantir a implantação de centros de convivência e cultura, com equipe mínima de servidores estatutários, na RAPS de Porto Alegre, como dispositivo territorial, intersetorial, e forma de promoção à saúde e incubação de cooperativas sociais, enfrentando vulnerabilidades e a precarização do trabalho.
12. Garantir leitos de saúde mental para o segmento infantojuvenil, separados dos leitos destinados a adultos. Nos hospitais gerais com internação pediátrica, estabelecer essa garantia como pré-requisito para os contratos firmados com a SMS.
13. Construir o cuidado de acordo com o paradigma de atenção psicossocial nos serviços, incluindo emergências em saúde mental e atenção hospitalar, por meio da educação permanente e supervisão clínico-institucional, garantindo acesso, acolhimento e formulação de PTS que considere a diversidade cultural e religiosa, sem discriminação étnico-racial, de gênero ou a pessoas com deficiências.
14. Garantir que equipes de base territorial contem com profissionais acompanhantes terapêuticos e redutores de danos em seu quadro funcional.

15. Criar leitos de saúde mental em hospitais gerais em substituição aos leitos contratualizados nos hospitais psiquiátricos. Investir na rede psicossocial substitutiva ao manicômio e no cuidado em liberdade, conforme proposto nas Conferências de Saúde e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.
16. Revisar o número mínimo de agentes comunitários de saúde permitido para credenciamento das ESF na Política de Atenção Básica de 2017, visando ampliar a cobertura nos territórios, considerando o ACS como figura central na promoção, prevenção e recuperação em saúde mental, devido ao vínculo com a comunidade e ao papel na busca ativa dos usuários.
Eixo 2 - Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental
01. Garantir a implementação de conselhos locais nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), prioritariamente em todos os CAPS da cidade, e fortalecer os conselhos distritais com a representação dos conselhos locais da RAPS, visando priorizar a transversalidade da saúde mental nas instâncias de controle social nos distritos de saúde.
02. Garantir financiamento pelo Município para qualificar e ampliar os atendimentos, a partir da expansão da cobertura dos CAPS por população, conforme previsto nas portarias que regulamentam os componentes da RAPS, priorizando a implementação de CAPSi e CAPS III, NASF, Consultório na Rua, Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento e Centros de Convivência.
03. Formalizar, por meio de portaria, a proposta de organização, composição e funcionamento dos Fóruns RAPS em todas as regiões distritais, com a participação de trabalhadores dos serviços da RAPS do território, representantes do gestor local, da coordenação de saúde mental da SMS, representação de usuários via Conselho Distrital e/ou Conselhos Locais dos componentes da RAPS, rede intersetorial e instituições de ensino do Distrito Docente Assistencial.
04. Garantir a ampliação dos recursos destinados à política de saúde mental do município, por meio da Lei Orçamentária Anual (LOA), elevando de 2% para 5% a parcela destinada à consolidação da RAPS, com prioridade para os serviços de base territorial substitutivos, considerando que atualmente 80% dos recursos são destinados aos componentes hospitalares e de internação, e menos de 1% do orçamento da saúde é direcionado à saúde mental.
05. Garantir a composição e reposição das equipes multiprofissionais por meio de concurso público, possibilitando a inserção de categorias profissionais de acordo com as demandas e necessidades dos usuários de todos os serviços da RAPS.
06. Ampliar as despesas com pessoal, servidores públicos de saúde, até o limite prudencial da Lei de Responsabilidade Fiscal, a fim de suprir a força de trabalho da RAPS de forma não terceirizada e garantir a reposição de todas as vacâncias por afastamento definitivo em todos os componentes da RAPS, desde a atenção básica, CAPS, equipes especializadas, até emergências/urgências.
07. Retomar as diretrizes do apoio matricial, construídas de forma coletiva com todos os territórios e aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde em 2012, base para a organização do processo de trabalho do apoio matricial em saúde na RAPS, com centralidade no papel dos NASFs e sua articulação com os componentes especializados, CAPS de base territorial, garantindo seu papel autônomo na regulação entre equipes de referência da atenção básica e equipes de apoio, para fortalecer a autonomia da gestão clínica das equipes da RAPS.
08. Garantir financiamento municipal em articulação com políticas intersetoriais (assistência social, cultura, habitação, educação, esporte e lazer, entre outras) para a implantação e manutenção de centros de convivência, estratégias de promoção e prevenção em saúde mental nos territórios e acesso à habitação, alimentação e profissionalização de usuários da RAPS.
09. Destinar recursos públicos para a implementação de ações de educação permanente para trabalhadores da RAPS, a partir da identificação das necessidades e pactuação nos Fóruns RAPS, incluindo incentivo à especialização, participação em cursos e congressos e supervisão clínico-institucional para os componentes especializados da RAPS.
10. Destinar recursos para formação profissional em residência médica e multiprofissional e estágios de graduação com área de concentração na RAPS, para fortalecer a formação de profissionais e assegurar a inclusão das temáticas das políticas de equidade, como saúde mental indígena, LGBTI+, PopRua, imigrantes, população negra e outras.
11. Garantir a organização das equipes especializadas (ESMA e EESCA), estabelecendo parâmetros de cobertura populacional e pactuando a priorização de equipes multiprofissionais com maior presença de profissionais de psicologia, psicopedagogia, terapia ocupacional, serviço social, farmácia, fonoaudiologia e demais profissionais da saúde, respeitando as necessidades e prioridades de cada território, com organização dos serviços de saúde mental por distrito sanitário da cidade.

12. Reverter os recursos públicos destinados ao financiamento de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas para os componentes territoriais da RAPS — antimanicomial (CAPS, Unidades de Acolhimento, Residenciais Terapêuticos, Equipes Especializadas, leitos em hospitais gerais) — assegurando a base territorial e a lógica do cuidado em liberdade.
13. Implantar e garantir financiamento, nas três esferas de governo, para dispositivos do eixo “Estratégias da Reabilitação Psicossocial” da RAPS, como oficinas de geração de trabalho e renda, com sede e equipe própria, dentro dos princípios da economia solidária, assegurando o direito constitucional ao trabalho digno.
14. Ampliar o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do E-SUS, incluindo modalidade de prontuário para serviços especializados de saúde mental, visando à integração das informações dos usuários e ao cuidado compartilhado, garantindo interface com o registro de produtividade RAAS/BPA.
15. Garantir a ampliação das estratégias de reabilitação psicossocial, incluindo a expansão dos CAPS em cada território dos distritos de saúde (aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde em 2012), vinculados à RAPS, para oficinas de geração de renda e incubação de cooperativas sociais, sustentadas nos princípios da economia solidária e das diretrizes da atenção psicossocial, ampliando as vagas existentes e priorizando CAPSi e CAPS III, NASF, Consultório na Rua, Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento e Centros de Convivência. Implementar também oficinas terapêuticas na atenção básica com recursos municipais, promovendo saúde e prevenção de agravos.
16. Estabelecer parâmetros de cobertura populacional e pactuação da composição das equipes multiprofissionais especializadas por distrito sanitário, alinhando-se às necessidades e prioridades em saúde mental da cidade, aumentando as equipes mínimas para dois profissionais de cada área dentro da equipe mínima de cada componente da RAPS.
17. Reestabelecer a prioridade de acesso aos encaminhamentos das emergências de saúde mental para os componentes especializados de atenção psicossocial do segmento infantojuvenil, conforme fluxo pactuado e implementado em 2017, suspenso com a regulação via Sistema GERCON, como ação afirmativa de equidade, a fim de evitar internações potencialmente evitáveis.
18. Revisar as matrizes de agravos de saúde mental do GERCON por meio de GT composto por trabalhadores da RAPS, área técnica de saúde mental da SMS e equipe de regulação, desmembrando a matriz de agravos da infância e adolescência em pelo menos duas matrizes separadas: uma para infância e outra para adolescência.
19. Garantir a reposição de todas as vacâncias por afastamento definitivo, bem como a ampliação de vagas para contratação de trabalhadores — incluindo agentes redutores de danos (RDs) e acompanhantes terapêuticos (ATs) — por concurso público, para todos os componentes da RAPS existentes, de acordo com a necessidade da população de cada território, conforme previsto nas portarias regulamentadoras da RAPS.
Eixo 3 - Política de Saúde Mental e os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade
01. Fomentar a articulação dos diferentes pontos da rede atenção primária, serviços especializados de saúde mental, hospitais e emergências; articular as redes intersetoriais nas regiões; e garantir que a reabilitação psicossocial tenha enfoque transversal em todos os serviços da RAPS, como forma de cuidado estratégico, comunitário e territorial, orientado à redução de danos, valorizando os saberes populares e articulando-os com outros espaços existentes na comunidade.
02. Garantir a priorização do público infantojuvenil para atendimento na RAPS e ampliar a oferta de CAPSi III em todas as oito regiões distritais de saúde, executando a atenção psicossocial infantojuvenil de forma territorializada e integral, buscando evitar a internação psiquiátrica, conforme os marcos regulatórios e o Estatuto da Criança e do Adolescente. Garantir, também, a transição do cuidado da pessoa usuária ao atingir a maioridade, para o CAPS adulto, ESMA e/ou atenção básica.
03. Garantir a oferta de apoio matricial em saúde mental às unidades de atenção básica por meio dos NASFs, CAPS, ESMA e EESCA, disponibilizando, para tanto, tempo de trabalho das equipes da atenção básica, a fim de que a atenção em saúde mental ocorra de forma transversal em toda a Rede de Atenção em Saúde Mental (RAPS).
04. Qualificar o atendimento de emergência em saúde mental dos usuários adultos e infanto juvenis, garantindo que o atendimento à crise seja realizado de forma humanizada, refletindo na qualificação do espaço físico, na redução do tempo de espera e, especialmente, na abordagem multiprofissional e integral ao usuário.
05. Ampliar a rede de CAPS III adulto para todas as oito regiões distritais de saúde do município, garantindo acesso das pessoas usuárias em diferentes locais do território, prezando pela universalidade, integralidade e equidade.

06. Implantar e implementar programas de educação continuada para a atenção primária, qualificando as ações em saúde mental e garantindo ações de reabilitação psicossocial, atuando ativamente na prevenção do suicídio e aprimorando o manejo da APS aos usuários de saúde mental.
07. Formular uma política de saúde mental atualizada e o Plano Municipal de Saúde Mental, com base na análise situacional da RAPS e nas deliberações da 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental, em consonância com a Lei Federal nº 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica, considerando que o último documento de formulação data de 2005.
08. Recriar os NASFs (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), com cobertura de todas as equipes de saúde da família em cada distrito de saúde, para realizar o apoio matricial em saúde mental às unidades de saúde da família e a regulação conjunta dos encaminhamentos aos serviços especializados..
09. Garantir a proteção dos direitos das pessoas em situação de rua e de seus bens em qualquer medida de remoção, assegurando a articulação com as equipes componentes da RAPS em seus territórios, e promovendo o cuidado longitudinal previsto pelos princípios do SUS.
10. Garantir a territorialização e regionalização dos serviços de atenção primária e dos serviços especializados de saúde mental, mantendo-os acessíveis e próximos da residência da população, para assegurar o acompanhamento e a continuidade dos tratamentos. Estabelecer parâmetros quanto ao número e ao tipo de profissionais para as equipes especializadas de ESMA e EESCA, bem como para os componentes da rede substitutiva (CAPSi I, II, III, AD, Consultório na Rua, NASF, Residencial Terapêutico), de acordo com o tamanho da população assistida, prevendo a ampliação dessas equipes.
11. Garantir a obrigatoriedade do registro de raça/cor/etnia em todos os cadastros e sistemas dos serviços da Secretaria Municipal da Saúde e da RAPS, preenchido por meio de autodeclaração, considerando as questões étnico-raciais nas discussões de caso, no atendimento ao sofrimento psíquico e em sua relação com o racismo e a exclusão de pessoas negras, indígenas, quilombolas, ciganos, migrantes e refugiados. Construir políticas públicas equitativas que contemplem as especificidades dessas populações, assim como os aspectos de racialização, racismo estrutural e institucional, na formulação das políticas de saúde mental do município.
12. Criar um programa de financiamento habitacional para moradias populares destinado a usuários e usuárias da Rede de Atenção Psicossocial, garantindo que não seja temporário.
13. Garantir a permanência dos fóruns da RAPS nas oito regiões distritais de saúde do município, e não por coordenadorias, a fim de fortalecer o acolhimento e o vínculo nos territórios, respeitando os princípios da equidade e da integralidade do SUS.
14. Garantir o acesso e o cuidado equitativo e contínuo de pessoas trans, travestis e não-binárias nos serviços que compõem a RAPS, assegurando o direito ao uso do nome social, conforme a Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.
15. Formular ações da política de saúde mental que contemplem a interseccionalidade de gênero, sexualidade e raça/etnia, ampliando as ações e a discussão sobre essas questões, a fim de eliminar a discriminação, o preconceito institucional e o racismo estrutural, visando reduzir desigualdades e consolidar o SUS como um sistema universal, integral e equitativo, em conformidade com as políticas de equidade.
16. Garantir que a atenção básica realize as ações preconizadas pelo SUS, em contraposição ao modelo de "Saúde na Hora", incluindo metas qualitativas alinhadas aos princípios da RAPS para a atenção básica, visando à efetivação das ações de prevenção e promoção em saúde mental.
17. Retirar a regulação da RAPS pelo GERCON e retomar o apoio matricial em saúde mental pelos NASFs e pelos serviços de saúde mental, com a participação dos profissionais da rede básica, mantendo o apoio matricial como referência para a regulação dos encaminhamentos aos serviços especializados de saúde mental.
18. Garantir a obrigatoriedade do registro da condição de pessoa em situação de rua em todos os sistemas, documentos e cadastros dos serviços da Secretaria Municipal da Saúde e da RAPS, preferencialmente de forma autodeclarada, podendo também ser sinalizada pela equipe. Assegurar a discussão da saúde mental dos usuários em situação de rua nos fóruns regionais da RAPS, visando a construção de políticas públicas equitativas que contemplem as especificidades dessa população.
19. Garantir que a regulação dos encaminhamentos em saúde mental ocorra por diferentes vias de acesso, assegurando a equidade na atenção. Na atenção básica, priorizar o encaminhamento dos casos matriculados; e, nas emergências de saúde mental e nos casos egressos de internação, assegurar que os pacientes sejam encaminhados diretamente aos serviços de média complexidade, a fim de evitar internações desnecessárias e reinternações.

Eixo 4 - Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia
01. Criar uma política intersetorial de geração de trabalho e renda para populações em situação de vulnerabilidade social e com necessidades de reabilitação psicossocial (como insegurança alimentar, perda de benefícios sociais, desemprego, ausência de renda, falta de moradia e dificuldade de locomoção), garantindo, assim, a adesão às terapêuticas necessárias, inclusive por meio da isenção do pagamento da passagem no transporte coletivo.
02. Elaborar e executar um Plano de Saúde Mental Emergencial em resposta aos efeitos da COVID-19, destinando investimentos provenientes dos recursos da COVID-19 para a RAPS.
03. Fomentar ações e campanhas de prevenção ao suicídio ao longo de todo o ano, articulando-se com a atenção básica e os serviços especializados em saúde mental, realizando o monitoramento das tentativas de suicídio registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio de ações de busca ativa e matriciamento, com ênfase nas populações mais vulnerabilizadas: indígenas, LGBTQIAP+, negras e quilombolas.
04. Construir estratégias específicas para a atenção à saúde integral de crianças e adolescentes, a partir da intersetorialidade, com ações de promoção, prevenção e reabilitação psicossocial, fortalecendo e ampliando os serviços da RAPS em seus diferentes pontos da rede, como unidades de saúde, CAPSi, CER e EESCA, visando minimizar os efeitos do cenário pandêmico.
05. Implementar espaços de convivência, oficinas comunitárias e pontos de cultura.
06. Privilegiar a atenção do município às crianças e adolescentes de famílias que perderam seus mantenedores, como forma de reparação pelas mortes evitáveis decorrentes da omissão do Estado no enfrentamento da pandemia de COVID-19, com ênfase no cuidado em saúde mental.
07. Implementar uma política de saúde do trabalhador/a voltada ao cuidado em saúde mental, com estratégias de promoção, prevenção e reabilitação do burnout e de transtornos mentais relacionados ao trabalho, em consonância com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria nº 1.823/2012) e suas linhas de cuidado.
08. Valorizar os fóruns da RAPS e implantar, por território, os Fóruns RAPS com intersetorialidade, envolvendo assistência social e educação, além dos serviços especializados de saúde mental e da atenção básica à saúde.
09. Implementar políticas de transição entre os modelos de atenção adotados durante a pandemia (emergencial, ambulatorial e individualizado por demanda espontânea) e o trabalho coletivo e territorial que caracteriza os serviços da RAPS, considerando as novas manifestações do sofrimento psíquico.
10. Implementar unidades de acolhimento para a população em situação de rua em todos os distritos, oferecendo alimentação, banho e higiene, além de intervenções voltadas à redução de danos, considerando o aumento dessa população durante a pandemia e a endemia.
11. Implementar, no âmbito do município, as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS com as equipes de trabalho e a população atendida, garantindo práticas de atenção e gestão que promovam a transição integral do cuidado entre os serviços.
12. Ampliar a rede de atendimento ao público infantojuvenil com Transtorno do Espectro Autista (TEA), por meio de Centros de Reabilitação Intelectual, implementação de novas vagas em CAPS e CAPSi, de modo a garantir o acesso ao cuidado em liberdade dentro da RAPS, bem como o fortalecimento dos fluxos dessa rede e a garantia de apoio aos usuários do SUS, considerando a alta demanda vivenciada na RAPS.
13. Estimular e garantir, por meio da participação das unidades de saúde nos espaços já consolidados nos territórios, como as “redinhas”, a aproximação com outros atores da rede de proteção à infância e adolescência, bem como com outras redes, como o Fórum da População em Situação de Rua (Moradia Primeiro) e os fóruns da RAPS.
14. Aprimorar, no âmbito da APS, a escuta e a identificação de situações de sofrimento psíquico nos territórios, por meio de grupos, da relação com outros atores locais, da articulação com os conselhos locais de saúde e do fortalecimento do matriciamento com as equipes de saúde mental.
15. Criar estratégias de registro da memória e do cuidado em saúde mental para todas as vítimas da pandemia de COVID-19 no município (no Museu de Porto Alegre e/ou em outros espaços e modalidades), com ênfase em pessoas idosas e nas famílias que perderam seus mantenedores, em razão da omissão do Estado no enfrentamento da pandemia de COVID-19, como forma de reparação memorial e de visibilização das mortes que poderiam ter sido evitadas.

16. Implementar uma política de Educação Permanente em Saúde Mental Coletiva sobre os efeitos da COVID-19 na saúde, voltada para toda a rede intersetorial de Porto Alegre, considerando os determinantes sociais e agregando conhecimentos, técnicas, protocolos, bem como acolhimento, autonomia, posturas antirracista, anticolonial e antimisógina, religiosidades, ações de combate a preconceitos e estímulo à auto-organização das comunidades, entre outros.
17. Readequar e implementar os serviços de saúde mental em conformidade com a Política Nacional de Saúde.
18. Implementar políticas de geração de renda voltadas aos povos tradicionais, que enfrentam invisibilidade territorial e dificuldades no acesso ao transporte público, situação agravada pela pandemia.