

**Plano Municipal de**  
**Saúde**  
**de São Leopoldo**  
**2022-2025**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO**

CONSTRUINDO UMA CIDADE MELHOR

## Plano Municipal de Saúde

2022-2025

**PREFEITO MUNICIPAL**

**Ary José Vanazzi**

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Marcel Martins Frison**

**SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE**

**Diego Adolfo Pitirini**

---

**Município: São Leopoldo – Rio Grande do Sul – Brasil**

**Secretaria Municipal de Saúde – SEMSAD**

**Av. Dom João Becker, 754, 4º andar, Centro, São Leopoldo, RS, CEP 93010-010**

**Contatos: 2200 0201 / [secretariadesaude@saoleopoldo.rs.gov.br](mailto:secretariadesaude@saoleopoldo.rs.gov.br)**

**Criação do Município: 25/07/1824**

**População: 240.378 - IBGE 2010 (estimativa 2021)**

**Gestão Plena desde 2003**

**Lei de Criação do Fundo Municipal de Saúde: nº 3641. Data da Publicação 26/12/90**

**Lei de criação do Órgão Municipal da Saúde: nº 3751. Data da Publicação 28/04/92**

**Coordenadoria Regional de Saúde: 1ª CRS**

**Região de Saúde: 7ª Região – Vale dos Sinos**

## **GRUPO CONDUTOR DO PMS**

Assessoria de Planejamento: Paula Suséli Silva de Bearzi

Assessoria de Planejamento: Thaís Souza dos Santos

Atenção Especializada: Maria Salete Macedo

Atenção Básica: Lisiane Machado Bittencourt da Silva

NUMESC: Luíse Peter da Silva

Residente Saúde Coletiva: Luanny Silva Ovando do Nascimento

## **REPRESENTANTES E COLABORADORES DAS ÁREAS TÉCNICAS**

Coordenadora Administrativa: Patrícia de Oliveira Basotti

Diretora de Atenção Especializada: Maria Salete Macedo

Diretor de Atenção Básica: Lotário de Souza

Diretora de Enfermagem: Claudia Helena Lindenmeyer Welter

Diretora de Assistência Farmacêutica: Fabiana Chiela Ribeiro

Diretora de Políticas Públicas de Saúde: Simone Beatriz da Silva Brum

Diretora de Regulação: Adriana Freitas Moreira

Coordenadora do Centro de Saúde da Fatoria: Cristiane Bitencourt Lacerda

Coordenadora do Serviço de Atendimento Especializado - SAE: Scarlatt Vitória Napp

Diretora do Laboratório Municipal: Solange Biegelmeier

Diretor de Vigilância em Saúde: André Mello da Costa Ellwanger

Coordenadora da Vigilância Epidemiológica e Imunização: Karen Quevedo Carvalho Lopes

Vigilância Epidemiológica: Vanessa Backes

Coordenadora de Vigilância Ambiental e Zoonoses: Maria do Carmo Rodrigues Moraes

Coordenadora de Vigilância Sanitária: Camila Correa Jacques

Coordenadora da Educação em Saúde Coletiva: Luise Peter da Silva

Coordenadora do Programa de Saúde Bucal: Karine Santos

Coordenador Técnico da Chefias das Unidades: Cristiane Thais Gehrke Lamberty

Coordenadora do Centro de Especialidades: Tânia de Lourdes Andrade

Chefe do Núcleo de Nutrição: Andressa Pinheiro

Coordenadora de Saúde Mental: Cristina Lima da Rocha Cannas

Assessoria de Planejamento: Ana Maria Pedrolo Ribeiro

## **Composição da Mesa Diretora, eleitos para o biênio 2021-2023, dos segmentos de Usuários, Trabalhadores em Saúde, Prestadores de Serviços e Gestores.**

**Presidente: Izabel Teresinha de Souza Oliveira - ALUREU-SINOS**  
**Segmento: Prestadores de Serviços**

**Vice Presidente: Sérgio Gilberto Dienstmann - Sindicato dos Contadores e Técnicos em Contabilidade do Vale dos Sinos - SINCONTECSINOS**  
**Segmento: Usuários**

**1º Secretária: Márcia Vieira Coelho - Associação Comercial, Industrial, de Serviços e Tecnologia de São Leopoldo - ACIST**  
**Segmento: Usuários**

**2º Secretária: Raquel Dickel - Sociedade de Psicologia do RS- Núcleo São Leopoldo- SPRGS**  
**Segmento: Trabalhador em saúde**

**Coordenador: Diego Pitirini – Secretaria de Saúde - SEMSAD**  
**Segmento: Gestor**

**Coordenador: Valdemir Ferreira Pereira- Sindicato dos Trabalhadores da Indústria Metalúrgica, Mecânicas e de Material Elétrico de São Leopoldo- STIMMME-SL**  
**Segmento: Usuários**

**Coordenador: Jeisson Andrei Rex- Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Vale dos Sinos - SINDISAÚDE**  
**Segmento: Trabalhador em saúde**

**Coordenador: Antônio Carlos Amaral -Associação Bairro Campestre**  
**Segmento: Usuários**





<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Aspectos Históricos.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Aspectos Territoriais.....</b>	<b>8</b>
Figura 1- Mapa do Rio Grande do Sul e localização do Município de São Leopoldo.....	9
Figura 2 - Distribuição dos bairros.....	10
Figura 3 - Mapa das Regiões do Orçamento Participativo. São Leopoldo.....	11
<b>3 ANÁLISE SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>3.1 Dados Demográficos.....</b>	<b>12</b>
Tabela 1 - Distribuição da População segundo faixa etária do município de São Leopoldo - RS em 2010.....	12
Figura 4 - Perfil demográfico de São Leopoldo de 1970 a 2012.....	13
Figura 5 - Gráfico do percentual da população por faixa etária, segundo projeções do IBGE.....	14
Figura 6 - Pirâmide etária do município de São Leopoldo/RS - estimativa 2020.....	15
Gráfico 1 - Proporção da População Residente por Cor ou Raça - 1990 a 2010.....	15
Gráfico 2 - População residente estimada em 2020 por faixa etária do município de São Leopoldo/RS.....	16
<b>3.2 Dados Socioeconômicos.....</b>	<b>16</b>
Gráfico 3 - do PIB <i>per capita</i> 2010 -2013 do município de São Leopoldo.....	17
Gráfico 4 - Série histórica do PIB a preços correntes do município de São Leopoldo no período de 2010 a 2018.....	17
Gráfico 5 - Rendimento Domiciliar <i>per capita</i> do município São Leopoldo/RS em 2010.....	18
Gráfico 6 - Composição da população municipal segundo raça ou cor entre pessoas com renda familiar mensal per capita até ½ salário mínimo com cadastro atualizado (linha que define a situação de baixa renda.....	19
Gráfico 7 - Percentual da renda apropriada pelos 20% mais pobres e 20% mais ricos em São Leopoldo – 1991/2000/2010.....	19
Gráfico 8 - Taxa de Desemprego da população residente economicamente ativa de 1991 a 2010 do município de São Leopoldo/RS.....	20
Gráfico 9 - Taxa de Alfabetização de pessoas de 05 anos ou mais de idade, por grupos de idade do município de São Leopoldo/RS em 2010.....	21
Gráfico 10 - Índice de Desenvolvimento Humano do município de São Leopoldo em 2010.....	23
Gráfico 11 - Comparação entre os Índices de Desenvolvimento Humano dos municípios de São Leopoldo e Porto Alegre nos períodos 1991, 2000 e	

2010.....	23
Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento Humano do município de São Leopoldo e média do Brasil em 2010.....	24
Gráfico 12 - Distribuição das formas de esgotamento sanitário nas zonas consideradas urbanas e rurais do município de São Leopoldo em 2010.....	25
Figura 7 - Proporção de moradores segundo a condição de ocupação do município de São Leopoldo nos períodos entre 1991 e 2010.....	26
<b>3.3 Dados Epidemiológicos.....</b>	<b>26</b>
Gráfico 13 - Número de nascidos vivos do município de São Leopoldo/RS, de 2013 a 2020.....	27
Tabela 3: Morbidade Hospitalar de residentes, segundo capítulo da CID-10.....	28
Gráfico 14 - Coeficiente de Mortalidade Geral do município de São Leopoldo/RS entre 2013-2020.....	29
Tabela 4 - Mortalidade de residentes, segundo capítulo CID-10.....	30
Tabela 5 - Óbitos segundo raça/cor no período de 2013 a 2019 do município de São Leopoldo/RS.....	31
Gráfico 15 - Comparação entre as principais causas de morbimortalidade segundo capítulo do CID-10 do ano de 2019 do município de São Leopoldo/RS.....	32
Gráfico 16 - Número de óbitos por causas externas - CID 10, causas determinadas, do município de São Leopoldo/RS - 2013 a 2019.....	32
Gráfico 17 - Número de óbitos maternos do município de São Leopoldo/RS no período de 2002 a 2020.....	33
Tabela 6 - Óbitos maternos segundo raça cor no período de 2002 a 2020.....	34
Gráfico 18 - Coeficiente de Mortalidade Infantil do município de São Leopoldo no período de 2013-2020.....	36
Tabela 7 - Óbitos infantis segundo raça cor no período de 2013 a 2020 do município de São Leopoldo/RS.....	36
Quadro 1 - Unidades de Saúde do Município.....	37
<b>4.1 Atenção Básica.....</b>	<b>39</b>
Gráfico 19 - Cobertura da Atenção Básica em Saúde (ESF e Saúde Bucal) do município de São Leopoldo em 2021.....	40
Quadro 2 - Número de equipes de atenção básica e equipes de saúde bucal em 2020 no município de São Leopoldo/RS.....	41
Tabela 8 - Indicadores de desempenho do Previne Brasil - São Leopoldo/RS.....	42
Gráfico 20 - Indicadores de desempenho do Previne Brasil relacionado às gestantes no período de 2018 a 2020 do município de São Leopoldo/RS.....	43
Gráfico 21 - Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal no período de 2017 a 2019 do município de São Leopoldo/RS.....	44
Gráfico 22 - Série histórica de notificações de casos de Sífilis em gestantes e Sífilis congênita do município de São Leopoldo/RS.....	45
Tabela 9 - Indicadores de desempenho do PIAPS para o ano de 2021. ....	46
<b>4.2 Saúde Bucal.....</b>	<b>46</b>
Gráfico 23 - Série Histórica Cobertura Saúde Bucal no município de São Leopoldo no período de 2017 a 2020.....	49
<b>4.3 Alimentação e Nutrição.....</b>	<b>51</b>

Tabela 10 - Percentual de sobrepeso/obesidade na população adulta....	53
Tabela 11 - Percentual de peso elevado para a idade em crianças.....	53
Tabela 12 - Percentual de Sobrepeso/Obesidade em Adolescentes.....	54
Tabela 13 - Percentual de Sobrepeso em Idosos.....	54
Tabela 14 - Percentual de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.....	55
<b>4.4 Programa Saúde na Escola (PSE).....</b>	<b>56</b>
<b>4.5 Atenção Especializada - média complexidade.....</b>	<b>58</b>
4.5.1 Centro Médico Capilé.....	58
Quadro 3 - Especialidades do Centro Médico Capilé.....	58
Quadro 4 - Procedimentos realizados no Centro Médico Capilé.....	60
4.5.2 Serviço de Atendimento Especializado (SAE).....	60
4.5.3 Laboratório Municipal.....	63
4.5.4 Atenção Psicossocial Especializada.....	64
4.5.5 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).....	71
4.5.6 Unidade de Pronto Atendimento – UPA.....	74
4.5.7 Programa Melhor em Casa.....	75
<b>4.6 Atenção Hospitalar - média e alta complexidade.....</b>	<b>75</b>
Tabela 15 - Trabalhadores de Saúde.....	77
Tabela 16 - Leitos Ativos, Fundação Hospital Centenário, 2021.....	77
Tabela 17 - Dados de produção hospitalar, 2020.....	82
<b>4.7 Populações específicas.....</b>	<b>83</b>
4.7.1 Saúde da população negra.....	84
4.7.2 População em situação de rua.....	86
4.7.3 População Idosa.....	87
4.7.4 Pessoas Com Deficiência e mobilidade reduzida.....	88
4.7.5 População LGBTQIAP+.....	89
4.7.6 Saúde da População Indígena.....	90
4.7.7 População de Migrantes Internacionais.....	91
Tabela 18 - Migrantes internacionais residentes em São Leopoldo.....	92
<b>4.8 Centro de Vigilância em Saúde.....</b>	<b>94</b>
4.8.1. Vigilância Epidemiológica.....	94
4.8.2. Vigilância Sanitária.....	98

Tabela 19 - Ações da VISA do município de São Leopoldo realizadas nos anos de 2019 e 2020.....	104
Tabela 20 - Tipos de receituários entregues para os estabelecimentos de saúde do município em 2019 e 2020.....	107
4.8.3 Vigilância Ambiental.....	108
Tabela 21 - Série histórica de casos notificados e confirmados de Dengue, Febre Chikungunya e Zika Vírus nos anos de 2017 a 2021.....	110
Tabela 22 - Quantitativo das amostras encaminhadas para diagnóstico laboratorial de raiva no período de 2017 a 2021.....	111
Tabela 23 - Série histórica de casos notificados e confirmados de Leptospirose nos anos de 2017 a 2021.....	111
Tabela 24 - Série histórica de denúncias e reclamações atendidas, no período de 2017 a 2021.....	113
4.8.4 Serviço de Imunizações.....	115
<b>4.9 Assistência Farmacêutica.....</b>	<b>116</b>
Quadro 5 - Componentes da Assistência Farmacêutica.....	118
Tabela 25 - Pacientes atendidos nas farmácias e recursos financeiros aplicados, 2018 a 2020.....	122
<b>5 GESTÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>123</b>
<b>5.8 Instâncias de Participação Social.....</b>	<b>139</b>
5.8.1 Conselho Municipal de Saúde (CMS).....	139
5.8.2 Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN).....	140
<b>6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....</b>	<b>141</b>
<b>7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....</b>	<b>144</b>

### 1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado de um processo social de luta política e seus princípios coincidem com as bandeiras levantadas pelo movimento de redemocratização do país. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi a primeira conferência que contou com a participação de usuários e é um marco na luta pela construção de um sistema público de saúde com acesso universal e cobertura integral. Essa conquista foi assegurada pela Constituição Federal de 1988 que garantiu a saúde como direito de todos os brasileiros, de maneira que o Sistema Único de Saúde (SUS) expressa, na saúde, a aspiração de um país justo e democrático. Além da seção da saúde na Constituição Federal (1988), as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 e o Decreto nº 7.508/2011 constituem as bases jurídicas do SUS. Já as diretrizes para o planejamento no SUS estão descritas na LC nº 141/2012 e especialmente na Portaria nº 2.135/2013.

A partir da organização das relações intergovernamentais do SUS definidas nesta legislação, os municípios são responsáveis pela prestação direta de ações e serviços de saúde passando a atuar com protagonismo na organização e gestão das políticas de proteção social no campo da saúde, o que caracterizou a **municipalização da saúde**. Cabe ainda destacar que o município de São Leopoldo é gestor pleno do sistema de saúde desde 2003, modalidade de gestão em que todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos e serviços, próprios, conveniados e contratados se dão no âmbito municipal.

O presente Plano Municipal de Saúde (PMS) aponta as diretrizes, objetivos e metas de atuação na saúde que deverão ser pautadas pela administração pública municipal nos próximos 4 anos e foi construído de forma dialógica, visando contemplar os anseios da comunidade, dos trabalhadores da saúde e da gestão. Seu conteúdo está em consonância com o Plano Plurianual (PPA) e com as Políticas Estadual e Nacional de Saúde, buscando materializar um momento de inovações, as quais deverão promover transformações na gestão, no planejamento da saúde e nos resultados sanitários.

A sistemática de trabalho foi proposta pelo Grupo Condutor a partir do convite para as representações técnicas da gestão municipal de saúde, diretores e coordenadores da atenção primária e secundária, Hospital Centenário, Conselho Municipal de Saúde (CMS), Secretaria Gestão e Governo, Gabinete do Secretário de Saúde e Prefeito. As oficinas ocorreram de forma presencial e online, algumas dessas com cada área separadamente e outras com os representantes de todas as áreas. As reuniões foram organizadas pelo Grupo Condutor no período de maio a agosto de 2021, em dois momentos, conforme descrito a seguir:

No 1º momento foram feitas oficinas com as áreas que compõem a Secretaria de Saúde utilizando a matriz SWOT (matriz FOFA em português), que tem como objetivo analisar o ambiente e identificar junto a equipe as forças, oportunidades, fraquezas e ameaças que compõem o serviço. A partir dessa análise foram identificados, definidos e explicados os problemas, com posterior priorização pela Matriz de priorização de problemas do Estado de Saúde da População, e pela Matriz de priorização de problemas do Sistema e dos Serviços de Saúde.

As informações levantadas no primeiro momento serviram como reconhecimento da situação atual da saúde em São Leopoldo, partindo para o 2º momento no qual essas informações são a base para o desenvolvimento da Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI). As diretrizes foram propostas considerando a 9ª Conferência Municipal de Saúde (2019), o Plano Nacional de Saúde 2020-2023, o Plano Estadual de Saúde RS 2020-2023 e Plano Plurianual de São Leopoldo. Os objetivos foram desenvolvidos dentro de cada Diretriz considerando os problemas priorizados pelas áreas.

A mudança da realidade implica a construção de ideias e consensos que mobilizem as forças políticas e sociais e sustentem o processo de transformação. Esperamos que este documento seja mais do que um simples cumprimento de prerrogativas legais e que exerça um papel importante de fundamentar as ações realizadas no âmbito municipal, a partir do interesse comum, com a finalidade de alcançar melhores resultados e contribuir com a qualidade de vida da população leopoldense.

## **2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO**

### **2.1 Aspectos Históricos**

Junto ao Rio dos Sinos existia, não longe do atual centro de São Leopoldo, a Imperial Feitoria do Linho Cânhamo, um estabelecimento agrícola do governo onde eram produzidas cordas. Funcionando à base de mão de obra escravizada e nem sempre bem administrada, a Feitoria entrou em decadência, sendo extinta em 31 de março de 1824. Na época, Jorge Antonio Schaeffer procurava contratar alemães para o Brasil cumprindo ordens de Dom Pedro I.

Os primeiros imigrantes foram pessoalmente recebidos pelos imperadores, que lhes indicaram o destino: Rio Grande do Sul, uma vez que as constantes invasões, por parte do Vice-Reinado do Prata impunham ocupação intensa e sistemática. O Bergantim Protector trouxe-os até Porto Alegre, onde foram recebidos por José Feliciano Pinheiro, primeiro Presidente da Província de São Pedro do Rio Grande, em 18 de julho de 1824. Poucos dias depois, os 39 imigrantes recém-chegados iniciaram a última etapa da longa travessia. Em

grandes lanchões subiram o rio dos Sinos chegando em 25 de julho aos barrancos históricos, instalando-se na Imperial Feitoria do Linho Cânhamo. Em poucos anos a Colônia Alemã de São Leopoldo, nome escolhido em homenagem à Imperatriz Leopoldina, tornou-se centro administrativo, jurídico, político, cultural e religioso de grande parte do Estado.

A formação administrativa teve território desmembrado do Município de Porto Alegre para criação do Município de São Leopoldo, em cumprimento à Lei Provincial nº 4 de 1º de abril de 1846, ato extensivo à criação do distrito. A Lei Provincial nº 563, de 12 de abril de 1864, elevou a sede municipal à categoria de Cidade.

Pelo fato dos alemães serem agricultores (Landmänner) e também artesãos (Handwerker), foi surgindo uma variada produção que acabou sendo o embrião industrial do Vale do Rio dos Sinos. Em diversos pontos da sua grande área surgiram núcleos de desenvolvimento que posteriormente emanciparam-se, tornando-se prósperas cidades atualmente. Ao todo, foram oito novas cidades geradas, dando origem à região denominada Vale do Rio dos Sinos.

A data de 25 de julho de 1824 passou a ser considerada a data de fundação de São Leopoldo, e hoje é um feriado municipal, simbolizado pela chegada dos primeiros imigrantes no município. Neste mesmo mês, tradicionalmente acontece a São Leopoldo Fest, considerada a maior festa do gênero do Vale do Rio dos Sinos.

### **2.2 Aspectos Territoriais**

São Leopoldo está localizado na região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, distando 31,4 Km da capital pela rodovia BR 116 e 80 km de Caxias do Sul pela rodovia RS 240. Apresenta área territorial de 102,7 km<sup>2</sup>, com uma área de preservação ambiental de 16,6 km<sup>2</sup>.

**Figura 1- Mapa do Rio Grande do Sul e localização do Município de São Leopoldo**



Fonte: Prefeitura Municipal São Leopoldo

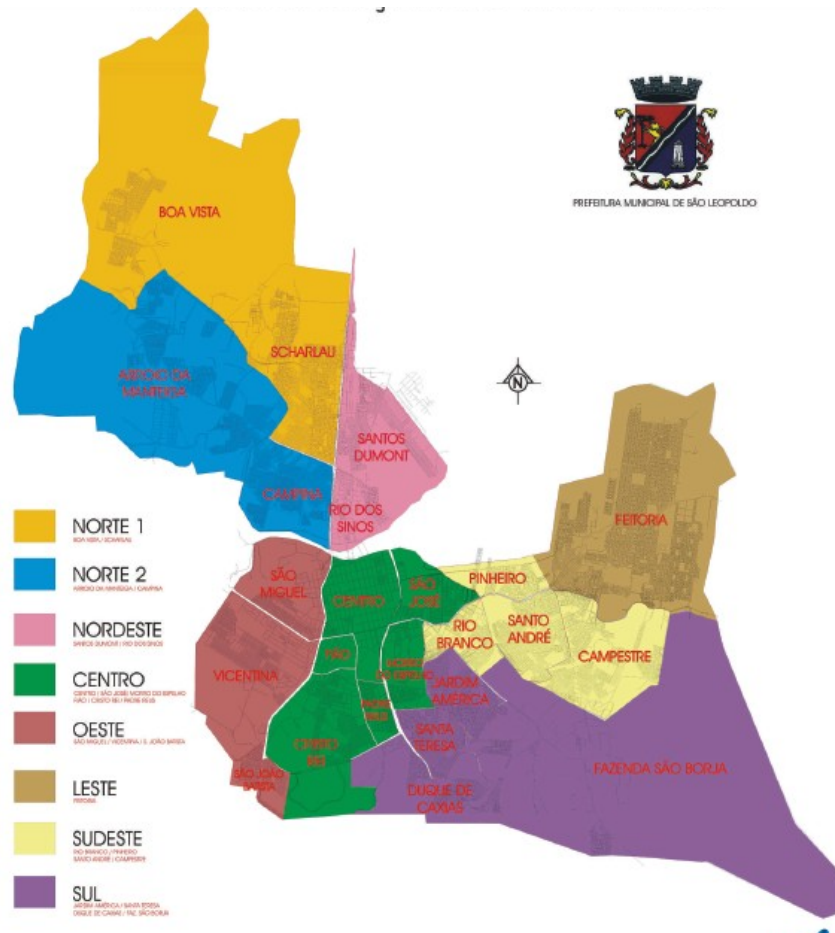
Figura 2 - Distribuição dos bairros



Fonte: Concremat e Prosinos, 2013.

O município é constituído por 24 bairros: Arroio da Manteiga, Boa Vista, Campestre, Campina, Centro, Cristo Rei, Duque de Caxias, Fazenda São Borja, Feitoria, Fiação, Jardim América, Morro do Espelho, Padre Reus, Pinheiro, Rio Branco, Rio dos Sinos, Santa Teresa, Santo André, Santos Dumont, São João Batista, São José, São Miguel, Scharlau e Vicentina, os quais formam as 8 Regiões do Orçamento Participativo.

Figura 3 - Mapa das Regiões do Orçamento Participativo. São Leopoldo



Fonte: Prefeitura Municipal de São Leopoldo

São Leopoldo possui um diversificado parque industrial globalizado, além de expressivo setor comercial e de serviços. Há diversas empresas multinacionais instaladas na cidade, como as alemãs Stihl Ferramentas Motorizadas, SAP Labs Latin América, Ensinger Ind. de Plásticos e Ferramentas Gedore. Situa-se também, na cidade, o maior parque tecnológico do Rio Grande do Sul, vinculado à Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

### 3 ANÁLISE SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

#### 3.1 Dados Demográficos

São Leopoldo possui uma população estimada para o ano de 2021 de 240.378 pessoas, sendo que a maior parte desta reside na área urbana (99,6%). A densidade demográfica é de 2.083,82 habitantes por km<sup>2</sup>, tendo estimativa de crescimento populacional de 1,39% ao ano e 3,06 moradores por residência, em média (IBGE, 2010).

**Tabela 1 - Distribuição da População segundo faixa etária do município de São Leopoldo - RS em 2010**

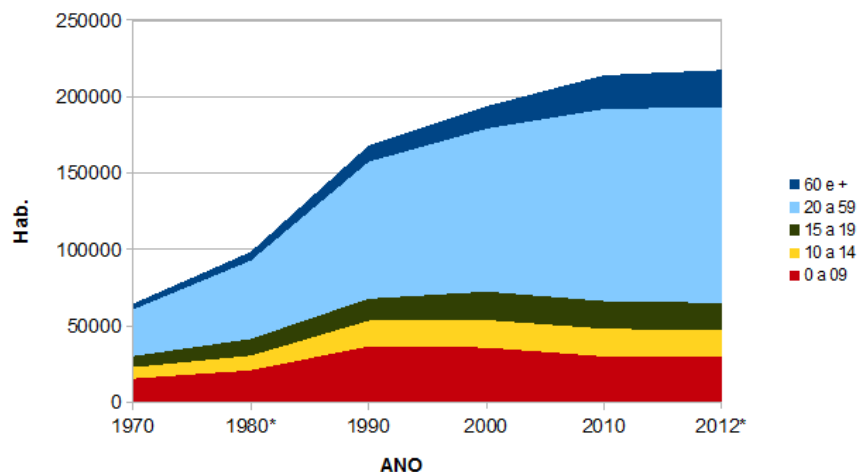
<b>Faixa etária</b>	<b>Homem</b>	<b>Mulher</b>	<b>Total</b>
0-4	7.357	7.024	14.381
5-9	7.989	7.515	15.504
10-14	9.295	8.875	18.170
15-19	9.175	8.936	18.111
20-29	19.009	19.008	38.017
30-39	16.326	16.815	33.141
40-49	14.798	16.191	30.989
50-59	11.219	12.430	23.649
60-69	5.776	7.290	13.066
70-79	2.433	3.851	6.284
80+	865	1.910	2.775
<b>Total</b>	<b>104.242</b>	<b>109.845</b>	<b>214.087</b>

Fonte: Censo Demográfico - IBGE, 2010.

O perfil demográfico de São Leopoldo vem se modificando nos últimos 40 anos, como se observa na Figura 4, onde nos últimos quatro censos verifica-se a redução na população infantil, tendência de diminuição de jovens, crescimento da população adulta e ampliação progressiva da população idosa. A população geral cresceu em torno de 10,61% na última década e em 2010, a esperança de vida ao

nascer era de 69 anos. A transição do perfil epidemiológico pode ser explicada através das grandes reduções das taxas de natalidade, fertilidade e mortalidade geral, além do aumento significativo da esperança de vida ao nascer que leva a um crescimento sem paralelo da proporção da população de idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

**Figura 4 - Perfil demográfico de São Leopoldo de 1970 a 2012**



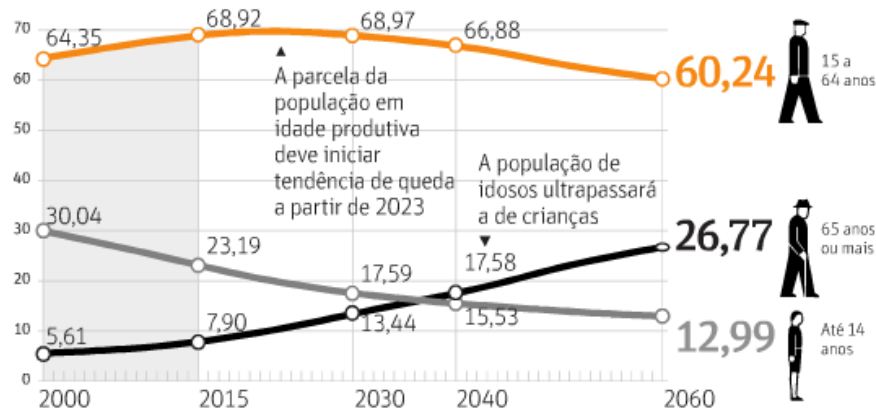
Fonte: Censo Demográfico - IBGE, 2010.

A população adulta na faixa etária de 20 a 59 anos aumentou em relação à população total, visto que, em 1970, correspondia a 47,46% e em 2010, ampliou para 58,76%, representando um crescimento de 11,30% nos últimos 40 anos. Já o aumento da população idosa com idade acima de 60 anos foi de quase 100% na composição da população leopoldense neste período. Em 2010, 10,33% da população eram pessoas idosas, já em 2020 a estimativa é de que 15% da população seja de pessoas idosas.

Este processo de transição demográfica é uma das principais transformações pelas quais vem passando a sociedade. Este cenário mundial, ao se alterar de forma rápida, exige a atenção para a população idosa, tanto no âmbito governamental como na sociedade em geral acarretando consequências econômicas, políticas e socioculturais. A longevidade, com qualidade de vida, é um ideal convergente com premissas da promoção da saúde, que, nas últimas duas décadas, tem sido apontada como estratégia mais ampla e apropriada para enfrentar os problemas de saúde na contemporaneidade. Nessa perspectiva, as

políticas destinadas aos idosos devem levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação e de cuidado, incentivando as ações voltadas à prevenção e a atenção integral à saúde. A figura 5 apresenta as projeções do IBGE para a população brasileira por sexo e idade até 2060:

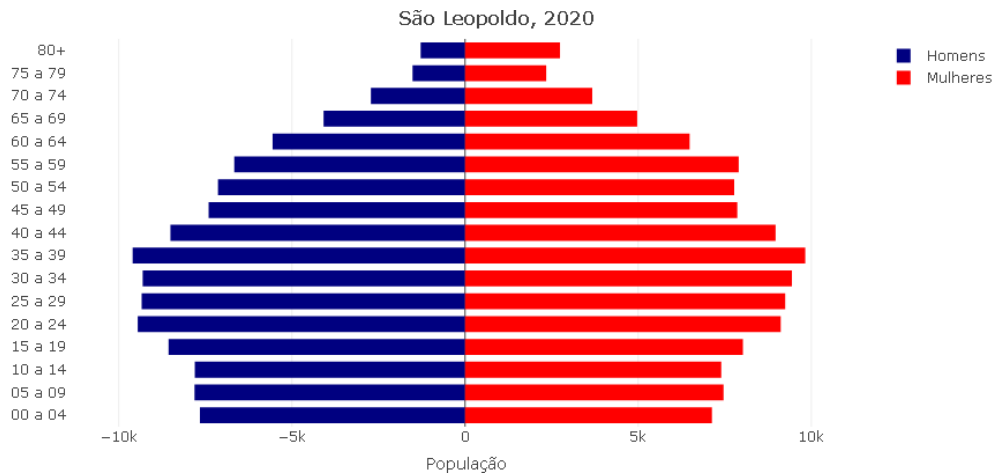
**Figura 5 - Gráfico do percentual da população por faixa etária, segundo projeções do IBGE**



Fonte: IBGE (2015)

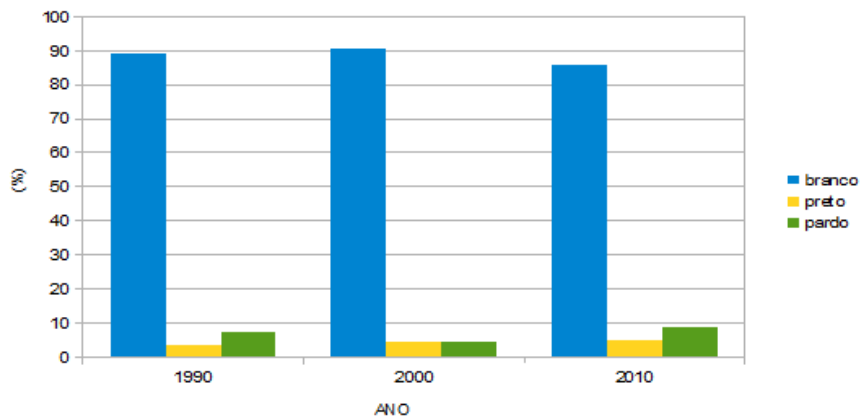
A população masculina e feminina divide-se em 48,7% de homens e 51,30% de mulheres no município. Através da análise do gráfico da Figura 6, pode-se verificar que, em 2000, houve um discreto aumento de indivíduos do sexo masculino em comparação com o sexo feminino nas faixas etárias de 0 a 19 anos. A partir dos 20 anos ocorre uma inversão nos quantitativos entre os sexos, sendo estes mais expressivos nas mulheres quando comparados aos homens. Já no censo de 2010, o mesmo comportamento permanece estendido até os 29 anos de idade. A partir dos 30 anos ocorre a inversão nos quantitativos entre os sexos, sendo estes mais expressivos nas mulheres quando comparadas aos homens.

Figura 6 - Pirâmide etária do município de São Leopoldo/RS - estimativa 2020



Fonte: PopVis. Disponível em: <http://visualiza.dee.spgg.rs.gov.br/dev/pop180821-2/>

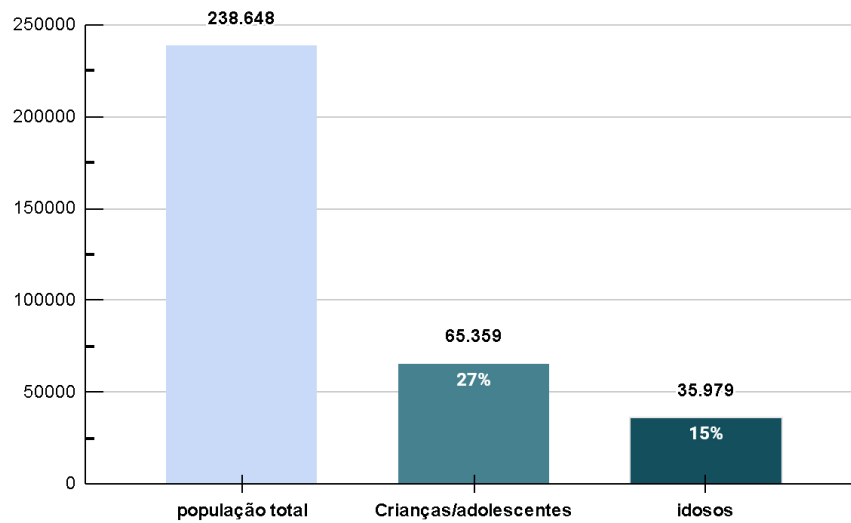
Gráfico 1 - Proporção da População Residente por Cor ou Raça - 1990 a 2010



Fonte: Censo Demográfico - IBGE, 2010.

O gráfico 1 apresenta a distribuição da população por cor branca, preta e parda, onde se verifica que a maioria da população é branca, representando 86,06% do total. Quanto à faixa etária, é possível observar que 15% da população de São Leopoldo são idosos e 27% crianças e adolescentes, conforme demonstrado abaixo:

**Gráfico 2 - População residente estimada em 2020 por faixa etária do município de São Leopoldo/RS**

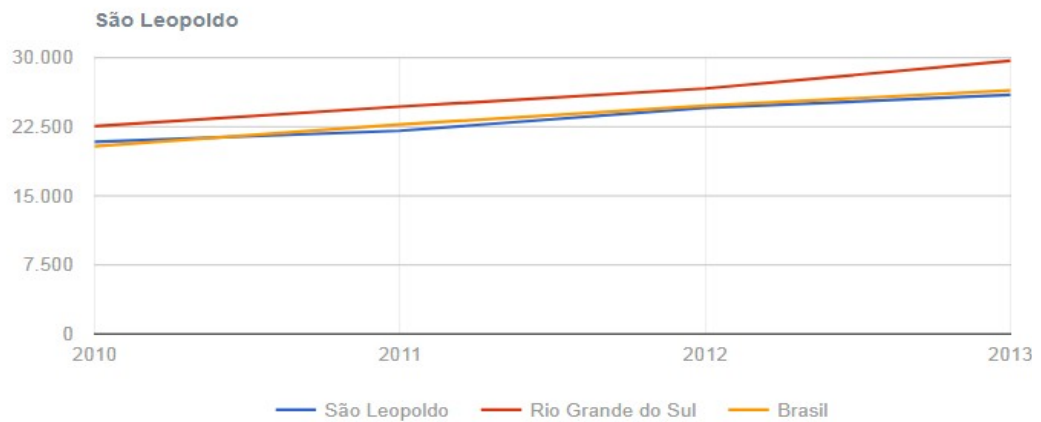


Fonte: Censo Demográfico - IBGE, 2010. Estimativas populacionais.

### 3.2 Dados Socioeconômicos

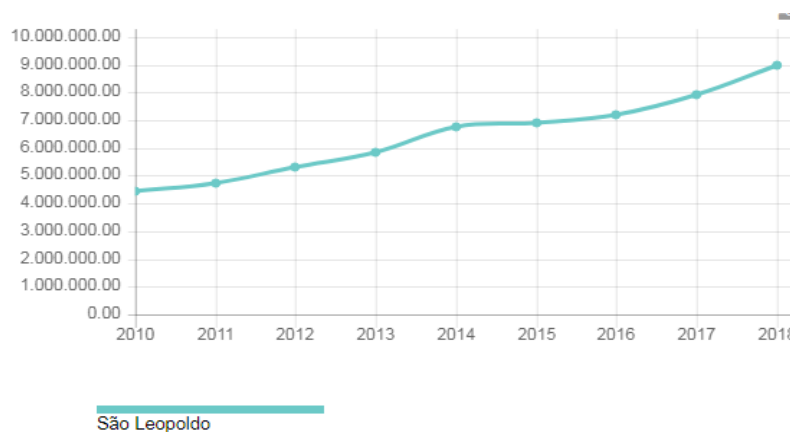
O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* do município em 2018 era de R\$ 38.317,82, segundo o IBGE. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 182 de 497. Já na comparação com cidades de todo o Brasil, sua colocação era de 780 de 5570. Em 2015 tinha 50,6% do seu orçamento proveniente de fontes externas. A figura abaixo demonstra a evolução do PIB *per capita* do município nos anos de 2010 a 2013, comparado com o Estado e o Brasil, demonstrando uma tendência de crescimento:

**Gráfico 3 - do PIB *per capita* 2010 -2013 do município de São Leopoldo**



Fonte: IBGE (2010)

**Gráfico 4 - Série histórica do PIB a preços correntes do município de São Leopoldo no período de 2010 a 2018**

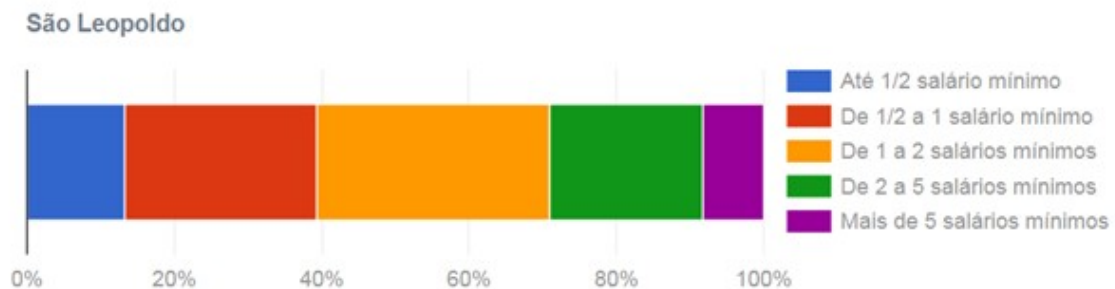


Fonte: IBGE (2010).

A figura 8 ressalta a série histórica dos preços correntes do PIB do município, em que 2010 era de R\$ 4.455.336,00 e em 2018 foi de R\$ 9.002.657,86, referindo um acréscimo na variação percentual real anual do volume do PIB. O PIB a preços correntes infere o valor adicionado total a preços de mercado, em moeda corrente, dos bens e serviços produzidos pelas unidades produtoras residentes na respectiva Unidade da Federação, durante o ano, antes da dedução do consumo de capital fixo (IBGE, 2010).

A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$140,00, passou de 17,26%, em 1991, para 11,64%, em 2000, e para 5,96%, em 2010. A figura abaixo mostra a renda mensal *per capita* em salários mínimos, de acordo com as informações do censo demográfico de 2010 e identifica que 13,35% apresentavam renda mensal de até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo, enquanto 8,29% da população recebe mais de 5 salários mínimos:

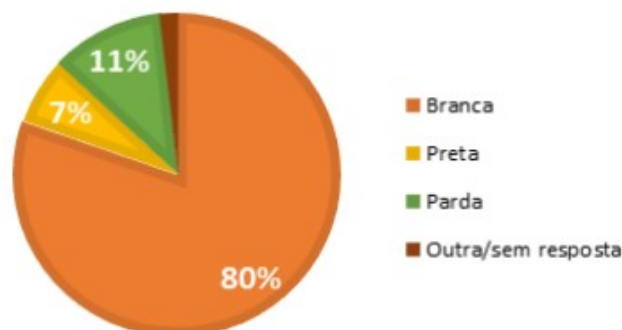
**Gráfico 5 - Rendimento Domiciliar *per capita* do município São Leopoldo/RS em 2010**



Fonte: IBGE (2010)

Na nota técnica “Sobre a Recente Queda da Desigualdade de Renda no Brasil”, publicizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, são cinco os determinantes imediatos da renda familiar per capita sobre os quais a análise está concentrada: (a) características demográficas das famílias; (b) transferências de renda; (c) remuneração de ativos; (d) acesso a trabalho, desemprego e participação no mercado de trabalho; e (e) distribuição dos rendimentos do trabalho. Esse último aspecto envolve inúmeros fatores, dentre os quais destacamos o papel da escolaridade, da experiência dos trabalhadores, da discriminação por raça e gênero, e das diferentes formas de segmentação do mercado de trabalho.

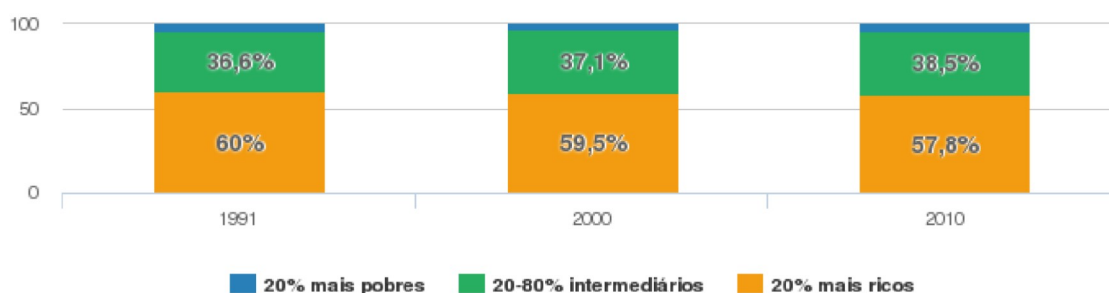
**Gráfico 6 - Composição da população municipal segundo raça ou cor entre pessoas com renda familiar mensal per capita até ½ salário mínimo com cadastro atualizado (linha que define a situação de baixa renda)**



Fonte: Cadastro Único para os Programas Sociais do Governo Federal

A Razão de Renda expressa a concentração da renda pessoal, ao comparar os estratos extremos de renda. Quanto mais elevados os valores, maior o desnível de renda entre grupos populacionais dos estratos considerados. Ela representa o número de vezes que a renda dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres, tendo o município de São Leopoldo atingido o índice de 15,5 no ano de 2010.

**Gráfico 7 - Percentual da renda apropriada pelos 20% mais pobres e 20% mais ricos em São Leopoldo – 1991/2000/2010**



Fonte: IBGE (2010)

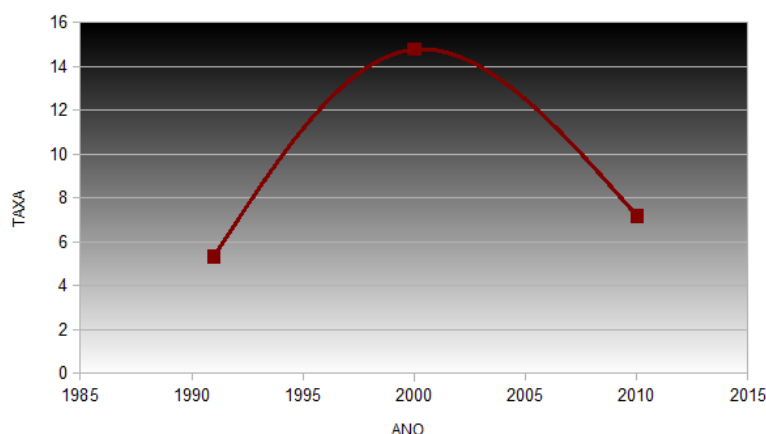
Segundo o IBGE em 2018, o salário médio mensal dos trabalhadores formais do município era de 3.3 salários mínimos. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, tinha 28.4% da população nessas condições, o que o colocava na posição 312 de 497 dentre as cidades do estado e na posição 4969 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2010).

O Índice de Gini é um instrumento utilizado para medir o grau de igualdade e concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um, sendo que o valor zero representa a situação de igualdade e o valor um está no extremo oposto. A evolução da desigualdade de renda pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,55, em 1991, para 0,54, em 2000, e para 0,53, em 2010, demonstrando avanço no sentido da redução da concentração de renda em São Leopoldo.

A taxa de desemprego consiste na parcela da população residente economicamente ativa que se encontra sem trabalho formal na semana de referência, ou seja, o contingente de pessoas a partir de 16 anos de idade que não está trabalhando. Mede o grau de insucesso das pessoas que desejam trabalhar e não conseguem encontrar uma ocupação no mercado de trabalho (desemprego aberto).

Entre 2000 e 2010, a taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 13,70% para 6,77%. Taxas elevadas de desemprego resultam na perda do poder aquisitivo e na possível desvinculação do sistema de Seguro Social e de algum plano de saúde de empresa, o que pressupõe aumento da demanda de atendimento no SUS. No gráfico abaixo observa-se que o desemprego apresentou uma redução importante em 2010, no último censo demográfico:

**Gráfico 8 - Taxa de Desemprego da população residente economicamente ativa de 1991 a 2010 do município de São Leopoldo/RS**



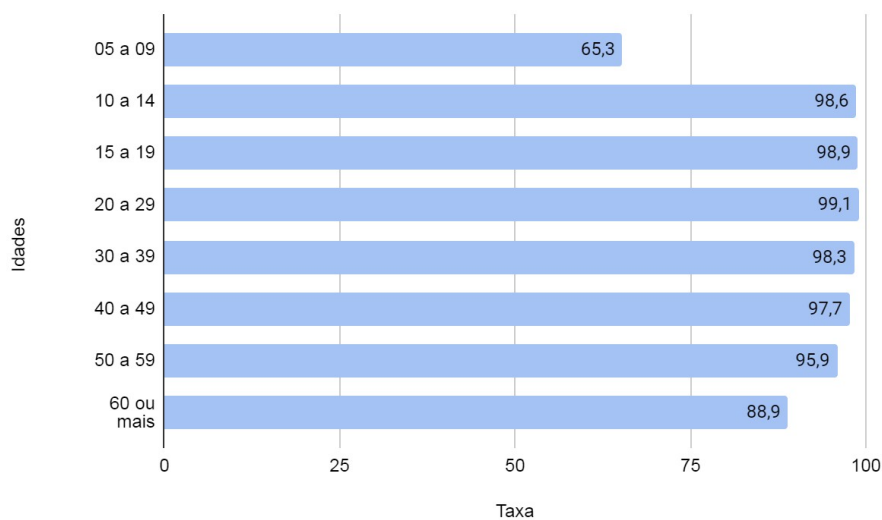
Fonte: IBGE (2010)

Já quanto a taxa de atividade da população a partir de 18 anos de idade (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 69,65% em 2000 para 71,06% em 2010. O gráfico abaixo demonstra a composição da população com 18 anos ou mais no ano de 2010.

Em 2010, das pessoas inseridas no trabalho formal a partir de 18 anos de idade do município, 0,57% trabalhavam no setor agropecuário, 0,19% na indústria extrativa, 25,16% na indústria de transformação, 8,24% no setor de construção, 2,03% nos setores de utilidade pública, 16,43% no comércio e 44,85% no setor de serviços.

A população leopoldense possui uma taxa elevada de alfabetização na população a partir dos 10 anos de idade, com crescimento de 1,43% nos últimos 10 anos. A taxa de alfabetização de pessoas de 05 anos ou mais de idade, por grupos de idade é apresentada no gráfico abaixo:

**Gráfico 9 - Taxa de Alfabetização de pessoas de 05 anos ou mais de idade, por grupos de idade do município de São Leopoldo/RS em 2010**



Fonte: IBGE (2010)

Esse indicador repercute diretamente na política de saúde na medida em que o nível de esclarecimento da população favorece o autocuidado, a adoção de hábitos saudáveis, a compreensão da importância da prevenção e adesão aos tratamentos de saúde, entre outros. Níveis de analfabetismo acima de 5% são considerados inaceitáveis internacionalmente. Em São Leopoldo, a taxa de

analfabetismo sofreu uma redução de 1,6% da população a partir dos 15 anos de idade quando comparados os anos de 2000 e 2010.

Entre 2000 e 2010, o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo passou de 45,58% para 59,93%, no município. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 3,81% eram analfabetos, 56,72% tinham o ensino fundamental completo, 39,12% possuíam o ensino médio completo e 10,50%, o superior completo.

O IDEB é um indicador educacional que relaciona de forma positiva as informações de rendimento escolar (aprovação) e desempenho (proficiências) em exames padronizados, como a Prova Brasil e o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB). Esse índice combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, podendo variar de 0 a 10.

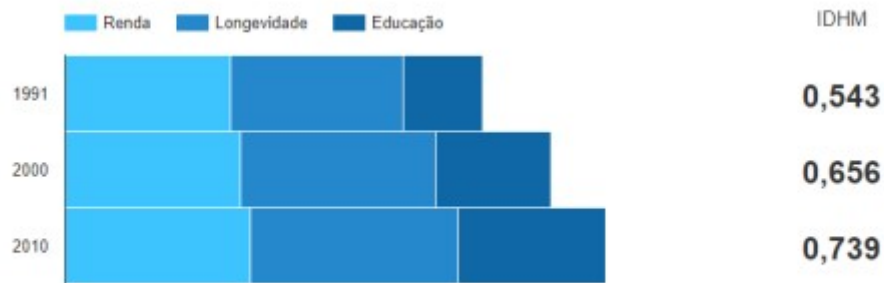
De acordo com o IBGE (2010) a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade, em 2017, foi de 96,8%. Comparado aos outros estados do RS, São Leopoldo encontra-se na posição 402 de 497 municípios. Segundo informações do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, o município apresentou índice de 5,4 para os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública e índice 4,2 para os anos finais do ensino fundamental em 2019.

### **3.2.1 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)**

O IDH é um indicador da Organização das Nações Unidas (ONU) que considera a necessidade de três condições presentes para ampliar as perspectivas para a qualidade de vida do ser humano: desfrutar de uma vida longa e saudável (longevidade); adquirir conhecimento (educação) e ter recursos necessários para um padrão de vida digno (renda per capita). Este índice varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) até 1 (desenvolvimento humano total).

Dados dos últimos censos demográficos, divulgados pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, sobre o índice de desenvolvimento humano municipal encontram-se abaixo:

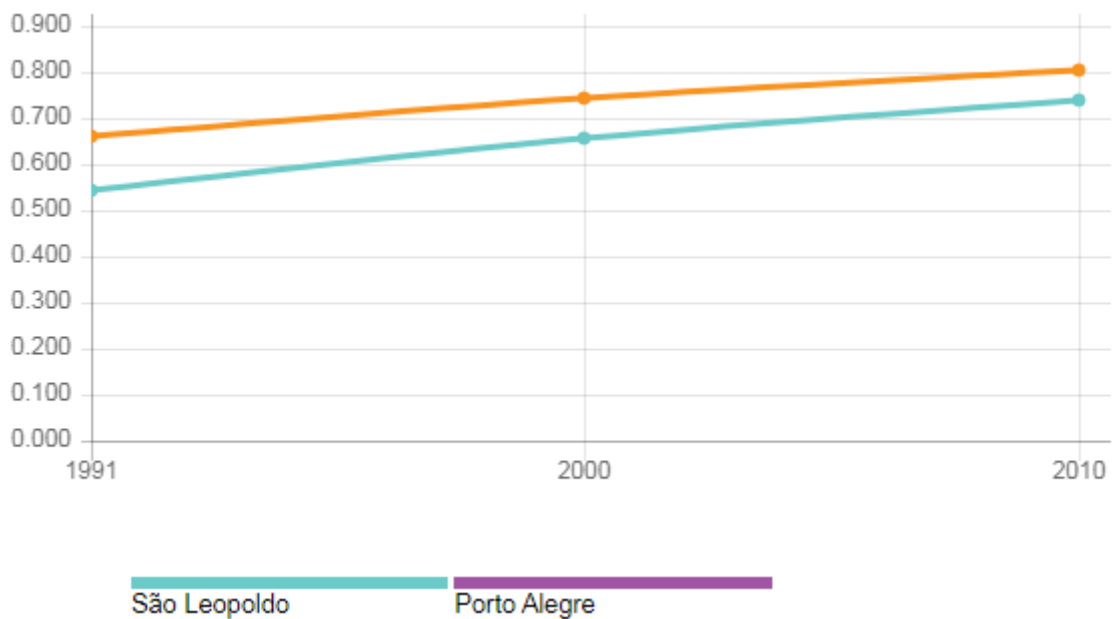
**Gráfico 10 - Índice de Desenvolvimento Humano do município de São Leopoldo em 2010**



Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) - São Leopoldo é 0,739, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,861, seguida de Renda, com índice de 0,766, e de Educação, com índice de 0,612.

**Gráfico 11 - Comparação entre os Índices de Desenvolvimento Humano dos municípios de São Leopoldo e Porto Alegre nos períodos 1991, 2000 e 2010**



Fonte: IBGE, 2010.

**Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento Humano do município de São Leopoldo e média do Brasil em 2010**

	<b>IDHM</b>	<b>IDHM Renda</b>	<b>IDHM Longevidade</b>	<b>IDHM Educação</b>
Brasil	0.727	0.739	0.816	0.637
São Leopoldo	0.739	0.766	0.861	0.612

Fonte: IBGE (2010)

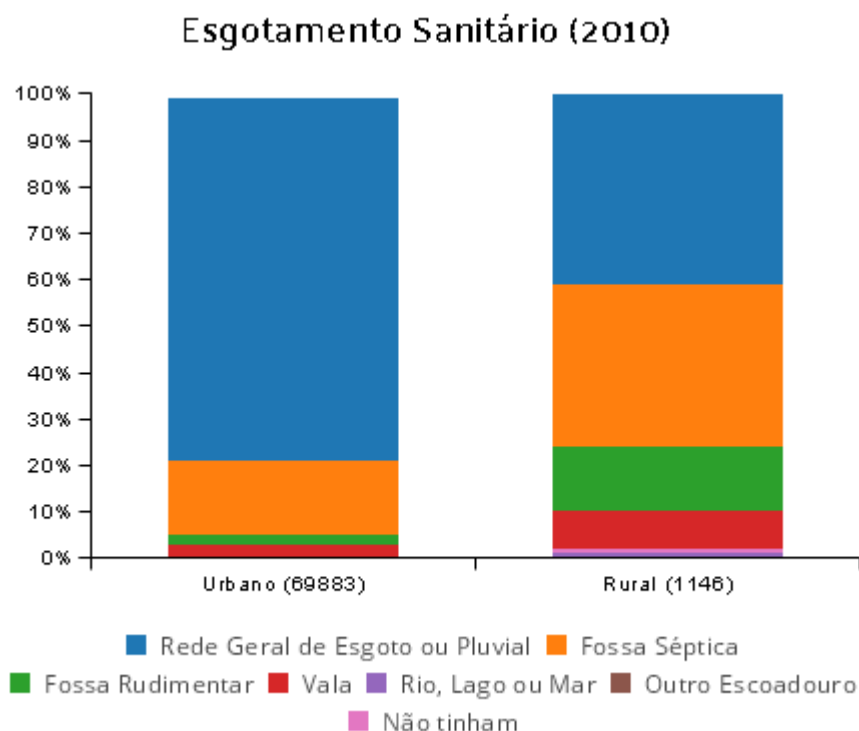
No conjunto dos determinantes sociais ressalta-se a questão do território e do ambiente, buscando medidas socioeconômicas com o objetivo alcançar salubridade ambiental, por meio de abastecimento de água potável, coleta e disposição sanitária de resíduos sólidos, líquidos e gasosos, promoção da vigilância sanitária de uso do solo, drenagem urbana, controle de doenças transmissíveis, demais serviços e obras especializadas, com a finalidade de proteger e melhorar as condições de vida urbana e rural.

Segundo o Manual de Saneamento (Ministério da Saúde, 2004) a maioria dos problemas sanitários que afetam a população mundial estão intrinsecamente relacionados com o meio ambiente. A utilização do saneamento como instrumento de promoção da saúde pressupõe a superação dos entraves tecnológicos políticos e gerenciais que têm dificultado a extensão dos benefícios aos residentes .

O município possui 85.4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 68.4% com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Em relação ao saneamento básico, em 2010, São Leopoldo possuía 92,9% de moradores com abastecimento de água pelo Serviço Municipal de Águas e Esgotos (SEMAE).

Quanto ao esgotamento sanitário 92,9% dos domicílios leopoldenses possuíam rede geral de esgoto. Em relação ao destino do lixo, 98,2% dos moradores tinham o lixo coletado sendo, na grande maioria, por serviço de limpeza.

**Gráfico 12 - Distribuição das formas de esgotamento sanitário nas zonas consideradas urbanas e rurais do município de São Leopoldo em 2010**

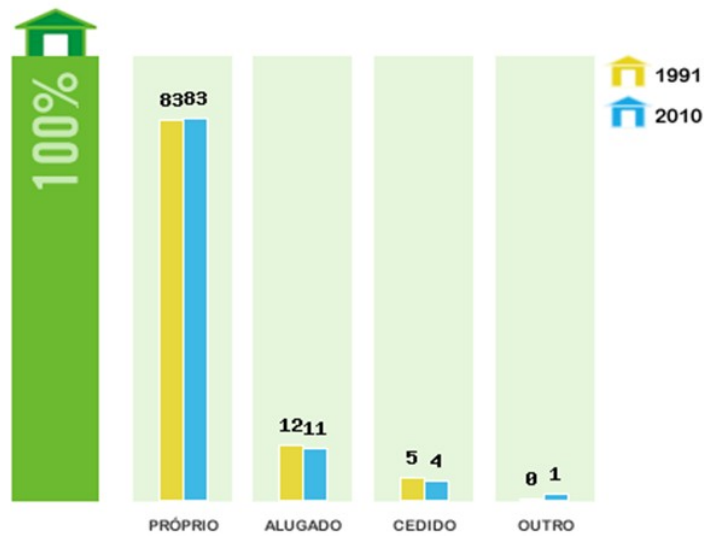


Fonte: Censo - IBGE/Rural, 2010.

No censo de 2010 foi contabilizada a presença de 12 aglomerados subnormais no município, o que significa 6.697 pessoas residindo em condições inadequadas de saneamento. O IBGE (2010) classifica como aglomerado subnormal cada conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e densa. A identificação desse conglomerado atende aos seguintes critérios: ocupação ilegal da terra, ou seja, construção em terrenos de propriedade alheia (pública ou particular) no momento atual ou em período recente (obtenção do título de propriedade do terreno há dez anos ou menos); e urbanização fora dos padrões vigentes (refletido por vias de circulação estreitas e de alinhamento irregular, lotes de tamanhos e formas desiguais e construções).

A Figura 18 apresenta a proporção de moradores segundo condição de ocupação, de 1991 a 2010. A proporção de moradores, em 2010, com acesso ao direito de propriedade (própria ou alugada) atinge 94,4%.

Figura 7 - Proporção de moradores segundo a condição de ocupação do município de São Leopoldo nos períodos entre 1991 e 2010



Fonte: IBGE 2010.

### 3.3 Dados Epidemiológicos

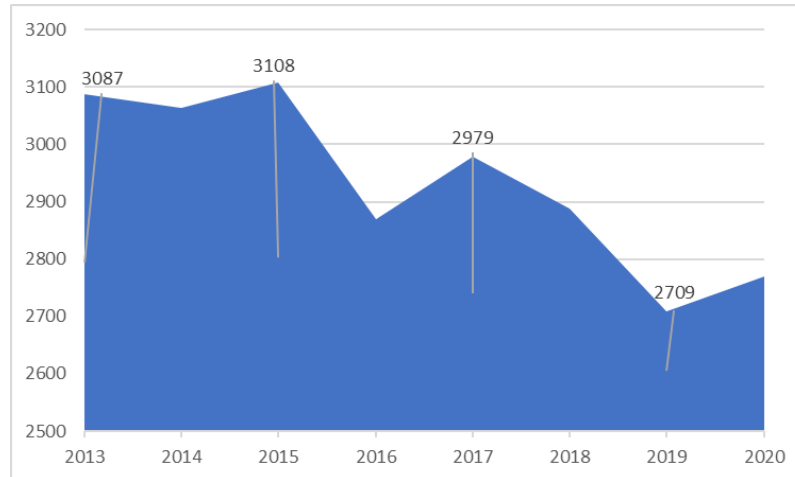
#### 3.3.1 Nascimento

Em 2000 a taxa de fecundidade era de 2,2 filhos por mulher em idade fértil, reduzindo para 1,9 em 2010. A população infantil de zero a nove anos representava 18,46%, um total de 35.770 crianças na população no ano 2000, já em 2010 esta população correspondia 13,96% (29.885 crianças), ou seja: na última década se observou a redução de quase 5% neste segmento populacional.

O número de nascidos vivos em São Leopoldo apresenta, segundo a figura abaixo, um declínio nos últimos anos, acompanhando uma tendência identificada no Estado, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Para o ano de 2019, São Leopoldo apresentou 2.709 notificações de nascidos vivos por critério de domicílio. O efeito do declínio da natalidade

mensurado oportunamente pelo SINASC, deverá se refletir na estrutura populacional, provocando alterações na pirâmide etária.

**Gráfico 13 - Número de nascidos vivos do município de São Leopoldo/RS, de 2013 a 2020**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

### **3.3.2 Morbidade**

Os dados a respeito da Morbidade hospitalar foram extraídos do DATASUS, que tem como fonte o Sistema de Informações Hospitalares. Estas informações expressam a distribuição de internações hospitalares no SUS por grupos de causas selecionadas, em determinado local e período. Abaixo apresentamos os dados comparativos entre os anos de 2016 e 2020 para o município de São Leopoldo:

## PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

**Tabela 3: Morbidade Hospitalar de residentes, segundo capítulo da CID-10**

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	851	903	867	686	<b>1083</b>
II. Neoplasias (tumores)	1131	998	800	834	<b>907</b>
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	75	95	90	68	44
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	230	176	164	150	124
V. Transtornos mentais e comportamentais	165	168	142	251	192
VI. Doenças do sistema nervoso	247	289	266	240	174
VII. Doenças do olho e anexos	39	82	75	97	62
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	25	24	20	25	16
IX. Doenças do aparelho circulatório	1481	1471	1390	1353	<b>1230</b>
X. Doenças do aparelho respiratório	1474	1352	1147	1165	502
XI. Doenças do aparelho digestivo	1088	1244	982	772	<b>871</b>
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	242	211	163	178	126
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	181	279	184	149	115
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	618	691	561	474	492
XV. Gravidez, parto e puerpério	2139	2429	2158	2088	<b>2174</b>
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	184	199	165	206	241
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	76	75	60	81	62
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	214	187	150	119	103
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1050	1149	867	751	806
XXI. Contatos com serviços de saúde	147	114	95	75	73
<b>Total</b>	<b>11657</b>	<b>12136</b>	<b>10346</b>	<b>9762</b>	<b>9397</b>

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)  
Data da consulta: 08/03/2021.

Observamos que as principais causas de internação no município foram: 1) Gravidez, parto e puerpério; 2) Doenças do aparelho circulatório; 3) Algumas doenças infecciosas e parasitárias; 4) Neoplasias e 5) Doenças do aparelho digestivo.

A principal mudança ocorrida em relação à 2019 está no aumento de 58% nos registros na classificação I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias (onde constam os atendimentos devido ao coronavírus) e a redução de 43% na classificação X - Doenças do aparelho respiratório.

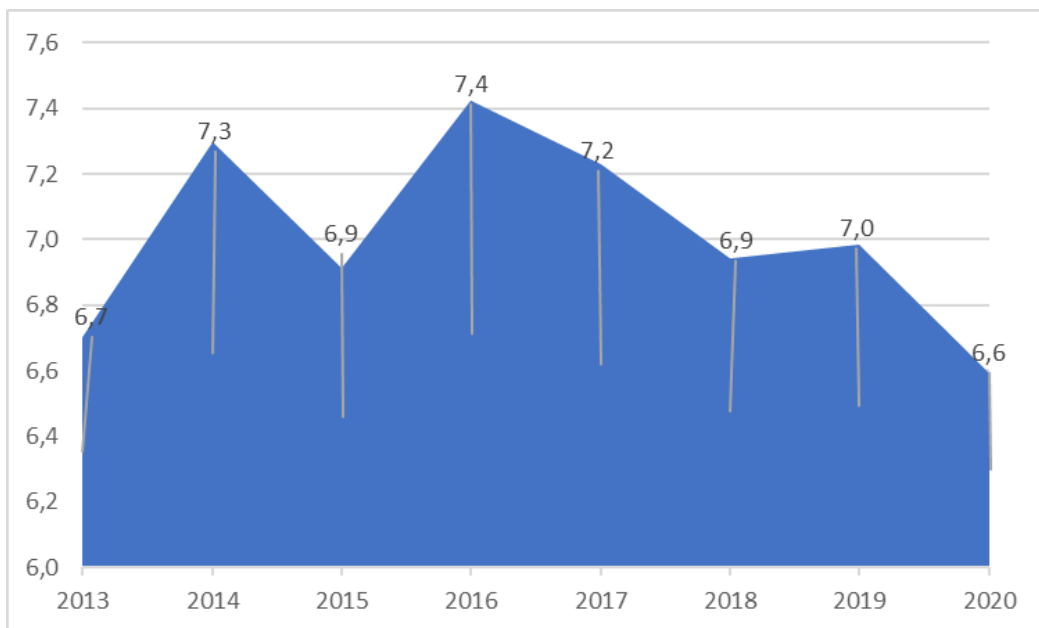
Outra observação importante refere-se ao fato de haver uma redução das internações no ano de 2020 em comparação aos anos anteriores, o que evidencia uma restrição de acesso e utilização dos serviços por quase todas as outras

causas. Cirurgias eletivas não foram realizadas e pessoas evitaram procurar os serviços de saúde no período de pandemia, não se sabendo ainda qual o impacto deste fato no agravamento das condições de saúde da população.

### **3.3.3 Mortalidade**

O Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) mede o risco de morte por todas as causas em uma população de um dado local e período. Apesar de não ser considerado um bom indicador, possibilita comparações temporais entre diferentes unidades geográficas. O município de São Leopoldo apresenta, conforme gráfico abaixo, uma discreta oscilação na taxa de mortalidade geral nos últimos anos. No entanto, em 2016 apresentou a maior taxa de mortalidade geral da década de 2010.

**Gráfico 14 - Coeficiente de Mortalidade Geral do município de São Leopoldo/RS entre 2013-2020**



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação da Mortalidade

O Brasil apresentou importantes mudanças nos quadros de morbidade e mortalidade nos últimos 40 anos, passando de um perfil onde havia a prevalência de problemas típicos de uma população predominantemente jovem para um perfil no qual as notificações de enfermidades crônicas são crescentes, mas próprias de uma população com predomínio das faixas etárias mais avançadas.

## PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

Os dados a respeito da Mortalidade por Grupo de Causas foram extraídos do DATASUS, que tem como fonte o Sistema de Informações sobre Mortalidade, o qual, até a data consultada, não apresentava dados de 2020.

**Tabela 4 - Mortalidade de residentes, segundo capítulo CID-10**

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	88	81	91	97
II. Neoplasias (tumores)	339	316	289	<b>311</b>
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	7	5	6	5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	83	72	95	98
V. Transtornos mentais e comportamentais	4	5	8	7
VI. Doenças do sistema nervoso	71	51	77	70
IX. Doenças do aparelho circulatório	448	498	470	<b>361</b>
X. Doenças do aparelho respiratório	281	246	213	<b>221</b>
XI. Doenças do aparelho digestivo	81	80	71	58
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	3	3	5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	5	5	7	8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	45	55	46	44
XV. Gravidez parto e puerpério	-	2	-	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	24	1	20	19
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	10	13	16	9
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	39	37	58	<b>190</b>
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	157	163	129	<b>117</b>
<b>Total</b>	<b>1.684</b>	<b>1.653</b>	<b>1.599</b>	<b>1.621</b>

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SVS/CGIAE/SIM-TABNET)

Data da consulta: 08/03/2021.

As principais causas de mortalidade no município em 2019 foram 1) Doenças do aparelho circulatório; 2) Neoplasias; 3) Doenças do aparelho respiratório; 4) Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais e 5) Causas externas.

De acordo com o ATLAS Socioeconômico do Rio Grande do Sul, no ano de 2018, os grupos de causas principais da mortalidade geral para ambos os sexos são: as doenças do aparelho circulatório (32,7%); neoplasias ou tumores (20,8%); doenças do aparelho respiratório (14,2%); causas externas de morbidade e mortalidade (13,8%); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (7,4%); doenças do aparelho digestivo (6,1%); e algumas doenças infecciosas e

parasitárias (5,0%). Na série histórica dos Indicadores de Mortalidade para São Leopoldo no período compreendido entre os anos 2015 e 2019 apresenta como as principais causas de mortalidade geral para ambos os sexos, em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório, representando uma média de 30,5% do total; em segundo lugar as doenças do aparelho respiratório, representando uma média de 26,5% do total, em terceiro lugar algumas doenças infecciosas e parasitárias, que representam uma média de 12,6% do total e, em quarto lugar neoplasias, representando uma média de 11,1% do total.

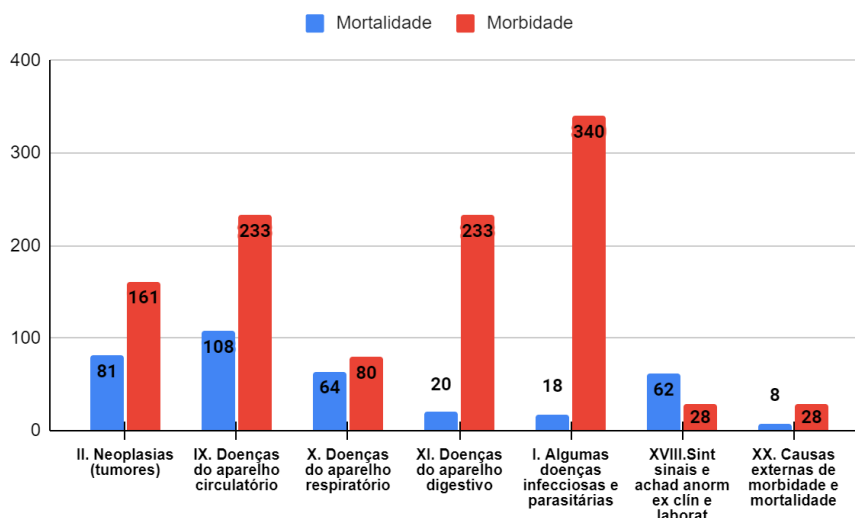
Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), em 2019 no município de São Leopoldo, 65,5% dos óbitos ocorreram na população branca. No entanto, salienta-se o grande número de registros com a informação raça/cor ignorada.

**Tabela 5 - Óbitos segundo raça/cor no período de 2013 a 2019 do município de São Leopoldo/RS**

Raça/cor	Ano						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Branca	891	1160	1189	1260	1186	1000	1063
Preta	45	49	61	54	44	42	62
Amarela	0	1	19	1	2	3	1
Parda	35	28	43	37	46	34	62
Indígena	0	0	7	0	0	2	1
Ignorado	516	392	243	332	375	518	432

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

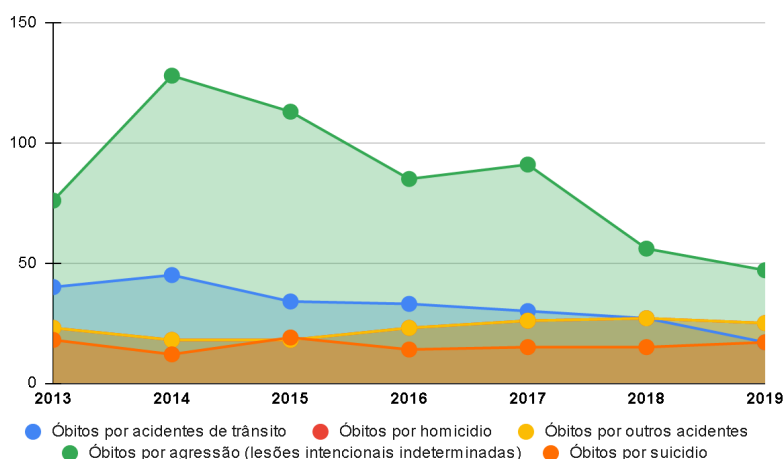
**Gráfico 15 - Comparação entre as principais causas de morbimortalidade segundo capítulo do CID-10 do ano de 2019 do município de São Leopoldo/RS**



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

As mortes por causas externas correspondem a grande parcela de óbitos, porém a sua distribuição quanto ao tipo de causa é diversa. O gráfico de óbitos por agressão no município demonstra que historicamente a violência adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública, apresentando altos índices.

**Gráfico 16 - Número de óbitos por causas externas - CID 10, causas determinadas, do município de São Leopoldo/RS - 2013 a 2019**

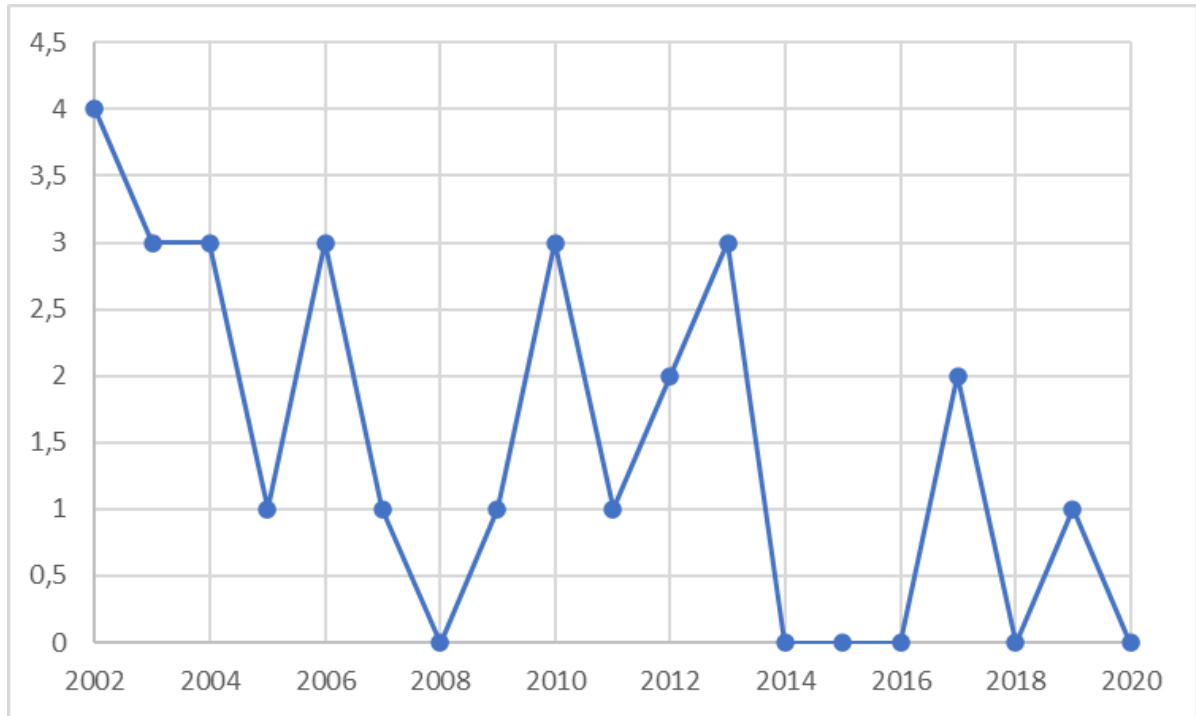


Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Mortalidade - SIM

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), óbito materno é aquele decorrente de complicações na gestação, geradas pelo aborto, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto), em mulheres com idade entre (10 a 49 anos). A OMS

considera aceitável o índice de 20 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos.

**Gráfico 17 - Número de óbitos maternos do município de São Leopoldo/RS no período de 2002 a 2020**



Fonte:MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), em 2017 o município teve 02 óbitos e em 2019 01 óbito, ambos em mulheres brancas. Em 2010 o município registrou dois óbitos maternos em mulheres pretas, único ano que foi registrado óbitos para mulheres pretas como referenciado no quadro 7.

**Tabela 6 - Óbitos maternos segundo raça cor no período de 2002 a 2020**

<b>Ano do Óbito</b>	<b>Branca</b>	<b>Preta</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Total</b>
2002	3	-	1	4
2003	3	-	-	3
2004	3	-	-	3
2005	1	-	-	1
2006	3	-	-	3
2007	1	-	-	1
2008	-	-	-	-
2009	1	-	-	1
2010	1	2	-	3
2011	-	-	1	1
2012	2	-	1	3
2013	3	-	-	3
2014	-	-	-	-
2015	-	-	-	-
2016	-	-	-	-
2017	2	-	-	2
2018	-	-	-	-
2019	1	-	-	1
2020	-	-	-	-

Fonte:MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Em 2015 foi criado no município de São Leopoldo o Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, através da lei nº 8.296, com os seguintes objetivos:

- I - contribuir para o conhecimento sobre os indicadores dos óbitos relacionados à idade fértil (10 aos 49 anos de idade), gravidez, parto e puerpério e aos óbitos fetal, infantil e perinatal, suas causas (fatores determinantes e condicionantes) e os fatores de risco associados;
- II - fortalecer e/ou adequar as estatísticas disponíveis, examinar tendências da mortalidade e identificar os grupos e subgrupos mais vulneráveis da população;
- III - recomendar ações adequadas ao combate às mortes maternas, infantis, perinatais e neonatais no que se refere à legislação, distribuição de recursos, organização de serviços, formação e capacitação de recursos humanos e participação comunitária;

IV - avaliar os efeitos das intervenções sobre a morbidade, mortalidade e a qualidade da assistência à saúde da mulher (inclusive planejamento familiar e no período gravídico-puerperal) e da criança;

V - sensibilizar formuladores de políticas, instituições de assistência, equipes de atenção à saúde e a comunidade sobre a gravidade das mortes maternas e infantis, incluindo suas causas, efeitos sociais e de saúde, além das formas de evitá-las.

Atualmente o comitê não está ativo, sendo que constitui meta deste plano a reativação do mesmo. Espera-se que, a partir da análise dos óbitos, sejam desenvolvidas ações de prevenção desde o pré-natal, passando pelo parto, puerpério e acompanhamento da criança e sua família.

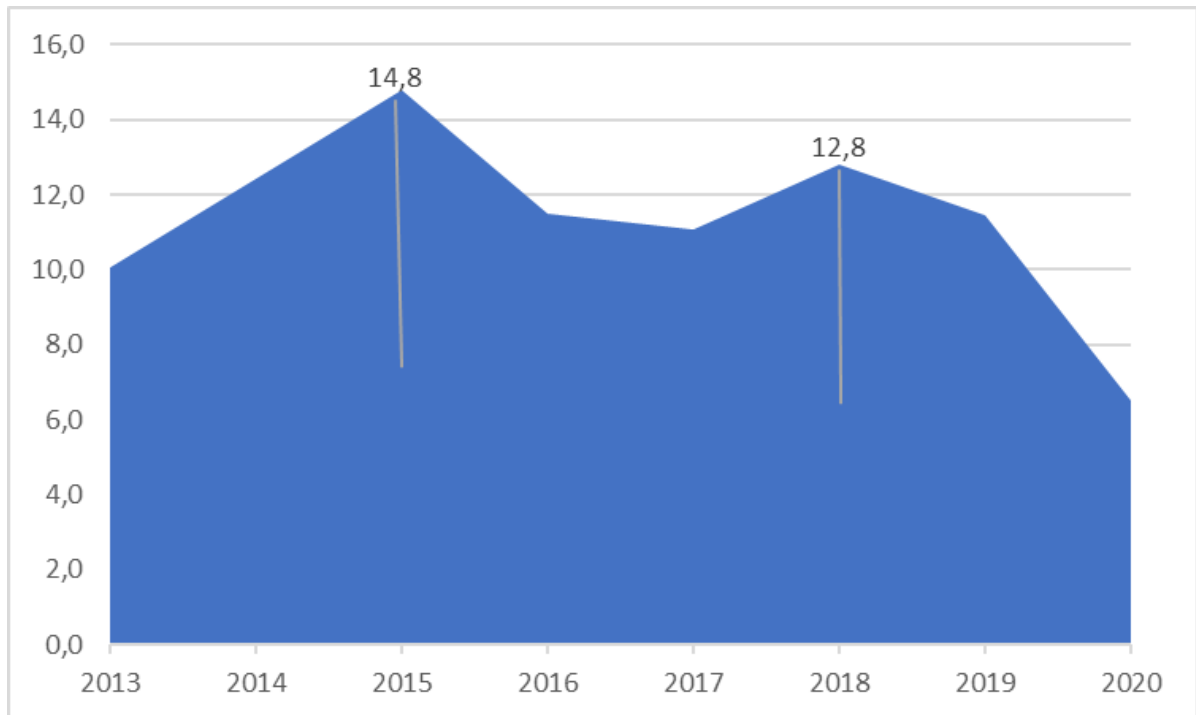
### **3.3.4 Mortalidade Infantil**

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) é um dos indicadores mais empregados internacionalmente para medir o nível de saúde e desenvolvimento social, refletindo as condições de vida, qualidade e acesso aos serviços de saúde de uma população que aliado ao conhecimento das causas básicas de óbito, auxiliam na vigilância epidemiológica dos agravos à saúde e no planejamento de ações preventivas. Não obstante o papel principal da melhoria das condições de vida na queda da mortalidade, a contribuição dos serviços de saúde é inegável.

Estima-se que a maioria dos óbitos neonatais ocorra por causas evitáveis, em especial por falta de assistência adequada à gestante e ao recém-nascido. Define-se como causas evitáveis de óbito, aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis, delimitando diagnósticos quanto à rede de assistência em saúde.

Nos últimos anos, o coeficiente de mortalidade infantil tem diminuído no Brasil, sobretudo pelo decréscimo da mortalidade pós-neonatal. Contudo, a mortalidade neonatal não tem apresentado mudanças expressivas. Em São Leopoldo este decréscimo também é perceptível, principalmente de 2019 a 2020.

**Gráfico 18 - Coeficiente de Mortalidade Infantil do município de São Leopoldo no período de 2013-2020**



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

Entende-se que as estratégias adotadas na atenção básica e nos serviços especializados bem pactuados, possam incidir na redução deste indicador, em conjunto com o Comitê de Mortalidade Infantil, o qual deve apontar as dificuldades e prever possíveis ajustes quando se fizerem necessários.

**Tabela 7 - Óbitos infantis segundo raça cor no período de 2013 a 2020 do município de São Leopoldo/RS**

<b>Ano</b>	<b>Branca</b>	<b>Preta</b>	<b>Amarela</b>	<b>Parda</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Total</b>
2013	24	-	-	-	7	31
2014	27	-	-	1	10	38
2015	35	4	1	1	5	46
2016	24	2	-	2	5	33
2017	23	-	-	3	7	33
2018	32	-	-	2	3	37
2019	23	1	-	2	5	31
2020	12	1	-	2	4	19

Fonte:MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Na Tabela 7 observa-se permanência substancial do número de óbitos com raça/cor não informada no período de 2013 a 2020. Espera-se que a melhoria dos registros do SIM e do SINASC permita um aprofundamento na análise dos indicadores e discussão sobre desigualdades em saúde segundo raça, cor e etnia no município.

#### **4. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO**

Atenção à Saúde é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No SUS, o cuidado com a saúde está organizado em níveis de atenção (Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade). Não se deve, porém, considerar uma hierarquia entre os desses níveis de atenção mais relevante que outro, porque a Atenção à Saúde deve ser integral, ou seja, garantir ao usuário uma atenção que abranja o acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde.

**Quadro 1 - Unidades de Saúde do Município**

<b>CNES</b>	<b>UNIDADE</b>	<b>Endereço</b>
<b>7046499</b>	<b>Farmácia Municipal</b>	Av. Dom Joao Becker, 313, Sala 10
<b>6359353</b>	<b>Centro de Vigilância em Saúde</b>	Rua 1ª Março, nº 957
<b>2230712</b>	<b>Serviço Atendimento Especializado - SAE e Tisiologia</b>	Rua Osvaldo Aranha, nº 779
<b>2231999</b>	<b>Laboratório Municipal Especializado</b>	Rua Osvaldo Aranha, nº 779
<b>0249688</b>	<b>Centro de Testagem Municipal</b>	Praça Tiradentes, 35
<b>7953917</b>	<b>UPA Zona Norte</b>	Av. Leopoldo Albino Scherer, 374
<b>2232022</b>	<b>Fundação Hospital Centenário – FHC</b>	Av. Theodomiro da Fonseca nº799
	<b>SAMU</b>	Av. Oitavo Bc, 207-239
<b>6850812</b>	<b>CAPS* Álcool/Drogas</b>	Rua Saturnino de Brito, 68
<b>6850804</b>	<b>CAPS* Infantil</b>	Rua São Francisco, nº 807
<b>2230755</b>	<b>CAPS* Capilé</b>	Rua 1 de marco, nº 957
<b>2230844</b>	<b>Centro de Saúde Feitoria</b>	Rua João Algayer, nº 71
<b>7548486</b>	<b>Centro Médico Capilé</b>	Rua Conceição, nº 679

## PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

9396322	CEO Tipo 1	Rua Dr Joao Dutra nº 41, B
5045363	Posto Volante	---
0297054	Farmácia Móvel	---
0301132	Unidade Móvel de Vacinação	---
2700891	UBS Baum	Travessa Castro nº 135
2230771	UBS Campestre	Rua Rio Japurá, nº 200
7772114	UBS Imigrante Feitoria	Rua João Algayer, 71
2230682	UBS Jardim América	Rua Leopoldo Schiel, nº 117
2231948	UBS Materno Infantil	Rua São Joaquim, nº 988
7131852	UBS Padre Orestes	Rua 1, s/n - Esquina c/Rua 26
5761573	UBS Pinheiro	Rua Francisco Câmara, nº 200
2230658	UBS Rio Branco	Rua Dr. João Dutra, nº 41
6245285	UBS São Cristóvão	Rua Celestina M José Souza, nº 37
2230801	UBS Scharlau	Rua Pinto Bandeira, nº 68 – Scharlau
5007585	UBS Vicentina	Rua Frederico Guilherme Schmidt
2230836	UBS Campina	Avenida Henrique Bier, nº 822
9035532	UBS Santa Marta	Rua Um, s/nº
2230585	ESF/UBS Brás	Rua Leopoldo Wasum, nº 715
6289096	ESF/UBS Cohab Feitoria	Rua Malta, nº 430
2230615	ESF/UBS Cohab Duque	Rua José O. de Andrade, nº 160
2230623	ESF/UBS Parque Mauá	Rua Vitória, SN
2230666	ESF/UBS Paim/Paulo Couto	Rua Homero Batista, nº 167
2230739	ESF/UBS Rio dos Sinos	Av Atalábio T. de Resende, nº 1157
2230747	ESF/UBS Santo André	Rua Felipe Uebel, nº 600
2230690	ESF/UBS Santos Dumont	Av João A Koch (antiga av. 1), s/nº
2230720	ESF/UBS Trensurb	Rua Mauá, nº 3563

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES

\*Centro de Atenção Psicossocial

### 4.1 Atenção Básica

A Atenção Básica (AB) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

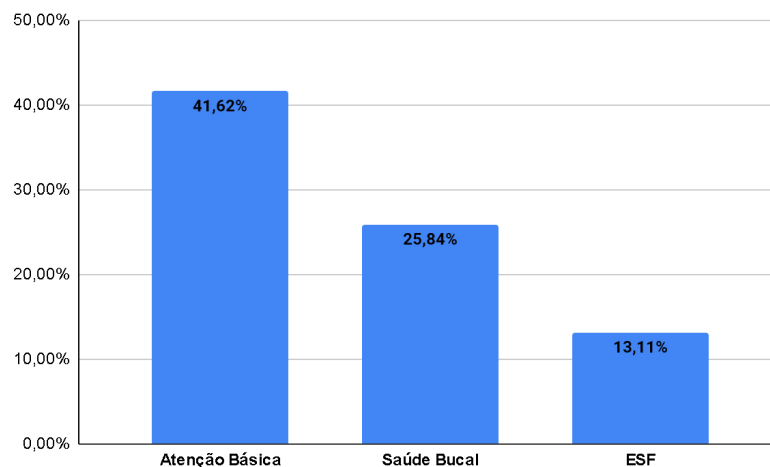
Nesse sentido, deve ser a principal porta de entrada do SUS e ordenadora do cuidado da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da longitudinalidade do cuidado, da integralidade da atenção, da corresponsabilização, da humanização, da equidade e da participação e controle social. Isso significa dizer que a AB funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

Dentre os desafios da gestão municipal na busca de um modelo de atenção coerente com os princípios do SUS destaca-se: a) implementar o acesso avançado; b) expandir a rede de atenção básica c) revisar os processos de trabalho; d) elaborar protocolos assistenciais integrados e dirigidos aos problemas frequentes de saúde da população; e) revisar os processos de formação com ênfase na educação permanente das equipes, da coordenação e dos gestores e; f) instituir processos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

Uma extensa carteira de serviços compõe o conjunto de ações e estratégias da AB. São cuidados de saúde abrangentes que incluem todo ciclo vital, tanto do ponto de vista biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Para tanto, a atenção básica deve estar o mais próximo do local de moradia das pessoas. Em São Leopoldo, quanto à cobertura populacional, AB possui cobertura de 41,62%, sendo 13,11% de ESF. A cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal no município é de 25,84% (Gráfico 19).

**Gráfico 19 - Cobertura da Atenção Básica em Saúde (ESF e Saúde Bucal) do município de São Leopoldo em 2021**



Fonte: Relatórios públicos e-Gestor Atenção Básica  
Acesso em 05/07/2021

---

## PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

---

**Quadro 2 - Número de equipes de atenção básica e equipes de saúde bucal em 2020 no município de São Leopoldo/RS**

<b>Equipes</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
Brás I e Brás II (ESF)	02 equipes habilitadas com saúde bucal
Rio dos Sinos (ESF)	01 equipe habilitada com saúde bucal
Paim (ESF)	01 equipe habilitadas com saúde bucal
Paulo Couto (ESF)	01 equipe habilitadas com saúde bucal
Trensurb (ESF)	01 equipe habilitada com saúde bucal
Santo André (ESF)	01 equipe habilitada com saúde bucal
Parque Mauá (ESF)	01 equipe habilitada com saúde bucal
Cohab Duque (ESF)	01 equipe habilitada com saúde bucal
Santos Dumont (ESF)	01 equipe habilitada com saúde bucal
Cohab Feitoria (ESF)	02 equipes habilitadas com saúde bucal
Santa Marta (ESF)	01 equipe habilitada sem saúde bucal
Baum	01 equipe habilitada sem saúde bucal
Campestre	01 equipe habilitada sem saúde bucal
Imigrante Feitoria	02 equipes habilitadas com saúde bucal
Jardim América	01 equipe habilitada sem saúde bucal
Materno Infantil	Não habilitada
Padre Orestes	01 equipe habilitada com saúde bucal
Pinheiro	01 equipe habilitada sem saúde bucal
Rio Branco	01 equipe habilitada com saúde bucal
São Cristóvão	01 equipe habilitada sem saúde bucal
Scharlau	01 equipe habilitada com saúde bucal
Vicentina	01 equipe habilitada com saúde bucal
Campina	02 equipes habilitadas com saúde bucal
Volante	02 equipes habilitadas sem saúde bucal

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo

## PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

Os últimos anos foram marcados por acentuadas mudanças no financiamento da AB. Em novembro de 2019 foi instituído o Programa Previne Brasil, a nível federal, que estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

Referente ao grau de desempenho, o Previne Brasil considera os resultados alcançados em um conjunto de indicadores que são monitorados e avaliados no trabalho das equipes de atenção básica. Para o ano de 2020, foram elencados e pactuados de forma tripartite sete indicadores, que são monitorados individualmente a cada quadrimestre. A Tabela 8 aponta estes indicadores e metas, bem como os resultados alcançados pelo município até o primeiro quadrimestre de 2021. Apesar da divulgação de que, para anos de 2021 e 2022, era previsto acréscimo anual de 7 indicadores, não foram definidos novos indicadores para 2021.

**Tabela 8 - Indicadores de desempenho do Previne Brasil - São Leopoldo/RS**

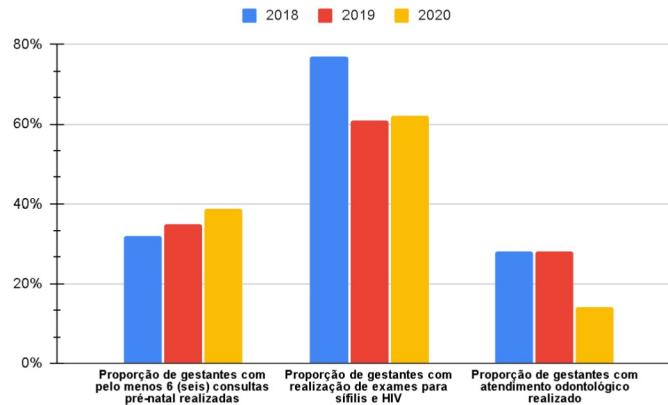
INDICADORES DE DESEMPENHO	2020				2021
	META	1º quadri	2º quadri	3º quadri	1º quadri
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas (primeira até a 20ª semana de gestação)	> 60%	31%	25%	39%	38%
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	> 60%	68%	46%	62%	66%
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	> 60%	35%	19%	14%	17%
Cobertura de exame citopatológico	> 40%	25%	17%	21%	22%
Cobertura vacinal de Poliomielite e de Pentavalente	> 95%	100%	100%	100%	100%
Percentual de hipertensos com Pressão Arterial aferida (semestre)	> 50%	4%	2%	4%	5%
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	> 50%	6%	4%	6%	8%

Fonte : eGestor, 2021

O número de consultas pré-natal está diretamente relacionado a melhores indicadores de saúde materno-infantil. Há evidências consistentes de que a

assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê.

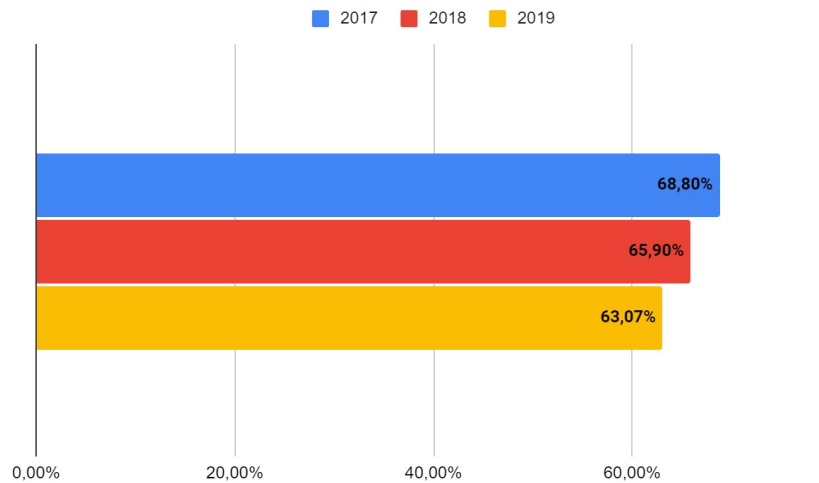
**Gráfico 20 - Indicadores de desempenho do Previne Brasil relacionado às gestantes no período de 2018 a 2020 do município de São Leopoldo/RS**



Fonte:Relatórios Públicos e-Gestor Atenção Básica.

Os gráficos 20 e 21 demonstram que há divergências com relação ao número de consultas de pré-natal realizadas conforme a base de dados utilizada. Quando utiliza-se o SINASC observa-se um significativo aumento no percentual de gestantes com mais de 6 consultas. Esses dados evidenciam que se faz necessário qualificar o registro e monitoramento desses indicadores, assim como, pensar ações de qualificação e ampliação do acesso e vigilância do pré-natal no município.

**Gráfico 21 - Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal no período de 2017 a 2019 do município de São Leopoldo/RS**



Fonte:

informação de nascidos vivos (SINASC)

Sistema de

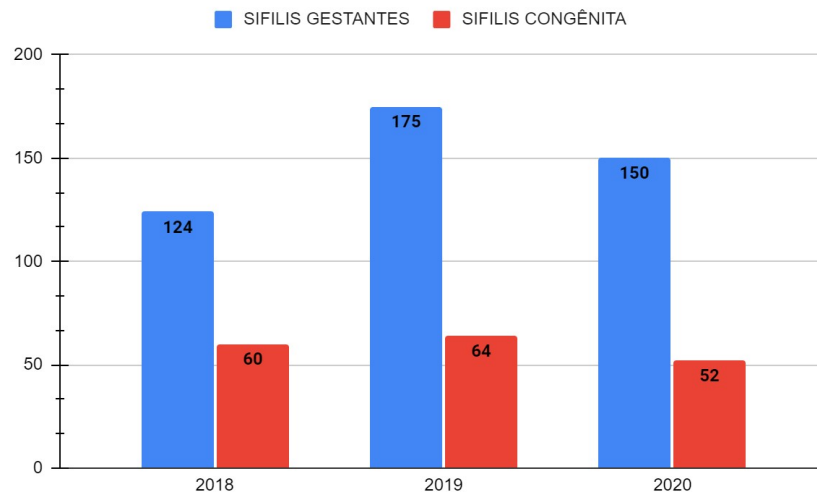
O uso dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV-aids, hepatites e triagem de sífilis na atenção básica tem como objetivo a qualificação e a ampliação do acesso da população brasileira a estes diagnósticos. No município de São Leopoldo-RS no ano de 2019, foi observada uma taxa de detecção de sífilis adquirida de 113,6 casos a cada 100.000 habitantes, enquanto que no ano de 2020 esta taxa passou a ser de 88,2 casos a cada 100.000 habitantes. Durante os anos de 2019 e 2020 foram notificados 268 e 210 casos de sífilis adquirida em São Leopoldo, respectivamente.

Possivelmente essa redução foi ocasionada pela pandemia do coronavírus, que diminuiu a procura por atendimentos de saúde na população em geral, gerando considerável subnotificação de vários agravos.

O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV-aids e da sífilis durante o período gestacional é fundamental para a redução da transmissão vertical. Nesse sentido, verifica-se a necessidade das equipes de atenção básica não somente ampliar a realização dos testes rápidos no âmbito da atenção pré-natal para as

gestantes e suas parcerias sexuais, mas fundamentalmente efetivar a vigilância e busca ativa dos casos positivos, a fim de garantir o tratamento destes agravos.

**Gráfico 22 - Série histórica de notificações de casos de Sífilis em gestantes e Sífilis congênita do município de São Leopoldo/RS**



Fonte: Relatórios públicos e-Gestor Atenção Básica.

O número de notificações de sífilis em gestante e sífilis congênita nos anos de 2018 a 2020 é demonstrado no gráfico 22. A transmissão vertical do HIV e Sífilis tem relação direta com a qualidade da assistência do pré-natal, parto e puerpério, podendo estar relacionada a falhas no diagnóstico e tratamento tanto da gestante quanto do seu parceiro. Com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão, são necessárias estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida em homens e mulheres não gestantes, uma vez que a sífilis adquirida está diretamente relacionada à incidência de sífilis congênita. mudanças no financiamento da AB.

Em 2021 há uma nova modificação do financiamento da AB, agora a nível estadual, com a instituição do Programa de Incentivos para Atenção Primária à Saúde - PIAPS, para qualificação da Atenção Primária à Saúde no SUS no Estado do Rio Grande do Sul, através do decreto Nº 56.061 e da portaria SES Nº

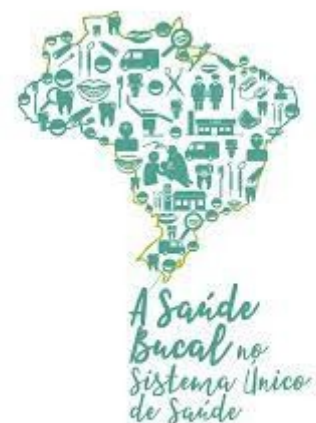
635/2021, ambos de 29 de agosto de 2021. Os Indicadores de pagamento por desempenho do PIAPS, bem como suas respectivas metas para o ano de 2021 estão descritas na tabela 9.

**Tabela 9 - Indicadores de desempenho do PIAPS para o ano de 2021**

<b>Indicadores PIAPS</b>	<b>META</b>
Indicador 1: Percentual de equipes da Atenção Básica (INE) que realizaram pelo menos 1 (uma) atividade com o tema alimentação saudável.	50% das equipes de AB
Indicador 2: Percentual de equipes da Atenção Básica (INE) com registro de oferta de Procedimentos, Atendimento Individual e Atividade Coletiva em PICS.	25% das equipes de AB
Indicador 3: Percentual de equipes da Atenção Básica (INE) que realizaram pelo menos 4 (quatro) atendimentos em grupo relativos ao tema da saúde mental.	25% das equipes de AB
Indicador 4: Percentual de gestantes com prescrição de tratamento para sífilis conforme a classificação clínica.	80% das prescrições
Indicador 5: Percentual de realização de tratamento diretamente observado para tuberculose.	30% dos casos

#### **4.2 Saúde Bucal**

A Saúde Bucal deve ser orientada tanto para ações de promoção e prevenção da saúde quanto para a clínica, nesse sentido, a inserção das equipes de Saúde Bucal junto às Equipes de Atenção Básica tem ampliado o acesso e qualificado a atenção à saúde bucal no município.



São Leopoldo conta, atualmente, com 29 dentistas atuando na atenção básica, sendo que destes, 8 atuam junto a equipes de Saúde da Família. Já o Centro de Especialidades Odontológicas é composto por 5 especialistas.

A cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal no município é de 25,84% em 2021, abaixo da meta estadual que é de 44,62%; e a capacidade instalada é de 18 consultórios odontológicos distribuídos em 15 Unidades Básicas de Saúde: Vicentina, Paim, Scharlau, Campina, Santos Dumont, Parque Mauá, Brás, Parque Orestes, Rio dos Sinos, Trensurb, Cohab Duque, Imigrante, Cohab Feitoria, Rio Branco e Santo André. A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica (AB SB) é de 69.825 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESFSB) é de 34.500 pessoas, segundo dados da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS, 2021).

Segundo os dados do último Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) de âmbito nacional, a média de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPO-D) para as crianças na faixa etária dos 5 anos de idade da região sul do Brasil foi, em média, 2,49 dentes decíduos. Já na faixa etária dos 12 anos de idade esse número reduz para 2,06; voltando a aumentar na faixa etária entre 15 e 19 anos para 4,01 dentes afetados em média.

São Leopoldo não dispõe de um levantamento epidemiológico de saúde bucal abrangendo toda a população, no entanto um estudo realizado na área da Estratégia de Saúde da Família Brás 1 e 2 no ano de 2010 avaliou 584 pessoas e verificou dados próximos aos do SB Brasil 2010: aos 5 anos o índice foi de 2,48, aos 12 anos 1,44 e entre 15 a 19 anos uma média de 2,47.

Quanto à necessidade prótese, observou-se que 71,75% da população adulta daquele território tinha alguma necessidade de um tipo de prótese e que 18,5% das pessoas idosas tinham necessidade de prótese total em, pelo menos, um dos maxilares. Em idosos de 65 a 74 anos, 23,9% necessitavam de prótese total em, pelo menos, um maxilar e 15,4% necessitavam de prótese total inferior e superior. Estes dados também estão próximos dos encontrados no SB Brasil 2010, que observou a necessidade de algum tipo de prótese para adultos em 68,8% dos

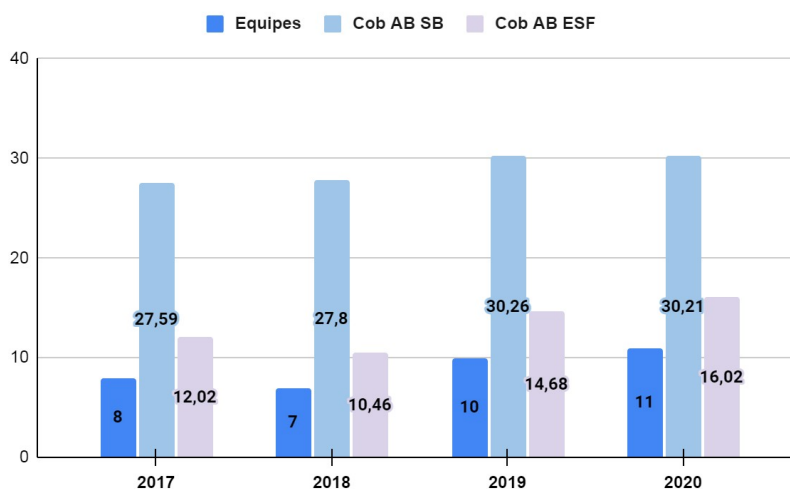
casos analisados. Por fim, 29,5% das pessoas adultas mostraram insatisfação com as condições de saúde bucal e 40,75% das pessoas relataram dificuldades para se alimentar devido a problemas odontológicos neste estudo.

Já em 2017 foi realizado um levantamento avaliando 165 escolares de 12 anos das áreas das equipes de saúde da família. O CPOD ficou em 0,58 e 75,8% das crianças estavam livres de cárie, apontando uma melhora da condição de saúde bucal nessa faixa etária.

Quanto aos indicadores de saúde bucal observamos que em 2019 a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica foi de 3,6%, muito abaixo da média nacional que é de 17%. Em 2020, em função da pandemia, este indicador foi ainda pior, atingindo apenas 1,6% da população. Esse indicador verifica o acesso do usuário às ações e serviços de Saúde Bucal e mostra o percentual da população que consultou com um dentista pelo menos uma vez no período de um ano. Estes dados podem estar correlacionados a baixa cobertura das equipes de Saúde Bucal, porém, também observamos que existem falhas nos registros que precisam ser sanadas, além da necessidade de revisar os processos de trabalho das equipes de saúde bucal visando a qualificação e capilaridade dos serviços prestados neste âmbito.

A seguir, elucidamos a série histórica dos indicadores de saúde bucal relativos ao número de equipes de ESB, cobertura de saúde bucal na atenção básica e cobertura das equipes de saúde da família no município (gráfico 23).

**Gráfico 23 - Série Histórica Cobertura Saúde Bucal no município de São Leopoldo no período de 2017 a 2020**



Fonte: E-Gestor - Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2021.

Devido ao município estar utilizando as duas formas (PEC-Prontuário Eletrônico do Cidadão ou pela CDS-Coleta de Dados Simplificada) para registro de produção e não ter 100% das Unidades informatizadas, os dados não estão consolidados. Ainda assim podemos traçar um comparativo em relação aos outros anos, observando que houve uma redução nos atendimentos odontológicos e na maioria dos procedimentos. O que ocorreu foi uma mudança no tipo de atendimento, devido à pandemia no novo coronavírus.

O acesso às tecnologias adequadas é crucial para a manutenção dos elementos dentários e superação do ciclo cirúrgico-restaurador-mutilador, ou seja, o controle da placa bacteriana, exposição ao flúor, controle da sacarose e intervenção clínica no momento propício, serão responsáveis pela diminuição de exodontias e prevenção de problemas oclusais, permitindo abordagens mais conservadoras. Nesse sentido, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde bucal são necessárias para que a população possa ter boas condições de saúde bucal, assim como a oferta de serviços especializados.

Acerca dos fluxos de encaminhamento em saúde bucal na RAS, os dentistas clínicos da rede municipal (29 cirurgiões-dentistas) que trabalham na atenção básica encaminham os usuários para o Centro de Especialidades Odontológicas

(CEO) quando há necessidade de continuidade de tratamento para procedimentos especializados (endodontia, periodontia, cirurgia bucomaxilofacial, PCD). São cinco especialistas: 02 endodontistas, 02 bucomaxilofacial e 01 periodontista. Atualmente o município está sem a especialidade de odontopediatria, profissional se exonerou e não conseguimos repor no quadro. O município conta com o serviço de Próteses Odontológicas realizadas na UBS Campina com laboratório credenciado. Além destas, a Equipe Sorriso (3 cirurgiões-dentistas) é responsável pela promoção e prevenção de saúde bucal nas escolas municipais.

Ainda, o CEO possui adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com um dentista para atendimento para Pessoas com Deficiência (PCD). O serviço tem como objetivo primordial a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa rede busca levar atendimento integral e de qualidade às pessoas com necessidades especiais.

No âmbito da saúde bucal, a Rede se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todos os portadores de deficiência. Todo atendimento a esse público se inicia na atenção básica, que referencia para o nível secundário (CEO) ou terciário (atendimento hospitalar) apenas os casos que apresentarem necessidades especiais para o atendimento.

Os problemas priorizados pela área foram os seguintes:

- Falta de informatização, equipamentos e sistemas integrados compatíveis.
- Demanda maior que a capacidade de atendimento instalada.
- Demora no atendimento oncológico.
- Falta de um serviço de trauma de face de urgência.
- Equipe do CEO insuficiente para atender a demanda.

### 4.3 Alimentação e Nutrição

A Política nacional de alimentação e nutrição (PNAN) conta com 09 diretrizes, sendo elas: estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Esta política tem o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira e engloba as ações estratégicas como: Vigilância Alimentar e Nutricional, Promoção da saúde e da Alimentação Adequada e Saudável, Programa Bolsa Família, Crescer Saudável, Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais.

Atualmente a equipe de nutrição no município de São Leopoldo é composta por 4 nutricionistas que atuam respectivamente na Coordenação do Programa de Alimentação e Nutrição, Programa Saúde na Escola, Vigilância Epidemiológica, NASF e no Centro Médico Capilé. O Centro Médico Capilé é referência para usuários do município que necessitam de dietas especiais e específicas (dieta enteral, nefropatias, cardiopatias, obesidade, oncologia e doenças crônicas não transmissíveis). O núcleo profissional também compõe a residência multiprofissional em Atenção Básica da UNISINOS, tendo uma residente de primeiro ano e uma de segundo ano. Proporcionar estes espaços é importante para o serviço e para a formação de profissionais para o SUS, evidenciando a importância social do ensino em serviço.

A atuação do nutricionista prevê ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, educação nutricional, acompanhamento nutricional e vigilância alimentar e nutricional dos usuários do território. Para efetivar estas ações são realizadas sala de espera com temas relevantes para aquela população; grupos de

educação em saúde com articulação com as equipes dos respectivos locais; oficinas de saúde, educação permanente para profissionais da rede de saúde, chamadas nutricionais, palestras e oficinas nas escolas; avaliação antropométrica e nutricional dos escolares; acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família; acompanhamento da situação nutricional da população; avaliação e acompanhamento nutricional dos usuários.

Um dos determinantes do estado nutricional é o consumo alimentar saudável que se relaciona à saúde em todas as fases do curso da vida. Assim, o monitoramento das práticas de consumo alimentar através dos marcadores de consumo alimentar como parte da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), colabora com o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população e fornece subsídios para o planejamento e a organização do cuidado da população adstrita aos serviços de Atenção Básica. O formulário é composto por uma ficha única classificada a partir de três idades: crianças menores de 6 meses, de 6 a 23 meses e de 2 anos ou mais, adolescentes, adultos, gestantes e idosos. Assim, os marcadores de consumo alimentar são verificados a partir do risco ou de proteção para as carências de micronutrientes e à ocorrência de excesso de peso. Devido à falta de implementação e instabilidade de informações do e-susAB e desconhecimento dos profissionais da saúde da importância do preenchimento dos marcadores de consumo alimentar, temos dados de padrão alimentar que não representam a realidade do nosso território. Sendo assim, temos como meta sensibilizar os profissionais da saúde da importância do preenchimento dos marcadores de consumo alimentar por todos os profissionais de saúde e criar estratégias para que o mesmo seja incorporado na rotina da Atenção Básica.

Através dos indicadores do SISVAN podemos observar altos percentuais de sobrepeso e obesidade na população adulta do município, que passou de 72,27% em 2016 para 77,27% em 2020. Ressalta-se que este percentual se apresenta 10,8% superior aos índices nacionais, como no quadro abaixo:

**Tabela 10 - Percentual de sobrepeso/obesidade na população adulta**

<b>População Adulta</b>	<b>2010</b>	<b>2016</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>São Leopoldo</b>	68,86	72,27	71,7	77,27
<b>Rio Grande do Sul</b>	59,05	68,38	72	74,56
<b>Região Sul</b>	54,23	65,85	69,24	70,64
<b>Brasil</b>	46,15	59,79	63,35	66,47

Fonte: SISVAN - MS

Quando olhamos para as crianças, houve uma redução importante em 2019 e 2020 quanto aos dados de peso elevado, comparando aos dados de 2016. Ressalta-se que a redução pode ter sido influenciada pela pandemia de Covid-19, momento este em que menos pessoas acessaram os serviços de saúde e, conseqüentemente, as escolas, pois estavam fechadas. Logo, o acompanhamento destas crianças não foi realizado, refletindo assim na redução de informações no SISVAN- WEB (Sistema de segurança alimentar e nutricional).

**Tabela 11 - Percentual de peso elevado para a idade em crianças**

<b>Crianças</b>	<b>2016</b>		<b>2019</b>		<b>2020</b>	
	<b>0-5</b>	<b>5-10</b>	<b>0-5</b>	<b>5-10</b>	<b>0-5</b>	<b>5-10</b>
<b>São Leopoldo</b>	36,18	38,4	6,92	12,12	8,87	18,56
<b>Rio Grande do Sul</b>	36,69	38,22	8,73	15,81	8,67	18,36
<b>Região Sul</b>	34,44	34,46	7,54	13,52	8,28	16,41
<b>Brasil</b>	33,60	28,52	7,76	10,1	8,69	11,97

Fonte: SISVAN - MS

Nos adolescentes, em 2020, houve um discreto aumento na taxa de sobrepeso/obesidade no município quando comparado com 2016. Se comparado aos índices nacionais e estaduais estamos acima da média.

**Tabela 12 - Percentual de Sobrepeso/Obesidade em Adolescentes**

<b>Adolescentes</b>	<b>2016</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>São Leopoldo</b>	41,51	36,79	43,59
<b>Rio Grande do Sul</b>	36,35	38,88	42,58
<b>Região Sul</b>	33,78	35,9	38,9
<b>Brasil</b>	25,79	27,96	31,93

Fonte: SISVAN - MS

Dados de 2020 referentes ao sobrepeso em idosos, mostram que estamos 10,59% acima dos dados encontrados no nível nacional.

**Tabela 13 - Percentual de Sobrepeso em Idosos**

<b>Idosos</b>	<b>2016</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>São Leopoldo</b>	61,76	62,87	62,33
<b>Rio Grande do Sul</b>	57,34	59,02	60,04
<b>Região Sul</b>	55,77	58,62	58,34
<b>Brasil</b>	48,97	51,37	51,74

Fonte: SISVAN - MS

A Organização Mundial da Saúde (2003) estimou que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto do sistema de saúde nos países. Diabetes Melittus (DM) e hipertensão arterial (HA) atingem, respectivamente, 7,4% e 24,5% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2020).

A gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) é um trabalho de parcerias entre as três esferas de governo e envolve vários setores da sociedade. As etapas de realização do programa são: 1) identificação do público que será acompanhado, 2) envio do público para acompanhamento aos parceiros das áreas de educação e saúde, 3) acompanhamento das condicionalidades do PBF, 4) registro no sistema de informação, 5) consolidação dos resultados do acompanhamento, 6) aplicação dos efeitos sobre os benefícios, 7) comunicação às

famílias e 8) apresentação de recursos, análise e sistematização de informações para subsidiar outras políticas e intervenção com famílias. Os estudantes com baixa frequência escolar, as crianças com calendário de vacinação e acompanhamento do crescimento desatualizado e as gestantes que não realizaram o pré-natal sinalizam ao poder público que, por algum motivo, estão com dificuldades de acessar esses serviços ou cumprirem tais condicionalidades. A dificuldade de acesso pode ser um indício de que a família se encontra em situação de vulnerabilidade e risco social. O município tem buscado alternativas para melhorar o acompanhamento das condicionalidades do PBF, uma vez detectadas as dificuldades em atingir as metas estaduais no ano de 2020 do grupo de beneficiários geral e crianças, devido a pandemia de Covid-19.

**Tabela 14 - Percentual de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família**

	2019		2020	
	1º Vigência	2º Vigência	1º Vigência	2º Vigência
<b>Acompanhamento Beneficiários Geral</b>	64,47%	64,30%	41,86%	33,14%
<b>Acompanhamento Crianças</b>	49,58%	45,73%	24,40%	9,87%
<b>Acompanhamento Gestantes</b>	189,12%	175,51%	233,10%	234,48%

Fonte: Sistema de gestão do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF (DATASUS/MS)

Os problemas priorizados pela área foram os seguintes:

- Aumento do Desmame Precoce.
- Aumento da Introdução alimentar precoce e/ou inadequada.
- Falta de articulação e comunicação com os diferentes pontos da rede e outras secretarias.
- Necessidade de revisar os fluxos da nutrição - articulação dos fluxos com as linhas de cuidado.
- Falta de Vigilância alimentar e nutricional;

#### **4.4 Programa Saúde na Escola (PSE)**

O PSE foi instituído pelo Decreto Presidencial 6.286/2007 como uma estratégia de integração da saúde e educação para o fortalecimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas, através da pactuação de compromissos a serem firmados entre os secretários municipais de saúde e educação com os Ministérios da Saúde e da Educação. A adesão ao PSE significa o compromisso em planejar ações intersetoriais, com vistas a atingir 12 propostas com os educandos:

- I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
- III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
- V. Prevenção das violências e dos acidentes;
- VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- VIII. Verificação e atualização da situação vacinal;
- IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
- XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS;
- XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

São Leopoldo realizou adesão em oito escolas municipais dentre as prioritárias para o ciclo 2021-2022, buscando aproximar as ações no âmbito da saúde à rede escolar. O Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM), composto pelo Secretário da Saúde, Secretário da Educação e representantes da Atenção Básica e da Educação Básica, deverá ser instituído no município e será responsável por mobilizar as redes escolares e de saúde através da formação dos profissionais e subsídio aos gestores para utilização dos recursos financeiros, baseada no planejamento intersetorial, assim como monitorar as ações do programa.

Em relação a temática da promoção da alimentação saudável, o município aderiu também ao programa Crescer Saudável, que consiste em um conjunto de ações a serem implementadas no âmbito do Programa Saúde na Escola, com o objetivo de contribuir com a prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil. O Crescer Saudável está diretamente vinculado ao PSE e prevalece a articulação intersetorial, primordialmente com a educação, em função da complexidade dos determinantes da obesidade e da influência dos ambientes no seu desenvolvimento.

As ações a serem desenvolvidas pelo Crescer Saudável são: 1) Avaliação do estado nutricional (peso e altura) das crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I, nas escolas participantes do Programa Saúde na Escola (PSE); 2) Atividades coletivas de promoção da alimentação adequada e saudável e de promoção de práticas corporais e atividades físicas para as crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I, nas escolas participantes do PSE; 3) Identificar e encaminhar as crianças com obesidade para intervenção e cuidado na rede de atenção à saúde do município.

Os problemas priorizados pela área foram os seguintes:

- Aumento da obesidade na população.
- Ausência de educação sexual para as crianças/adolescentes.
- Saúde mental (auto mutilação, depressão, suicídio).
- Implicações da COVID-19 no município.

- Desarticulação/inexistência do Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal

#### **4.5 Atenção Especializada - média complexidade**

Na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

##### **4.5.1 Centro Médico Capilé**

As especialidades ofertadas no Centro Médico Capilé encontram-se no quadro abaixo:

**Quadro 3 - Especialidades do Centro Médico Capilé**

ESPECIALIDADE
Cardiologia
Cirurgia de Cabeça e pescoço
Cirurgia Geral
Cirurgia Geral Ambulatorial
Cirurgia Ginecológica
Cirurgia Pediátrica

---

## PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

---

Ginecologia Climatério
Ginecologia - Colposcopia
Ginecologia - Infertilidade
Mastologia
Geriatria - Unisinos
Cirurgia Plástica
Clínico Geral
Dermatologia
Endocrinologia
Fonoaudiologia
Gastrologia
Hematologia
Nefrologia
Neurologia
Neurologia Pediátrica
Oftalmologia
Ortopedia
Traumatologia
Otorrinolaringologia
Pediatria Asma
Pneumologia
Pré-natal de alto Risco
Proctologia
Psicologia
Psiquiatria
Reumatologia
Urologia
Cirurgia Vascular

Os procedimentos realizados no Centro Médico Capilé encontram-se no quadro abaixo:

**Quadro 4 - Procedimentos realizados no Centro Médico Capilé**

Procedimentos
Audiometria
Eletrocardiograma
Eletroencefalograma em vigília
Eletroencefalograma em vigília, em sono
Espirometria
Videolaringoscopia

#### 4.5.2 Serviço de Atendimento Especializado (SAE)

O SAE é uma unidade de atenção à saúde especializada que tem por objetivo realizar ações de prevenção e assistência através do atendimento integral e qualificado às pessoas vivendo com HIV/AIDS, Infecções sexualmente transmissíveis, Hepatites Virais, Tuberculose e seus familiares.

É composto por uma equipe multiprofissional cujas ações envolvem realização de consultas, exames (HIV-aids, Hepatites Virais e Sífilis, exame de escarro e prova tuberculínica), distribuição de insumos de prevenção (preservativos cartazes e folders); distribuição e controle de antirretrovirais, tuberculostáticos e atividades educativas para prevenção, adesão ao tratamento e controle dos agravos.

O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) tem por objetivo realizar ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. São ofertados testes para HIV, sífilis e hepatites B e C; aconselhamento pré-teste e pós-teste; ações de prevenção dentro da Unidade Básica de Saúde (ações intramuros) e fora dela (ações extramuros). O aconselhamento é uma ação de prevenção que objetiva oferecer apoio ao usuário, esclarecendo dúvidas e ajudando a avaliar os riscos e as maneiras efetivas de prevenção.

O atendimento é inteiramente sigiloso e oferece a quem realiza o teste a possibilidade de vir a ser acompanhado por uma equipe de profissionais de saúde que orientará sobre o resultado do exame, independente dele ser positivo ou negativo. Quando o resultado é positivo, o CTA orienta e acolhe o usuário para acompanhamento de saúde no SAE. Em caso contrário procede na educação em saúde sexual e reprodutiva.

O Programa Municipal de Prevenção e Controle das Hepatites Virais (PMPCHV) tem como objetivos: 1) dar visibilidade e estruturar políticas de enfrentamento às hepatites virais; 2) Executar ações de vigilância epidemiológica das Hepatites Virais; 3) Realizar capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos pacientes com diagnóstico de Hepatites Virais; 4) Realizar ações integradas com a rede e promover a mobilização da comunidade, dos grupos de maior vulnerabilidade e profissionais de saúde visando a efetiva participação nas ações de prevenção e controle das Hepatites.

Os problemas priorizados pela área foram os seguintes:

- Equipe reduzida (faltam profissionais de ensino superior para compor equipe mínima, recepcionista, auxiliar de farmácia) e área física insuficiente.
- Alto número de casos de sífilis congênita no município.
- Aumento das notificações de óbitos por AIDS nos anos de 2018-2019.
- Problemas no acompanhamento de crianças expostas ao HIV.
- Baixa testagem para HIV/Sífilis em parceiros de gestantes.

### **Programa Municipal de Prevenção e Controle da Tuberculose (PMCT)**

O PMCT tem como objetivo realizar diagnóstico precoce dos casos de tuberculose, especialmente entre as populações mais vulneráveis e aos pacientes diagnosticados; assegurar a credibilidade da microscopia direta e cultura de escarro como principais métodos diagnósticos; anular as fontes de infecção da tuberculose na comunidade; proteger grupos saudáveis da infecção pelo bacilo da tuberculose e populações vulneráveis no seu processo de adoecer e monitorar o cumprimento das metas pactuadas.

O serviço desenvolve as seguintes atividades:

- Diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose: coleta de escarro para baciloscopia; prova Tuberculínica (aplicação e leitura), encaminhamentos para Raio-x, TC, fibrobroncoscopia; visitas domiciliares, busca ativa, acompanhamento dos casos de tuberculose, consulta médica (pneumologista) e de enfermagem, administração de medicamentos anti-TB (via oral e injetável), Tratamento Diretamente Observado, notificações SINAN, investigação de contatos, educação em saúde, tratamento para infecção latente de tuberculose e rotinas do SINAN/TB e avaliação/tratamento de complicações da BCG.
- Monitoramento e avaliação das atividades descentralizadas para APS (visitas nas Unidades Básicas de Saúde, educação permanente, acompanhamento da tomada de medicação dos pacientes TB multirresistente e registros do Programa Nacional de Controle da Tuberculose).

Os problemas priorizados pela área foram os seguintes:

- Diminuição na busca de sintomáticos respiratórios devido à pandemia.
- Falta de gestão do SINAN TB.
- Descontinuidade no fornecimento de cestas básicas aos usuários com tuberculose.
- Falta de gestão técnica que conheça/dialogue com as necessidades do PMCT.

- Dificuldade de acesso dos usuários à unidade de referência do PMCT por questões financeiras.

### 4.5.3 Laboratório Municipal

O Laboratório Municipal de São Leopoldo foi habilitado pela Portaria 1.865/2018 para realizar a quantificação de carga viral do HIV-1 e contagem de linfócitos CD4+/CD8+. Tem como objetivos: a) receber, triar e registrar o material para análise; b) realizar diagnóstico de HIV, sífilis, hepatites B e C; c) realizar diagnóstico e controle de tratamento de tuberculose através de baciloscopia; d) realizar o diagnóstico, controle de tratamento e cultura primária para tuberculose em cabine de segurança biológica de fluxo laminar classe 2B2; e) armazenar; f) receber a coleta de material realizada descentralizada; g) fazer a descontaminação do material analisado a ser descartado; h) fazer a lavagem e preparo do material utilizado; i) emitir laudo das análises realizadas e j) realizar o processamento de carga viral e contagem CD4/CD8.

Os problemas priorizados pela área foram os seguintes:

- Equipe insuficiente para demanda de trabalho (Portaria nº 334/2017).
- Ausência de previsão orçamentária e financeira para atender as demandas de manutenção das cabines e refrigeradores/aquisição de insumos específicos e gerador para atender os requisitos das legislações federais.
- Espaço físico subutilizado, falta de lugar para armazenamento de insumos.

### 4.5.4 Atenção Psicossocial Especializada

A Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A finalidade da RAPS é ampliar e articular os pontos de atenção à saúde, garantindo a autonomia do usuário, o acesso e a qualidade dos serviços, a diversificação das estratégias de cuidado, a ênfase na base territorial e comunitária, o desenvolvimento das estratégias de redução de danos e a primazia do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Com isso, objetiva-se ampliar o acesso da população à atenção psicossocial e garantir o cuidado compartilhado por meio da articulação e integração da RAS.

A RAPS é constituída pela Atenção Básica (AB), formada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelas equipes para populações específicas (Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Convivência; Atenção Psicossocial Especializada, constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS i); Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, UPA 24 horas, Urgências e Pronto-Socorros); Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento (UA), Serviços de Atenção em Regime Residencial – Comunidades Terapêuticas); Atenção Hospitalar (hospital geral de referência, leitos em saúde mental); Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa); e Reabilitação Psicossocial.

No nível de atenção psicossocial especializada a RAPS dispõe de 01 Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS Capilé), 01 Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij Aquarela) e 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e 01 Ambulatório Especializado de Saúde Mental.

Os CAPS têm por objetivos: a) organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; b) dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede

básica de saúde; c) regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; d) coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; e) gerenciar o projeto terapêutico oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; e f) promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam assistência social, educação, trabalho e renda, habitação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.

### **Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS Capilé)**

É um serviço de saúde mental de referência de tratamento para pessoas em sofrimento psíquico que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Foi criado para ser um equipamento substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos com atendimento em regime de atenção diária. Conta com equipe multidisciplinar (1 agente administrativo III, 2 agentes administrativos II, 2 auxiliares de serviços gerais, 2 assistentes sociais, 1 enfermeira, 2 médicas psiquiatras, 2 psicólogos, 2 técnicos de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional, residentes e estagiários de psicologia). Salienta-se que o CAPS Capilé é campo de formação para estágios nas áreas de Serviço Social e Psicologia e cenário de prática para os residentes dos Programas de Residência.

O acolhimento é aberto, não necessitando de agendamento prévio. O paciente acessa o serviço por meio de referência e contra-referência da rede intersetorial ou por demanda espontânea, onde os familiares ou o próprio usuário buscam o atendimento. Quando tem alta do serviço, o usuário retorna para continuidade do tratamento na AB. O desafio é o prosseguimento do tratamento na atenção básica, pois é necessário que o usuário seja acompanhado pela UBS/ESF para reconstruir vínculos e retomar sua vida familiar, escolar e social no território, tendo como uma das estratégias o apoio matricial. Apoio matricial consiste em uma metodologia de trabalho que tem por característica oferecer suporte técnico e assistencial de uma equipe especializada em saúde mental para as equipes

básicas de saúde, por meio de encontros com periodicidade mensal (ou outras), preestabelecida pelas equipes envolvidas, com vistas à garantia de um maior apoio à responsabilização na assistência ao usuário.

### **Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi Aquarela)**

Conforme Portaria MS 3088/2011, esta modalidade de CAPS destina-se a atenção psicossocial de crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, independente de diagnóstico clínico. É um dispositivo criado em uma lógica contrária à biomédica, manicomial e de exclusão, para ser equipamento substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Conta com uma equipe multidisciplinar formada por 1 auxiliar de serviços gerais, 2 assistentes sociais, 1 atendente social, 1 enfermeira, 3 estagiários extracurriculares, 1 médico psiquiatra, 2 psicólogas, 1 técnica de enfermagem e 2 terapeutas ocupacionais. O serviço é também campo de formação para estágios nas áreas de Serviço Social e Psicologia e cenário de prática para Programas de Residência.

O Capsi Aquarela funciona com portas abertas, sendo acessado conforme princípios do acolhimento universal. As crianças e adolescentes chegam por meio de referência e contra referência da RMS, rede socioassistencial, sistema de garantia de direitos ou por demanda espontânea, quando os familiares buscam o atendimento. A partir do acolhimento, no qual é recebida e escutada a demanda, a equipe avalia o risco e a urgência do atendimento considerando a intensidade do sofrimento psíquico e a vulnerabilidade psicossocial. Havendo indicação de continuidade do tratamento no Capsi, o cuidado é planejado de forma interdisciplinar e efetivado prioritariamente em espaços coletivos e de forma articulada com os outros pontos de atenção das redes, desenvolvido por intermédio do Projeto Terapêutico Individual (PTS) construído pela equipe, usuário e familiares.

As atividades desenvolvidas incluem atendimento individual, grupal e familiar, visita domiciliar, inserção social, oficinas terapêuticas, atividades

socioculturais e esportivas, atividades externas dirigidas para a faixa etária a quem se destina atender. A equipe se reúne semanalmente para discussão de casos e encaminhamento de demandas administrativas. São efetivadas ações de apoio matricial com atenção básica, assim como com escolas e serviços de acolhimento institucional conforme demanda. Os técnicos estão inseridos nas redes intersetoriais de todas as regiões do município.

### **Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)**

O CAPSad oferece atendimento para usuários de substâncias psicoativas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva singular. Procura trabalhar na perspectiva da redução de danos. O acolhimento é aberto, não necessitando de agendamento prévio, durante o funcionamento do serviço, das 08 às 18 horas de 2ª até 6ª feira, tendo um 3º turno, até 21h destinado ao grupo de famílias. O serviço desenvolve as atividades: acolhimento, atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), grupos, oficinas terapêuticas e visita domiciliar. Oferece acolhimento para pacientes em uso por meio da oferta de 02 macas.

A equipe técnica conta com 2 agentes administrativos III, 2 atendentes sociais, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 enfermeira, 2 estagiários extracurriculares, 1 guarda municipal, 1 médico psiquiatra, 1 médico clínico geral, 1 psicólogo, 2 técnicos de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional. Salienta-se que o CAPSad é campo de formação para estágios de Psicologia.

Nessa perspectiva, o usuário acessa o equipamento por meio de referência e contra-referência da RMS e rede socioassistencial ou por demanda espontânea, onde os familiares ou o próprio usuário buscam o atendimento. Inclusive, alguns pacientes chegam ao CAPS ad via demanda judicial, quando os familiares requerem o tratamento ou a internação compulsória.

### **Ambulatório de Saúde Mental**

A Portaria nº 3.588, de dezembro de 2017 institui, no âmbito do SUS, a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)

como parte da RAPS, constituindo estratégia para a atenção integral às pessoas com transtornos mentais moderados. Em agosto de 2020 foi publicada a portaria habilitando a equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental (AMENT) de São Leopoldo. Foi nomeada como Ambulatório de Saúde Mental, em reunião da RAPS.

O serviço está estruturado no espaço físico do Centro de Especialidades Médicas Capilé, embora estejam acontecendo mobilizações para a conquista de um espaço próprio e adequado para o desenvolvimento do trabalho realizado pela equipe do Ambulatório de Saúde Mental. A equipe técnica do Ambulatório é composta por duas psiquiatras, duas psicólogas e uma assistente social. É campo de estágio profissional em psicologia e internato em psiquiatria.

O Ambulatório de Saúde Mental oferece atendimento individual, em grupo e oficina terapêutica direcionadas a pessoas com transtornos mentais moderados. A oferta de atendimento individual ou grupal destina-se aos usuários cuja situação de gravidade é intermediária entre AB e/ou CAPS. Se tratam de sujeitos que estão em sofrimento, mas tem baixo risco a auto e hetero agressão, tem interesse diminuído e/ou dificuldades não significativas nas atividades de trabalho, lazer, educação, possuem prejuízos moderados no repertório social, podendo apresentar episódios de agressividade verbal ou físicas leves, preservam relações sociais para além do núcleo familiar, mesmo que reduzidas, conseguem gerenciar a própria medicação ou com apoio social consistente, tem tomadas de decisão com prejuízos moderados e/ou apresentam alterações moderadas de humor.

O ambulatório não é porta aberta, assim, o encaminhamento direto de casos para o ambulatório somente deve ocorrer da atenção básica e/ou do CAPS (Nota Técnica n.º01/2020 Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental - AMENT- Versão 15/07/2020). Deste modo, os usuários acessam o serviço através da referência e contrarreferência da rede intersetorial. Os acolhimentos são agendados por telefone pela central de agendamentos, mesmo sistema utilizado para todos os atendimentos realizados pelos profissionais do Centro de Especialidades Médicas Capilé. O acolhimento é realizado de forma singular, o que possibilita a escuta e avaliação da demanda que o sujeito apresenta naquele momento. Diante da avaliação do caso é pensado, juntamente com o usuário, o

PTS, podendo ser encaminhado para a atenção Básica em caso ser avaliado sofrimento psíquico leve, ou em caso de alta do tratamento no ambulatório, ou ainda, é realizado encaminhamento para o CAPS no caso de sofrimento psíquico grave.

### **Análise situacional**

Observamos, na atualidade, uma alta prevalência de transtornos mentais atingindo a população mundial. Os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o tema indicam que transtornos mentais como depressão, abuso de álcool, transtorno bipolar e esquizofrenia apresentam-se entre as 20 principais causas de incapacidade. O mesmo órgão estima que a depressão, por exemplo, apresenta taxa de prevalência variante, conforme a realidade de cada país, entre 8% e 12%. Outros estudos (Santos e Siqueira) avaliaram a prevalência de transtornos mentais na população adulta brasileira, chegando a taxas variantes entre 20 e 56%, destacando-se como mais prevalentes os transtornos de ansiedade, de humor, os somatoformes e o abuso de álcool.

No campo da infância e adolescência, conforme a literatura (Fatori & Graeff-Martins, 2016), estima-se que a prevalência de transtornos mentais seja, em média, de 12%. Deste percentual a estimativa é de que de 3% a 4% necessitem de tratamento intensivo. Entre as questões mais frequentes estão a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil e os transtornos de ansiedade. Traduzindo as estimativas em dados absolutos, no município de São Leopoldo, que conta com uma população total estimada em 240.378 habitantes (95.000 crianças e adolescentes e 145.000 adultos, aproximadamente), podemos depreender que temos 29.000 adultos e 11.000 crianças e/ou adolescentes acometidos de algum quadro de adoecimento mental.

Estas estimativas não incluem os efeitos da Pandemia de COVID 19, que amplificou os riscos à saúde mental de adultos, de crianças e de adolescentes, em razão dos processos de luto, da grave crise econômica, do isolamento social, das restrições dos espaços de convívio, entre outros. Condições que perduram desde o início do ano de 2020 até o período atual, contabilizando mais de 20 meses. Estes

dados têm se manifestado em diagnósticos empíricos apresentados ao Colegiado Gestor de Saúde Mental em encontros realizados com os diferentes pontos de atenção da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial):

UPAs (Unidade de Pronto Atendimento) – estima-se que cerca de 70% dos atendimentos prestados nessas unidades apresentam demandas de saúde mental;

SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) – estima-se que cerca de 70% dos atendimentos prestados envolvem alguma demanda de saúde mental;

Atenção Básica – equipes de atenção básico têm manifestado grande preocupação com o crescimento da identificação de demandas de saúde mental em meio aos diversos quadros clínicos atendidos nestes serviços;

Farmácia Municipal – a equipe desta unidade tem referido um aumento significativo na dispensação de medicações psiquiátricas, quadro que se agravou na vigência da pandemia.

Além desses apontamentos informais e que carecem de maior sistematização, a pesquisa realizada pelo Conselho Municipal de Saúde com vistas a subsidiar a construção do Plano de Saúde Mental que se encontra em construção, remete ao agravamento da condição de saúde mental da população, indicando que esta foi a área mais lembrada pelos participantes.

Entendemos, a partir deste levantamento inicial, que a Política de Saúde Mental deve ser tomada como uma prioridade na construção dos planos de ação da Secretaria Municipal de Saúde para os próximos anos, tendo como norte a pergunta: como vamos nos organizar para ofertarmos uma resposta satisfatória diante do quadro apresentado?

Por certo os serviços de atenção especializada não devem estar sozinhos na tarefa de responder a esta questão. Para que seja possível efetivar uma atenção psicossocial qualificada e em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental faz-se necessária uma rede articulada de serviços composta por dispositivos e instituições diversas. Por exemplo, os ambulatórios, que podem absorver resolutivamente uma parte da demanda, a retaguarda da internação, inclusive em hospitais gerais, o atendimento à emergência, além do trabalho

territorial da atenção básica. Sendo a intersetorialidade um fator intrínseco ao trabalho em saúde mental, destacamos a importância da implicação das áreas da educação, assistência social e sistema de garantia de direitos na construção de uma política de atenção integral à saúde mental da população, de acordo com uma clínica ampliada. Todos os profissionais dos diversos setores precisam ser atores efetivos deste processo.

Sustentamos, dessa forma, que nossa resposta deve abranger tanto a qualificação das ações realizadas nos diversos âmbitos da RAPS e da rede intersetorial, quanto na ampliação e qualificação dos serviços especializados. As ações e metas que aqui inserimos foram construídas levando-se em conta esta perspectiva.

Os problemas priorizados pela saúde mental foram:

- Dificuldade de enfrentamento dos serviços ao aumento das demandas de atenção psicossocial em decorrência da pandemia do Novo Coronavírus;
- O agravamento dos riscos de vida da população, em especial da população em uso de substâncias psicoativas em situação de rua;
- Insuficiência de profissionais na rede de saúde mental;
- Ausência de política de educação permanente em saúde para as equipes de saúde mental;
- Falta de autonomia do colegiado gestor para gerenciar os recursos financeiros e humanos.

#### 4.5.5 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

O SAMU é definido pelo Ministério da Saúde como um programa cuja finalidade é prestar socorro à população em caso de emergência. O serviço funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, com equipes de profissionais formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores de veículos de urgência, que atendem às urgências de natureza traumática, clínica,

pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população (SAMU, 2006b).

O serviço tem como objetivo chegar precocemente à vítima e garantir sua avaliação adequada e estabilização clínica, dando o tratamento adequado quando possível, e/ou realizando o transporte adequado, quando indicado, para o local determinado onde receberá o tratamento definitivo adequado, minimizando os danos já causados pela enfermidade que a acometeu. O atendimento é realizado em caráter de urgência em residências, locais de trabalho, eventualmente em clínicas, instituições de longa permanência e vias públicas.

O socorro é prestado após a solicitação gratuita pelo telefone 192. A ligação é atendida por técnicos de uma Central de Regulação, localizada em Porto Alegre. Eles identificam a emergência e transferem o telefonema para o médico regulador. Este profissional faz o diagnóstico da situação e, no mesmo instante, inicia o atendimento orientando o paciente ou o indivíduo que realizou a chamada sobre as primeiras ações. O médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente e, se necessário, designa uma ambulância de suporte básico (USB), tripulado por técnico de enfermagem e condutor socorrista; ou envia uma UTI móvel, suporte avançado (USA), com enfermeiro, médico e condutor, para o atendimento no local. A gravidade do caso determina que tipo de unidade atenderá a vítima. Após definidas as ações e prestada a assistência, a equipe de regulação autoriza o deslocamento da viatura e comunica, em caso de emergência aos hospitais de referência, para que se preparem para o atendimento e para que ele tenha continuidade no âmbito intra-hospitalar.

A base do SAMU SL foi criada em 11 de junho de 2007 em São Leopoldo e fica localizada na Rua 8º BC, fundos do Hospital Centenário. Além do mencionado anteriormente, o serviço atende a rede de saúde realizando transporte entre unidades de diferentes complexidades dentro do município e, quando há necessidade realiza transferências do município para serviços de maior complexidade. Devido a pactuação intermunicipal, o SAMU SL também realiza os transportes de pacientes críticos oriundos do município de Portão para as referências daquele município.

A frota de veículos é composta por duas ambulâncias do tipo B, uma ambulância do tipo D, duas motos e um veículo de intervenção rápida. A equipe de São Leopoldo realiza uma média de 700 atendimentos/mês, divididos entre em torno de 200 atendimentos de suporte avançado para 500 de suporte básico.

A equipe de referência, de acordo com as normativas ministeriais é de:

- 07 médicos intervencionistas (24h)
- 06 enfermeiros intervencionistas (30h)
- 12 técnicos de enfermagem (30h)
- 21 condutores (30h)

Os indicadores do SAMU 192 são:

I – número geral de ocorrências atendidas no período;

II – tempo mínimo, médio e máximo de resposta;

III - identificação dos motivos dos chamados;

IV – quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB);

V – localização das ocorrências;

VI - idade e sexo dos pacientes atendidos;

VII - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;

VIII - pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento.

Um dos principais problemas do serviço refere-se ao contingente de profissionais, que inicialmente era de 46 trabalhadores celetistas, divididos em três equipes que se revezavam na escala de plantão de doze horas nos períodos diurno e noturno. Como a maior parte dos profissionais de nível superior não tem mais vínculo, outras formas de contratação tem que ser viabilizadas para manter o funcionamento do serviço.

### 4.5.6 Unidade de Pronto Atendimento – UPA

Conforme Portaria nº 10/2017 UPA 24h é definido como o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências (RAU).

Segundo o art. 5º da referida portaria, considerar-se-á a UPA 24h em efetivo funcionamento quando desempenhar as seguintes atividades:

I - acolher os pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência, sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;

II - articular-se com a Atenção Básica, o SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde;

III - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitem de atendimento;

IV - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

V - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade;

VI - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à UPA 24h;

VII - prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a sua complexidade; e

VIII - manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

A UPA Zona Norte está em funcionamento desde o dia 18 de abril de 2016. A gestão do serviço vem sendo desenvolvida no momento pelo Instituto Brasileiro de Saúde, Ensino, Pesquisa e Extensão para Desenvolvimento Humano. As demandas são das mais diferentes naturezas, sendo disponibilizados todos os medicamentos necessários, exames laboratoriais, eletrocardiograma e exames radiológicos. Observa-se que as necessidades do usuário de atendimento na UPA vão desde os casos mais simples ditos eletivos até os casos mais graves.

#### 4.5.7 Programa Melhor em Casa

Compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação que ocorrem no domicílio. É indicado para pessoas que estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou lar, de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos. A prestação de assistência ocorre através da Equipe EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar).

#### 4.6 Atenção Hospitalar - média e alta complexidade

O Hospital Centenário (HC) foi criado em 1924 e foi reestruturado pela Lei Municipal n.º 4.902, de 02 de abril de 2001 como Fundação Hospital Centenário (FHC). A FHC possui uma área total de 11.514,18 m<sup>2</sup>, distribuídos da seguinte forma:

- 1º PAVIMENTO (ALA HOSPITALAR):

Portaria Eletiva, Protocolo Geral, Ouvidoria, Serviço Social, Central de Leitos, Telefonia, Cafeteria, Laboratório de Imagens (SIDI), Clínica Médica A, Clínica Médica B, Clínica Cirúrgica, Clínica Dr. Bayard, Pronto Socorro, Unidade Terapia Intensiva (UTI Adulto), Laboratório de Análises Clínicas, Higienização, Banco de Sangue, Traumatologia, Ambulatório de Especialidades, Radiologia, Portaria Covid, UTI e Internações Covid, Pátio Interno, Refeitório, Copa Central, Cozinha Central, Almojarifado Nutrição, Nutrição, Engenharia Clínica, Clínica de Endoscopia, Capela, Guarita Segurança, Almojarifado Central, Clínica Médica C1, Clínica Médica C2, Clínica Médica D, Rouparia, Controle de Infecção, Médico do Trabalho, Salas de aula, Clínica de Hemodiálise, Expurgos, Elevadores, Sanitários, Clínica de Oncologia, Guarita Acesso Veículos, Sala Chefia de Enfermagem.

- 2º PAVIMENTO (ALA HOSPITALAR):

Centro Cirúrgico/ Sala de Recuperação, Farmácia do Centro Cirúrgico, Centro de Materiais de Esterilização, Procuradoria Geral, Farmácia Central, Sala de Espera do Centro Cirúrgico, Lactário, Sala de Espera da Maternidade e Centro Obstétrico, Maternidade, Sanitários, Expurgos, Centro Obstétrico, Sala de Espera UTI NEO, Clínica Pediátrica, Departamento de Compras e Licitações, Terapeuta Ocupacional, Espaço Residentes, Estar Médico, Salas de Aula, Procuradoria, Anfiteatro.

- 3º PAVIMENTO (ALA HOSPITALAR):

Estar corpo clínico (Enfermagem/ Técnicos), Clínica Multiclínica (em obras), Sanitários, Expurgos, Elevadores.

- 1º PAVIMENTO (ADMINISTRATIVO):

Administração Geral da Fundação (Presidente, Vice-Presidente Médico, Vice-Presidente Administrativo e Financeiro, Vice-Presidente de Operações, Comunicação, Assessoria Técnica, Chefe de Gabinete e Tesouraria), Contabilidade, Faturamento Geral, Departamento de Tecnologia e Informação, Manutenção Predial, Almojarifado Manutenção, Serviço de Arquivamento Médico

(SAME), Gráfica, Depósito de Resíduos, Associação dos Funcionários da Fundação, Estar Funcionários.

- 2º PAVIMENTO (ADMINISTRATIVO):

Recursos Humanos

A instituição possui, entre servidores próprios, temporários e outros vínculos, 1.056 trabalhadores nas seguintes áreas:

**Tabela 15 - Trabalhadores de Saúde**

CARGO	QUANTIDADE
Médicos	195
Enfermeiros	94
Auxiliar de Enfermagem	77
Técnico de Enfermagem	308
Administrativo	132
Estagiários	83
Apoio (Nutrição, Farmácia, Segurança, Higienização, Manutenção, Terapia Organizacional).	167
<b>TOTAL</b>	<b>1.056</b>

\*Fonte: Sistema Metadados e Recursos Humanos

A Capacidade instalada da FHC é de 196 leitos de internação, destinados a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal, Unidade de Isolamento, UTI Adulto – Tipo II, UTI Adulto COVID-19, UTI Neonatal, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Oncologia, Clínica Geral, Neurologia, Obstetrícia Cirúrgica, Obstetrícia Clínica, Pediatria Cirúrgica e Pediatria Clínica.

**Tabela 16 - Leitos Ativos, Fundação Hospital Centenário, 2021**

Unidade	Capacidade Atendimento	Leitos
<b>PRONTO SOCORRO*</b>	<b>27</b>	
<b>PS Adulto Subdivisão</b>		-
PS Sala Vermelha	5	-
PS Sala Amarela	13	-
Isolamento Pronto Socorro	1	-
<b>PS Pediátrico Subdivisão</b>		-
PS Sala Vermelha	2	-

---

## PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

---

PS Sala Amarela	4	-
Isolamento P S Pediátrico	2	-
<b>CLÍNICA MÉDICA C1</b>	<b>18</b>	<b>18</b>
Isolamento C1	1	-
<b>CLÍNICA MÉDICA C2</b>	<b>16</b>	<b>16</b>
<b>CLÍNICA MÉDICA D</b>	<b>23</b>	<b>23</b>
Isolamento D	2	-
<b>PEDIATRIA</b>	<b>14</b>	<b>14</b>
Isolamento Pediatria	4	-
<b>CLÍNICA CIRÚRGICA</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
<b>CLÍNICA MÉDICA A - ONCOLÓGICA</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
<b>CLÍNICA MÉDICA B</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>UTI ADULTO</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
Isolamento UTI	3	-
<b>UTI NEONATAL</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>SALA ADMISSÃO NEO*</b>	<b>2</b>	<b>-</b>
<b>SALA CRESCIMENTO NEO</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>MATERNIDADE</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
Isolamento Centro Obstétrico	1	-
<b>UTI COVID</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
<b>ENFERMARIA COVID</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
<b>SALA DE RECUPERAÇÃO *</b>	<b>13</b>	<b>-</b>
<b>LEITOS PRÉ-OPERATÓRIO*</b>	<b>4</b>	<b>-</b>
<b>Total</b>		<b>196</b>

### **Emergência Adulto e Pediátrica**

O serviço de Emergência da Fundação Hospital Centenário realiza atendimentos para adultos e crianças 24 horas por dia, 7 (sete) dias por semana, atendendo casos de alto risco, média e baixa complexidade. Os pacientes são alocados de acordo com classificação de risco realizada em imediato ao usuário. Dispõe de médicos especialistas nas áreas de traumatologia, pediatria, cirurgia geral, obstetrícia e neurologia.

### **Clínica Médica C1, C2 , B e D**

As unidades clínicas denominadas e divididas em: Clínica Médica C1, C2 e D contam com atendimento integral ao paciente adulto que necessita de internação e acompanhamento hospitalar. A unidade C1 conta com leitos femininos, a C2 e a B com leitos mistos e Clínica D com leitos masculinos. As clínicas comportam

pacientes de diversos tipos de patologia: cardíaco, gastroenteral, dermatológico, nefrológico, pneumológico, entre outros.

### **Pediatria**

A Unidade de Pediatria está localizada no segundo andar da Fundação Hospital Centenário, disponibilizando 14 leitos para internação, sendo 04 deles de isolamento para pacientes com suspeita de Covid-19.

### **Bloco e Clínica Cirúrgica**

O Bloco Cirúrgico da Fundação Hospital Centenário está equipado para realização de cirurgias de baixa, média e alta complexidade. Dentre as principais cirurgias que a Fundação realiza destacam-se as cirurgias traumatológicas, cirurgias vasculares, cirurgias gerais, cirurgias ginecológicas, cirurgias traumatológicas, cirurgias obstétricas e cirurgias oncológicas. A unidade conta com 06 salas para realização de atendimentos cirúrgicos eletivos ou de urgência. São disponibilizados 20 leitos de internação hospitalar para acompanhamento pós-cirúrgico.

### **Clínica Médica A (Oncológica)**

O Hospital Centenário através da Portaria nº 102/2012, compõe a Rede de Atenção ao paciente oncológico do Estado, através do UNACON, com serviço de Radioterapia e Quimioterapia. Os procedimentos cirúrgicos em oncologia de média e alta complexidade abrangem as especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia, Urologia e Mastologia. Possui 8 leitos oncológicos e conta com uma equipe de 18 profissionais, como cirurgiões oncológicos torácicos, urologistas, proctologistas e mastologistas, atuando no atendimento ambulatorial e cirúrgico oncológico.

O serviço é referência para 18 (dezoito) municípios da região: Barão, Brochier, Capela de Santana, Harmonia, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Portão, Salvador do Sul, São José do Hortêncio, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Tabaí, Tupandi, Esteio, Sapucaia do Sul e São Leopoldo.

### **Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**

O Hospital Centenário conta com 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva, onde é oferecida toda assistência integral e multiprofissional ao paciente crítico. A Unidade de Terapia Intensiva Adulta foi reformada e equipada em 2021 para melhor atender os pacientes.

### **Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um espaço destinado ao cuidado ao tratamento de prematuros e de nascidos que necessitam de maiores cuidados. Conta com 10 (dez) leitos intensivos, sendo 02 leitos de isolamento para casos suspeitos de covid. Além disso, conta com a sala intermediária com 05 leitos para atendimento de pacientes estáveis e 02 leitos para o primeiro atendimento do recém-nascido.

### **Maternidade e Centro Obstétrico**

A instituição existe como única maternidade do município, servindo concomitante como referência para o Município de Portão. Para gestação de risco habitual é referência para os municípios de Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Presidente Lucena, Portão e São José do Hortêncio. Atualmente são realizados em média 180 partos por mês.

O Hospital é habilitado pela Rede Cegonha como estratégia credenciada pelo governo federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Além disso, o hospital incentiva o aleitamento materno conforme as definições adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nas salas de partos são disponibilizadas medidas não farmacológicas para a gestante para alívio da dor, tais como: bola de bubá, balanço pélvico, banqueta, musicoterapia, aromaterapia e cromoterapia, reduzindo o risco de exposição desnecessária aos fármacos e aumentando o vínculo da gestante com seu bebê.

Ainda conta com o projeto “Janela Solidária”, criado com o intuito de atender as necessidades das pacientes que estão desprovidas de enxoval para o seu bebê.

### **Unidade de Terapia Intensiva Covid/Enfermaria**

Desde março de 2020, o Hospital Centenário conta com uma área isolada de atendimento para casos suspeitos ou confirmados de pacientes com o novo Coronavírus (COVID-19). Instalada na antiga Unidade de Pronto Socorro, contamos com 22 (vinte e dois) leitos de UTI e 22 (vinte e dois) leitos de enfermaria.

No seu maior pico de atendimento a equipe esteve composta por 106 técnicos de enfermagem, 30 enfermeiros, 06 higienizadores e 09 médicos distribuídos nos três turnos para assistência exclusiva ao paciente com COVID-19. A área também oferece atendimento nas demais áreas multiprofissionais como: fisioterapeuta, psicólogo, serviço social e nutrição.

### **Alta Complexidade**

Ações de Alta Complexidade são o conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados. As habilitações cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde para a Fundação Hospital Centenário seguem infracitadas:

- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (Serviço de Nefrologia) - referência para 08 municípios;
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) - referência para 18 municípios;
- Rede AVC - referência para 07 municípios;
- UTI Adulto Tipo II;
- UTI Neonatal Tipo II;

**Dados de Produção****Tabela 17 - Dados de produção hospitalar, 2020**

<b>Tipo de atendimento</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Atendimento de média complexidade</b>	<b>7972</b>
<b>Atendimento de alta complexidade</b>	<b>779</b>
<b>Atendimentos eletivos</b>	<b>935</b>
<b>Atendimentos de urgência</b>	<b>7816</b>
<b>Procedimentos clínicos</b>	<b>5385</b>
<b>Procedimentos cirúrgicos</b>	<b>3360</b>
<b>Consultas/acompanhamentos</b>	<b>339</b>
<b>Parto e nascimento</b>	<b>1.215</b>
<b>Tratamentos clínicos</b>	<b>3.506</b>
<b>Tratamentos em oncologia</b>	<b>97</b>
<b>Tratamentos em nefrologia</b>	<b>144</b>
<b>Tratamentos de lesões e outros</b>	<b>84</b>
<b>Cirurgias</b>	<b>2.309</b>

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Os problemas priorizados pela FHC foram os seguintes:

- Recursos financeiros insuficientes
- Necessidade de qualificação de controle, monitoramento de estoque/faturamento/produção.
- Plano de cargos e carreiras incompatível com a necessidade da FHC.
- Deficiência no pré-natal: falta de acesso - baixa cobertura de AB (gestantes acabam acessando o FHC para acesso PN - exames).
- Agudização dos crônicos.

### 4.7 Populações específicas

Equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e justiça. Busca-se com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenças sociais e deve atender a diversidade, reconhecendo necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais são submetidos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também devem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

No âmbito do Estado, a Portaria SES nº 512/2020 aprovou a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde com vistas a promover a equidade no acesso e na atenção à saúde de populações específicas estabelecendo os princípios e diretrizes para a organização dos serviços de saúde no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, e para a organização e orientação na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para fins desta política são considerados como populações específicas, entre outras: população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (LGBT), povos indígenas, população em situação de rua, população negra, povos ciganos, população privada de liberdade, egressos do sistema prisional, população de migrantes, refugiados e apátridas e população do campo, da floresta e das águas.

Nesse sentido, a partir do ano de 2017, o município tem trabalhado para atender de maneira integral sua população, através das políticas e programas de saúde transversais, que levam em conta a pluralidade das populações, contemplando população negra, pessoas em situação de rua, pessoa idosa, pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, LGBTQIA+, indígenas e imigrantes.

A necessidade de implantação desta política ocorre pela falta de informações a respeito destas populações em nosso município e a necessidade de

pensar ações para qualificar o atendimento e voltar o olhar para as especificidades de cada grupo.

### 4.7.1 Saúde da população negra

Em 2017, o município deu início a um longo processo para implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra. Em novembro do mesmo ano o município recebeu a visita do coordenador nacional do Departamento de Apoio a Gestão Participativa e Controle Social da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde por intermédio do Departamento Estadual de Saúde da População Negra, a fim de analisar a possibilidade do município submeter um projeto para destinação de recursos específicos para o fortalecimento da Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PMAISPN).

A necessidade de implementar a política nacional no município tornou-se evidente pela grande dificuldade de encontrar dados sobre a saúde desta população, o que mostrou grande fragilização dos serviços de saúde no que tange o preenchimento adequado do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde do município. Segundo dados do IBGE (2010) a população autodeclarada preta e parda é de 29.225 pessoas, e a maior concentração no bairro Feitoria com 5.890 pessoas pretas e pardas.

Dessa maneira, em 2018 foi lançada a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PMAISPN) de São Leopoldo, que tem como objetivo principal atender às especificidades de saúde da população negra e as doenças prevalentes nesta população, como hipertensão e doença falciforme. Na sequência, a Portaria nº 105.831/2018 instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População Negra no município para qualificar o atendimento prestado à população negra, combater o racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS, acompanhar e monitorar o atendimento da população negra, através dos dados referentes a raça e cor.

Em 2019, após discussão e consolidação de um grupo de trabalho voltado para o desenvolvimento desta política, foi construído uma metodologia contemplando a dimensão pedagógica e horizontal de produção de conhecimento, a partir dos dados que identificam as condições de saúde da população negra do município, visto que não há registro anterior de políticas que contemplem especificamente a população negra.

Esta experiência teve o objetivo de contribuir para o entendimento dos trabalhadores quanto ao quesito raça/cor, para que eles não olhassem para essa variável como mais um trabalho burocrático, mas entendessem a necessidade do tema e os conceitos que envolvem a saúde da população negra. Assim, esperava-se qualificar o preenchimento do quesito raça/cor pelas equipes de saúde. Em novembro do mesmo ano ocorreu a oficina intitulada “*Preenchimento de quesito raça cor*” ministrada pelos apoiadores institucionais do projeto de pesquisa “Estudo sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no Rio Grande do Sul: avaliação e implantação”, na qual foram convidados trabalhadores das unidades básicas de saúde e do Hospital Centenário, .

O Ministério da Saúde através da Portaria nº 344 de 01 de fevereiro de 2017 adotou o critério de auto declaração, ou seja, o próprio usuário define qual é sua raça/cor, exceto em casos de recém-nascidos, óbitos ou situações em que os usuários estejam impossibilitado, cabendo aos familiares ou responsável realizar a declaração. A auto declaração remete à percepção de cada um em relação à sua raça/cor, o que implica considerar não somente seus traços físicos, mas também a origem étnico-racial, aspectos socioculturais e construção subjetiva do sujeito.

Devido à pandemia da Covid-19, as visitas às unidades de saúde foram suspensas, mas o comitê mantém contato com os trabalhadores sempre que é requisitado apoio para resolução de alguma demanda. As reuniões do comitê são mensais, de forma online, para debater a situação da população negra no município e planejamento da continuidade do trabalho.

### 4.7.2 População em situação de rua

Conforme a Resolução nº 40 de 13 de outubro de 2020, em seu Capítulo 1 artigo 1º, população em situação de rua é o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Diversos fatores colaboraram para esse agravamento das questões sociais e, conseqüentemente, para o crescimento da quantidade de indivíduos nessa situação, entre eles: a rápida urbanização ocorrida no século 20, à migração para grandes cidades, a formação de grandes centros urbanos, a desigualdade social, a pobreza, o desemprego, o preconceito da sociedade com relação a esse grupo populacional e, muitas vezes, a ausência de políticas públicas.

A Política Nacional de Saúde da População em Situação de rua tem como diretrizes a promoção estratégias e ações destinadas à melhoria das ações de saúde para a População em Situação de Rua; combater o preconceito em relação a essa população no SUS; e garantir seu acesso aos serviços de saúde, com atendimento integral e humanizado.

Em 2019, segundo o Cadastro Único/MDSA, em São Leopoldo haviam 208 famílias em situação de rua, sendo 140 beneficiárias do bolsa família.

Além disso, algumas características apontadas pelo Cadastro Único, em 2010, nos auxiliam a conhecer um pouco mais o perfil dessa população:

- algumas pessoas com deficiência;
- baixa escolaridade;
- histórico de trabalho com carteira assinada;
- maioria é branca

- maioria está na rua há bastante tempo;
- forte relação entre a situação de rua e o alcoolismo e problemas familiares;

Motivo pelo qual se encontra em situação de rua:

1. Álcool e outras drogas;
2. Saúde mental;
3. Perda de vínculo familiar;
4. Problemas familiares.
5. Desemprego;
6. Perda de moradia.

#### 4.7.3 População Idosa

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria GM nº 2528 de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família (AB/ESF). A Rede de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Rede de Urgências e Emergências (UPAS e Pronto Atendimentos) também são portas de entrada para o atendimento.

A Política Estadual de Saúde do Idoso, Portaria SES N° 444/2021 tem por objetivo garantir a Atenção Integral à Saúde das pessoas com 60 anos ou mais, promovendo a manutenção da capacidade funcional, a autonomia e a inserção na família e na comunidade, para um envelhecimento ativo e saudável.

Atualmente, o Estado do Rio Grande do Sul possui 1.459.597 idosos (IBGE, 2010), o que representa 13,6% da população, fato que nos traz a responsabilidade de planejar políticas públicas que estejam adequadas a esta crescente população. Destacamos ainda desse total de idosos 55,4% tem entre 60 e 70 anos, 30,7% entre 70 e 80 anos e 13,8% mais de 80 anos.

A população idosa é amparada pelo Sistema de Garantia dos Direitos da Pessoa Idosa, ou seja, é respaldada legalmente por meio do Ministério Público, Conselho do Idoso, Varas Especializadas, Centro de Convivência, Secretarias de Saúde e Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), cujas ações baseiam-se na Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003). No âmbito da saúde a Política de Atenção Integral à Saúde do Idoso tem por objetivo o envelhecimento ativo e saudável.

Em São Leopoldo a estimativa da população de pessoas com mais de 60 anos é de 35.976 pessoas, com maior concentração nos bairros Scharlau, Centro e Feitoria, o que representa 15,07% da população do município.

#### 4.7.4 Pessoas Com Deficiência e mobilidade reduzida

Instituída por meio da Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência está voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil.

Dentre as diretrizes da política estão:

- Promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- Assistência integral à saúde da pessoa com deficiência;
- Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;
- Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência;
- Capacitação de recursos humanos.

De acordo com o último censo (IBGE 2010) o número de pessoas que declaram ter alguma deficiência residentes em São Leopoldo é 62.070.

### 4.7.5 População LGBTQIAP+

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Anexo XXI da Portaria de Consolidação N.º 2 de 2017 e respectivos anexos) e a Portaria SES n.º 343/2014 que institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no Rio Grande do Sul; objetivam romper com o histórico de desigualdade, discriminação, estigma e preconceito social, ao qual, a população LGBT é submetida nos serviços de saúde, bem como contribuindo para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

O município acolhe as demandas desta população através das secretarias de saúde, direitos humanos e assistência social, buscando através do trabalho constante, discussões sobre projetos e construção de fluxos para atendimento adequado respeitando as especificidades da população.

Para o adequado atendimento à população trans, há necessidade de conhecer, compreender e inserir nos sistemas de informação três conceitos fundamentais: nome social; sexo designado ao nascimento; identidade de gênero e orientação sexual. O respeito ao nome social pelos trabalhadores da saúde, além de garantir um direito ao cidadão, é fundamental para ampliar o acesso das travestis, das mulheres transexuais e dos homens trans aos serviços de saúde, evitando que o nome seja motivo de constrangimento e uma barreira de acesso aos serviços de saúde (conforme decreto n° 48.118/2011).

A inclusão do campo orientação sexual e identidade de gênero na ficha de cadastro individual do e-sus é importante ferramenta para conhecer e quantificar o atendimento à população LGBT que busca os serviços de saúde. No final de 2015, 452 municípios já haviam iniciado o uso do e-SUS, destes 90 lançaram informações referentes à orientação sexual e identidade de gênero, o que representa 19,9% do total de municípios. Em números absolutos, há o registro de 640 cadastros individuais com estas informações, sendo 171 com orientação sexual gay, 212 com a orientação sexual lésbica, 62 com a orientação sexual bissexual, 30 com a identidade de gênero travesti 13 com a identidade de gênero transexual, além de 152 com a informação outros.

A população LGBTQIAP+, por vivenciar um contexto social muitas vezes marcado por estigma e discriminação apresenta maior risco para desenvolver algum tipo de sofrimento psíquico, tais como uso abusivo de álcool e outras drogas, transtornos de humor, transtornos de ansiedade e suicídio.

#### 4.7.6 Saúde da População Indígena

A comunidade indígena Por Fi Gâ, em São Leopoldo, situa-se na Estrada do Quilombo, na divisa entre os bairros Feitoria e Campestre e conta com 2,04 hectares. Uma das características dessa comunidade é a convivência da comunidade com o meio urbano. De acordo com o último censo realizado pela Secretaria especial de saúde indígena (SESAI), a comunidade possui 169 aldeados.

A política nacional de atenção à saúde indígena tem o propósito de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

Através da Portaria nº 946/2015 que estabelece incentivo financeiro aos municípios para qualificação da Atenção Básica prestada aos povos indígenas no Estado do Rio Grande do Sul, com vista à corresponsabilização dos três entes federativos, foi construído o Plano de aplicação de recursos em conjunto com a comunidade, secretaria de saúde e SESAI, dentre as principais ações foi construção do espaço de saúde, que é utilizado para ações desenvolvidas para atender a comunidade.

Além deste espaço a comunidade é atendida pela unidade móvel de saúde, a cada quinze dias e tem como unidade de referência a Unidade Básica de Saúde São Cristóvão, no bairro Campestre.

Durante a pandemia de covid 19 através do decreto 55.115 de março de 2020, foi autorizado aos municípios a flexibilização do uso do recurso para compra

de alimentos para a comunidade, para que fosse possível a permanência dos moradores em isolamento. Além do acesso aos serviços da atenção básica, os moradores da comunidade acessam os serviços de média e alta complexidade, com respeito aos aspectos históricos e culturais de sua comunidade.

#### 4.7.7 População de Migrantes Internacionais

Na origem migratória, a emigração para o Brasil teve como ponto de partida o terremoto de 2010, mesmo sendo a emigração um componente histórico do país. A presença militar brasileira no Haiti, fator importante para a compreensão da migração de crise na origem do fluxo migratório, contribuiu também para a vinda de haitianos. A entrada dessa imigração no país iniciou-se em 2010, com grupos de estudantes haitianos, e se reforçou nos anos subsequentes com diferentes contingentes de imigrantes.

O acesso aos Serviços Públicos de Saúde, segundo a Lei de Migrações nº 13.445/2017, deve ser garantido sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória. Considerando a complexidade do processo migratório e de diversas barreiras para a integração desses cidadãos, reiteramos que a política de saúde do imigrante é o Sistema Único de Saúde (SUS), que deve ser fortalecido para receber a todos e todas que o acessem, tornando-o receptivo aos imigrantes, refugiados e apátridas. São Leopoldo tem trabalhado na melhoria do atendimento aos migrantes internacionais, participando de grupos de trabalho para construção de ações e protocolos que acolham os migrantes de forma integralizada.

Desde o ano de 2020 o município faz parte do Migracidades que “é fruto da parceria entre Organização Internacional para as Migrações (OIM) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com o apoio da Escola Nacional de Administração Pública, tem como objetivos capacitar atores locais, impulsionar o diálogo migratório, certificar o engajamento dos governos em aprimorar a governança migratória e dar visibilidade às boas práticas identificadas nos estados e municípios brasileiros”.

O número de migrantes internacionais residentes em São Leopoldo, de acordo com o cadastro do cartão nacional de saúde:

---

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025**

---

**Tabela 18 - Migrantes internacionais residentes em São Leopoldo**

País	Quant.
Albânia	2
Alemanha	24
Angola	6
<b>Argentina</b>	<b>112</b>
Bolívia	8
Canadá	1
Chile	17
China	3
China (Taiwan)	8
Colômbia	35
República Do Congo (Brazzaville)	1
República Da Coreia (Coreia Do Sul)	9
Cuba	24
Emirados Árabes Unidos	1
Equador	1
Espanha	7
Estados Unidos Da América (Eua)	11
Franca	1
Gana	1
Guatemala	2
Guiana Francesa	1
Inglaterra	1
Itália	7
Japao	19
Jordânia	1
Lituânia	1
Martinica	1
México	2
Nicarágua	1
Nova Zelândia	1
País De Gales	1
Paraguai	14
Peru	4
Polônia	3
Portugal	10
Republica da Africa do Sul	2
<b>República Do Haiti</b>	<b>134</b>
República Tcheca	1
Romênia	2
Senegal	13
Síria	1
Suécia	3
Tanganica	1
Tchecoslováquia	1

---

## PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

---

<b>Uruguai</b>	<b>117</b>
Uzbequistão	1
Venezuela	29
<b>TOTAL</b>	<b>646</b>

Os problemas priorizados pela área foram os seguintes:

- Dificuldade do rastreamento do quesito raça/cor nos agravos de saúde( Portaria nº344/2017).
- Agravamento das doenças no contexto da Covid 19 nas populações em situação de vulnerabilidade.
- Desconhecimento da Política de Promoção da Equidade em Saúde para qualificação dos dados.
- Falta de entendimento quanto a importância da implementação da Política de Promoção da Equidade em Saúde- POPES( Portaria SES nº512/2020).
- Qualificação do atendimento às Populações específicas, contempladas na POPES

#### **4.8 Centro de Vigilância em Saúde**

A vigilância em saúde busca a garantia da integralidade da atenção à saúde, através da observação e análise permanentes da situação de saúde da população, de forma articulada com outras ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população. Estas ações são desenvolvidas pela equipe de profissionais do Centro de Vigilância em Saúde, que em São Leopoldo, é composto pelos setores: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Serviço de Imunizações.

##### **4.8.1. Vigilância Epidemiológica**

A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei nº 8.080/90 como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

O objetivo principal é fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde do município de São Leopoldo, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida.

As principais funções da Vigilância Epidemiológica são:

- Notificar e captar notificações de Doenças de Notificação Compulsória; realizar a investigação dos casos; alimentar o sistema informatizado Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP); Fechar o diagnóstico e encerrar os casos suspeitos com cumprimento de Protocolos de Bloqueio vacinal e quimioprofilático e as medidas de controle;
- Revisar dados para correção nas Declarações de Nascidos Vivos (DNVs) e alimentar o sistema informatizado Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC);
- Codificar as Declarações de Óbito e alimentar o sistema informatizado Sistema de Informações em Mortalidade (SIM);
- Realizar a investigação de óbitos de crianças com idade até 05 anos e de óbitos em mulheres em idade fértil entre 10 e 49 anos (dentre essas, as mortes maternas), e registrar os dados no sistema informatizado;
- Notificar e captar as notificações de Violência, e encaminhamento aos órgãos competentes (Violência Infantil ao Conselho Tutelar; Violência Contra a Mulher ao Centro de Apoio à Mulher, Centro Jacobina; etc.);
- Monitorar e investigar surtos de outros agravos (sarampo, COVID19, meningite, etc.);
- Participar da elaboração de protocolos municipais das doenças de notificação compulsória;
- Capacitar os profissionais para o seguimento das orientações dos protocolos em saúde;
- Capacitar os profissionais para o correto preenchimento da ficha de notificação compulsória;
- Analisar dados para gerar relatórios e boletins epidemiológicos, com o objetivo de auxiliar a gestão municipal na definição de ações em saúde;

- Monitorar as Doenças Diarreicas Agudas e investigação e manejo epidemiológico de Surtos Alimentares de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTAs).

Para o desenvolvimento destas ações, a equipe é composta por: 01 nutricionista; 01 médica; 02 técnicas de enfermagem; 02 auxiliares administrativos (equipe não COVID). Além destes profissionais, hoje compõem a equipe em função da pandemia do COVID19 mais: 02 enfermeiras; 01 atendente social; 08 estagiárias (07 ensino superior e 01 ensino técnico). A equipe está alocada no Centro de Vigilância em Saúde, em um estrutura física que conta com 04 salas, sendo 02 específicas para ações COVID19.

Além disso, conta periodicamente com o apoio de estagiários de nível superior e de residentes também de diversas áreas de formação.

O contato com os serviços se dá através de telefone ou email. Os serviços públicos e laboratórios particulares são os que mais acionam. Com serviços de saúde privados o contato é esporádico. Além de dúvidas pontuais, a comunicação se dá através de protocolos, notas informativas e boletins epidemiológicos. A relação com os serviços se dá da seguinte forma:

- Hospital Centenário: principal emissor das Declarações de Óbito e Declaração de Nascidos Vivos, captadas pela Vigilância Epidemiológica para correção, codificação e alimentação do Sistema Nacional. Fonte importante de dados para as investigações epidemiológicas através de registros hospitalares, de pacientes, profissionais de saúde e prontuários. Fonte notificadora para Doenças de Notificação Compulsória (DNCs) através do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
- UBS/ESF: fontes de notificação de DNCs; apoio para seguimento de casos em acompanhamento epidemiológico, e auxiliares na coleta de dados e busca - ativa para prosseguimento do atendimento no território.
- Pronto-Atendimentos Particulares/Convênios: fontes de notificação de DNCs; apoio para seguimento de casos em acompanhamento epidemiológico e auxiliares na coleta de dados e busca- ativa;

- Profissionais de saúde autônomos: Fontes de notificação de DNCs; sinalizadores no comportamento anormal das doenças e sintomas com cunho epidemiológico.

Os indicadores de saúde diretamente relacionados com as ações da Vigilância epidemiológica são:

- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.
- Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
- Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.

Para além destes, alguns dados que merecem destaque:

- baixíssimo número de notificações de estabelecimentos de saúde privados;
- alto número de Declaração de Óbitos (DO) classificadas com causa indeterminada;
- alto número de sífilis congênita classificada como tal, sem critérios;
- alto número de gestantes sem pré-natal ou com baixo número de consultas;
- desconhecimento e falta de seguimento de casos de hanseníase;
- alto número de violência autoprovoada;
- alto número de gestantes com notificação de sífilis no hospital, no momento do parto;
- subnotificação de casos de dengue.

### **COVID-19**

A Organização Mundial da Saúde - OMS declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, a COVID-19, constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional, o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no

Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a situação foi caracterizada pelo órgão como uma pandemia.

Até o dia 09 de dezembro de 2021 foram registrados 31.226 casos de Covid19 no município e 800 óbitos tendo como causa principal esta doença. Dado o ganho de importância e relevância das ações de vigilância diante da pandemia de COVID-19, destacam-se as diferentes áreas de atuação no monitoramento da pandemia:

- Vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave;
- Vigilância de óbitos;
- Vigilância de Síndrome Gripal e Surtos;
- Monitoramento das Unidades Sentinela.

Os problemas priorizados pela Vigilância Epidemiológica foram os seguintes:

- Falta de coordenação técnica da vigilância epidemiológica específica para a função.
- Alto número de Declarações de óbito classificadas com causa indeterminada.
- Não há reunião com outros setores e comitês.
- Baixíssimo número de notificações de estabelecimentos de saúde privados.

#### 4.8.2. Vigilância Sanitária

Conforme a Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) regulamenta o SUS e trouxe, em seu artigo 6º que:

“Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS:

I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária;

[...] § 1º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - 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;

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde."

Assim, a atuação da vigilância sanitária (VISA) no Sistema de Saúde está amparada na Constituição Federal e na Lei 8.080/90, devendo servir para eliminar, diminuir ou prevenir os riscos à saúde e para garantir a saúde da população mediante a intervenção do Estado.

Desde a regulamentação do SUS, os municípios vêm se organizando para executarem as ações que foram descentralizadas. No decorrer desta reorganização foi promulgada a Lei da Liberdade Econômica (Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019) pelo Ministério da Economia e suas consequentes resoluções trouxeram importantes alterações relacionadas às ações de vigilância sanitária. Em dois anos foram mais de três resoluções redefinindo e alterando o que seria baixo, médio e alto risco nas atividades econômicas de interesse sanitário. Essas resoluções apresentam conflitos de classificação de risco quando comparadas com as Instruções Normativas da ANVISA, autarquia que desde a sua criação, orienta e padroniza as ações e serviços das vigilâncias sanitárias. A última normativa publicada, até o presente momento, é a Resolução CGSIM nº 62 de 20 de novembro de 2020. Nela estão listadas as atividades de médio e alto risco sanitário que necessitam de alvará.

Para definir as ações e o controle das atividades de vigilância sanitária são utilizadas legislações federais, estaduais e municipais. É nesse arcabouço legal que estão os requisitos a serem cumpridos pelos estabelecimentos para liberação dos alvarás sanitários. Em São Leopoldo, a VISA foi criada pelo Decreto Municipal 3134/97. Desde então, estão sendo formuladas e propostas legislações e projetos de leis para definir e adequar ações, taxas e o próprio código municipal sanitário.

No momento existem em torno de 900 estabelecimentos que são regulados e fiscalizados pela Vigilância Sanitária Municipal.

Entre as ações da vigilância sanitária que no momento estão sendo desenvolvidas no município de São Leopoldo podemos listar:

- Vistoriar e licenciar estabelecimentos de alto risco (instituições de longa permanência de idosos – ILPIs, escolas de educação infantil, imunizadoras, estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde, cozinhas industriais, indústrias de alimentos, de saneantes,...);
- Vistoriar e licenciar estabelecimentos de médio risco (comercio de alimentos, saneantes, transportes de alimentos e produtos, hotéis e motéis, algumas atividades de saúde e de interesse à saúde, funerárias, clubes sociais,...);
- Analisar e aprovar projeto arquitetônico para estabelecimentos de saúde;
- Atender denúncias referentes ao descumprimento de normas sanitárias nos estabelecimentos, provenientes da população (através do canal - Ouvidoria Municipal) e de outros órgãos públicos e/ou privados (Ministério Público, Secretaria Estadual de Saúde, Ouvidoria do SUS, Conselhos de Classe,...) tanto nos estabelecimentos que precisam de alvará quanto nos que passaram a ser isentos do mesmo, mas que devem igualmente continuar seguindo as normas determinadas em legislação sanitária;
- Realizar investigações de surtos de doenças de transmissão alimentar (DTA's) quando identificadas no município e, realizar coleta de amostras para exames laboratoriais, além de inspecionar os locais suspeitos de ocorrência de surtos;
- Receber processos relacionados à solicitação de Autorização de Funcionamento Especial (AFE) e de Autorização Especial (AE); tendo que elaborar relatório de inspeção ou documento emitido antes do licenciamento, descrevendo a situação da empresa e que contenha parecer técnico conclusivo acerca da satisfatoriedade ou não do estabelecimento ou empresa, para o exercício de sua atividade e que ateste o cumprimento dos requisitos técnicos para as atividades e classes pleiteadas, documento este que deve ser encaminhado à ANVISA pelo estabelecimento;
- Fazer autuações, interdições, apreensões e demais ações englobadas no Processo Administrativo Sanitário;

- Solicitar a confecção de receituário tipo B e B2 (cor azul) e tipo C2 (retinóides de uso sistêmico) e controlar a sua distribuição à Rede de Saúde Municipal; controlar a distribuição de (os) receituários tipo A (cor amarelo), a numeração e autorização para confecção de tipo B e B2 (cor azul) e de tipo C2 (retinóides de uso sistêmico) e C3, (talidomida) para profissionais e estabelecimentos de saúde privados; além de realizar o cadastro de profissionais e de estabelecimentos de saúde para recebimento do número de VISA;
- Realizar ações conjuntas com outros órgãos e secretarias;
- Realizar atividades educativas - prevenção e esclarecimento dos riscos sanitários e conseqüentemente, dos riscos à saúde junto à população e ao setor regulado (profissionais e estabelecimentos);
- Autorizar traslados funerários.

A introdução de modernas tecnologias de produção no setor regulado, imprime um novo perfil à realidade do trabalho na área de Vigilância Sanitária exigindo, cada vez mais, força de trabalho permanente e em contínuo aperfeiçoamento.

O número e a qualificação dos profissionais que atuam em VISA devem ser suficientes para permitir a composição de equipes multiprofissionais, com enfoque multidisciplinar e capacidade de desenvolver trabalhos intersetoriais, de forma a garantir a cobertura das diversas ações, de acordo com as necessidades e os riscos sanitários a que estão expostas as populações. O processo de trabalho do profissional de Vigilância Sanitária impõe limitações quanto ao vínculo empregatício e impedimentos quanto ao exercício profissional, uma vez que, jurídica e eticamente, esse profissional não deveria exercer concomitantemente a função de fiscal de VISA e outro cargo no Setor regulado.

As ações de Vigilância Sanitária são ações do Estado e, é indispensável reconhecer a necessidade de aplicação da imposição legal de poder – dever de fiscalizar e autuar os responsáveis por práticas que apresentem riscos à saúde individual e coletiva, situação que determina a de investir/designar os profissionais de VISA para o exercício da função de fiscal (Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária, 2007, ANVISA).

O fortalecimento da vigilância sanitária passa obrigatoriamente pela adequação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos. Sem que a equipe mínima exigida pela Resolução CIB 130/2000 seja alcançada, e que esta seja adequadamente treinada, não há como expandir as ações realizadas atualmente pela vigilância sanitária.

Em 2009 através da CIB 169 o município de São Leopoldo aderiu a gestão plena proposta pela CIB 250/2007, comprometendo-se a garantir recursos humanos e a utilizar os recursos financeiros do TFVISA conforme definido na legislação.

A vigilância sanitária é uma das partes que compõem o Centro de Vigilância em Saúde, ocupando duas salas da atual sede. A equipe da VISA, no momento, é composta por 10 servidores:

- 01 Médica Veterinária;
- 02 Farmacêuticas;
- 01 Odontóloga;
- 01 Enfermeira;
- 03 Fiscais sanitários/municipais;
- 01 Funcionária cedida pelo Estado;
- 01 Agente administrativo III;
- 01 Engenheiro;

Além disso, conta periodicamente com o apoio de estagiários de nível superior em áreas da Medicina Veterinária, Enfermagem, Nutrição, etc e de residentes também de diversas áreas de formação.

São poucas pessoas para exercer as ações de vigilância sanitária em baixa, média e alta complexidade. As consequências são: demora para realizar as inspeções para alvará sanitário, atraso na investigação de surtos e recolhimentos de produtos para análise, pouca ou nenhuma ação educativa em escolas e eventos, ausência de ações nos estabelecimentos clandestinos, lentidão no atendimento às denúncias, etc. Todas estas consequências resultam no fracasso da promoção da saúde que poderia estar sendo alcançado com uma equipe adequada.

Cabe salientar que os profissionais de nível superior da vigilância sanitária, foram nomeados através de Portaria municipal no ano de 2020, como fiscais sanitários. Desta forma, foi possível não somente ampliar o número de inspeções e atividades realizadas, como ampliar e aprofundar as ações relacionadas com a instauração e o andamento dos Processos Administrativos Sanitários, que somente podem ser efetuados por fiscais.

Deve-se também destacar que, como contribuição ao desenvolvimento do setor, o mesmo passou a contar - desde o ano de 2019 - com uma Coordenação, hoje exercida pela médica veterinária Camila Jacques. Apesar desses eventos, considera-se ainda que o reduzido número de servidores e a deficiente infraestrutura vinculada ao setor, comprometem o avanço na qualidade e fluidez do serviço e na efetivação de todas as ações preconizadas pela vigilância sanitária.

Em termos de recursos materiais, a vigilância sanitária não possui veículo específico, realizando suas ações através dos veículos disponibilizados pela central de veículos da saúde e/ou do município. A ausência de um veículo próprio disponível para a vigilância sanitária influencia no fluxo e periodicidade das ações realizadas. Outra informação a ser relatada, diz respeito ao setor não possuir um sistema informatizado próprio que proporcione uma maior agilidade, acessibilidade e padronização nos processos de cadastramento, anexação de documentação, andamento de processos, licenciamento dos estabelecimentos e abertura de processo administrativo sanitário. A ausência desse sistema, em parte, torna mais moroso e burocrático o serviço e dificulta a agilidade e efetividade das ações.

Para o processo de vistoria/inspeção, algumas vezes se faz necessário documentar/registrar de forma visual – através de fotografias - os locais vistoriados. No momento a VISA conta com somente uma máquina fotográfica, quando seriam necessárias pelo menos mais duas ou três máquinas em função de existirem várias duplas de fiscais que saem em vistorias distintas no mesmo dia.

Apresentamos abaixo uma tabela com as principais ações da VISA, elaborada a partir de registros localizados no setor, nos anos de 2019 e 2020.

## PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

**Tabela 19 - Ações da VISA do município de São Leopoldo realizadas nos anos de 2019 e 2020**

AÇÕES	2019	2020
Cadastro - Protocolo de Processos	Não havia registro sob a forma de Protocolo de Processos	07 alterações
		80 licenças iniciais
		353 renovações *
Aprovação de Projeto arquitetônico	74	78
Taxas emitidas	1025	767
Notificações	08 (demais foram relatórios)	254
Licenciamento - Alvarás Sanitários emitidos	668 estabelecimentos	475 estabelecimentos **
	171 veículos	188 veículos
Processos Administrativos Sanitários	51	37
Demandas Ministério Público / MPT / CEVS	22	17
Ouvidoria Municipal / SUS Disque Vigilância Estadual	41	38
Receituários	562	628
Traslados funerários	46	67

\* Este serviço nomeado de Protocolo de Processos foi implementado no decorrer do ano de 2020, criando-se um setor chamado VISA dentro da sala do empreendedor, localizado na Prefeitura.

\*\* Além da diminuição no número de inspeções realizadas devido à pandemia, os alvarás foram sendo renovados automaticamente através de Decretos Municipais, levando vários estabelecimentos a não solicitarem o licenciamento e/ou renovação de licença nesta vigilância.

### **Detalhamento das ações realizadas pela VISA:**

#### **I. Cadastro - Protocolo de Processos**

Serviço implementado ao longo do ano de 2020, onde determinou-se que todo profissional ou estabelecimento que requeira licenciamento, renovação e/ou alteração sanitária deve entrar com documentação de forma digitalizada por email para o setor VISA localizado dentro da sala do empreendedor na Prefeitura. A partir do momento que a documentação é recebida, efetua-se a análise da mesma e estando conforme o estipulado pela VISA, é emitida taxa de licenciamento sanitário para o profissional ou estabelecimento, para posterior vistoria.

#### **II. Aprovação de Projeto arquitetônico**

Alguns estabelecimentos devem aprovar projeto arquitetônico na VISA antes de entrarem com processo de licenciamento sanitário inicial na VISA. Para tanto o setor conta com um servidor formado em Engenharia que analisa e aprova os projetos que são encaminhados pelos estabelecimentos e que estão conforme a

legislação sanitária requerida. No ano de 2019 foram analisados e aprovados 74 projetos e em 2020 foram analisados e aprovados 78.

### A. Taxas Emitidas

As taxas emitidas referem-se à entrada de processos para vistoria, que a partir de meados de 2020 passaram a ser protocolados com o registro de Protocolo de Processos.

### B. Notificações

As notificações são documentos que elaboramos quando fizemos uma vistoria e são necessárias adequações sanitárias no estabelecimento. Antes fazíamos apenas relatórios de inspeções e não tínhamos o registro quantitativo dos mesmos. No final de 2019 passamos a implantar a realização das notificações, que permitem o acompanhamento e monitoramento dos processos. Nem sempre essas inconformidades resultam em instauração de Processos Administrativos Sanitários, porque leva-se em consideração, o tipo e a graduação de risco sanitário envolvido na situação. Após a realização das adequações pelo estabelecimento, retornamos para verificação das mesmas e liberação ou não do alvará sanitário. Caso seja constatado que o estabelecimento não adequou-se na sua totalidade, existe a possibilidade de outras ações serem efetuadas pela VISA.

### III. Vistorias

As vistorias são realizadas nos estabelecimentos quando há solicitação de licenciamento inicial, renovação, alteração, ou adequações frente às notificações e relatórios ou ainda em função de averiguação de denúncias.

### IV. Licenciamento - Alvarás Sanitários emitidos

Entre as vistorias e os alvarás sanitários liberados estão diversos estabelecimentos com diferentes CNAEs envolvidos e, conforme já informado, divididos em: alto risco e médio risco sanitário.

São considerados de alto risco: clínicas (médicas, odontológicas, veterinárias), drogarias, farmácias de manipulação, distribuidoras de alimentos, distribuidoras de saneantes, cosméticos, medicamentos, produtos de saúde, indústrias de saneantes, laboratórios, hospital, ILPI's, escolas de educação infantil,

indústrias de alimentos, cozinhas industriais, lavanderia hospitalar, atividades de estética e etc.

São considerados de médio risco: alguns comércios varejistas de alimentos (supermercados e hipermercados) e de saneantes, peixarias, transportes rodoviários, motéis, hotéis, escolas de ensino fundamental e pré-escola, clínicas médicas sem procedimento, serviços ambulantes de alimentação, clubes sociais e esportivos, funerárias, atividades de condicionamento físico entre outras.

### V. Processos Administrativos Sanitários

Sempre que há constatação de infrações sanitárias passíveis de autuação e conforme avaliação dos fiscais envolvidos na vistoria, é realizada a elaboração de auto de infração sanitária emitido no nome do profissional ou do estabelecimento em que foram constatadas as infrações. Após a assinatura do auto de infração, faz-se o encaminhamento para abertura de Processo Administrativo Sanitário.

### VI. Demandas Ministério Público / MPT / CEVS - Ouvidoria Municipal / SUS - Disque Vigilância Estadual

Também inserimos nas tabelas as demandas da ouvidoria municipal, ouvidoria do SUS, disque vigilância do Estado, e as demandas do MP, MPT e do CEVS; que buscamos sempre atender no menor prazo possível. Também não havia o registro e o acompanhamento por planilha, que foi criado a partir de dezembro de 2020, permitindo uma resposta mais rápida e fácil, no caso de nova solicitação de relatórios de ações da vigilância sanitária.

### VII. Receituários

No setor também ocorre a entrega de receituários: tanto o Receituário tipo B (bloco com 50 receitas) e o Receituário tipo B2 (bloco com 50 receitas) para a Rede Municipal de Saúde, como o receituário tipo A (bloco com 20 receitas) para profissionais e estabelecimentos de saúde do município.

**Tabela 20 - Tipos de receituários entregues para os estabelecimentos de saúde do município em 2019 e 2020**

<b>RECEITUÁRIO</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
A	247	232
B	313	392
B2	002	004
Total	562	628

Fonte: Vigilância Sanitária do município de São Leopoldo, 2021.

#### VIII. Traslados funerários

A vigilância sanitária também passou a ser responsável pela documentação dos traslados funerários, que são, em média, 50 por ano. Essas documentações permitem a movimentação de corpos ou restos mortais entre cemitérios e entre municípios.

Os problemas priorizados pela área foram os seguintes:

- Desatualização e divergência da legislação nas três esferas.
- Falta de compreensão, interesse e reconhecimento de órgãos externos e de demais setores da PMSL.
- Deslegitimação do trabalho da Vigilância.
- Equipe insuficiente para cumprir as demandas de trabalho ocasionando dificuldade na setorização e melhor organização do processo de trabalho.
- Falta de recursos materiais (meios) para conseguir realizar o trabalho: impressoras, computadores, sistema informatizado, veículo. Estrutura física inadequada com superlotação do prédio da VISA.

### 4.8.3 Vigilância Ambiental

O quadro de recursos humanos é composto por 02 médicos veterinários, 02 biólogas, 01 supervisor de campo e 24 Agentes de Combate às Endemias (ACEs). Atualmente o serviço está dividido em duas salas e um laboratório. A sala onde atuam os técnicos é composta por 05 mesas/estações de trabalho, 03 computadores, 02 armários baixos, 02 gaveteiros, 01 quadro branco e 01 mural. A segunda sala é a garagem da casa, adaptada para os Agentes de Combate às Endemias (ACEs), que no momento está sendo utilizada pelo setor de Imunizações. Dessa forma, os ACEs foram deslocados temporariamente para um espaço alugado para tal fim. O laboratório de entomologia é composto por uma bancada em L com pia, 01 computador, 01 microscópio bacteriológico, 01 microscópio estereoscópio, um armário de vidro, 04 armários altos e 01 armário arquivo. No laboratório, é realizada a identificação de larvas de mosquitos coletadas pelos ACEs durante as atividades de campo.

O serviço de Vigilância Ambiental segue normas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Pode ser acessado via Ouvidoria do Município (156), Ouvidoria do SUS (136), Disque Vigilância (150), por notificações do SINAN, por telefone, e-mail corporativo e presencialmente. Também pode ser acessado por outras secretarias municipais, via memorando, e-mail ou telefone.

As notificações de agravos que envolvem ações da Vigilância Ambiental são, primeiramente, recebidas pela Vigilância Epidemiológica que, após registro no sistema, encaminha ao setor para que as providências necessárias sejam adotadas.

A Vigilância Ambiental tem como atribuições realizar ações de prevenção e controle das doenças transmitidas por animais de interesse à saúde pública, bem como realizar ações de monitoramento de fatores de risco não biológicos, tais como:

A. Realizar a prevenção e controle do mosquito transmissor da dengue, o *Aedes aegypti*, de acordo com as Diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue:

- Realizar a atualização do reconhecimento geográfico do município;

- Realizar visitas domiciliares;
- Realizar visitas quinzenais em pontos estratégicos (cemitérios, borracharias, ferros-velhos, depósitos de materiais de construção, floriculturas);
- Realizar pesquisa vetorial especial nos casos suspeitos de dengue, Zika Vírus e Chikungunya;
- Realizar a aplicação de inseticida nas ações de bloqueio de transmissão vetorial;
- Realizar o LIRAA (Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti*);
- Realizar atendimento a denúncias;
- Realizar educação em saúde;
- Realizar atividades de atualização aos demais servidores da Prefeitura.

Desde o ano de 2009, o município é considerado infestado pelo mosquito *Aedes aegypti* – após larvas desta espécie terem sido encontradas nos bairros Rio Branco, Rio dos Sinos e Scharlau. Em 2018, larvas do *Aedes aegypti* foram encontradas em todos os bairros do município. Atualmente, este mosquito também está relacionado com a transmissão da Febre Chikungunya e Zika Vírus.

O LIRAA é uma atividade preconizada pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde. Consiste em uma metodologia amostral para obtenção de informação rápida sobre a situação de infestação do mosquito *Aedes aegypti* no município, com a identificação de áreas de risco, assim como para o planejamento de ações. Os bairros são agrupados em 07 estratos, dos quais são sorteados os quarteirões que serão visitados pelos Agentes de Combate às Endemias. São inspecionados 20% dos imóveis de cada quarteirão sorteado, para a coleta de formas imaturas do mosquito (larvas e/ou pupas). São preconizados 04 LIRAA's ao ano, mas em função da situação epidemiológica decorrente da pandemia de COVID-19, o último LIRAA foi realizado em janeiro de 2020. Foram realizadas 2.962 visitas em 595 quarteirões. Foram coletadas 228 amostras, sendo que 165 amostras apresentaram resultado positivo para o mosquito *Aedes aegypti*. O resultado indicou a situação de alto risco para o município.

As ações da Vigilância Ambiental, em diversas situações, envolvem a participação conjunta dos demais setores do Centro de Vigilância em Saúde, (Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Imunizações), da ESF, da Atenção Básica, Centros de Saúde, Saúde Mental, Assistência Social, Meio Ambiente, Serviços Urbanos, SEMAE, entre outros.

Na tabela abaixo, segue a série histórica de casos notificados e confirmados de Dengue, Febre Chikungunya e Zika Vírus nos anos de 2017 a 2021, conforme o SINAN.

**Tabela 21 - Série histórica de casos notificados e confirmados de Dengue, Febre Chikungunya e Zika Vírus nos anos de 2017 a 2021**

	2017		2018		2019		2020		2021	
	Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	Conf.
<b>Dengue</b>	13	0	7	0	26	3	22	5	9	3
<b>Febre Chikungunya</b>	4	0	2	0	4	0	1	0	1	0
<b>Zika Vírus</b>	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2021

Outras ações desenvolvidas pela Vigilância Ambiental:

B. Realizar a Vigilância Entomológica da Doença de Chagas:

- Posto de identificação de Triatomíneos/barbeiro (PIT): a Vigilância Ambiental é o local onde a comunidade deve entregar o inseto suspeito;
- Amostras suspeitas de insetos triatomíneos (barbeiros) são encaminhadas ao LACEN para identificação;
- Realizar visitas domiciliares, conforme demanda da população, quando identificada a presença de insetos triatomíneos (barbeiros).

C. Realizar o monitoramento da qualidade da água para consumo Humano (Programa VIGIAGUA):

- Coletar 32 amostras de água da rede de abastecimento para fins de monitoramento da qualidade da água para consumo humano (32 amostras mensais).
- Realização de inspeção sanitária nas Estações de Tratamento de Água do município.

D. Realizar a Vigilância da Raiva:

- Coletar e enviar amostras de animais para análise laboratorial de raiva, conforme demanda. As amostras são encaminhadas ao Instituto de Pesquisas Veterinárias Desidério Finamor (IPVDF), que é o laboratório de

referência;

- Monitorar agressões de animais através da análise das notificações de atendimento antirrábico humano no SINAN;
- Fazer a observação oportuna dos cães e gatos nos casos em que couber, de acordo com as normas técnicas do Programa Estadual de Controle e Profilaxia da Raiva no RS.

No período de 2017 a 2021, foram encaminhadas 14 amostras para diagnóstico laboratorial de raiva, conforme segue:

**Tabela 22 - Quantitativo das amostras encaminhadas para diagnóstico laboratorial de raiva no período de 2017 a 2021**

	2017	2018	2019	2020	2021*
<b>Quiróptero (morcego)</b>	2	1	3	4	2**
<b>Felino</b>	0	0	1	0	0
<b>Canino</b>	0	0	0	0	0
<b>Gambá</b>	0	0	1	0	0

\* Até julho de 2021

\*\* 1(um) morcego positivo

Fonte: Vigilância Ambiental do município de Porto Alegre

E. Realizar a Vigilância da Leptospirose:

- Realizar inquéritos epidemiológicos por meio das notificações de leptospirose humana no SINAN e através das notificações de leptospirose canina, oriundas da SEMPA e dos estabelecimentos veterinários da rede privada;
- Adotar medidas de prevenção e controle.

Abaixo, segue a série histórica de casos notificados e confirmados de Leptospirose nos anos de 2017 a 2021, conforme o SINAN.

**Tabela 23 - Série histórica de casos notificados e confirmados de Leptospirose nos anos de 2017 a 2021**

<b>Leptospirose</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>Notificados</b>	14	16	13	8	12
<b>Confirmados</b>	5	6	2	2	5

Fonte: Vigilância Ambiental do município de Porto Alegre

### F. Realizar a Vigilância da Leishmaniose Visceral Canina (LVC):

- Realizar coleta de amostras de sangue de cães com suspeita da doença e envio para o LACEN, para realização de exames laboratoriais preconizados pelo MS;
- Realizar inquérito sorológico de cães, quando houver casos confirmados laboratorialmente, nas situações indicadas pelo CEVS-RS/SES-RS;
- Realizar monitoramento de vetores (insetos flebotomíneos) da LVC, por meio da pesquisa entomológica com armadilhas luminosas do tipo CDC.

### G. Realizar a Vigilância de Animais Peçonhentos e Venenosos:

- Realizar investigação dos acidentes por animais peçonhentos através da análise das notificações no SINAN, por meio de contato telefônico e/ou visitas domiciliares;
- Realizar as ações de busca e captura diurna/noturna do *Tityus serrulatus* (escorpião amarelo), mediante informação da população de visualização do aracnídeo no município;
- Realizar ações de educação em saúde na prevenção de acidentes por animais peçonhentos.

### H. Realizar a Vigilância da Esporotricose:

- Monitorar os casos de esporotricose animal identificados e notificados no município. As notificações são encaminhadas pela SEMPA e rede privada de atendimento médico veterinário. As informações de possíveis casos suspeitos podem advir da população em geral. Até o momento, a doença em humanos não foi incluída na lista nacional de notificação compulsória. Contudo, por tratar-se de uma zoonose com grande capacidade de disseminação, é importante registrar a ocorrência dos casos em animais e em humanos, para que, na medida do possível, animais e pessoas acometidas sejam encaminhados para tratamento e demais procedimentos preconizados, conforme cada caso. Além disso, a detecção precoce de possíveis casos permite o mapeamento da doença no município e a realização de ações de orientação à população quanto às medidas de prevenção.

- Realizar visitas domiciliares para orientação da população quanto à adoção de medidas de prevenção e encaminhamento dos animais doentes para tratamento.

#### I. Denúncias:

Realizar o atendimento de denúncias e reclamações de criação irregular de animais (inspeções zoonosológicas), locais com água parada, residências com falta de higiene e limpeza, infestação de mosquitos, roedores, pulgas, carrapatos, animais peçonhentos, pombos e morcegos;

Abaixo, segue a série histórica de denúncias e reclamações atendidas, no período de 2017 a 2021.

**Tabela 24 - Série histórica de denúncias e reclamações atendidas, no período de 2017 a 2021**

	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021*</b>
<b>Denúncias e reclamações atendidas</b>	<b>561</b>	<b>402</b>	<b>468</b>	<b>330</b>	<b>111</b>

\*Até julho de 2021.

Fonte: Vigilância Ambiental do município de Porto Alegre

O Ministério da Saúde preconiza que os municípios devem atingir 80% dos imóveis visitados (em no mínimo 04 ciclos), em 06 ciclos anuais. A Vigilância Ambiental de São Leopoldo visita em média 7% dos imóveis, em cada ciclo, devido ao reduzido número de ACEs.

Desde o ano de 2009, quando o município passou a ser considerado infestado pelo vetor, a equipe nunca apresentou o número de agentes preconizado pelo Ministério de Saúde, de 01 agente para cada 1.000 imóveis. Para São Leopoldo, este número corresponde a aproximadamente 94 agentes. Atualmente, a equipe é formada por 24 Agentes de Combate às Endemias.

Consideramos de suma importância destacar que a Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014, que altera a Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, para instituir o piso salarial profissional e as diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, cita:

“Art 2º O art. 16 da Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação: Art. 16. É vedada a contratação temporária ou terceirização de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos epidêmicos, na forma da lei aplicável”.

Reiteramos a necessidade de aumentar o número de vagas de ACEs, que atualmente são vinte e cinco, para cinquenta vagas, e realizar Processo Seletivo Público para a contratação dos novos ACEs, o mais breve possível. Também é necessária a contratação de quatro Supervisores de Campo, que de acordo com o Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD, tem como atribuições: o acompanhamento do trabalho quanto a sua execução, tendo em vista não só a produção, mas também a qualidade, organização e distribuição dos agentes dentro da área de trabalho; controle e supervisão periódica dos agentes; acompanhamento do registro de dados e fluxo de formulários; controle de frequência e distribuição de materiais e insumos; avaliação periódica, junto com os agentes, das ações realizadas; avaliação, juntamente com a coordenação geral, do desenvolvimento das áreas com relação ao cumprimento de metas e qualidade das ações empregadas.

Segundo as “Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue” do Ministério da Saúde, é preconizada a contratação de 01 supervisor de campo para cada 10 agentes de combate às endemias. Atualmente, a equipe possui apenas 01 supervisor de campo.

A Vigilância Ambiental necessita de estrutura física adequada ao número de servidores, e também equipamentos de informática que atendam ao número de profissionais que trabalham no setor.

Os problemas priorizados pela área foram os seguintes:

- Não atendimento aos parâmetros ministeriais para controle de vetores (equipe de ACEs e supervisores de campo insuficiente).
- Processo judicial do Ministério Público que poderá anular o processo seletivo dos ACEs.
- Zoonoses e doenças zoonóticas emergentes e reemergentes.

- Equipamentos insuficientes e estrutura física inadequada para comportar equipe e implantar e estruturar sala de necrópsia para Vigilância da Raiva.
- Situação de vulnerabilidade social e sanitária das ocupações irregulares.

#### 4.8.4 Serviço de Imunizações

O Programa Nacional de Imunizações do Brasil tem avançado ano a ano para proporcionar melhor qualidade de vida à população com a prevenção de doenças. O Calendário Nacional de Vacinação do Brasil contempla não só as crianças, mas também adolescentes, adultos, idosos, gestantes e povos indígenas. No total, são disponibilizadas na rotina de imunização 19 vacinas cuja proteção inicia ainda nos recém-nascidos, podendo se estender por toda a vida. Todas as vacinas realizadas no Brasil, estão registradas no SIPNI ou eSUS sistemas de registro do Ministério da Saúde.

A estrutura da rede de vacinação, em São Leopoldo, é composta por 18 salas de vacina nas unidades de saúde, a estrutura interna de cada sala conta com geladeira doméstica ou câmara de conservação, mesa, maca, computador com acesso à internet.

A rede frio é composta por 4 câmaras frias com capacidade de armazenamento de 102 mil doses de vacina, almoxarifado para armazenamento de insumos e caixas térmicas. A rede fria é organizada pela coordenação de imunizações, que recebe, controla, monitora e distribui as vacinas para todas as salas de vacina, bem como ao Hospital Centenário. Também é responsável pelas vacinas especiais e capacitações relacionadas.

Os recursos humanos são compostos pela equipe da coordenação de imunizações, 3 técnicos de enfermagem e 1 enfermeiro, além de 22 vacinadores na rede de saúde que fazem parte da gestão da atenção básica. O horário das salas de vacina são das 8:30 às 12hs e 13hs às 16:30. Algumas vacinas com critérios específicos não estão disponíveis em todas as salas de vacina são elas:

BCG – Devido a complexidade, horário e capacitação específica para BCG somente 3 unidades de saúde aplicam este imunobiológico.

Antirrábica – Devido a complexidade e capacitação específica a vacina antirrábica é aplicada em apenas 1 unidade de saúde.

VOP (Vacina Oral Contra Poliomielite) - disponível em apenas 6 unidades para evitar o desperdício de doses, uma vez que o frasco contém 25 doses e vale apenas por 5 dias.

Os problemas priorizados pela área foram os seguintes:

- Impactos do COVID - vacinação emergencial e perspectivas incertas de inclusão no calendário vacinal (PNI).
- Falta de integralidade de funcionamento das salas de vacina e de integração da vacinação com a UBS e central de veículos para o abastecimento contínuos
- Coberturas vacinais abaixo do preconizado (equipe insuficiente/questionamento das vacinas/acessibilidade/disponibilidade).
- As salas de vacina não estão todas equipadas com câmara para imunobiológicos e o Centro de Vigilância de Saúde não possui gerador.

#### **4.9 Assistência Farmacêutica**

Assistência Farmacêutica é uma política de saúde regulamentada pela Lei 8.080/90, que no seu Artigo 6º cita a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica aos seus usuários (Brasil, 1990). Através da Portaria GM nº. 3.916 que institui a Política Nacional de Medicamentos (PNM), passou a ser política pública, como marco referencial no campo da promoção do uso racional de medicamentos e com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Brasil, 2004), potencializou a ideia de que a assistência farmacêutica é parte do cuidado à saúde individual ou coletiva, tendo no medicamento o insumo essencial, cujo acesso deve ser garantido com uso racional e integralidade no cuidado.

Essa política é parte integrante da Política Nacional de Saúde, que redefine a assistência farmacêutica como um:

“Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” (BRASIL, 2004).

A Assistência Farmacêutica tem um papel estratégico em qualquer sistema de saúde, visto a importância da utilização correta e adequada de medicamentos para proteção e recuperação da saúde de uma população. É um sistema de apoio para qualificação dos serviços de saúde, na medida em que pode melhorar a lacuna entre o potencial que os medicamentos essenciais têm para oferecer e a realidade das pessoas que precisam dos medicamentos, levando em consideração principalmente a questão da equidade, como objetivo de propiciar o acesso, a segurança e o uso racional dos medicamentos.

Existem inúmeras evidências do aumento exponencial dos gastos em saúde, sendo que os medicamentos são responsáveis por uma grande parcela deste custo.

A partir das Políticas Nacionais de Medicamentos e da Assistência Farmacêutica, as três esferas de gestão do SUS possuem responsabilidades distintas relacionadas à coordenação, financiamento, organização e execução para acesso e uso racional de medicamentos. O financiamento das ações de saúde é organizado em blocos conforme Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007. A Assistência Farmacêutica constitui um desses blocos e se divide em três Componentes: Componente Básico, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente Especializado.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é regulamentado pela Portaria GM/MS nº 1.555/2013. O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas nesta Portaria.

Os recursos financeiros do Ministério da Saúde para o componente Estratégico são para aquisição de medicamentos de programas considerados estratégicos no cuidado da saúde, também dispensados na rede básica de saúde. São medicamentos para o tratamento de Tuberculose, Hanseníase, o Combate ao Tabagismo e para as Endemias Focais (Ex: Malária, Leishmaniose, Dengue, dentre outras), Coagulopatias e DST/AIDS. Esses medicamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados e/ou municípios de acordo com programação informada.

O financiamento do componente Especializado é de responsabilidade do Ministério da Saúde (co-financiamento e aquisição de parte do elenco) e a

## PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

Secretaria Estadual de Saúde é responsável pela aquisição, distribuição e dispensação. Estes medicamentos são aqueles encontrados na farmácia especializada do Estado.

**Quadro 5 - Componentes da Assistência Farmacêutica**

<b>BÁSICO</b>	<b>ESPECIALIZADO</b>	<b>ESTRATÉGICO</b>
Medicamentos e insumos essenciais	Medicamentos para assistência integral à saúde	Medicamentos para tratamento de doenças endêmicas e epidemias
<b>Destinação</b>	<b>Destinação</b>	<b>Destinação</b>
Assistência a doenças e agravos mais prevalentes	Linhas de cuidado conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)	Tratamento de doenças epidêmicas e endêmicas como HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas
<b>Âmbito</b>	<b>Âmbito</b>	<b>Âmbito</b>
Atenção primária em saúde, em nível ambulatorial Unidades básicas de saúde Programa Saúde da Família	Tratamento de doenças conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Os pacientes devem cumprir com os Critérios de Inclusão	A estratégia de controle da doença concentra-se no tratamento de seus portadores

A Portaria MS Nº 533 de 28 de março de 2012, define a Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais (RENAME) que é uma lista única composta pelos componentes de financiamento da AF e chave para toda gestão da AF, pois é com base nela que as demais ações, como programação de necessidades, organização do financiamento, da aquisição, da logística e da utilização se estruturarão.

A RENAME é uma lista orientativa e cabe a cada município estabelecer sua própria relação de medicamentos de acordo com suas características epidemiológicas. A RENAME contempla os medicamentos e insumos disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e está dividida em Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), além de determinados medicamentos de uso hospitalar.

Os medicamentos selecionados para a rede de saúde do município estão na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) definida com base na RENAME, e atualmente conta com 109 medicamentos. A lista está disponível na página da Prefeitura Municipal.

Pensar sobre a integralidade das ações e serviços de saúde também significa pensar sobre as ações e serviços de Assistência Farmacêutica. Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que este uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou

maior resultado, é fundamental que a Assistência Farmacêutica seja vista sob ótica integral. Não basta considerar que se está oferecendo atenção integral à saúde quando a Assistência Farmacêutica é reduzida à logística de medicamentos (adquirir, armazenar e distribuir). É necessário integrar valor às ações e aos serviços de saúde, por meio do desenvolvimento da Assistência Farmacêutica.

Para tanto é necessário integrar a Assistência Farmacêutica à rede de saúde; ter trabalhadores qualificados; selecionar os medicamentos mais seguros, eficazes e custo - efetivos; programar adequadamente as aquisições; adquirir a quantidade certa e no momento oportuno; armazenar, distribuir e transportar adequadamente para garantir a qualidade do produto farmacêutico; gerenciar os estoques; disponibilizar protocolos e diretrizes de tratamento, além de formulário terapêutico; prescrever racionalmente; dispensar o medicamento ao usuário com orientação do uso); e monitorar o surgimento de reações adversas, entre tantas outras ações.

O objetivo da Assistência Farmacêutica (AF) no município de São Leopoldo é garantir o acesso da população aos medicamentos e a promoção do uso racional destes, a fim de garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde. Destaca-se que tão importante quanto o acesso aos medicamentos, é a avaliação da segurança e efetividade dos medicamentos dispensados.

A AF no município de São Leopoldo é representada pela Assistência Farmacêutica Básica (Farmácia Municipal, Farmácia Distrital/CS Feitoria, Farmácia Móvel), Assistência Farmacêutica Especializada (Farmácia de Medicamentos Especializados) e uma UDM (Unidade Dispensadora de Medicamentos) localizada no SAE.

O município conta com uma Farmácia Municipal localizada junto ao Ginásio Municipal - sala 11, que distribui medicamentos constantes na REMUME, insumos para pacientes diabéticos conforme Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007, e também o encaminhamento para recebimento de fraldas descartáveis conforme Resolução nº 080/2019 – CIB / RS. No mesmo local também existem 2 (dois) consultórios farmacêuticos.

Nesse local, situa-se também a Farmácia de Medicamentos Especializados do Município, na sala 10. Esta visa garantir o tratamento integral por meio do fornecimento de medicamentos para o tratamento de doenças raras ou de medicamentos utilizados em últimas linhas de tratamento para várias doenças, como a artrite reumatoide, por exemplo. As linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, publicados pelo Ministério da Saúde - MS.

O município disponibiliza serviço descentralizado através da Farmácia Distrital, localizada no Centro de Saúde Feitoria e uma Farmácia Móvel.

A unidade dispensadora de medicamentos (UDM) localiza-se na estrutura do SAE (Serviço de atendimento especializado), à rua Osvaldo Aranha, 779, e é responsável pela dispensação de medicamentos estratégicos, como os antirretrovirais para os pacientes com HIV. A dispensação de antirretrovirais para os pacientes portadores de HIV é lançada no sistema SICLOM (online) do Ministério da Saúde. Atuam no local uma farmacêutica, uma funcionária concursada e uma estagiária do curso de Farmácia.

A área física da Farmácia Municipal e Farmácia de Medicamentos Especializados tem aproximadamente 400m<sup>2</sup>. A área compreende o atendimento/dispensação tanto da Farmácia Municipal como de Medicamentos Especializados, 2 consultórios farmacêuticos, 1 sala de aula com capacidade para 15 lugares, 2 depósitos, 2 banheiros, cozinha, sala de estoque de medicamentos para as unidades de saúde, sala para reposição de estoque da área de dispensação, área administrativa, local para separação lixo químico e descarte de material reciclado. Possui outra área que compreende o depósito de medicamentos apresentando aproximadamente 100m<sup>2</sup>.

A equipe da Assistência Farmacêutica atuante na Farmácia Municipal é composta por profissionais altamente qualificados e comprometidos, com o objetivo de garantir um atendimento de qualidade.

O Serviço de Farmácia conta com oito (8) estagiários de nível superior cursando Farmácia, um auxiliar de almoxarifado (terceirizado), quatro funcionários concursados, duas funcionárias de serviços gerais (sendo uma concursada e outra terceirizada), uma coordenadora administrativa e três farmacêuticas, sendo uma Diretora da AF.

Na Farmácia Distrital, a AF é composta por dois farmacêuticos, atuantes durante todo horário de funcionamento da mesma.

A Farmácia móvel não possui Farmacêutico fixo, sendo realizada uma escala entre os farmacêuticos da Farmácia Municipal e Distrital e uma funcionária fixa que ajuda no atendimento.

### **Fluxo de acesso**

**MUNICÍPIO (farmácia municipal, distrital e móvel):** para ter acesso aos medicamentos listados na REMUME, o usuário deve apresentar: receituário do SUS (Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011) original ou de serviço credenciado, com carimbo do prescritor e dentro do prazo de validade, e cartão SUS.

**MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS:** Para dispensação destes medicamentos ou dietas especiais, é necessária abertura de um Processo Administrativo na Farmácia de medicamentos especializados, onde o médico deverá preencher o documento LME (Laudo para Solicitação de Medicamento

Especializado) ou LFN (Laudo Formula Nutricional). A relação de medicamentos por patologia e exames necessários poderá ser consultada diretamente no site [Relação de medicamentos/patologia](#) ou solicitada na Farmácia.

### ● Cuidado Farmacêutico

A implantação do consultório farmacêutico no município tem como objetivo disponibilizar o Cuidado Farmacêutico na rede de saúde no qual o farmacêutico possa qualificar a atenção integral aos usuários a partir da sua prática clínica, e também potencializar ações realizadas pelos demais profissionais no que se refere ao uso racional de medicamentos, seja no âmbito da promoção, da prevenção ou da reabilitação em saúde (BRASIL, 2015). Atualmente o acesso ao serviço é por livre demanda, principalmente aos portadores de doenças crônicas.

### ● Farmácia Viva

O município de São Leopoldo através da Portaria nº 2.769, de 21 de outubro de 2019, foi contemplado para a implantação do projeto da Farmácia Viva. O projeto visa a ampliação das opções terapêuticas e melhoria da atenção à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde, melhorando o acesso da população a plantas medicinais e fitoterápicos a partir da articulação de diversos setores. O projeto foi elaborado por uma equipe composta por representantes da Secretaria Municipal de Saúde, Universidade (UNISINOS) e CEEPRO (Colégio Agrícola) e está em fase de implantação.

### ● Farmácia Móvel

É um programa disponível à população de São Leopoldo, levando acesso aos medicamentos em bairros e comunidades mais distantes da Farmácia Central. A Farmácia Móvel visa consolidar a promoção e proteção da saúde, em nível individual e coletivo e faz parte da política de saúde do município, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde, orientando para garantir a redução das desigualdades em saúde, principalmente pela ampliação do acesso aos medicamentos e pela redução dos riscos e agravos, assegurando o seu uso racional dos medicamentos. A Farmácia Móvel também busca aproximar o profissional farmacêutico da população atendida, promovendo o acompanhamento

farmacoterapêutico, onde o farmacêutico pode mais facilmente rever a medicação do paciente, prestar informações sobre uso correto, ou seja, atuando junto à população assistida, na promoção do uso racional, conscientizando a comunidade sobre o fator de risco quando se usa medicamentos incorretamente.

O serviço funciona em uma ambulância adaptada, onde os medicamentos são transportados e dispensados na própria unidade móvel. O veículo foi reformado internamente para atender as necessidades do serviço. Na unidade móvel sempre está presente um farmacêutico e um estagiário de Farmácia. São dispensados todos medicamentos da Remume do Município e insumos para os pacientes diabéticos (fitas de glicemia). O programa foi implantado a partir de março de 2020. A lista dos locais em que a Farmácia Móvel é disponibilizada na página da Prefeitura municipal e redes sociais.

A Farmácia Municipal tem uma média mensal de atendimento de 15.000 pessoas, conforme apresentado na tabela abaixo:

**Tabela 25 - Pacientes atendidos nas farmácias e recursos financeiros aplicados, 2018 a 2020**

<b>Ano</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Total de Pacientes Atendidos (Municipal e Distrital)	114.625	145.018	137.204
Total de Pacientes Atendidos (Farmácia Móvel)	-	-	2.718
Recurso financeiro utilizado (R\$)	2.006.736,41	2.018.449,01	2.029.976,90
Medicamentos distribuídos (Número comprimidos)	13.209	14.458	16.021
Fraldas distribuídas	369.106	650.036	485.000

Fonte: ERP/SMS e dados próprios do sistema da Farmácia

O processo de informatização da dispensação tanto para os pacientes como para as unidades de saúde está em fase de implantação na sua totalidade, utilizando o sistema HÓRUS, o que garantirá melhor programação e compra, estocagem, distribuição e dispensação junto aos cidadãos.

### 5 GESTÃO EM SAÚDE

São Leopoldo assumiu a Gestão Plena de Atenção à Saúde em 2003, ou seja, a gestão de todo o sistema de saúde municipal, garantindo o atendimento em seu território para sua população e outras referenciadas pelos municípios vizinhos. As principais ações da Gestão Plena do SUS são: a) ofertar os procedimentos assistenciais que compõem a atenção básica, a média e alta complexidade para a própria população e outras referenciadas pelos municípios vizinhos; b) executar as ações de vigilância em saúde; e c) executar as ações básicas de epidemiologia, controle de doenças e ocorrências mórbidas.

De acordo com o estabelecido pela Resolução CIB/RS 555/2012, em atenção ao Decreto 7.508/2011, São Leopoldo integra a 7ª Região de Saúde do RS, composta pelos municípios: Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo Hamburgo, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, Sapiranga e São José do Hortêncio. A gestão municipal de saúde participa das instâncias colegiadas de gestão - a Comissão Intergestores Regional da 7ª Região de Saúde da 1ª CRS (CIR).

#### **Ciclo de planejamento no SUS**

O Planejamento no SUS tem por marco legal as Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90, a Portaria nº 2135/13 (art. 435 da Portaria de Consolidação nº 1) e a Lei Complementar nº 141/12. A estrutura deste Plano Municipal segue o previsto na legislação, de acordo com o modelo do sistema DIGISUS-Gestor/Módulo de Planejamento-DGMP (Portaria nº 750/19).

A Assessoria de Planejamento em Saúde é responsável por assessorar os gestores, diretores e coordenadores no planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde que constituem a política municipal de saúde. Tem como principais objetivos: a) avançar na melhoria dos indicadores de saúde da população; b) analisar a estrutura, organização e operacionalização do processo de planejamento e interação como o centro de decisão; c) assessorar as políticas e

programas de saúde municipais e, d) analisar a cooperação entre as esferas de governo por meio da participação nas instâncias colegiadas.

A agenda do gestor municipal segue o ciclo do planejamento no setor saúde, embora nem todos os instrumentos coincidam com o período de gestão governamental. O planejamento e a execução de ações e serviços de saúde envolvem a utilização de instrumentos e ferramentas definidos legalmente, conformando um ciclo de atividades interdependentes. Essas atividades tratam da situação de saúde, o que se pretende em determinado período para minimizar os problemas e avançar na oferta de promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos, bem como da prestação de contas sistematizada em instrumentos que se relacionam entre si, que são:

- Plano Municipal de Saúde
- Programação Anual de Saúde
- Pactuação de indicadores
- Leis Orçamentárias
- Relatórios quadrimestrais de ações em saúde
- Relatório Anual de Gestão

### **Financiamento**

O financiamento para o Sistema único de Saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão, sendo: União, Estados e Município, observado o disposto na Constituição Federal, na Lei nº 141/2012 e na lei orgânica da saúde. Cada esfera de gestão tem a aplicação mínima obrigatória de:

- Municípios - 15%
- Estados - 12%
- União - valor gasto no ano anterior + IPCA (a partir de 2018)

Historicamente, o município de São Leopoldo aplica recursos em Ações e Serviços em Saúde acima do mínimo determinado pela Lei Complementar nº 141/2012.

A partir da publicação da Portaria 3992/2017 (alterada pela Portaria 828/2020) a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, passou em ser em dois blocos:

I - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e

II - Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Essa mudança consolida os antigos blocos de financiamento de custeio (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS) em um único bloco, mantendo-se grupos de ações dentro do Bloco de Manutenção. Esses grupos de ações deverão refletir a vinculação, ao final de cada exercício, do que foi definido em cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União e que deu origem ao repasse do recurso, bem como o estabelecido no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde.

O Orçamento Público para execução dos recursos da saúde compreende um conjunto de Leis formado por: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), instrumentos que espelham as decisões políticas, estabelecendo as ações para atendimento às demandas da sociedade. Para acompanhamento da gestão financeira foi criado pelo Ministério da Saúde, o relatório do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS – que demonstra a despesa por categoria (corrente e capital), o investimento dos três níveis de governo, União, Estado e Município na Saúde, o percentual do investimento do município e os valores arcados anualmente.

### Plano Plurianual – PPA

São estabelecidos os grandes objetivos e metas do governo, no que tange às despesas de capital e outras decorrentes para programas de duração continuada.

### Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO

A LDO deve conter as diretrizes gerais, metas e prioridades da área pública, que servirão para orientar a elaboração e execução da Lei Orçamentária Anual (LOA) objetivando o planejamento a longo prazo, fixando limites para os orçamentos dispendo sobre os gastos em geral.

### Lei Orçamentária Anual - LOA

Estima a receita e fixa a despesa da administração pública de acordo com a previsão da arrecadação, onde aloca os valores orçamentários necessários para cumprimento das políticas públicas na execução a curto prazo. Visa, portanto, a concretização dos objetivos e metas propostas no Plano Plurianual e estabelecidas pela Lei de Diretrizes Orçamentárias.

### **Administrativo – Financeiro**

A Diretoria Administrativo-Financeira é composta de chefias imediatas, sendo elas: Chefia de Departamento Administrativo, Chefia de Contrato e Convênios e Chefia de Financeiro. Este setor é responsável pelo suporte à execução das demandas definidas através do PPA, LDO, LOA e PMS e tem como finalidade o apoio às unidades de saúde em relação a compras de material, manutenção predial, manutenção de veículos, manutenção de equipamentos médicos, controle de contas (luz, telefone, fornecedores), bem como contratação e fiscalização dos serviços contratados para que as unidades de saúde tenham a maior funcionalidade possível.

No que se refere ao andamento dos processos é necessário manter organizada a burocracia através de fluxos internos e a divisão de tarefas é imprescindível, pois a gestão e fiscalização dos serviços contratados são fundamentais para o bom funcionamento da máquina pública. A equipe administrativo-financeira trabalha fisicamente no 4º andar do Centro Administrativo da Prefeitura Municipal de São Leopoldo, Administração Geral da SEMSAD, e conta com dois componentes em locais externos: Almoxarifado e Central de veículos.

### **Almoxarifado**

O Almoxarifado é responsável pela gestão de materiais da Rede Municipal de Saúde, que envolve o recebimento, armazenamento, distribuição e controle. Os materiais adquiridos são entregues no almoxarifado excetuando-se situações especiais, onde são recebidos e conferidos quantitativamente e qualitativamente através do empenho. As unidades de saúde devem encaminhar pedido de material com o consumo necessário para suprir as necessidades no período estimado, uma vez que a distribuição de material na rede tem periodicidade semanal e quinzenal. Cabe ao almoxarifado controlar os materiais para evitar desperdícios, podendo estimar médias de consumo para poder prever as quantidades de material para compra.

### **Apoio logístico - Central de Veículos**

A gerência da central de veículos é responsável pela escala, monitoramento e distribuição de veículos previamente agendados, ou a disposição em casos excepcionais, para servidores da SEMSAD ou pacientes que necessitam transporte do município para continuidade aos tratamentos médicos prescritos em laudos. Este setor também fornece o suporte logístico para execução das demandas judiciais e internações em clínicas de reabilitação psicossocial. Contam com veículos leves, vans e um adaptado, os quais necessitam periodicamente de manutenção para melhor funcionamento sem causar risco aos ocupantes.

Chefe do Departamento de Gestão de Pessoas, Chefe do Departamento de Contratos e Serviços, Chefe do Núcleo de Manutenção, Chefe do Núcleo de Ouvidoria, Chefe do Núcleo de Apoio Técnico, Chefe do Departamento de Tecnologia da Informação, Chefe do Núcleo de Despesa e Liquidação, Assessoria Contábil, Chefe do Núcleo Financeiro.

### **Gestão do trabalho em saúde**

A Gerência de Gestão de Pessoas desenvolve rotinas pertinentes aos Recursos Humanos, bem como o recebimento, conferência e encaminhamento à Diretoria Geral de Recursos Humanos dos documentos relativos à efetividade dos

servidores estatutários, cargos em comissão, contratos emergenciais, cedidos, adidos e estagiários, tais como: cartões ponto, solicitações de férias e gozo de férias, solicitações de horas extras, etc, bem como estudos e análises junto aos vários serviços da SEMSAD.

A Gestão do Trabalho aprofunda a reflexão das experiências e práticas e busca construir novas estratégias de fortalecimento das políticas de gestão do trabalho no SUS. Do ponto de vista do gerenciamento, essa discussão não se resume à forma de ingresso ou remuneração do trabalhador apenas, mas se articula com a perspectiva do aprimoramento e da educação permanente a partir da complexidade do campo da saúde.

A questão dos recursos humanos tem sido um nó crítico e coloca o desafio de uma mudança que incorpore qualificação, competência e responsabilização dos servidores, aproximando-os para uma melhor qualidade dos serviços prestados à comunidade. Entender o trabalhador da saúde como um sujeito e agente transformador de seu ambiente é um desafio da gestão pública.

Uma das principais questões dessa área refere-se à necessidade de estabelecer uma diretriz a fim de regular o dimensionamento, lotação e realocação de pessoal conforme as necessidades. Outro ponto é o absenteísmo, ou seja, a ausência do funcionário no ambiente de trabalho, refere-se ao número de horas de trabalho perdidas, seja por faltas, saídas ou atrasos, justificados ou não. O absenteísmo aumenta os custos e dificulta a concretização dos objetivos, com resultados negativos que afetam a prestação dos serviços à população. É preciso instituir um processo de avaliação, diagnóstico e acompanhamento da saúde dos trabalhadores na tentativa de enfrentar os problemas de descontinuidade dos serviços. Esse fator tem sido agravado em função da pandemia de COVID 19.

### **Tecnologia da Informação (TI)**

À Tecnologia de Informação compete: administrar as contas de e-mail dos servidores da SEMSAD; administrar as contas de rede dos servidores da SEMSAD; controlar o estoque de suprimentos para os equipamentos de TI; distribuir, substituir e controlar o hardware; elaborar projetos de compras; avaliar as necessidades das unidades para busca de soluções (software); supervisionar os

sistemas de TI utilizados pela SEMSAD, realizando monitoramento do atendimento e das rotinas; coordenar ações para melhorar as atividades e a qualidade do atendimento através da correta utilização da TI; zelar pelo bom funcionamento do equipamento e dos sistemas sob custódia da SEMSAD e contribuir com melhorias de produtividade e de atendimento.

### **Ouvidoria**

A ouvidoria do SUS tem como objetivo a garantia dos direitos dos cidadãos usuários dos serviços de saúde e a melhoria do funcionamento e da organização do Sistema Único de Saúde. Qualquer cidadão brasileiro ou não, pode apresentar suas solicitações, queixas ou sugestões referentes a atendimentos em hospitais, postos de saúde, ambulatorios, construindo um diálogo e disseminando informações, articulando assim uma relação entre gestor e sociedade. A Ouvidoria da SEMSAD foi implantada através da Lei Municipal nº 8.298 de 30 de Julho de 2015, de acordo com o que preconiza a lei orgânica da saúde

Os problemas priorizados pela área administrativa-financeira foram os seguintes:

- Pandemia e suas implicações pós covid.
- Falta de processos definidos e de responsabilização de cada etapa (fluxos, mapeamentos, POP's).
- Aumento da judicialização da saúde no município.
- Insuficiência de recurso financeiro e ineficiência da aplicação dos recursos.
- Interferência e a corresponsabilização de outras secretarias com a SEMSAD.

### **Regulação, Faturamento e Auditoria**

O Complexo Regulador caracteriza-se por um conjunto de estratégias e ações composto por uma ou mais estruturas, no município de São Leopoldo o complexo regulador é composto por:

- Setor de inclusão de solicitações de média e alta complexidade e monitoramento do Sistema Gercon (Gerenciamento de consultas) do Estado;

- Central de Regulação e agendamento do município, onde são agendadas as cirurgias realizadas no município, gerenciamento e organização do teleagendamento;

- E o setor de auditoria e faturamento.

A Central de regulação se organiza através dos documentos enviados pela Atenção Básica, (exames de média complexidade, encaminhamentos de referência regional e protocolos municipais) onde é feita a distribuição do serviço para os setores responsáveis, autorização dos exames e protocolos municipais, inserção de solicitações regionais nos sistemas (GERCON, SISREG, GEMUS) e agendamento das consultas através dos protocolos municipais implementados em 2018, conforme setor responsável. os mesmos dão andamento conforme demanda organizada por cada setor.

O setor de tele agendamento é responsável pela maior parte dos agendamentos das especialidades existentes no município de São Leopoldo, atende toda a população via telefone.

O setor de Regulação de Exames: regulação do acesso dos pacientes aos serviços de apoio Diagnose e Terapia (SADT), bem como os demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não.

O setor de faturamento é responsável pelo lançamento de todos os procedimentos de média e alta complexidade no sistema do SIA SUS(Sistema de informações ambulatoriais) e no SIHD (Sistema de informações hospitalares descentralizadas), gerando a fatura para justificar os recursos recebidos. Também é responsável pelos cadastros de CNES públicos e privados assim como suporte aos prestadores.

O sistema de controle, avaliação e auditoria, objetiva definir as rotinas e processos para a contratação, pagamento, controle, auditoria e a avaliação dos serviços finais oferecidos a população, pela rede própria ou prestadores conveniados para realizar serviços pelo SUS, para garantir ética, qualidade e resolutividade das ações em saúde.

As atividades do controle têm caráter preventivo dando suporte para o planejamento, este em conjunto com as atividades de avaliação, subsidia o direcionamento dos recursos, dos investimentos e da adoção de medidas que propiciem a satisfação do usuário, além de facilitar o equacionamento entre a oferta e a demanda de serviços. Existem vários instrumentos que podem dar sustentação às atividades do controle: a legislação vigente, o levantamento de todos os processos ou normas e documentação necessária para a contratação e cadastramento dos serviços de saúde do SUS, definindo as rotinas, os prazos e os processos que antecedem os pagamentos, os serviços próprios e os contratados, o instrumento de gestão, entre outros.

A avaliação fundamenta suas atividades através de relatórios extraídos dos sistemas de informações do SUS, onde são analisados os dados relativos à produção dos serviços de saúde.

A auditoria é uma atividade de avaliação independente e de assessoramento da administração, voltada para o exame e avaliação da eficiência, adequação e eficácia dos sistemas de controle, bem como da qualidade dos serviços prestados à população no desempenho das áreas em relação às atribuições e aos planos, metas, objetivos e políticas públicas de saúde.

### **Assessoria Jurídica**

À Assessoria Jurídica compete a emissão de pareceres em processos, consultas e questões que lhe foram submetidas, quando atinentes a sua área de atuação, bem como reunir elementos de fato e de direito, realizar pesquisas legislativas, doutrinárias e jurisprudenciais necessárias aos processos da competência da Procuradoria Geral do Município (PGM).

A Assessoria Jurídica da SEMSAD presta, também, assessoramento técnico-jurídico ao Secretário, executando atribuições que lhe forem delegadas e outras definidas em normas específicas, podendo representar a SEMSAD, quando necessário e com a devida autorização.

Dentre as atividades exercidas por esta assessoria, podemos elencar as seguintes: responder demandas judiciais encaminhadas pela PGM, responder ofícios do Ministério Público (MP) e Defensoria Pública, responder demandas da Ouvidoria Estadual do SUS, responder requerimentos administrativos (em sua maioria), responder solicitações via e-mail de pacientes, empresas, MP, 1ª CRS, DEF e emissão de pareceres jurídicos específicos solicitados pelo Secretário de Saúde

### **Gestão da educação em Saúde**

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde define Educação Permanente em Saúde (EPS) como aprendizagem significativa no trabalho, onde aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano. A EPS visa transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde da população – a qual deve ser o foco de toda a ação no SUS.

Através da Portaria SES RS 39/2000, a Escola de Saúde Pública (ESP) criou o Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) no intuito de descentralizar a educação em saúde para as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Com o objetivo de assumir a responsabilidade conjunta entre gestão regional e municipal, surgiu o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) como estrutura responsável pela educação em saúde coletiva no município.

No município de São Leopoldo/RS, o NUMESC foi oficializado através da Lei Municipal nº 8.191/2014. O NUMESC é uma instância vinculada à gestão municipal em saúde responsável por implantar e implementar uma política de formação, qualificação e aperfeiçoamento em saúde coletiva aos trabalhadores do SUS, articulando o desenvolvimento de ações de EPS juntamente com NURESC da 1ª CRS, instituições formadoras e instâncias de participação social. A implantação do NUMESC é uma ação estratégica da gestão diante da necessidade de qualificar

os recursos humanos, os processos de trabalho e a assistência na Rede Municipal de Saúde (RMS).

O NUMESC tem como principais objetivos: a) programar, junto aos gestores, diretores e coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde, ações de EPS orientadas às necessidades de saúde da população e compatíveis com as demandas da RMS; b) articular ações intersetoriais de EPS junto às políticas públicas municipais, regionais e estaduais, órgãos formadores e controle social; c) promover a discussão permanente acerca dos processos de trabalho no SUS, bem como o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde coletiva.

O NUMESC é composto pela Coordenação da Educação em Saúde Coletiva, Grupo Condutor e Secretaria Executiva. A Secretaria Executiva e a coordenação da Educação em Saúde Coletiva são compostas por servidores designado a esta atividade, sendo uma equipe mínima de dois componentes. O Grupo Condutor é composto por representantes de diversas áreas da Secretaria Municipal de Saúde, Docentes de Instituição de Ensino e do Conselho Municipal de Saúde. O NUMESC têm como público-alvo os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) Municipal, docentes e discentes vinculados a estágios curriculares e práticas disciplinares na rede municipal de saúde.

Em âmbito regional, o NUMESC compõe as instâncias regionais de Educação em Saúde Coletiva e o Colegiado Articulador da CIES da 1ª CRS, coordenados pelo NURESC da 1a CRS. O Documento Orientador: Ação de Educação em Saúde Coletiva (ESC) da 1a CRS (2019) condensa a base conceitual dos termos “Educação Continuada”, “Educação Permanente”, “Educação em Saúde”, “Educação Permanente em Saúde” e define “Educação em Saúde Coletiva (ESC)” de acordo com a resolução nº 590/2013 da Comissão Intergestores Bipartite/RS (CIB/RS)

Considera-se, como Educação em Saúde Coletiva, práticas educativas entre trabalhadores, movimentos sociais, conselhos, instituições de ensino e gestores de políticas públicas em saúde e intersetoriais, que não se reduzem aos domínios técnico-científico e profissional e se fundamentam em relações orgânicas de acompanhamento, assessoramento e/ou apoio nos cotidianos das redes de

cuidado. Perspectiva-se a tradução da “clínica centrada no usuário” em itinerários formativos singulares. Integra-se trabalho e educação (inseparabilidade do pensar e do agir), e inter-relaciona-se distintos campos de saber (saberes populares, ciências sociais, da saúde). Configura-se em redes de educação: interações, conexões e fluxos entre múltiplos “nós”/coletivos organizados de produção em saúde. Desde a referência da Educação Permanente em Saúde, interroga-se sobre os modos de gestão do trabalho e potencializa o controle social, ao afirmar a indissociabilidade de gestão, atenção, educação e participação. (RIO GRANDE DO SUL, 2013)

Este documento contempla a definição operacional de “ação de ESC”, com as categorias e as ações vinculadas, além do planejamento e monitoramento das ações, construídos em conjunto com os municípios da 1a CRS.

Em âmbito municipal, o NUMESC realiza o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de ESC através do Grupo Condutor a partir dos instrumentos de gestão do SUS como Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão constituindo o Instrumento de Monitoramento e Avaliação pactuado a partir do Documento Orientador Ação de Educação em Saúde Coletiva no Núcleo regional de Educação em Saúde Coletiva da 1 CRS.

A integração ensino-serviço ocorre através das atividades práticas de ensino de cursos técnicos, graduações e pós-graduações e de pesquisas realizadas na rede pública Municipal de Saúde. O acesso ao NUMESC se dá por meio de formulários de integração ensino-serviço instituídos para este fim e de solicitações via e-mail. A rede pública municipal de saúde conta com oito instituições de ensino contemplando práticas de cursos técnicos e cursos de graduação na área da saúde. A Secretaria Municipal de Saúde também desenvolve em parceria com universidades programas de pós-graduação contemplando a Especialização em Enfermagem Obstétrica, a Residência Multiprofissional em Saúde Mental, a Residência Multiprofissional em Atenção Básica, a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, a Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, a Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, Residência Médica em Pediatria e a Residência Médica em Clínica Médica.

A gestão da integração ensino-serviço na rede de saúde do município se dá através do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), firmado em 2018. O COAPES foi instituído a partir da Portaria Interministerial nº 1.127/MEC/MS, de 04 de agosto de 2015 como um dispositivo da Política Nacional de Educação Permanente para promover processos participativos de construção da formação e desenvolvimento profissional no SUS e para o SUS, em consonância com os seus princípios constitucionais, com foco na garantia do direito à saúde dos seus usuários e aproximando o mundo da formação do mundo do trabalho. O COAPES é proposto para facilitar os processos de negociação e tomada de decisão que envolvam ações de integração ensino-serviço-comunidade. O foco dessa aproximação é impulsionar que a articulação ensino-serviço-comunidade busque mutuamente a melhoria da assistência, da gestão e da formação em saúde, fortalecendo assim ambas políticas públicas, com vistas à satisfação do usuário. A contratualização do COAPES pretende garantir o acesso do ensino superior aos estabelecimentos de saúde como cenário de prática e direcionar esforços para que os programas de formação contemplem compromissos da educação superior com a melhoria dos indicadores de saúde e do desenvolvimento dos trabalhadores de saúde do território.

A Portaria Interministerial 1.127/MEC/MS, de 04 de agosto de 2015 prevê que as instituições de ensino e aos programas de residência em saúde devem contribuir com a rede de serviços do SUS através das seguintes modalidades de contrapartida: a) oferta de processos formativos para os trabalhadores e gestores da rede; b) oferta de residência em saúde; e c) desenvolvimento de pesquisas e novas tecnologias, a serem estipulados nos Planos de Atividade de Integração Ensino Serviço; ainda, no caso das instituições privadas, acrescentam-se às contrapartidas a possibilidade de investimento na aquisição de equipamentos, material permanente e outros bens.

A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, instituiu o Programa Mais Médicos: contratação de médicos para a APS e novos cursos de Medicina voltados para a formação do Médico de Família e residências em áreas prioritárias para a Atenção Primária em Saúde. Através do Edital nº 3, de 22 de outubro de 2013, o município de São Leopoldo foi selecionado como sede para implantação de cursos de graduação em Medicina. A Portaria normativa nº 16, de 25 de agosto de 2014

estabeleceu os parâmetros para a contrapartida a ser oferecida ao Sistema Único de Saúde - SUS para implantação e funcionamento de cursos de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada.

O processo de construção do Plano Municipal de Saúde compreendeu a realização de oficinas com a participação da equipe do NUMESC, representante do Conselho Municipal de Saúde e da Instituição de Ensino. Foi realizada uma matriz de descrição de forças, fraquezas, oportunidades e ameaças a partir da qual foram elencados e definidos problemas que posteriormente foram priorizados da seguinte forma:

Não priorização das ações de educação em saúde coletiva por parte da gestão.

Não engajamento dos representantes no grupo condutor do numesc.

Equipe insuficiente e área física limitada para atender todas as demandas do setor.

Dificuldade de compreensão de algumas equipes sobre o que é formação em serviço e de alguns profissionais aceitarem a preceptoria.

Insuficiência de recursos financeiros para estruturar o numesc e os serviços de saúde com vistas à educação em saúde coletiva.

A partir da construção deste plano de saúde, pretende-se a partir das forças e oportunidades indicar as metas para a qualificação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva, através da busca por soluções aos problemas priorizados.

### **Integração Ensino-Serviço na FHC**

A Fundação Hospital Centenário – FHC, juntamente com a prestação de serviços de assistência à saúde 100% SUS, assumiu, através da sua prestação de serviço, sua vocação de instituição voltada também para a geração e construção de conhecimento, um local onde se ensina e se aprende, um espaço

intencionalmente propício ao surgimento de novas ideias, beneficiando a assistência com a qualificação oportunizada pelo ensino.

Nesse contexto, cadastrou projeto para certificação de Hospital de Ensino junto a Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde, no ano de 2017. Sua avaliação será realizada após análise de alguns fatores importantes e reestruturação de Portaria Interministerial regulamentada pelo governo federal.

A Fundação Hospital Centenário serve atualmente como cenário de prática para o Programa de Residência Médica da Universidade de Vale do Rio dos Sinos na especialidade de Obstetrícia/Ginecologia, tendo por objetivo qualificar os médicos envolvidos para uma intervenção profissional propositiva no âmbito do SUS.

Os estágios supervisionados dentro da FHC, proporcionam uma experiência profissional, visando o aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho, podendo ser obrigatório ou não obrigatório.

A Fundação Hospital Centenário recebe mensalmente 178 alunos divididos em 27 turmas parametrizadas nos espaços de aprendizagem. As instituições de ensino que realizam imersão são Unisinos, Senac, Sinodal e Escola da Paz, tendo como principais cursos: Técnico de Enfermagem, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Medicina e Farmácia.

O Plano de Educação Permanente e Continuada da FHC deve ser compreendido como um conjunto de iniciativas e incentivos para a qualificação constante dos trabalhadores e equipes. É recurso estratégico para a gestão de pessoas, educação e trabalho em saúde, pois parte das necessidades do cotidiano do processo de trabalho, ou seja, o planejamento das ações e definição de exigências e prioridades de ensino e de aprendizagem ocorre a partir dos levantamentos de necessidades das equipes de trabalho, viabilizando, por sua vez, a qualificação profissional.

Os projetos de pesquisas realizados na Fundação Hospital Centenário seguem o fluxo estabelecido e os resultados deverão refletir benefícios à atividade assistencial e de gestão dos nossos serviços de atenção à saúde.

A execução das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à Educação Permanente dos trabalhadores do Sistema Único de

Saúde (SUS) – tanto no nível superior como no nível técnico-profissional – são de responsabilidade das três esferas de governo. Para cumprir sua missão institucional de promover o fortalecimento da formação em saúde no SUS, a FHC tem promovido ações de articulação e integração nas áreas de formação dos profissionais através dos níveis de formação.

## **5.8 Instâncias de Participação Social**

### **5.8.1 Conselho Municipal de Saúde (CMS)**

O controle social é um dos princípios do SUS, garantido a partir da Lei 8142/90 que prevê os Conselhos de Saúde como órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, 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. Dessa forma, o CMS têm papel estratégico no controle e fiscalização da gestão e da prestação das ações e serviços de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de São Leopoldo foi criado pela Lei Municipal 7.747, de 20 de agosto de 2012, sendo uma instância deliberativa e fiscalizadora do SUS, prevista e garantida na legislação para atuar em caráter permanente na formulação de estratégias e no controle da execução de políticas públicas de saúde.

As reuniões ocorrem, ordinariamente, a cada 15 dias nas quarta-feiras às 18 horas, constituindo-se em espaço de discussão e encaminhamento das questões relacionadas à assistência à saúde no âmbito do município. Atualmente o CMS conta com 08 Comissões, sendo elas:

- Saúde da criança
- Saúde do idoso
- Saúde da mulher
- Saúde mental
- Fiscalização
- Orçamento e finanças
- Ética
- Educação permanente

Estas comissões são responsáveis por propor e acompanhar medidas que permitam implementar a Política de Saúde no município e emitir pareceres sugerindo encaminhamentos respaldados em estudos específicos.

A elaboração e o encaminhamento do PMS é atribuição da SEMSAD, cabendo ao CMS apreciá-lo, a fim de propor modificações que entender necessárias, deliberando conforme entendimento de seu órgão plenário. Cabe ressaltar que representantes do controle social estiveram presentes durante todo o processo de elaboração deste documento, contribuindo para sua construção.

É reconhecido que o CMS tem se preparado para cumprir seu papel institucional, a partir de ações de educação permanente e qualificação, assim como debatendo de forma permanente com outros Conselhos Municipais e com o Conselho Estadual de Saúde sobre o papel do Controle Social no SUS.

### 5.8.2 Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN)

O COMEN, criado pela Lei Municipal nº 6929/2009, de 13 de julho de 2009, alterando as Leis Municipais nº 4984 de 09 de outubro de 2001 e a de nº 6744 de 10 de outubro de 2008, é órgão planejador de deliberação coletiva, com escopo de propor, formular e fiscalizar a política municipal de entorpecentes, em consonância às normas e diretrizes dos Conselhos Federal e Estadual de Entorpecentes, bem como cooperar e propulsionar com atividades de prevenção, intervenção ao uso indevido de substâncias psicoativas legais e ilegais, recuperação, inclusão, reinclusão social de dependentes de substâncias entorpecentes que causem dependências físicas e psíquicas.

### 6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A institucionalização do planejamento, monitoramento e a avaliação ocorre por meio dos instrumentos de gestão previstos na legislação. Os documentos de monitoramento e avaliação constituem-se nos relatórios de gestão que devem ser elaborados e encaminhados ao CMS para apreciação através do DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP). Esta plataforma digital tem por objetivo possibilitar o registro de dados referente aos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e ao Relatório Anual de Gestão (RAG), apresentando os resultados alcançados com a execução do PMS e da respectiva PAS.

Esta ferramenta apresenta algumas limitações e inconsistências, de maneira que identificar os bancos de dados, analisar a sua alimentação e qualidade são ações importantes para a produção de informações necessárias ao processo de tomada de decisões dos gestores. Uma ferramenta importante para esta operacionalização é a informatização da rede de Saúde (equipamento, software, prontuário eletrônico, integração com outros sistemas existentes).

A complexidade da execução de um plano de longo prazo requer um processo em que o monitoramento torne-se um ato contínuo de observação, pelo qual são tornadas públicas as informações a respeito do progresso e a avaliação seja entendida como o ato periódico de dar valor aos resultados alcançados até aquele momento. Assim, monitorar e avaliar são etapas que se articulam continuamente em um único processo, contribuem para o alcance das metas propostas, apontam as lacunas e eventuais mudanças necessárias no percurso e incorporam ao plano o caráter de flexibilidade necessário para absorver as demandas da sociedade.

Da avaliação, poderão derivar recomendações para alterar o PMS. Por esta razão, o dirigente municipal, as equipes técnicas da prefeitura, os parlamentares e as representações da sociedade em geral deverão estar atentos e preparados para o debate.

### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2001.

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, Poder Executivo, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Seção 1, p. 18-22, 10 nov. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mai. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, Brasília, 29 de jan de 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583 de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Diário Oficial da União, Brasília, 10 de out de 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 533 de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 29 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 30 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado farmacêutico na atenção básica: Caderno 2 - Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco

e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2020.

CONCREMAT; PROSINOS. Elaboração dos Planos Municipais e Regional de Saneamento Básico dos Municípios do Consórcio Pró-Sinos: Subproduto 2.9 - Situação Do Desenvolvimento Urbano. São Leopoldo: 2013. Disponível em: [https://www.saoleopoldo.rs.gov.br/download\\_anexo/SLEO\\_2\\_9\\_rev0.pdf](https://www.saoleopoldo.rs.gov.br/download_anexo/SLEO_2_9_rev0.pdf). Acesso em: 09 de dezembro de 2021.

FATORI, D.; GRAEFF-MARTINS, A. S. Epidemiologia dos transtornos mentais de crianças e adolescentes. In: Ribeiro, E. L. & Lykouropoulos, C. B. (orgs). *O CAPSi e o desafio da gestão em rede*. São Paulo, 2016

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/sao-leopoldo.html>?. Acesso em 10 de dezembro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Política Nacional de Atenção às Urgências, Brasília, p. 49 - 42, 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões em todo o território brasileiro: SAMU 192. Política Nacional de Atenção às Urgências, Brasília, p. 21-43, 2006c.

VIAPIANA, V. N., GOMES, R. M., Albuquerque, G. S. C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde debate* 42 (2018). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Y36fDqvZL5Js4nnWpXrYpBb/?lang=pt>. acessado em 20 de outubro de 2021

**7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES**

## Diretriz I - Garantir o direito à saúde com ampliação do acesso e da oferta de serviços e melhoria na qualidade da atenção à saúde

Objetivo 1 - Garantir o acesso, melhorar a qualidade e aprimorar os processos de trabalho na atenção à saúde

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
1. Garantir o acesso de 90% dos medicamentos padronizados pela relação municipal de medicamentos (REMUME).	90%	90%	90%	90%	Percentual de disponibilidade de medicamentos essenciais
2. Baixar a taxa de ocupação da UTI Neonatal de 110% para 95% na FHC.	100%	95%	95%	95%	Taxa de ocupação UTI neonatal
3. Reduzir 20% o número de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano até 2025 (52 casos em 2020)	5%	5%	5%	5%	Percentual de redução do número de casos
4. Ampliar a testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites em 40% até 2025 (33.681 em 2020)	10%	10%	10%	10%	Percentual de ampliação de testagem
5. Ampliar o número de usuários com avaliação do estado e padrão nutricional acompanhados pelas equipes da Atenção Básica em 25% ao ano (9.492 antropometria e 284 marcadores de consumo alimentar em 2020) LINHA BASE= SOMA DOS DOIS	25%	25%	25%	25%	Percentual de ampliação do número de usuários com avaliação do estado e padrão nutricional
6. Ampliar o apoio matricial de 50% para 100% nas equipes de Atenção Básica	60	80	90	100	Percentual de equipes de atenção básica que recebem apoio matricial
7. Instituir Apoio Institucional com vistas a qualificação do processo de trabalho e planificação da Atenção Básica	100%	100%	100%	100%	Percentual de implantação da equipe

8. Atingir as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde em 100% dos indicadores do PREVINE BRASIL (7 indicadores)	100%	100%	100%	100%	Percentual de indicadores do PREVINE com meta atingida
9. Atingir as metas preconizadas pelo Estado em 100% dos indicadores do PIAPS ( 5 indicadores)	100%	100%	100%	100%	Percentual de indicadores do PIAPS com meta atingida
10. Reduzir o percentual de absenteísmo para 10% na Atenção Especializada (27% no mês de 01/2020)	10%	10%	10%	10%	Percentual de absenteísmo
11. Atingir as coberturas vacinais preconizadas pelo Ministério da Saúde em 90% das vacinas do calendário vacinal (77,47 % em 2020, TABNET) ( <a href="http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def">http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def</a> )	90%	90%	90%	90%	Percentual de vacinas com cobertura vacinal preconizada atingida
12. Atingir 90% da população vacinada para COVID 19 (Base referência painel COVID, 60% 2ª DOSE, habitantes acima de 12 anos)	90%	90%	90%	90%	Percentual da população vacinada com segunda dose
13. Garantir testagem para COVID 19 em 100% dos casos de Síndrome Gripal, conforme diretrizes do MS.	100%	100%	100%	100%	Percentual de casos testados em casos de síndrome gripal
14. Manter serviço de Uni Telecuidado em parceria com a Unisinos	100%	100%	100%	100%	Percentual do serviço mantido
15. Ampliar a proporção de sintomáticos respiratórios examinados para 100% entre os esperados (1% da população, 238.648 (2020), 2387 pessoas )	100%	100%	100%	100%	Proporção de sintomáticos respiratórios examinados.
16. Implementar a Cartilha para o usuário do serviço Melhor em Casa	100%	100%	100%	100%	Percentual da Cartilha implementada
17. Implementar pesquisa de satisfação dos usuários do programa Melhor em Casa	100%	100%	100%	100%	Percentual de implementação
18. Acompanhar 100% dos pós-óbitos em relação ao total de óbitos ocorridos no domicílio (coloquei 50% base)	100%	100%	100%	100%	Percentual de pós-óbito domiciliar acompanhado

19. Ampliação de atendimentos no teleatendimento. (6 ATENDENTES)	10%	10%	10%	10%	Percentual de ampliação de atendentes
--	-----	-----	-----	-----	---------------------------------------

Objetivo 2 - Garantir o acesso, melhorar a qualidade e aprimorar os processos de trabalho na atenção às urgências e emergências

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
20. Identificar 100% dos usuários que acessam diretamente os dispositivos de urgência e emergência com demanda de atendimento em saúde mental.	100%	100%	100%	100%	Percentual de usuários identificados
21. Reduzir o tempo de permanência dos pacientes na UPA para, no máximo, 24 horas.	100	100	100	100	Percentual de pacientes que permanecem menos de 24 horas na UPA
22. Habilitação de mais uma Unidade de Suporte Básico e mais uma Unidade de Suporte Avançado.				2	Número unidades habilitadas

### Objetivo 3 -Melhorar a qualidade e aprimorar os processos de trabalho na Vigilância em Saúde

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
23. Alcançar 90% das metas do Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde (PQA-VS)	90%	90%	90%	90%	Percentual de indicadores do PQA-VS com meta atingida
24. Atingir 80% dos parâmetros do Ministério da Saúde quanto ao ao monitoramento e controle das zoonoses	80%	80%	80%	80%	Percentual de parâmetros atingidos
25. Atingir 80% dos parâmetros do Ministério da Saúde quanto ao ao monitoramento e controle das arboviroses	80%	80%	80%	80%	Percentual de parâmetros atingidos
26. Encerrar os casos no SINAN conforme recomendação do MS, com 100% das notificações encerradas em tempo oportuno.	100%	100%	100%	100%	Percentual de notificações encerradas em tempo oportuno
27. Diminuir o número de declarações de óbito (DO) com causa não especificada para 2% das DO's totais.	5%	4%	3%	2%	Percentual de declarações de óbito com causa não especificada
28. Implantar Vigilância em Saúde de Trabalhador	25%	50%	75%	100%	Percentual de implantação do serviço
29. Aumentar número de notificações de doenças e agravos pelos serviços de saúde privados em 25% do total de notificações	15%	20%	22%	25%	Percentual de notificações realizadas pelos serviços de saúde privados

## Objetivo 4 - Ampliar a oferta de serviços

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
30. Ampliar a cobertura populacional da Atenção Básica de 35% para 70%	40%	50%	60%	70%	Cobertura de Atenção Básica
31. Ampliar a cobertura populacional da Saúde Bucal de 30% para 45%	35%	38%	40%	45%	Cobertura de Saúde Bucal
32. Implementar o Programa Primeira Infância Melhor/PIM no SUAS no município	100%				Percentual de implementação do programa
33. Implementar o Centro do Idoso	100%				Percentual de implementação do Centro do Idoso
34. Ampliar o atendimento da Assistência Farmacêutica Móvel de 15% para 100% das Unidades Básicas de Saúde.	50%	75%	100%	100%	Percentual de Unidades Básicas de Saúde atendidas pela Farmácia Móvel
35. Disponibilizar os 22 medicamentos controlados da REMUME na Farmácia Distrital.	0	22	22	22	Número de medicamentos controlados disponibilizados na Farmácia Distrital
36. Implementar o Programa Farmácia Viva no município.	25%	50%	75%	100%	Percentual de implementação do Programa Farmácia Viva
37. Ampliar as consultas farmacêuticas de 60/ano para 600/ano	200	400	600	600	Número de consultas farmacêuticas realizadas
38. Implementar Unidade de Internação Psiquiátrica com 08 leitos junto ao Hospital Centenário	8				Número de leitos implantados
39. Ampliar os serviços especializados em saúde mental da RAPS, com a implementação de 03 novos serviços	3				Número de serviços novos implementados

40. Qualificar 02 serviços especializados em saúde mental	1			2	Número de serviços qualificados
41. Implementar no nível municipal o Programa de Controle da Hanseníase	25%	50%	75%	100%	Percentual do programa implementado
42. Ampliação do serviço da rede especializada	10%	10%	10%	10%	Percentual de ampliação de profissionais especialistas

### Objetivo 5 - Garantir o acesso e a atenção integral às populações específicas no sistema de saúde

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
43. Implantar e implementar a rede de atenção à pessoa com deficiência e pessoas com mobilidade reduzida de acordo com a política nacional de saúde da pessoa com deficiência.	25%	35%	45%	55%	Percentual de implementação
44. Implementar 01 ambulatório para atenção às pessoas LGBTQIAP+.	100%				Percentual de implementação
45. Implementar 01 equipe de saúde prisional.	100%				Percentual de implementação
46. Implementar 01 equipe de Consultório na Rua.	100%				Percentual de implementação

## Diretriz II - Melhorar a estrutura física e organizacional da rede pública de saúde, com informatização e integração dos serviços

Objetivo 1 - Adequar a estrutura física e disponibilizar equipamentos suficientes para a rede de saúde

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
47. Adquirir 100% dos equipamentos de informática necessários para informatização da Rede de Saúde.	50%	75%	90%	100%	Percentual computadores adquiridos
48. Estruturar a área física da rede de atenção com mobiliário e equipamentos de acordo com 100% das necessidades dos serviços.	25%	50%	75%	100%	Percentual de estrutura adequada de acordo com os equipamentos solicitados
49. Reformar e realizar manutenção e reparos na estrutura física da rede de atenção à saúde, a fim de que 100% dos serviços de saúde estejam adequados.	25%	50%	75%	100%	Percentual de adequações realizadas
50. Locar novos imóveis para comportar adequadamente as equipes, a fim de que 100% dos serviços de saúde estejam adequados.	50%	100%	100%	100%	Número de imóveis locados com estrutura adequada para o serviço
51. Construir prédio para o Centro de Especialidades Multiprofissional.	0%	25%	75%	100%	Percentual do prédio construído

## Objetivo 2 - Estruturar os serviços de saúde com equipe técnica adequada à necessidade

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
52. Estruturar a Rede Pública Municipal de Saúde proporcionando que todos os serviços possuam equipe mínima completa.	25%	50%	100%	100%	Percentual de serviços com equipe completa
53. Criar Fundação Municipal de Saúde	25%	50%	100%	100%	Percentual de implementação da Fundação Municipal de Saúde

## Objetivo 3 - Informatizar e integrar a rede de saúde

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
54. Informatizar 100% da Rede Municipal de Saúde	50%	75%	90%	100%	Percentual de implementação da informatização.

## Objetivo 4 - Qualificar e integrar processos administrativos

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
55. Realizar o controle e o monitoramento de estoque na Fundação Hospital Centenário, a partir da implementação de sistema gerencial em 12 unidades	3	3	3	3	Número de unidades onde foram implementados os sistemas
56. Criar 02 instrumentos de gestão administrativa a fim de agilizar o trâmite e facilitar o acompanhamento dos processos administrativos	1	1			Número de instrumentos criados
57. Padronizar procedimentos e ações de Vigilância Sanitária a partir do desenvolvimento de 03 procedimento operacional padrão (POP) por ano e investir no aprimoramento dos trabalhadores	3	3	3	3	Número de POPs elaborados por ano
58. Construir metodologia de monitoramento da produção da Vigilância Sanitária, a partir da definição e pactuação de 01 indicador ao ano.	1	1	1	1	Número de indicadores construídos e pactuados pela equipe
59. Implantar Câmara Técnica Municipal de Material Médico, Medicamentos e Procedimentos da SEMSAD	50%	100%	100%	100%	Percentual de implantação

## Diretriz III - Fortalecer a educação em saúde e investir no desenvolvimento dos trabalhadores e na integração ensino-serviço

Objetivo 1 - Qualificar as ações de Educação em Saúde através do fortalecimento e ampliação da integração ensino-serviço e o desenvolvimento tecnológico e científico

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
60. Subdividir a secretaria executiva do NUMESC nas ações de educação em saúde coletiva em duas áreas de atuação: educação permanente, continuada e pesquisas e setor de práticas de integração ensino-serviço.	50%	100%			Percentual da alteração realizada
61. Ampliação dos campos de integração ensino-serviço na RAS para 90%.	60%	70%	80%	90%	Percentual de serviços disponíveis para as atividades de integração ensino-serviço.
62. Ampliação do número de profissionais preceptores na Rede Pública Municipal de Saúde para os programas de residência médica e para a graduação em medicina de 8 para 20.	60% 11	70% 14	80% 17	90% 20	Percentual de aumento do número de profissionais preceptores

## Objetivo 2 - Desenvolver ações de educação em saúde para os trabalhadores, população e órgão externos

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
63. Viabilizar através do NUMESC que seja proporcionado que 100% dos trabalhadores da saúde tenham ao menos uma oportunidade de atividade de Educação em Saúde por ano.	100%	100%	100%	100%	Percentual de trabalhadores com oportunidade de participação em atividades de Educação em Saúde por ano.
64. Fortalecer a RAPS através de ações de educação em saúde contemplando trabalhadores dos três segmentos: CAPS e do Ambulatório de Saúde Mental, trabalhadores de outros pontos da RAPS e para trabalhadores da rede intersetorial.	100%	100%	100%	100%	Percentual das ações de educação em saúde planejadas pela RAPS realizadas
65. Ampliar a atuação escola de educação permanente na UPA	100%	100%	100%	100%	Percentual de atuação da escola
66. Realizar, pelo menos, seis campanhas educativas ao ano abordando as temáticas dos meses prioritários	6	6	6	6	Nº de campanhas realizadas no ano.
67. Publicar 08 boletins técnicos referente ao uso e dispensação de medicamentos ao longo dos 4 anos	2	2	2	2	Número de boletins técnicos publicados

### Objetivo 3 - Investir na valorização e aprimoramento dos trabalhadores

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
68. Fomentar pesquisas científicas e tecnológicas na Rede Pública Municipal de Saúde através da oportunidade apresentações dos trabalhos em mostras, seminários ou outros eventos externos.	80%	80%	80%	80%	Percentual de pesquisas realizadas na Rede Pública Municipal de Saúde apresentadas em eventos.
69. Possibilitar a participação de trabalhadores de 100% dos serviços de saúde em eventos externos custeados pelo município	100%	100%	100%	100%	Percentual de serviços de saúde que os trabalhadores participaram de eventos externos custeados pelo município
70. Valorizar o trabalho dos profissionais através de gratificações de acordo com a especificidade técnica.		50%	75%	100%	Percentual de gratificações técnicas concedidas
71. Implementar política de remuneração por desempenho	50%	75%	100%	100%	Percentual da política de remuneração por desempenho implementada

## Objetivo 4 - Desenvolver ações do Programa Saúde na Escola e Programa Crescer Saudável

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
72. Atingir 100% das metas previstas no Programa Crescer Saudável, promovendo ações de promoção de saúde e prevenção da obesidade infantil nas crianças matriculadas nas escolas pactuadas.	100%	100%	100%	100%	Percentual de metas atingidas do Crescer Saudável

## Diretriz IV - Aprimorar os mecanismos de gestão com fortalecimento do controle social e garantia de financiamento para o SUS

Objetivo 1 - Garantir financiamento suficiente para o funcionamento adequado dos serviços de saúde

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
73. Reduzir o déficit financeiro da FHC em 5% até 2025	1,25%	1,25%	1,25%	1,25%	Percentual de redução do déficit financeiro
74. Estruturar o departamento de auditoria de custos e execução de contratos para acompanhamento das ações em andamento e apoio à execução dos planos de aplicação das respectivas diretorias	50%	100%			Percentual de implementação
75. Instituir mecanismos para monitoramento e redução da judicialização em saúde em 20%	5%	5%	5%	5%	Percentual de redução da judicialização
76. Ampliar os recursos de financiamento das ações de educação em saúde coletiva	25%	50%	75%	100%	Percentual de recursos ampliados

Objetivo 2 - Adequar a estrutura administrativa e a legislação municipal referente às ações e serviços de saúde

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
77. Atualizar a lei do plano de cargos e carreiras de acordo com as necessidades da SEMSAD	50%	100%			Percentual do relatório de propostas realizado
78. Qualificar a gestão da Vigilância Epidemiológica instituindo uma coordenação exclusiva para o setor.	100%				Alteração na estrutura administrativa
79. Atualizar a legislação municipal referente ao Código Sanitário, Lei de Taxas e estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária.	3				Número de minutas entregues à Assessoria Jurídica da SEMSAD

### Objetivo 3 - Fortalecer os comitês municipais, instâncias colegiadas e o controle social

META	META ANUAL				INDICADOR
	2022	2023	2024	2025	
80. Implantar os comitês: 1) Comitê técnico de saúde da população LGBTQIAP+; 2) Comitê de infecções sexuais e transmissíveis	100%				Percentual de comitês implementados
81. Reativar/fortalecer os comitês: 1) Comitê de prevenção de mortalidade fetal, infantil e materno; 2) Comitê de transmissão vertical; 3) Comitê de enfrentamento ao Aedes Aegypti; 4) Comitê Técnico de Saúde da População Negra	100%	100%	100%	100%	Percentual de comitês ativos
82. Fortalecer a RAPS através da realização de 12 reuniões do grupo condutor por ano com a participação de, no mínimo, 80% dos representantes.	12	12	12	12	Número de reuniões com participação de 80% dos representantes
83. Realizar 10 reuniões anuais do grupo condutor do NUMESC garantindo a participação de 80% dos representantes (16 representantes)	80%	80%	80%	80%	Percentual de representantes em cada reunião ou percentual de reuniões com 80% de representantes
84. Criar 03 grupos de trabalho para ampliar a atuação dos representantes do grupo condutor do NUMESC nas ações de educação em saúde coletiva com responsabilização autogestionados a partir das necessidades.	1	1	1		Número de grupos de trabalho criados.
85. Criar grupos de trabalho: 1) GT da política de promoção de equidade; 2) GT intersetorial com representantes das populações específicas (população negra, indígena, LGBTQIAP+, Migrantes)	3				Número de GTs criados

internacionais, PCD, idosa); 3) Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (PSE)					
86. Garantir a realização de 24 plenárias/ano do Conselho Municipal de Saúde	24	24	24	24	Número de plenárias realizadas
87. Realizar 01 Conferência Municipal de Saúde		01			Número de conferências realizadas