



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2026 - 2029

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
1. INTRODUÇÃO	
1.1 Características Gerais do Município	6
1.1.1 Histórico de Sapucaia do Sul	3
1.1.2 Aspectos Geográficos e Infraestrutura	9
1.1.3 Patrimônio Natural e Turismo	5
2. ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE	6
2.1 Diagnóstico demográfico, socioeconômico e ambiental	7
2.1.1 Dados demográficos	7
2.1.1.1 Dados de Educação	
2.1.2 Dados Sócio-econômicos	13
2.1.2.1 Economia	18
2.1.2.2 Trabalho e rendimento	19
2.1.3 Dados ambientais	20
2.2 - Perfil Epidemiológico	21
2.2.1 Dados de morbidade hospitalar	21
2.2.2 Dados de mortalidade	26
2.2.3 Agravos de notificação compulsória	32
2.3 Análise da oferta e da organização dos serviços de saúde	35
2.3.1 Rede de Atenção Primária à Saúde	37
2.3.1.1 Equipes de Saúde da Família	
2.3.1.2 Equipes de Saúde Bucal	38
2.3.1.3 Equipe de Saúde Prisional	49
2.3.1.4 Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde	53
2.3.1.5 Rede Bem Cuidar RS	
2.3.1.6 Programa Primeira Infância Melhor	53
2.3.2 Rede de Atenção Especializada	63
2.3.2.1 Rede de Atenção Psicossocial	63
Desafios e Perspectivas da RAPS em Sapucaia do Sul	70
Serviço de Referência de Tuberculose	74
Contextualização Epidemiológica Da Tuberculose:	74
Descrição da URTB:	76
Serviço de Atendimento em Infectologia - Ambulatório	79
1.1 Histórico do serviço	79
1.2 Orçamento do programa	84
1.3 Histórico do incentivo de custeio para ISTs, HIV, Aids, Hepatites Virais e Tuberculose do município.	86

2. Situação epidemiológica de HIV, Sífilis e Hepatites B e C em Sapucaia do Sul	88
2.1 HIV em Gestantes	88
2.1.2 Criança Expostas ao HIV	88
2.1.3 AIDS	89
2.1.4 AIDS em Menores de 5 Anos	90
2.1.5 Mortalidade por AIDS	90
2.1.6 Monitoramento Clínico das PVHA	91
2.1.7 Diagnóstico das IST	92
2.1.8 PREVENÇÃO (PEP e PrEP)	93
2.1.9 TRATAMENTO	98
2.2.1 Sífilis Adquirida	99
2.2.2 Sífilis em Gestantes	100
2.2.3 Sífilis Congênita	101
2.3.1 Hepatite B	102
2.3.2 Hepatite C	102
3. Indicadores	103
4. Objetivos	104
4.1 Objetivo Geral	104
4.2 Objetivos Específicos	104
5. Estratégias e Ações	105
5.1 Estratégia: Campanha de Conscientização	105
5.2 Estratégia: Capacitação de Profissionais	105
5.3 Estratégia: Ampliação do Acesso aos Testes Rápidos de IST	106
Grupo Prioritário 1	107
Grupo Prioritário 2	107
5.4 Estratégia: Prevenção às IST	107
5.5 Estratégia: Parcerias com Secretarias dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social	108
5.6 Estratégia: Acompanhamento e Tratamento	109
5.7 Estratégia: Monitoramento e Avaliação	109
5.8 Estratégia: Revisão do Plano	110
6. Participação Social	110
NIS - Núcleo de Informações em Saúde	111
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES):	111
Auditoria no SUS – Município de Sapucaia do Sul	113
Glosas	113
Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC):	114
Triagem Neonatal – (Teste do Pezinho)	114
Processo de Coleta:	115

Exames:	116
Exames Citopatológicos e Anatomopatológicos no Município:	116
Exame Citopatológico:	116
Exame Anatomopatológico:	116
SUS DIGITAL	117
Força de Trabalho	119
Plano de Ação de Transformação para Saúde Digital (PA Saúde Digital)	120
Diretrizes e objetivos para o programa SUS Digital.	122
Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital (PA Saúde Digital)	122
5.3.1 Unidade de Pronto Atendimento – UPA	126
5.3.2 Serviço de Atendimento Móvel – SAMU	128
5.3.3. Centro de Saúde da Mulher - CLISAM	130
5.3.4 Ambulatório de Especialidades e Reabilitação	134
BIBLIOGRAFIA	135

APRESENTAÇÃO

O processo de planejamento em saúde demanda a compreensão ampliada das necessidades da população, que se manifestam de forma complexa e interdependente. Essas necessidades transcendem o aspecto biológico e englobam dimensões psicológicas, sociais, epidemiológicas, econômicas e territoriais, revelando os desafios que os gestores enfrentam para garantir atenção integral e equitativa à saúde (OLIVEIRA, 2012).

Metodologias que incorporem essa concepção ampliada do processo saúde-doença, considerando as condições de vida, o acesso a tecnologias em saúde, o acompanhamento longitudinal e a promoção da autonomia dos sujeitos, são fundamentais para o fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA et al., 2016).

Particularmente nos grupos sociais em situação de vulnerabilidade, a identificação e o atendimento às necessidades em saúde constituem um desafio ainda mais relevante. Os determinantes que influenciam o bem-estar desses grupos — moldados pelas formas de produção e reprodução social — exigem modelos de atenção articulados à determinação social da saúde, com profissionais e ferramentas adequadas ao enfrentamento das iniquidades (MEYER et al., 2013).

Nesse contexto, o Plano Municipal de Saúde (PMS) apresenta-se como o principal instrumento de planejamento em saúde no nível local. E, para tanto, a elaboração do Plano seguiu uma metodologia participativa, envolvendo um grupo de trabalho que se reuniram presencialmente para discussões, alinhamentos e tomada de decisões. Esses momentos foram intercalados com etapas de redação, utilizando documentos digitais compartilhados entre todos os envolvidos, um processo importante e desafiador de construção coletiva e colaborativa, sendo fruto do empenho e dedicação de diversas pessoas – gestores, trabalhadores de saúde e controle social.

Sendo assim, o PMS 2026 - 2029 reflete as necessidades reais da população residente, contemplando as ações que podem ser absorvidas pela rede municipal e assegurando, por meio de pactos regionais e estaduais, o acesso a serviços de

maior complexidade. Embora o município possua uma capacidade instalada relativamente adequada, é essencial qualificar e ampliar o acesso dos usuários, com foco na eficiência dos recursos e na consolidação do acolhimento como eixo estruturante da rede.

1. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o principal instrumento de planejamento da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), com a função de apresentar um diagnóstico das necessidades de saúde da população local e, a partir dele, orientar as políticas públicas no quadriênio seguinte.

Este documento foi estruturado conforme os parâmetros estabelecidos na Portaria de Consolidação MS/GM nº 01/2017, sendo composto por três grandes domínios: **Análise de Situação de Saúde (ASIS); Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMIs); e Monitoramento e Avaliação.**

O primeiro domínio refere-se a Análise de Situação de Saúde que caracteriza o perfil da população municipal com base em dados demográficos e identifica as principais necessidades de saúde por meio de indicadores epidemiológicos. Também apresenta a estrutura e organização da Rede Municipal de Saúde, evidenciando suas potencialidades e fragilidades.

Na sequência, o capítulo sobre Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) é desenvolvido a partir da ASIS. As diretrizes estão alinhadas às expectativas do controle social, refletidas nos eixos da 9ª Conferência Estadual de Saúde. Os objetivos traçados derivam do Mapa Estratégico da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) e suas respectivas perspectivas. As metas estabelecem os resultados desejados para o período e refletem as prioridades de saúde identificadas. Os indicadores, por sua vez, são definidos a partir das metas propostas pelo Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS) que visa à qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS), no Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado do Rio Grande do Sul. Além dos indicadores do Ministério da Saúde para a Atenção Primária à Saúde (APS), e o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) que visa aprimorar a vigilância em saúde, com foco na eficiência e qualidade dos serviços.

O DOMI está disponível em anexo deste plano.

Por fim, o terceiro domínio trata das Estratégias de Monitoramento e Avaliação com o objetivo de acompanhar o cumprimento das metas definidas no Plano Municipal de Saúde e assim garantir a transparência no processo e fortalecer o diálogo com o controle social por meio dos instrumentos de planejamento e orçamento descritos neste documento.

No âmbito do SUS, o Planejamento em Saúde é um instrumento estratégico de gestão, de caráter contínuo, que deve ser utilizado por todos os entes federativos — federal, estadual, distrital e municipal — para assegurar a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes do sistema.

Como referência para o planejamento de políticas e programas de saúde, o Plano Municipal de Saúde orienta a atuação do município na coordenação da rede SUS municipal, definindo prioridades, metas e indicadores para um ciclo de quatro anos. Ele está alinhado às diretrizes estratégicas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), oriundas das deliberações da Conferência Municipal de Saúde, e em consonância com os instrumentos de planejamento governamental: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Além disso, respeita os princípios do planejamento ascendente, considerando as necessidades de saúde da população de cada região com base em seu perfil demográfico, epidemiológico e socioeconômico, na definição de metas anuais voltadas à atenção integral à saúde.

O Plano também se fundamenta na orientação estratégica do Ministério da Saúde (MS), atuando como norteador da gestão e representa a principal referência para o planejamento das ações e das programações, servindo de base para a elaboração dos planos quadrienais nas demais instâncias de gestão.

Além disso, age como instrumento estratégico de gestão do SUS, assegurando o alinhamento entre as ações municipais e as diretrizes nacionais e

estaduais de saúde. Dessa forma, o PMS 2026–2029 reafirma o compromisso do município com a ampliação do acesso, a qualificação dos serviços e a promoção da saúde com base nos princípios e diretrizes do SUS, contribuindo para a construção de um sistema de saúde universal, equânime, integral e humanizado.

1.1 Características Gerais do Município

1.1.1 Histórico de Sapucaia do Sul

O município de Sapucaia do Sul, situado na Região Metropolitana de Porto Alegre, tem suas origens no ano de 1737, com a fundação da antiga Fazenda Sapucaia — também conhecida como Fazenda do Cerro — pelo português Antônio de Souza Fernando, vindo da Colônia do Sacramento. Localizada no sopé do Morro Sapucaia, a propriedade se estendia entre os rios Gravataí e dos Sinos. Na mesma época, estabeleceu-se ao lado a Fazenda Guaxinim-Sapucaia, de propriedade de Francisco Pinto Bandeira, genro do fundador.

Durante mais de um século, a principal atividade econômica da região foi a pecuária extensiva, baseada na organização de tropeiros que dominavam o gado bravo remanescente dos rebanhos missioneiros, herdados das reduções jesuíticas. Com o tempo, as fazendas deram lugar a grandes invernadas que recebiam o gado transportado por tropas e trens, especialmente adaptados para essa finalidade.

No final do século XIX e início do século XX, houve a instalação de matadouros, que passaram a abastecer não apenas a região, mas também a capital Porto Alegre. Esse processo marcou a transição de Sapucaia de uma economia essencialmente rural para uma estrutura mais dinâmica e urbana.

O Distrito de Sapucaia foi oficialmente criado em 1º de julho de 1912, sendo elevado à condição de vila em 1938, por meio do Decreto nº 7.199. A partir da década de 1930, Sapucaia tornou-se destino privilegiado para famílias porto-alegrenses em busca de lazer e qualidade de vida, devido à proximidade com a capital (25 km) e ao transporte ferroviário regular. Nesse período, surgiram os

tradicionais sítios de recreio, como a Quinta Johann, Quinta Leopoldina e Quinta das Rosas.

A industrialização teve início nos anos 1940, com a construção da atual BR-116 (antiga BR-2), e com o incentivo de isenções fiscais concedidas pelo Estado e pelo então município de São Leopoldo. Grandes empresas se instalaram na região, como Vacchi & Cia Ltda, Lanifício Riograndense (hoje Paramount Lansul S/A), Siderúrgica Riograndense e Lanifício Kurashiki do Brasil S/A, seguidas posteriormente por outras indústrias de grande porte como Recrusul e White Martins. Esse processo consolidou o desenvolvimento econômico local e transformou Sapucaia em um importante polo industrial do Estado.

O crescimento populacional foi expressivo: de 880 habitantes em 1920 para cerca de 18 mil em 1960. Em razão de seu protagonismo regional, o então 7º Distrito de São Leopoldo foi emancipado em 14 de novembro de 1961, com a criação oficial do município de Sapucaia do Sul, pela Lei Estadual nº 4.203. No entanto, o dia 20 de agosto, é dia de festa na cidade, data comemorada pelos sapucaenses que marca o dia da vitória do plebiscito que resultou na emancipação política da cidade.

Quanto à origem do nome “Sapucaia”, há duas versões principais: uma refere-se à abundância de árvores sapucaia na região; a outra, à presença de diversas espécies de aves atraídas pelos frutos silvestres, o que teria influenciado a denominação dada pelos povos indígenas.

1.1.2 Aspectos geográficos e infraestrutura

O município de Sapucaia do Sul está situado na região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Possui uma área territorial aproximada de 58 mil km² e uma população estimada em 132 mil habitantes (IBGE, 2022). Atualmente, Sapucaia do Sul é exposta ao constante fluxo de importantes rodovias - BR-116, BR-448 e RS-118 - ligando-se aos pólos industriais da região metropolitana. O município está situado em posição estratégica e apresenta divisas com outros municípios da região: divisa norte com São Leopoldo; sul com Esteio; leste com Gravataí e Novo

Hamburgo; e oeste com Nova Santa Rita e Portão (Figura 1). Ademais, possui clima subtropical e é banhado hidrograficamente pelo Rio dos Sinos e pelo Arroio José Joaquim, cuja nascente situa-se na zona rural do município.

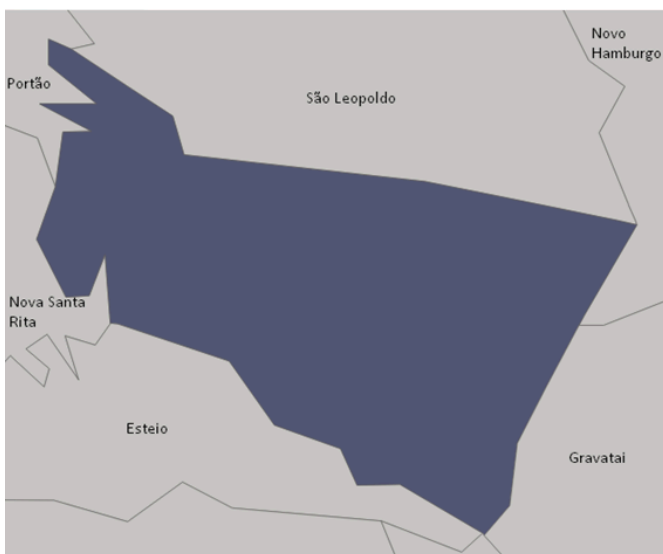


Figura 1. delimitação do município de Sapucaia do Sul e suas divisas territoriais.

1.1.3 Patrimônio natural e turismo

O município de Sapucaia do Sul conta com diversos atrativos naturais e históricos, que contribuem para o desenvolvimento do turismo local, como o Parque Zoológico do Rio Grande do Sul, um dos maiores zoológicos do país, e o Alambique dos Cassel, fundado em 1914 atualmente desativada. Além disso, a zona rural do município é ideal para esportes de aventura, como rapel, escalada, trekking e camping, favorecendo o contato com a natureza e o ecoturismo. Nesse quesito, por proporcionarem uma vista panorâmica da região, merecem destaques o Morro do Chapéu e o Morro das Cabras, assim como a Estação Ecológica do Pesqueiro, nas margens do Rio dos Sinos, e a queda D'água dos Freitas, com 30 metros de altura, na divisa com o município de Gravataí.

2. ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE

A análise situacional de saúde constitui uma etapa estratégica e imprescindível no processo de planejamento em saúde, especialmente para a

elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS). Trata-se de um processo metodológico de coleta, sistematização e interpretação de dados e informações que possibilitam o diagnóstico aprofundado das condições de saúde da população e da capacidade instalada da gestão local para responder às suas demandas. Essa análise permite identificar necessidades, agravos prioritários, iniquidades, potencialidades e vulnerabilidades do território, sendo orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua estrutura compreende diversos componentes inter-relacionados: o perfil demográfico e socioeconômico da população (estrutura etária, distribuição geográfica, indicadores de escolaridade, renda, saneamento, habitação); o perfil epidemiológico, com ênfase nos principais indicadores de morbimortalidade, prevalência de doenças e agravos, fatores de risco e determinantes sociais em saúde; e a análise da oferta de serviços de saúde, incluindo a rede assistencial disponível, a cobertura das ações da Atenção Primária à Saúde (APS), a estrutura física, os recursos humanos, e a capacidade de resposta da rede às necessidades da população. Também integra essa análise a avaliação da gestão do sistema local de saúde, contemplando aspectos como planejamento, financiamento, governança, regulação, monitoramento e participação social.

Instrumentos como a análise de determinantes e condicionantes sociais da saúde, podem ser utilizados para qualificar a leitura do cenário local e orientar a tomada de decisão estratégica. A análise situacional cumpre, portanto, uma função estruturante na definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Plano Municipal de Saúde, garantindo coerência entre os problemas identificados e as ações planejadas.

Sua importância reside na capacidade de subsidiar tecnicamente a construção de um planejamento territorializado, responsivo e resolutivo, orientado pelas reais necessidades de saúde da população. Além disso, ela contribui para o fortalecimento da gestão baseada em evidências, o aprimoramento da alocação de recursos, o monitoramento contínuo das políticas públicas e a indução de práticas intersetoriais, contribuindo para a efetivação dos princípios da equidade, integralidade, universalidade e participação social que norteiam o SUS.

2.1 Diagnóstico demográfico, socioeconômico e ambiental

2.1.1 Dados demográficos

Os dados demográficos desempenham um papel fundamental na gestão da saúde, pois fornecem informações essenciais sobre as características da população e suas necessidades. Esses dados auxiliam na identificação de demandas específicas de diferentes grupos, na alocação eficiente de recursos, na avaliação da eficácia de políticas públicas e programas de saúde, além de possibilitar a identificação de disparidades no acesso e nos resultados em saúde. Essa compreensão é crucial para a promoção da equidade, permitindo o desenvolvimento de ações direcionadas a populações vulneráveis e garantindo que todos tenham acesso adequado aos cuidados de saúde.

Nesse contexto, com base nas informações dos últimos censos realizados pelo IBGE, bem como nos registros dos sistemas oficiais de informação — como o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) —, é possível observar mudanças no perfil epidemiológico da população residente em Sapucaia do Sul.

De acordo com os dados do IBGE (figura 2), a população do município passou de 130.957 habitantes em 2010 para 132.107 em 2022, o que representa um aumento de 0,88% em doze anos. A estimativa para 2025 aponta um total de 136.542 habitantes. Esse crescimento, embora modesto, pode indicar estabilidade demográfica, refletindo fatores como diminuição da taxa de natalidade, envelhecimento populacional e migração. No gráfico abaixo, é possível observar o crescimento populacional do município desde 1970. Este gráfico ilustra o aumento da população de Sapucaia do Sul ao longo dos anos, evidenciando uma tendência de crescimento constante. Esse crescimento tem implicações diretas na demanda por serviços públicos, especialmente na área da saúde, exigindo planejamento estratégico para atender às necessidades da população.

IBGE - Censo 2022
POPULAÇÃO (2022) 132.107 pessoas

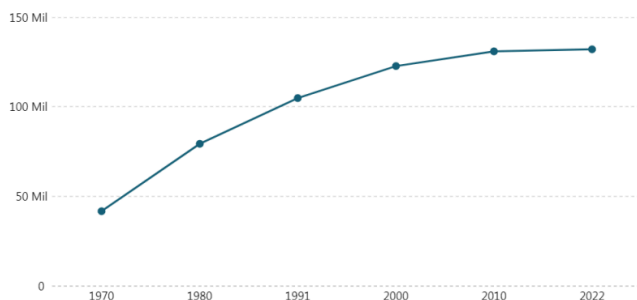


Figura 2. evolução populacional do município de Sapucaia do Sul conforme IBGE de 1970-2022.

Também é válido pontuar que observa-se uma tendência de redução em relação ao número de nascidos vivos conforme pesquisa realizada nos últimos 10 anos (2013-2023) (figura 3).

► NASCIDOS VIVOS - RIO GRANDE DO SUL

Nascim p/resid.mãe por Ano do nascimento segundo Município
 Município: 432000 SAPUCAIA DO SUL
 Período: 2013-2023

Município	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
TOTAL	1.912	2.012	2.057	1.910	1.855	1.749	1.551	1.629	1.471	1.433	1.394
432000 SAPUCAIA DO SUL	1.912	2.012	2.057	1.910	1.855	1.749	1.551	1.629	1.471	1.433	1.394

Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
 Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) para mais informações.

Figura 3. tabela evolutiva demonstrando número de nascimentos no município de Sapucaia do Sul de 2013-2023.

Avaliando principalmente entre os anos de 2020 a 2024, observa-se uma tendência de redução passando de 1629 em 2020 para 1393 em 2023, com uma leve recuperação para 1419 em 2024. Essa queda acumulada de aproximadamente 14,5% reflete mudanças demográficas, sociais e econômicas que impactam diretamente a dinâmica populacional local.

Entre os fatores que podem estar influenciando essa redução destacam-se o envelhecimento da população, a diminuição da taxa de fecundidade, as incertezas econômicas, o aumento do custo de vida, bem como mudanças nos padrões sociais, incluindo maior acesso a métodos contraceptivos e priorização de carreira e educação. Além disso, o impacto da pandemia de COVID-19 trouxe insegurança e

dificuldades no acesso a serviços de saúde, que podem ter contribuído para o adiamento de planos de gravidez.

Além disso, essa tendência está alinhada ao movimento observado em muitos municípios brasileiros, caracterizado pela redução contínua da natalidade, especialmente em áreas urbanas. Essa informação é relevante para o planejamento de políticas públicas de saúde, uma vez que a redução dos nascidos vivos tem impacto direto na demanda por serviços de atenção materno-infantil, educação em saúde, assistência pré-natal e estruturação da rede de atenção básica e especializada.

A leve recuperação observada em 2024 sugere uma adaptação gradual aos efeitos da pandemia, possivelmente combinada com a melhoria das condições econômicas e políticas públicas de incentivo à maternidade.

Além disso, no que concerne à divisão por faixa etária dentro do município no intervalo de tempo analisado (10 anos) a proporção de indivíduos acima de 60 anos aumentou de 16.438 para 23.722 pessoas enquanto as faixas etárias menores de 14 anos apresentaram redução de 29.622 para 25.484 pessoas. Esse padrão de redução também é observado entre a população economicamente ativa de 20-59 anos, passando de 78.402 para 61.443 pessoas - uma queda significativa dentro do período analisado (figura 4).

► POPULAÇÃO RESIDENTE - ESTUDO DE ESTIMATIVAS POPULACIONAIS POR MUNICÍPIO, IDADE E SEXO 2000-2024 - BRASIL

População residente por Ano segundo Faixa Etária 1
Município: 432000 SAPUCAIA DO SUL
Período: 2014-2024

Faixa Etária 1	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
TOTAL	135.772	136.304	136.755	137.042	137.204	137.298	137.376	137.229	136.911	136.695	136.542
0 a 4 anos	9.325	9.489	9.585	9.549	9.432	9.224	8.908	8.554	8.214	7.897	7.640
5 a 9 anos	9.459	9.190	9.009	8.974	9.005	9.062	9.190	9.266	9.222	9.122	8.954
10 a 14 anos	10.838	10.621	10.382	10.062	9.712	9.385	9.075	8.861	8.804	8.836	8.890
15 a 19 anos	11.310	11.269	11.189	11.069	10.911	10.729	10.537	10.317	9.997	9.636	9.311
20 a 29 anos	22.222	21.997	21.781	21.593	21.447	21.374	21.340	21.282	21.164	21.015	20.834
30 a 39 anos	21.620	21.828	21.963	21.989	21.895	21.707	21.470	21.205	20.948	20.715	20.511
40 a 49 anos	18.285	18.240	18.249	18.335	18.503	18.742	19.043	19.339	19.614	19.866	20.098
50 a 59 anos	16.275	16.495	16.670	16.790	16.865	16.889	16.867	16.779	16.681	16.626	16.582
60 a 69 anos	10.301	10.713	11.113	11.496	11.862	12.210	12.540	12.827	13.091	13.361	13.614
70 a 79 anos	4.523	4.759	5.022	5.299	5.587	5.887	6.208	6.511	6.809	7.140	7.475
80 anos e mais	1.614	1.703	1.792	1.886	1.985	2.089	2.198	2.288	2.367	2.481	2.633

Fonte:

- Trabalho coordenado pela RIPSa.
- Realização: CGI Demográfico/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde.
- Dados básicos: IBGE
- Baixe os arquivos com os dados de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024 a partir do endereço de FTP <ftp://ftp.datasus.gov.br/dissemin/publicos/IBGE/POPSVS/>

Figura 4. estimativa populacional no município de Sapucaia do Sul entre os anos de 2014-2024.

Esse perfil demográfico indica uma transição para uma estrutura populacional com maior peso de idosos e menor proporção de jovens e adultos em idade produtiva. Tal mudança acarreta desafios significativos para a saúde pública, devido ao aumento da demanda por cuidados especializados e gestão de doenças crônicas, além de pressionar o sistema previdenciário pelo maior número de beneficiários.

Adicionalmente, a diminuição da população jovem implica redução futura da força de trabalho, potencialmente comprometendo o crescimento econômico e aumentando a dependência dos trabalhadores ativos para sustentação social e previdenciária. A queda na população ativa pode resultar em escassez de mão de obra, afetando a produtividade e a competitividade econômica do país.

Esse fenômeno decorre principalmente da queda nas taxas de fecundidade, aliada ao aumento da expectativa de vida, que em conformidade com o IBGE 2022 é de 76 anos, e tem implicações diretas no planejamento de políticas públicas. À medida que a população envelhece, torna-se fundamental desenvolver estratégias específicas para atender às necessidades da população idosa, incluindo cuidados em saúde, acessibilidade e suporte social.

A partir da análise dos dados demográficos ao longo do tempo, é possível identificar tendências e antecipar desafios futuros. O aumento da longevidade, por exemplo, exige adaptações no sistema de saúde, com foco na ampliação da oferta de serviços geriátricos e na qualificação de profissionais para esse público.

Quanto à distribuição da população por sexo, os dados dos Censos de 2010 e 2022 mostram pouca variação. Em 2022, 51,96% da população era composta por mulheres e 48,04% por homens. Além disso, ao analisar a população por faixas etárias, observa-se que o número de mulheres supera o de homens a partir dos 25 anos, reforçando a importância de considerar as especificidades de gênero nas políticas públicas, especialmente nas etapas mais avançadas da vida.

2.1.2 Dados socioeconômicos

2.1.2.1 Informações sobre educação

Um dos pilares fundamentais da vida em sociedade é o direito à educação de qualidade, por meio da qual os indivíduos têm acesso pleno à cidadania e aos seus direitos sociais, econômicos e políticos. Nesse sentido, a educação deve assegurar condições que promovam a liberdade, a dignidade e o respeito à diversidade. À escola cabe o papel de formalizar e expandir conhecimentos, articulando saberes empíricos e teóricos em ambientes acolhedores e inclusivos, por meio de um currículo que se configure como dinâmico, flexível, contextualizado e transdisciplinar. Esse currículo deve contribuir para atenuar a dicotomia entre tempo, aprendizagem e avaliação, presente na realidade educacional contemporânea.

Com base nessa concepção de ser humano, escola e sociedade, a Rede Municipal de Educação de Sapucaia do Sul, por meio de sua mantenedora, orienta-se por uma proposta educativa pautada nos princípios da democracia, ética, cidadania, inclusão e sensibilidade às especificidades do contexto escolar. Essa proposta busca garantir não apenas o acesso à escola, mas também a permanência, a continuidade e o êxito no percurso educacional dos estudantes.

Atender a essas dimensões implica revisar práticas pedagógicas excludentes e rituais instituídos que as sustentam, ampliando o papel da escola e dos educadores. Isso requer a adoção de medidas proativas e ações preventivas que promovam uma educação de qualidade, com indicadores como a aprendizagem efetiva, o aumento da taxa de aprovação, a redução da distorção idade/ano e a permanência dos estudantes na escola.

Para alcançar essa concepção de educação, a Secretaria Municipal de Educação implementou o projeto “Todos Pela Escola”, cujo objetivo é contribuir para o aprimoramento e qualificação das práticas de gestão escolar e pedagógica na rede municipal. O projeto parte da avaliação diagnóstica de cada realidade escolar e, com

o apoio dos assessores, fortalece a relação entre a Secretaria e a comunidade escolar, acompanhando de forma sistemática e direta o cotidiano educacional.

Além disso, o Plano de Trabalho, elaborado anualmente por cada escola e acompanhado pela Secretaria Municipal de Educação (SMED), reforça os processos de gestão pedagógica, de equipe e do ambiente escolar, promovendo a participação democrática e a articulação com o Projeto Político-Pedagógico, que dá sustentação e legitimidade à função social da escola.

Os dados de escolarização apresentados a seguir, são baseados em análise oficial do IBGE, com índice referentes ao ano de 2024:



Figura 5. dados de escolarização referentes ao ano de 2024.

A Rede Municipal de Educação do município de Sapucaia do Sul é composta por: 06 (seis) Escolas Municipais de Educação Infantil – EMEI; 22 (vinte e duas) Escolas Municipais de Ensino Fundamental – EMEF; 04 (quatro) Escolas Municipais de Educação Básica – EMEB e 24 (vinte e quatro) Escolas de Educação Infantil -EEI – Privadas.

Além disso, o município possui convênio com algumas entidades, conforme informações levantadas pela Secretaria de Educação em 2025.

ETAPA	Nº DE ESCOLAS
Educação infantil (creche)	8
Educação infantil (pré-escola)	29

Ensino fundamental (anos iniciais)	25
Ensino fundamental (anos finais)	23
Educação de jovens e adultos (EJA) (anos iniciais)	4
Educação de jovens e adultos (EJA) (anos finais - presencial)	5
Educação de jovens e adultos (EJA) (anos finais - EAD)	1
Escolas de educação infantil privadas conveniadas (creche)	24

Tabela 1. número de entidades conveniadas com educandários no município conforme informações da Secretaria Municipal da Educação.

A Secretaria Municipal de Educação – SMED – em parceria com o Governo Federal, desenvolve os seguintes projetos: PAR- Plano de Ações Articuladas; PNAE- Programa Nacional de Alimentação Escolar; Bolsa Família – Frequência Escolar; PROINFÂNCIA – Reestruturação e Aquisição de equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil – Brasil Carinhoso; PAC 2- Coberturas e quadras escolares; Formação pela escola; PSE- Programa Saúde na Escola; PDDE Escola Sustentável; PDE- Escola; Atleta na Escola; CEU – Centro de Esportes Unificados; Pacto pela Alfabetização – PNAIC- Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa; Provinha Brasil; PROINFO – Integrado- Formação Tecnológica para Professores; Sala de Recursos Multifuncional; Escola Acessível; Transporte Acessível; UAB - Universidade Aberta do Brasil; PNLD - Programa Nacional do Livro Didático Projetos desenvolvidos pela Secretaria de Educação; Atendimento Educacional Especializado – AEE; Projeto Profissional de Apoio Escolar para Estudantes com Deficiência. Apoio Estagiários; Práticas leitoras; FEICON- Feira do Conhecimento; Tempo de aprender - Programa do Governo Federal; Bloco de alfabetização/Acompanhamento Pedagógico para Professores alfabetizadores; Atendimento Psicológico e Psicopedagógico – CEMAM; Projeto Grupo de pais – CEMAM; Wisc - CEMAM; Semana Acadêmica da UAB; Mostra de trabalhos Pedagógicos da UAB; Feira do Livro. Sarau Literário; Corpo em movimento; Projeto MPT (Ministério Público do Trabalho); Educação Ambiental – Coletivo Educador; Prêmio Educador – Olhos no futuro; JEMUSA (Jogos Escolares Municipais); Programa Municipal – Bolsa Ed. Inf.; Programa de Alimentação Escolar; Laboratório

de Aprendizagem – LA; Projeto de transição dos 5º anos para os 6º anos – Metacognição; Escola em tempo integral; Anos Finais do Ensino Fundamental e EJA - Mercado de trabalho – Empreendedorismo.

2.1.2.2 Dados econômicos gerais

Sapucaia do Sul está situada no eixo dos maiores mercados produtores e consumidores de riqueza do Rio Grande do Sul, compreendido entre Porto Alegre e Caxias do Sul. É cortada por duas rodovias de intenso fluxo, a BR 116 e a RS 118, esta última ligando os importantes pólos industriais de Gravataí e Cachoeirinha. A cidade conta com uma boa estrutura industrial e formação de mão de obra especializada, fatores que beneficiam a instalação de indústrias e áreas de serviços. Destacam-se no Município os setores de siderurgia, metalurgia, bebidas, fios têxteis, refrigeração, construção civil e artefatos de couro.

Em 2021, o PIB per capita era de R\$29.500,52. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 423 de 497 entre os municípios do estado e na 2180 de 5570 entre todos os municípios. Já o percentual de receitas externas em 2023 era de 58,74%, o que o colocava na posição 449 de 497 entre os municípios do estado e na 5000 de 5570. Em 2023, o total de receitas realizadas foi de R\$705.480.063,79(x1000) e o total de despesas empenhadas foi de R\$553.518.663,3(x1000). Isso deixa o município nas posições 16 e 20 de 497 entre os municípios do estado e na 221 e 287 de 5570 entre todos os municípios(figura 6).

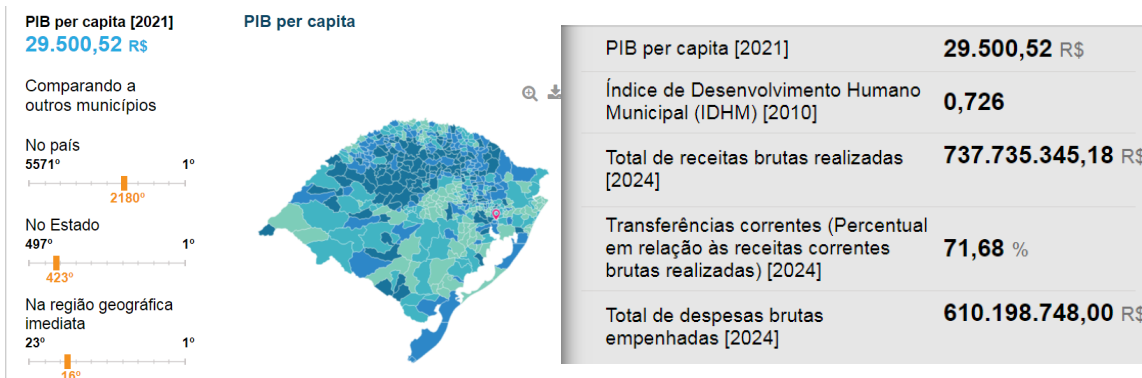


Figura 6. resumo da análise econômica do município de Sapucaia do Sul conforme IBGE.

2.1.2.3 Informações sobre trabalho e rendimento

Em 2022, o salário médio mensal era de 2,7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 21,27%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 57 de 497 e 311 de 497, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficou na posição 311 de 5570. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, permaneceu 31% da população nessas condições, mesmo índice que apresentava no Plano Municipal de Saúde anterior (figura 7).

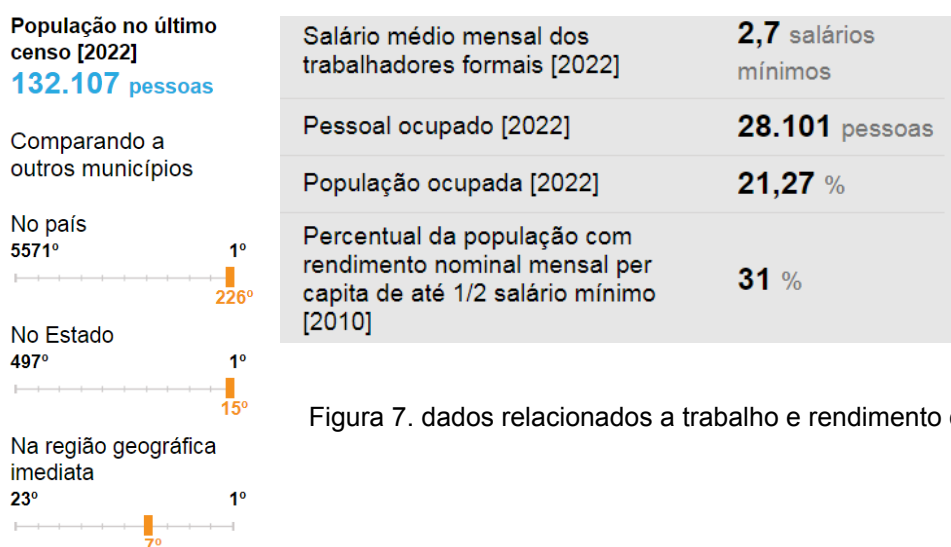


Figura 7. dados relacionados a trabalho e rendimento conforme IBGE.

2.1.2.4 Informações sobre estrutura territorial

Atualmente, Sapucaia do Sul apresenta 90,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 82,9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 34,9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 33 de 497, 261 de 497 e 116 de 497, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 433 de 5570, 2174 de 5570 e 967 de 5570, respectivamente (figura 8).



Figura 8. dados relacionados ao meio ambiente conforme levantamento do IBGE.

2.2 - Perfil Epidemiológico

2.2.1 Dados de morbidade hospitalar

Os dados de morbidade hospitalar representam informações essenciais sobre as doenças e agravos que levam os pacientes à internação em unidades de saúde. Esses dados incluem diagnósticos, tempo de permanência, procedimentos realizados, faixa etária, sexo, entre outras variáveis relacionadas ao perfil dos pacientes e à utilização dos serviços hospitalares. A coleta, organização e análise desses dados são fundamentais para a gestão eficiente do sistema de saúde e para o planejamento de políticas públicas.

Em primeiro lugar, os dados de morbidade hospitalar possibilitam a identificação dos principais problemas de saúde que afetam uma população. Por meio deles, é possível mapear padrões epidemiológicos, reconhecer surtos de doenças, acompanhar a evolução de enfermidades crônicas e detectar mudanças no perfil das internações hospitalares ao longo do tempo. Essas informações são estratégicas para que gestores e profissionais de saúde possam estabelecer prioridades e direcionar recursos de forma mais eficaz.

A análise dos dados de incidência de diferentes doenças, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), não apenas refletem o estado de saúde da população atendida, mas também servem como base para decisões

clínicas, administrativas e políticas. Abaixo, na figura 9 visualiza-se de forma quantitativa valores referentes a estas internações entre 2020-2024, enquanto no gráfico 1, é possível visualizar de forma gráfica as principais causas de morbidade hospitalar no mesmo período a qual revela importantes tendências nos padrões de internação por diferentes grupos de causas, distribuídos conforme capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

► MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE RESIDÊNCIA - RIO GRANDE DO SUL

Internações por Ano processamento segundo Capítulo CID-10
Município: 432000 SAPUCAIA DO SUL
Período: 2020-2024

Capítulo CID-10	2020	2021	2022	2023	2024	Total
TOTAL	8.801	9.293	10.638	10.702	10.431	49.865
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.070	1.607	1.124	928	882	5.611
II. Neoplasias (tumores)	663	603	886	737	825	3.714
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	51	31	49	75	87	293
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	135	160	191	185	165	836
V. Transtornos mentais e comportamentais	571	518	533	499	495	2.616
VI. Doenças do sistema nervoso	191	230	261	254	222	1.158
VII. Doenças do olho e anexos	46	45	58	47	67	263
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	11	7	17	25	26	86
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.255	1.305	1.488	1.589	1.466	7.103
X. Doenças do aparelho respiratório	514	507	1.117	1.222	1.165	4.525
XI. Doenças do aparelho digestivo	810	996	1.209	1.303	1.058	5.376
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	184	164	167	193	224	932
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	79	82	100	116	143	520
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	501	509	728	775	751	3.264
XV. Gravidez parto e puerpério	1.403	1.250	1.254	1.217	1.301	6.425
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	162	172	167	150	149	800
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	46	38	41	59	58	242
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	136	99	122	132	132	621
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	857	844	870	863	906	4.340
XXI. Contatos com serviços de saúde	116	126	256	333	309	1.140

Figura 9. internações hospitalares em Sapucaia do Sul conforme CID-10 entre os anos de 2020-2024. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Morbidade hospitalar - Sapucaia do Sul 2020-2024

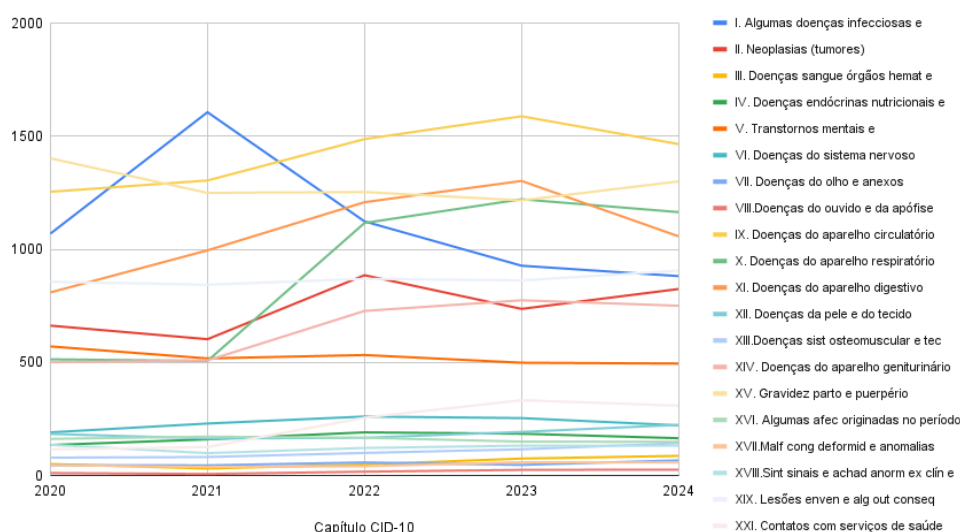


Gráfico 1. distribuição gráfica da morbidade hospitalar conforme CID-10. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Entre os grupos analisados, destacam-se as doenças do aparelho circulatório como a principal causa de internações ao longo de todo o período (gráfico 2). Com números sempre acima de 1200 casos por ano e atingindo picos de quase 1600 internações, esse grupo evidencia o peso das doenças cardiovasculares na saúde pública. Essa constância elevada exige atenção especial das políticas de prevenção e controle da hipertensão, diabetes e demais fatores de risco cardiovascular.

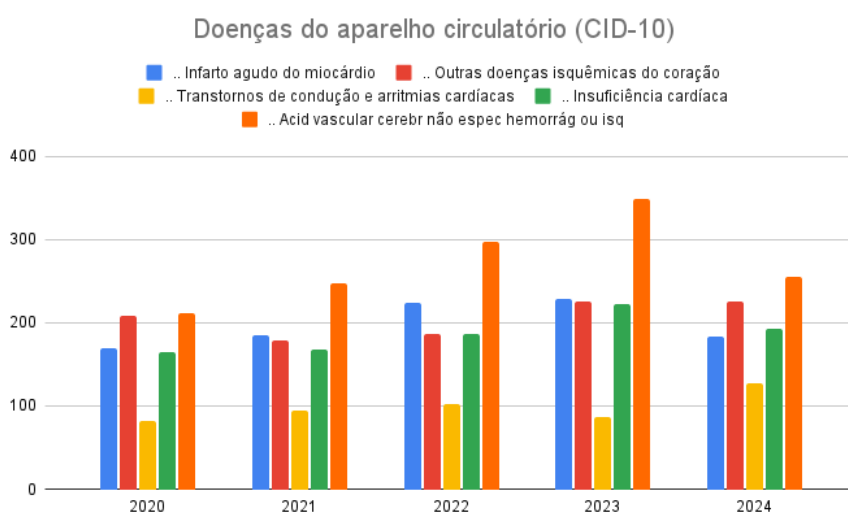


Gráfico 2. distribuição gráfica das principais doenças do aparelho circulatório prevalentes no município. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Com base nos registros de morbidade no período entre 2020 e 2024 as doenças cardiovasculares permanecem como um dos principais agravos à saúde da população do município, com impacto significativo sobre os serviços de atenção primária, média e alta complexidade. Eles indicam variações significativas no perfil das doenças cardiovasculares entre 2020 e 2024, com tendência de redução expressiva em 2024. Essa mudança pode refletir avanços na atenção à saúde, ampliação do acesso a cuidados preventivos e melhora nos fatores de risco populacionais, mas também exige uma investigação rigorosa quanto à qualidade dos registros, subnotificação e mudanças nos protocolos assistenciais.

As doenças infecciosas e parasitárias apresentaram um aumento expressivo entre 2018 (652 internações) e 2021 (1607 internações), o que coincide com os

efeitos da pandemia de COVID-19. A partir de 2022, observa-se uma redução, possivelmente refletindo o avanço da vacinação e das medidas de controle epidemiológico. Já as doenças do aparelho respiratório, que também foram fortemente afetadas pela pandemia, apresentaram queda em 2020 e 2021 — anos marcados por medidas de isolamento social que reduziram infecções respiratórias comuns —, mas voltaram a crescer a partir de 2022, com um pico em 2023 (1222 internações).

As neoplasias (tumores) mantiveram uma tendência relativamente estável, com variações entre 600 e 880 casos por ano. Esse padrão indica a continuidade dos tratamentos oncológicos e pode refletir o aumento na detecção precoce, bem como o envelhecimento da população.

Com relação aos dados de morbidade por neoplasias no município entre 2020 e 2024 mostra variações relevantes entre os diferentes tipos de câncer, com destaque para a neoplasia maligna da mama, pele e cólon, que continuam sendo de grande impacto nos serviços de saúde. A morbidade por neoplasias no município evidencia a importância da detecção precoce, rastreios organizados (especialmente para câncer de mama e cólon) e educação em saúde. O aumento em algumas categorias indica maior acesso ao diagnóstico, mas também exige estruturação da linha de cuidado oncológico (gráfico 3).

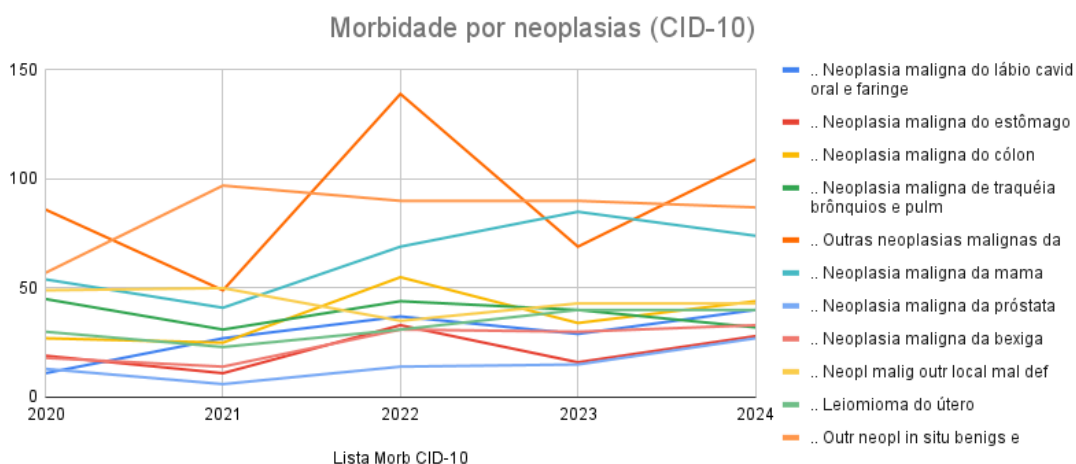


Gráfico 3. distribuição gráfica das principais doenças neoplásicas prevalentes no município. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Por sua vez, os transtornos mentais e comportamentais apresentaram uma leve redução ao longo do período, mantendo-se em torno de 500 internações anuais. Embora os números não indiquem grande variação, a estabilidade pode sinalizar subnotificação ou insuficiência de leitos psiquiátricos na rede pública, dado o crescimento reconhecido da demanda por cuidados em saúde mental no período pós-pandêmico.

As doenças do aparelho digestivo demonstraram uma tendência de crescimento, passando de 1022 internações em 2018 para 1303 em 2023. Esse aumento pode estar relacionado a fatores como alimentação inadequada, aumento do consumo de álcool ou maior acesso aos serviços de diagnóstico e cirurgia digestiva. As internações por gravidez, parto e puerpério mantiveram-se relativamente constantes, com leve queda nos últimos anos, o que pode refletir uma diminuição nas taxas de natalidade ou mudanças no modelo de atenção obstétrica.

Por fim, o grupo das lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas, que inclui acidentes e violências, manteve estabilidade ao longo do período, variando entre 812 e 904 internações por ano. Essa constância demonstra que esses eventos seguem sendo uma importante causa de ocupação hospitalar, exigindo ações contínuas de prevenção de acidentes e violência.

Em síntese, os dados analisados refletem tanto a influência de fatores conjunturais — como a pandemia — quanto a persistência de condições crônicas que impactam diretamente o sistema hospitalar brasileiro. A vigilância contínua desses dados é crucial para o planejamento estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo intervenções mais assertivas, eficientes e adequadas à realidade epidemiológica do país.

Dentre os dados de morbidade hospitalar destaca-se da mesma forma a incidência de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), um indicador estratégico da efetividade da atenção básica, uma vez que sua adequada abordagem pode contribuir significativamente para a redução de hospitalizações evitáveis, melhoria dos desfechos clínicos e otimização dos recursos assistenciais.

Salienta-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha papel central na coordenação do cuidado e na organização das redes de atenção.

A análise dos dados locais aponta a persistência de agravos relacionados a essas condições, o que evidencia fragilidades na capacidade de resposta dos serviços, necessidade de ações integradas e fortalecimento das equipes multiprofissionais. Este cenário reforça a urgência de investimentos em qualificação profissional, estrutura física, acesso a insumos e melhoria nos mecanismos de acompanhamento e avaliação da APS.

2.2.2 Dados de mortalidade

Os dados de mortalidade são essenciais para a compreensão das condições de saúde de uma população e para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes. Esses dados oferecem uma visão precisa das principais causas de óbito e ajudam a identificar as tendências epidemiológicas, os fatores de risco predominantes e os grupos mais vulneráveis. A partir dessa análise, é possível planejar e implementar ações de saúde mais direcionadas, visando à redução da mortalidade e à promoção de uma vida mais saudável para a população.

A mortalidade é um indicador de saúde de grande relevância, pois reflete não apenas a qualidade dos serviços de saúde, mas também os determinantes sociais e econômicos que impactam o bem-estar das pessoas. A coleta e interpretação dos dados de mortalidade, segmentados por causas específicas, como doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias, causas externas e doenças infecciosas, permitem uma análise detalhada das principais problemáticas de saúde do município. Esse processo possibilita a identificação de padrões e tendências, o que facilita a priorização das ações de saúde de acordo com as necessidades reais da população.

No município, os dados apresentados sobre mortalidade nos anos de 2020 a 2024, a partir dos dados mais recentes disponíveis nos sistemas oficiais

(SIM/SINASC/SIH-SUS) revelam alguns padrões importantes (gráfico 4).

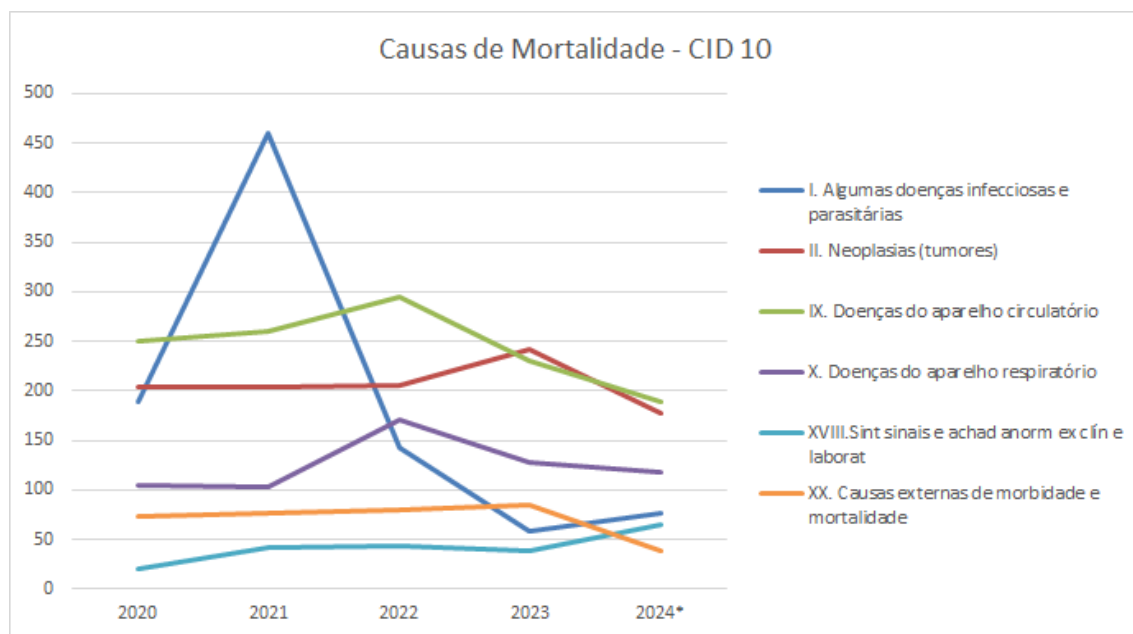


Gráfico 4. causas de mortalidade por CID-10. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

As doenças do aparelho circulatório, que incluem problemas como infarto e acidente vascular cerebral (AVC), continuam sendo a principal causa de morte, refletindo a alta carga das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e a necessidade de intensificar as ações de prevenção e controle dessas condições. As neoplasias, embora estáveis, também representam uma preocupação significativa, demandando maior atenção ao diagnóstico precoce e ao tratamento eficaz.

As doenças respiratórias, com destaque para os casos registrados em 2022 devido à pandemia de COVID-19, mostram a vulnerabilidade da população a surtos infecciosos e a importância de estratégias contínuas de prevenção e controle dessas enfermidades. As causas externas, como acidentes e violência, embora apresentem flutuações anuais, continuam a ser um desafio, indicando a necessidade de uma abordagem intersetorial que envolva saúde, segurança pública e educação para reduzir esse tipo de mortalidade.

As tendências recentes de mortalidade no município evidenciam desafios

importantes para a gestão em saúde, especialmente no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), das doenças respiratórias e das causas externas de óbito. As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias permanecem como as principais responsáveis pela mortalidade, o que reforça a necessidade de fortalecer ações de promoção da saúde e prevenção. Destacam-se, nesse contexto, o controle efetivo da hipertensão arterial, do diabetes e do tabagismo como estratégias prioritárias para a redução da carga dessas enfermidades.

No que se refere às doenças do aparelho respiratório, observa-se uma redução no número de óbitos após o impacto da pandemia de COVID-19; no entanto, essas doenças ainda representam um peso importante sobre a saúde da população, com destaque para as condições crônicas como a asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). A implementação de programas contínuos de educação em saúde, aliados a medidas preventivas e de acompanhamento dos pacientes crônicos, é essencial para mitigar seus efeitos.

As causas externas de mortalidade, como os acidentes e a violência, também se mantêm como uma preocupação relevante. A persistência desses eventos evidencia a necessidade de políticas públicas integradas, que envolvam, de forma articulada, os setores da saúde, segurança pública, assistência social e educação. O enfrentamento eficaz desse problema requer ações preventivas, intervenções territoriais específicas e campanhas de conscientização voltadas especialmente às populações de maior vulnerabilidade, como crianças, adolescentes e jovens adultos.

Portanto, a importância dos dados de mortalidade vai além de meras estatísticas. Eles são a base para a tomada de decisões informadas e para a implementação de políticas públicas de saúde que busquem reduzir a mortalidade evitável, melhorar a qualidade de vida da população e garantir o acesso a serviços de saúde mais eficientes e equitativos.

Outro dado importante se refere à mortalidade prematura, definida como os óbitos ocorridos entre 30 e 69 anos de idade, é um importante indicador de saúde pública, sobretudo quando relacionada ao conjunto das quatro principais Doenças

Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs): doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas (câncer), diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas. Esses agravos são amplamente reconhecidos como evitáveis por meio de ações efetivas de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno.

No município, a análise da taxa de mortalidade prematura por DCNTs no período de 2018 a 2024 evidencia um comportamento oscilante, com tendência geral de queda recente, mas ainda em patamar elevado (gráfico 5).

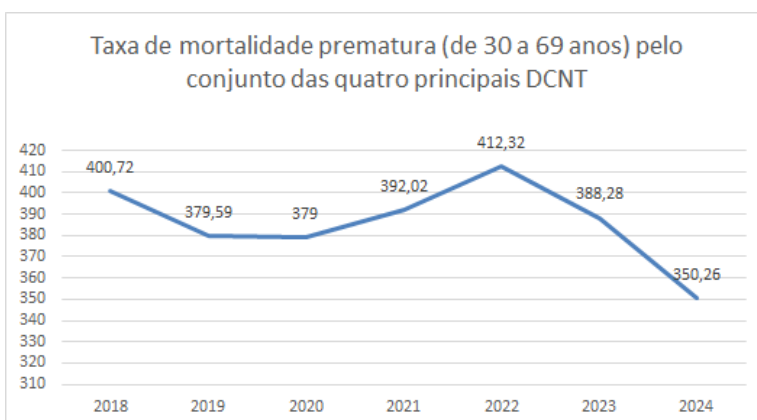


Gráfico 5. taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais DCNTs. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Em 2018, a taxa era de 400,72 por 100 mil habitantes, reduzindo-se para 379,59 em 2019. Essa queda inicial foi interrompida durante o período pandêmico, com oscilações nos anos seguintes: 379,00 em 2020, 392,02 em 2021 e um pico de 412,32 em 2022. Esse aumento pode estar associado à sobrecarga dos serviços de saúde, interrupções no acompanhamento de doenças crônicas e maior vulnerabilidade da população com comorbidades à COVID-19.

Em 2023, observa-se uma retomada da tendência de redução, com a taxa caindo para 388,28, e atingindo 350,26 em 2024, segundo dados preliminares. Esse declínio pode refletir a reorganização dos serviços de atenção primária, o fortalecimento das ações de rastreamento e a retomada dos cuidados contínuos aos portadores de DCNTs.

Apesar da melhora recente, a taxa de 2024 ainda se mantém acima dos níveis ideais e próximos aos observados antes da pandemia, evidenciando que os

efeitos do período ainda reverberam na saúde da população. Tal cenário reforça a necessidade de priorizar, no Plano Municipal de Saúde 2026–2029, estratégias eficazes de prevenção e controle das DCNTs, com foco na redução sustentada da mortalidade prematura.

Para isso, será essencial o fortalecimento das linhas de cuidado na Atenção Primária à Saúde, a ampliação do acesso a exames e ao tratamento de doenças crônicas, bem como a implementação de ações intersetoriais de promoção da saúde, envolvendo alimentação saudável, atividade física, controle do tabagismo e redução do consumo de álcool. Também será necessário adotar metas progressivas de redução da taxa de mortalidade prematura por DCNTs, alinhadas às metas nacionais e globais, como a proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de reduzir esse indicador em 30% até 2030.

Outro indicador fundamental para avaliar a saúde e o desenvolvimento de uma população é a taxa de mortalidade infantil, pois reflete diretamente as condições socioeconômicas, sanitárias e de assistência médica de um país ou região. Ela mede o número de crianças que morrem antes de completar um ano de idade para cada mil nascidos vivos, servindo como um termômetro da qualidade de vida e da eficiência dos serviços de saúde, especialmente no que diz respeito à atenção pré-natal, parto, e cuidados neonatais.

Além disso, esse indicador é crucial para identificar desigualdades regionais e sociais, orientar políticas públicas e investimentos em saúde, educação e saneamento básico, e monitorar o progresso no cumprimento de metas de desenvolvimento, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Reduzir a taxa de mortalidade infantil significa garantir melhores condições de sobrevivência e bem-estar para as crianças, refletindo avanços na proteção social e na qualidade de vida da população como um todo.

Quanto a este indicador, a análise realizada no período de 2020 a 2023 (figura 10) apresenta variações significativas, com um aumento inicial em 2021, seguido por quedas e novos aumentos.

Óbitos p/Residênc por Ano do Óbito segundo Faixa Etária
Município: 432000 SAPUCAIA DO SUL
Faixa Etária: Menor 1 ano
Período: 2020-2023

Faixa Etária	2020	2021	2022	2023
TOTAL	14	16	9	13
Menor 1 ano	14	16	9	13

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) para mais informações.

Figura 10. valores quantitativos de mortalidade infantil (<1 ano) no município de Sapucaia do Sul).
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

O aumento observado em 2021 pode estar relacionado ao impacto da pandemia de COVID-19, que afetou diretamente os serviços de saúde, a atenção pré-natal e o acesso a cuidados básicos para gestantes e recém-nascidos, resultando em maior vulnerabilidade infantil.

A queda significativa em 2022 indica uma possível recuperação dos sistemas de saúde, com a retomada das campanhas de vacinação, melhoria no atendimento e maior conscientização sobre cuidados materno-infantis.

O novo aumento em 2023 pode refletir instabilidades temporárias, como novas ondas da pandemia, dificuldades econômicas ou interrupções nos serviços de saúde. Por fim, a expectativa de redução em 2024 sugere avanços concretos em políticas públicas de saúde, maior acesso a serviços especializados, melhorias socioeconômicas e investimentos em prevenção, refletindo um cenário mais favorável para a saúde infantil. Dessa forma, as oscilações da taxa refletem tanto o impacto de crises externas, como a pandemia, quanto a capacidade de adaptação e fortalecimento do sistema de saúde ao longo do período.

Essas tendências apontam para a importância de um planejamento estratégico e intersetorial, orientado por dados atualizados e pelo monitoramento contínuo dos indicadores de mortalidade. A partir desse diagnóstico, o Plano Municipal de Saúde deve priorizar ações que busquem não apenas reduzir os óbitos evitáveis, mas também promover equidade, qualidade da atenção e melhoria das condições de vida da população local.

2.2.3 - Agravos de notificação compulsória

Os agravos e doenças de notificação compulsória são aquelas que, devido ao risco potencial de disseminação e ao impacto significativo na saúde pública, devem ser obrigatoriamente comunicadas pelas unidades de saúde às autoridades sanitárias. A notificação tempestiva dessas doenças é um instrumento estratégico para o monitoramento, controle e prevenção de surtos e epidemias, permitindo uma resposta rápida e coordenada das autoridades de saúde. Esse processo contribui para a proteção da coletividade, fundamental para a organização e eficiência das políticas públicas de saúde no município.

O conceito de notificação compulsória é respaldado por normativas legais que garantem a segurança e a saúde da população, assegurando que os dados epidemiológicos sejam coletados e analisados para promover ações eficazes de controle. No Brasil, a Lei nº 6.259/75 e a Portaria MS/GM nº 1.271/98 estabelecem as diretrizes e obrigações para a notificação de doenças e agravos à saúde. De acordo com essas legislações, a notificação deve ser realizada independentemente do consentimento do paciente, pois o interesse público prevalece sobre o direito individual, especialmente em situações de risco iminente de surtos ou epidemias.

A notificação compulsória desempenha um papel crucial na vigilância em saúde, pois permite a identificação precoce de doenças emergentes, reemergentes e de comportamento epidêmico. Além de facilitar o mapeamento das tendências epidemiológicas, a notificação fornece dados essenciais para a alocação eficiente de recursos e o planejamento de estratégias de intervenção. Tais ações são fundamentais para a prevenção, controle e, quando possível, erradicação de doenças, minimizando os impactos negativos à saúde da população e evitando o colapso dos sistemas de saúde.

A lista atualizada de doenças e agravos de notificação compulsória no Brasil é definida pela Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025. Esta portaria altera o Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, incluindo a esporotricose humana na lista de doenças, agravos e eventos

de saúde pública que devem ser notificados obrigatoriamente pelos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional .

Além disso, a Portaria GM/MS nº 5.201, de 15 de agosto de 2024, também atualizou essa lista, incluindo novas doenças relacionadas ao trabalho, como: câncer relacionado ao trabalho; dermatoses ocupacionais; distúrbio de voz relacionado ao trabalho; infecção pelo vírus da hepatite B em gestantes, parturientes ou puérperas, e crianças expostas ao risco de transmissão vertical da hepatite B; esões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT); perda auditiva relacionada ao trabalho; pneumoconioses relacionadas ao trabalho; e transtornos mentais relacionados ao trabalho

Essas atualizações refletem a necessidade de monitoramento e controle de doenças com potencial de impacto significativo à saúde pública, incluindo aquelas relacionadas ao ambiente de trabalho. A inclusão dessas condições na lista de notificação compulsória permite uma resposta mais eficaz e coordenada das autoridades de saúde.

2.2.3.1 Dengue

No Estado e no município a dengue vem se tornando endêmica e por vezes epidêmica. Tal fato requer adequações em questões de saúde pública para evitar o controle da doença e assim seu potencial de risco para aumento da gravidade. Dessa forma, cabe a vigilância epidemiológica realizar a fiscalização, controle, registro e demais trâmites burocráticos relacionados a essa doença.

Entre 2019 e 2024, observou-se uma variação significativa nos casos de dengue registrados, com destaque para 2024, que apresenta um aumento expressivo nos números (gráfico 6).

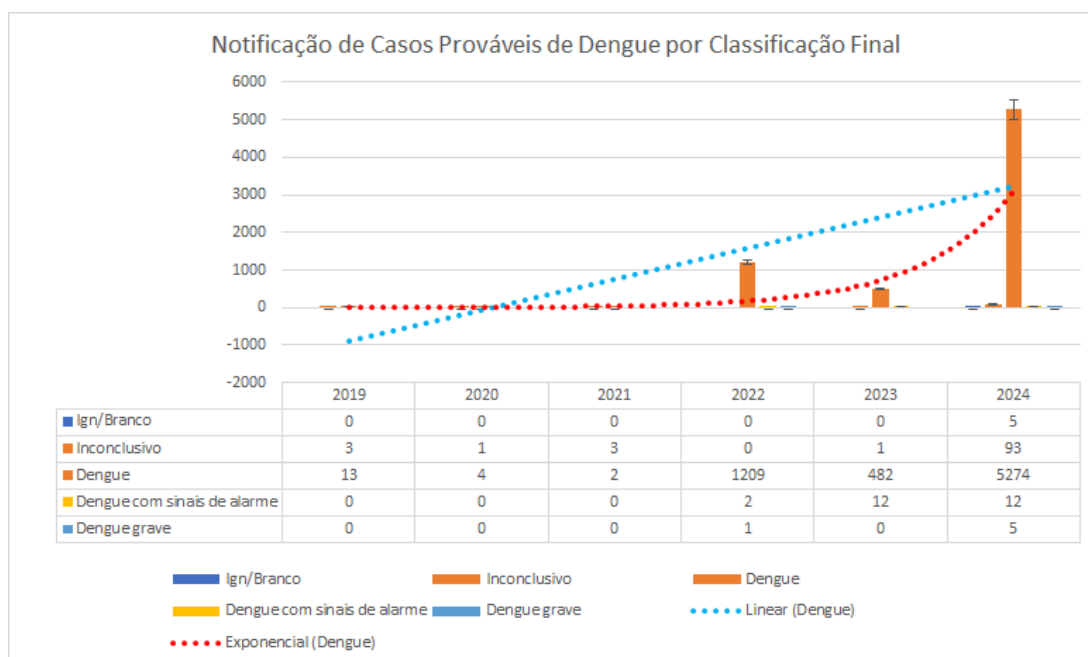


Gráfico 6. Notificação de casos de dengue entre 2019-2024.

FONTE:MS/DATASUS/SINAN/2025.

Nos primeiros três anos, os casos de dengue foram baixos, com 13 casos em 2019, 4 em 2020 e 2 em 2021, enquanto os registros de casos inconclusivos se mantiveram limitados. No entanto, em 2022, houve um grande aumento, com 1209 casos de dengue, indicando um surto considerável. Esse aumento foi acompanhado por um pequeno número de casos com sinais de alarme e dengue grave.

Em 2023, os casos de dengue caíram para 482, mas o número de casos com sinais de alarme e dengue grave aumentou, sugerindo um quadro mais grave para alguns pacientes. O ano de 2024, por sua vez, registrou um aumento dramático, com 5274 casos de dengue, acompanhados por 93 registros inconclusivos, o que pode indicar desafios no diagnóstico ou na coleta de informações. O número de casos com sinais de alarme e dengue grave permaneceu relativamente baixo, mas o aumento no total de casos reflete a gravidade do surto atual.

A ascensão dos casos inconclusivos e o aumento substancial de casos em 2024 indicam um possível surto exacerbado ou uma melhoria na notificação da doença. Esse padrão de aumento, seguido por uma diminuição e depois um novo

pico, pode ser um reflexo de ciclos sazonais de dengue ou de variações no controle e monitoramento da doença.

2.2.4 - Fatores determinantes de saúde

Um conceito que é norteador e fundamental em saúde pública é o de determinantes em saúde. Determinantes em saúde são os fatores que influenciam a saúde de indivíduos e populações, estando relacionados a prevalência de certas doenças em determinados grupos sociais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros órgãos classificam os determinantes em algumas categorias principais que permeiam a relação saúde-doença.

Determinantes socioeconômicas: educação, emprego, renda, condições de moradia, acesso a alimentos saudáveis, exclusão social ou discriminação;
Determinantes econômicos: nível de desenvolvimento econômico e distribuição de renda que estão relacionadas diretamente ao acesso à serviços de saúde, acesso à água potável e saneamento básico;
Determinantes ambientais: são fatores do ambiente físico como poluição do ar/água, condições sanitárias e climáticas;
Determinantes biológicos e genéticos: sexo, idade, genética e predisposição a doenças hereditárias;
Determinantes comportamentais: relacionados a hábito de vida, como alimentação, prática de exercícios físicos, tabagismo, consumo de álcool e drogas entre outros;
Determinantes do sistema de saúde: acesso e qualidade dos serviços de saúde, como cobertura do SUS ou saúde suplementar, número de médicos e hospitais disponíveis e principalmente políticas públicas em saúde;

2.3 Análise da oferta e da organização dos serviços de saúde

A análise da oferta e da organização dos serviços de saúde do município de Sapucaia do Sul tem como objetivo compreender o funcionamento do sistema de saúde local, identificar as principais características da rede assistencial, avaliar a

distribuição de serviços e recursos disponíveis, bem como a qualidade do atendimento prestado à população. Este processo envolve o levantamento de dados sobre os serviços oferecidos, além da infraestrutura existente.

A rede de atenção à saúde - RAS, deve ser organizada de forma integrada, para que a transição entre os diferentes níveis de atenção seja fluida e contínua. A coordenação entre os níveis de atenção é fundamental, sendo mediada pela Atenção Primária à Saúde, que deve atuar como porta de entrada, direcionando os pacientes para os níveis superiores conforme necessário, garantindo a continuidade do cuidado.

Quanto a RAS no município esta é composta por diferentes níveis de atenção que buscam garantir uma organização dos serviços de saúde, para que a população tenha acesso adequado e contínuo aos cuidados de saúde, sendo composta pelos seguintes níveis de atenção:

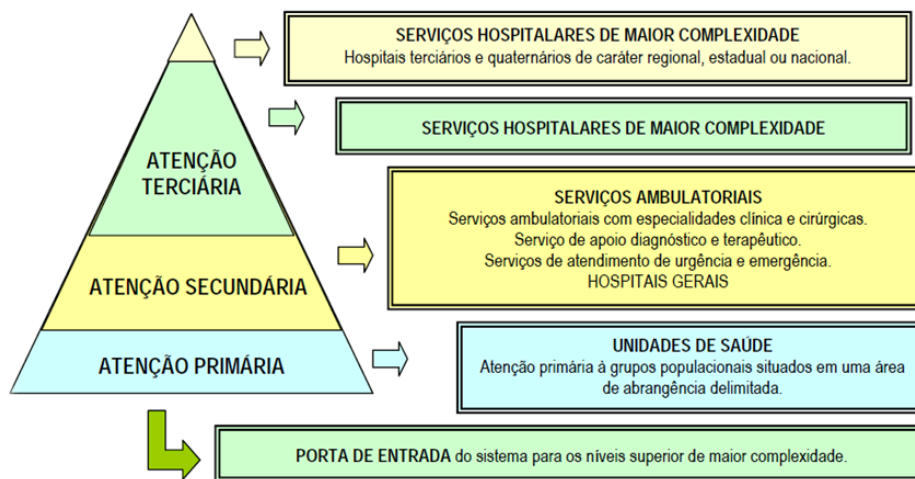
Atenção Primária à Saúde (APS) - o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde, onde sua principal função é promover a saúde, prevenir doenças, realizar o diagnóstico precoce e coordenar o atendimento de forma acessível, resolutiva e focada na integralidade do cuidado.

Atenção Secundária à Saúde - se dá quando o paciente precisa de cuidados especializados, mas que não exigem a complexidade dos serviços de alta complexidade. Nesse nível, as unidades de saúde oferecem serviços de diagnóstico, tratamento especializado e acompanhamento em áreas específicas da medicina.

Atenção Terciária à Saúde - é voltada para os serviços de alta complexidade, incluindo internações e tratamentos de doenças graves ou que necessitam de tecnologias avançadas.

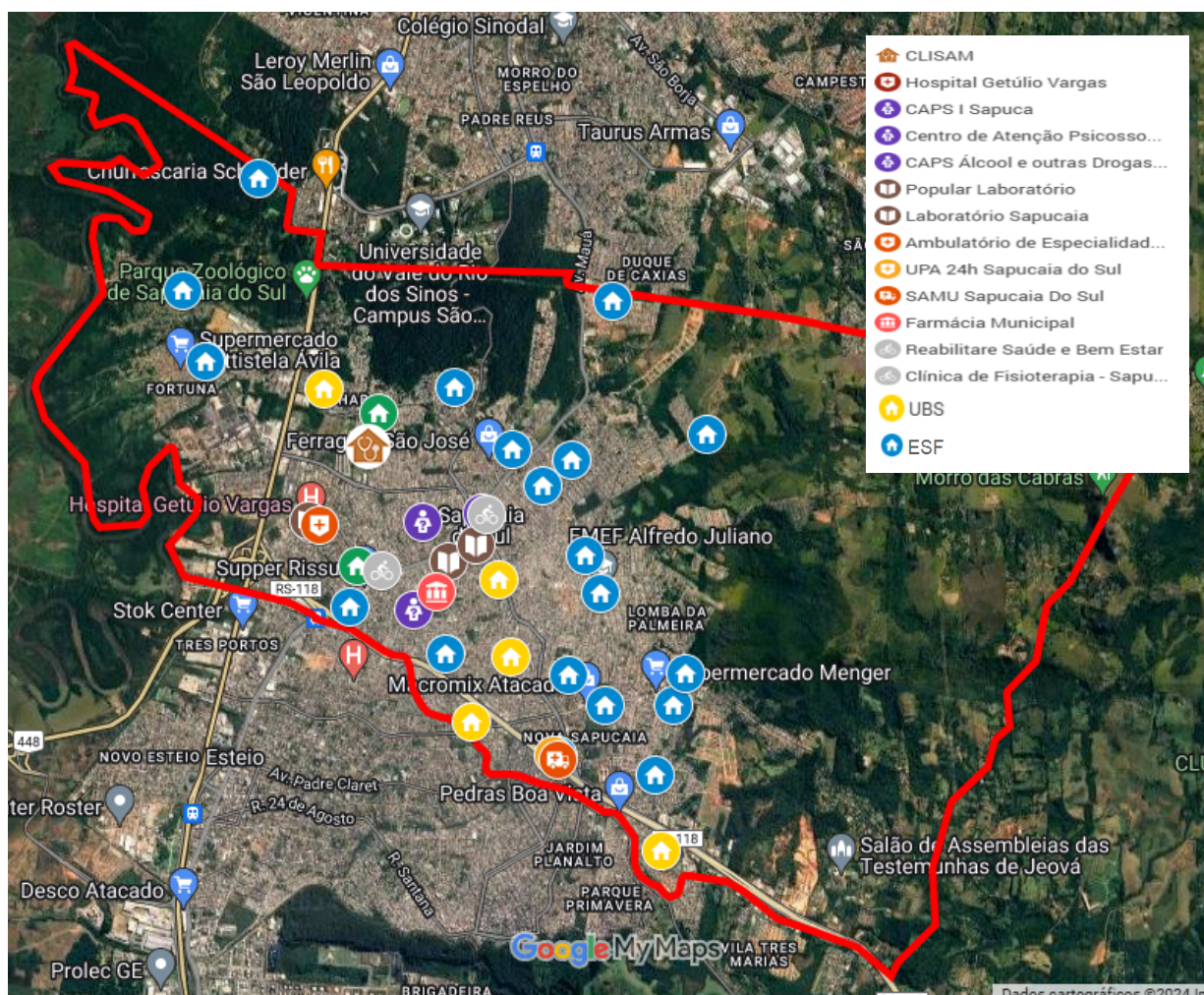
Portanto, a rede de atenção à saúde (RAS) constitui “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Cabe destacar que a gestão dessa rede de

atenção enfrenta desafios como a falta de recursos, a sobrecarga nos serviços de saúde e a necessidade de uma maior articulação entre os diferentes níveis.



Fonte: Rede Humanizaus, 2016

É pela heterogeneidade de distribuição de sua população que o município concentra grandes esforços em proporcionar assistência à saúde. Até o momento, o município conta com uma ampla rede de saúde (figura 11) que engloba: 24 Unidades Básicas de Saúde, sendo compostas por 24 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESFs), 17 Equipes de Atenção Primária (EAPs) e 32 Equipes de Saúde Bucal; 1 Equipe de Saúde Prisional; 1 Clínica especializada em Saúde da Mulher (CLISAM); 1 Centro de Serviço de Ambulatório Especializado de Infectologia (SAE); 1 Unidade de Referência para Tuberculose (URTB); 1 Centro de Especialidades Clínicas; 3 Centros de Atenção Psicossociais (CAPSII, CAPS AD e CAPSij); 1 Unidade de Pronto-Atendimento (UPA); cobertura do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e 1 Hospital 100% SUS, além de outros serviços ofertados na forma de credenciamento ou terceirização - exames laboratoriais, fisioterapia, dentre outros.



2.3.1 Rede de Atenção Primária à Saúde

A Rede de Atenção Primária à Saúde (APS) é a base fundamental para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), representando a porta de entrada e a principal interface entre a população e os serviços de saúde. No âmbito do município, a APS desempenha um papel crucial na promoção da saúde, prevenção de doenças e no cuidado integral e contínuo da população. Sua atuação é essencial para garantir o acesso universal, igualitário e de qualidade aos serviços de saúde, atendendo às necessidades de saúde da comunidade de forma próxima e resolutiva.

A organização da rede de atenção primária no município visa, principalmente,

proporcionar cuidados de saúde que vão além do tratamento de doenças, integrando ações de promoção da saúde, educação sanitária, imunização e acompanhamento de condições crônicas. A estrutura da APS é composta por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), equipes de Atenção Primária (eAP), equipe de Saúde Prisional (eAPP), equipes de Saúde Bucal (eSB), e-multi, agentes comunitários de saúde e outros profissionais da saúde, tem como objetivo oferecer uma atenção personalizada e contínua, adaptada às características e necessidades de cada território.

2.3.1.1 Equipes de Saúde da Família

De acordo com o Ministério da Saúde (2025), a Equipe de Saúde da Família (ESF) - além de ser a principal porta de entrada da população aos serviços de saúde e ter como objetivo garantir cuidados contínuos aos indivíduos dentro de um território - é o modelo assistencial prioritário da Atenção Primária à Saúde, sendo o responsável por desenvolver ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integradas e da gestão qualificada. É dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes multiprofissionais assumem responsabilidade sanitária.

A ESF possui responsabilidade longitudinal pelos usuários da rede de serviços de saúde, mantendo relação constante com estes, ao longo da vida, e isso deve ocorrer independentemente da presença ou ausência de doença, garantindo-se o cuidado integral (STARFIELD, 2002). Para os idosos, a longitudinalidade do cuidado é especialmente importante devido à maior probabilidade de doenças crônicas e à necessidade de um acompanhamento contínuo para garantir a qualidade de vida (SILVA et al., 2021). Sabe-se que a expansão da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos está diretamente ligada a melhorias no acesso, na longitudinalidade e na utilização de serviços de saúde para idosos, por pessoas com menor renda e por portadores de doenças

(MACINKO; MENDONÇA, 2018). Dessa forma, a fim de ampliar o acesso para a população em geral, tem-se como meta ampliar a cobertura em atenção básica para 90% de ESF no município durante o próximo quadriênio, seja construindo novas Unidades, seja convertendo Equipes de Atenção Primária (EAP) em ESFs, ampliando estruturas físicas já existentes e ampliando contingente de recursos humanos (figura 12).

Médias de cobertura potencial da APS dos anos 2021 a 2024 - Sapucaia do Sul

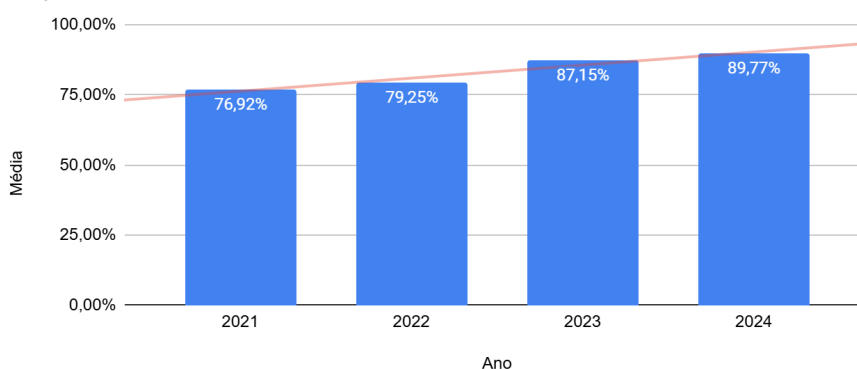


Figura 12. Médias de cobertura da Atenção Primária no município de Sapucaia do Sul.
Fonte: SIAPS/E-gestor

Observa-se um aumento considerável das áreas de ocupação territorial em Sapucaia do Sul nos últimos anos, o que aumenta também o número de pessoas atendidas, em sua maioria com baixa renda, em cada Unidade de Saúde. Esse dado pode ser comprovado com o número de Cartão SUS do município, que atualmente está em 192.000 (cento e noventa e dois mil), em contrapartida da população, que está 136.542 (Cento e trinta e seis mil, quinhentos e quarenta e dois habitantes). Importante ressaltar que parte da demanda reprimida observada nas Unidades se deve, portanto, ao aumento de usuários nas áreas de ocupação territorial sem a ampliação da rede de saúde. Uma parcela da população excedente, que vive em áreas mais periféricas, pode ter dificuldade de acesso ao serviço, em virtude dessa situação.

Concomitante a isso, há uma mudança no perfil epidemiológico dos usuários não somente em Sapucaia do Sul, como em todo o Brasil: o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indica que o país está enfrentando um

envelhecimento populacional significativo - a proporção de idosos (60 anos ou mais) na população quase duplicou - de 8,7% para 15,6% entre 2000 e 2023. A expectativa de vida também tem aumentado, atingindo 76,4 anos em 2023 e superando o patamar pré-pandemia (AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS, 2024; AGÊNCIA GOV, 2024).

2.3.1.2 Equipe de Saúde Bucal (eSB)

Desde sua implantação, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Brasil Sorridente tem modificado a vida de milhões de brasileiros por meio do acesso aos serviços odontológicos de forma gratuita no Sistema Único de Saúde (SUS). Os serviços de menor complexidade são ofertados em Unidades Básicas de Saúde, que são a porta de entrada do cidadão na Rede de Atenção à Saúde. Já os atendimentos odontológicos mais complexos poderão ser realizados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e, quando necessário, em hospitais.

O município conta hoje com vinte e três equipes de saúde bucal compondo ESFs (algumas delas contam com Equipes de Atenção Primária - eAPs para atendimento da população fora de área, como a ESF Colina Verde, ESF Boa Vista, ESF Silva e ESF Vargas).

A ESF Natal conta com duas equipes de saúde da família, porém apenas uma equipe de saúde bucal. Considera-se essa proporção um fator limitante ao processo de implantação das eSB, tornando o percentual e cobertura para eSB superestimado: ter um dentista para, em média, 6.900 pessoas impõe aos profissionais um volume de demanda de procedimentos clínicos curativos que compromete a incorporação da filosofia da ESF no processo de trabalho (SILVA et al., 2008). A relação de uma eSB para cada equipe de saúde da família é uma forma de organizar a atenção à saúde bucal, garantindo que ela seja acessível e integrada à atenção primária, promovendo a saúde bucal da população.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2017), as eSB podem apresentar-se de duas modalidades diferentes: Modalidade I: Cirurgião-dentista e

auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB), e Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB. Independentemente da modalidade adotada, as eSB devem ter carga horária de 40 horas semanais em ESF. Em modelo assistencial do tipo EAP pode haver somente a modalidade I, e ter carga horária mínima individual de 20 ou 30 horas semanais em modelo assistencial de acordo com as características e necessidades de cada município. A Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, esclarece sobre o incentivo financeiro de custeio mensal por eSB: modalidade I - 40 horas: R\$2.453,00; e modalidade II - 40 horas: R\$3.278,00.

Sendo assim, além de comprometer a qualidade do serviço prestado pela eSB na Atenção Básica com a proporção de duas Equipes de Saúde da Família para uma eSB na ESF Natal, perde-se no mínimo R\$2.453,00 de incentivo mensal por não haver duas eSB atuando no local. Fomenta-se, portanto, para o período de 2026 a 2029, a criação de mais eSBs para que se estabeleça a paridade entre equipes de saúde da família e eSBs nas Unidades que tenham como modelo assistencial a Estratégia de Saúde da Família.

Portanto, atualmente o município de Sapucaia do Sul conta com uma rede de atenção à saúde bucal bem consolidada na Atenção Básica, com vinte e oito consultórios odontológicos equipados e em funcionamento para prestar assistência à população, sendo 23 consultórios vinculados a ESF, 1 consultório na Unidade Prisional e 4 consultórios em UBS. Entretanto, não há nenhum CEO para o encaminhamento dos usuários que apresentam questões odontológicas de maior complexidade. Desse modo, ao não ofertar o tratamento para as condições de saúde bucal mais complexas, constata-se prejuízos à coordenação do cuidado no âmbito do SUS.

O município conta com serviços especializados que complementam a rede de saúde bucal: próteses dentárias disponibilizadas através de empresa credenciada; a especialidade de Estomatologia é atendida via EstomatoNet/TelessaúdeRS e regulada via Gercon; atendimento em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

(CTBMF) a nível hospitalar regulado via Gercon; e atendimentos a Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) no Hospital Bom Pastor em Igrejinha.

A falta de serviço odontológico em outras especialidades em Sapucaia do Sul prejudica a resolutividade dos problemas de saúde bucal da população. O fato de não haver referência local para as especialidades de Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor, PNE e Estomatologia dificulta o acesso universal e gratuito aos cuidados odontológicos previstos na PNSB.

Desse modo, a implantação de um CEO garantirá a ampliação da Rede de Atenção à Saúde Bucal, permitindo a resolutividade de casos mais complexos que ultrapassam as possibilidades da Atenção Básica. O CEO descentraliza o acesso, reduz deslocamentos, permite maior eficiência nos atendimentos e atua como ponto de apoio clínico e técnico às equipes das unidades de saúde. Cabe destacar que o CEO pode ser credenciado junto ao Ministério da Saúde, recebendo incentivo financeiro para sua implantação e manutenção. Desse modo, representa uma estratégia sustentável de ampliação da rede, com possibilidade de custeio compartilhado.

OBJETIVOS GERAL SAÚDE BUCAL:

Qualificar e ampliar o acesso da população de Sapucaia do Sul à atenção integral em saúde bucal, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, ampliando a cobertura das equipes de saúde bucal da atenção básica e por meio da implantação de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

OBJETIVOS E METAS DE SAÚDE BUCAL 2026-2029 (DOMI)

Objetivo	Meta	Ações	Indicador
Expandir a cobertura das equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária.	Aumentar o número de equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e Atenção Básica.	<ul style="list-style-type: none"> - Adequação estrutural de Unidades Básicas de Saúde antigas para receber novos consultórios odontológicos e construção de novas UBS. - Aquisição e instalação de equipamentos odontológicos. 	Número de consultórios odontológicos em funcionamento.
Expandir a atenção especializada em saúde bucal por implantar o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no município.	Implantar 1 CEO tipo I.	<ul style="list-style-type: none"> - Readequação estrutural do espaço físico. - Iniciar com a especialidade cirurgia oral menor. - Instalação de mais 1 cadeira odontológica no espaço do CEO. - Contratação de profissionais especialistas. - Aquisição de insumos/instrumentais/equipamentos para atendimento especializado. 	CEO implantado.
Manter o acesso a reabilitação oral por meio de próteses dentárias removíveis.	Garantir produção mínima de 240 próteses/ano (média 20/mês).	<ul style="list-style-type: none"> - Organização da fila de espera regulada. - Realizar novo credenciamento do Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) para atendimento do usuário por dentista do município e em local do município. - Realizar contratação de dentista especialista em prótese dentária. - Atendimento a ser realizado no espaço do CEO ou em outro local acessível da rede municipal. 	Entrega entre 20 e 50 próteses/mês.
Implantar regulação municipal em saúde bucal.	Realizar regulação municipal em saúde bucal por profissional da Regulação Municipal baseado em Protocolos Municipais.	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar com a implantação da regulação municipal para oferta de prótese dentária. - Criar protocolos de encaminhamentos ao serviço especializado em saúde bucal. - Ter profissional responsável pela regulação odontológica. - Ampliação da rede de atenção especializada em saúde bucal (via CEO). 	Regulação municipal em saúde bucal implantada.
Qualificar o processo de aquisição de insumos/instrumentais/ equipamentos odontológicos no	Efetivar no setor de compras pelo menos um profissional com conhecimento em odontologia.	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar profissionais nas especificidades do processo de compras públicas. - Revisar e padronizar o processo de aquisição de todos os insumos/instrumentais/ 	Efetivar presença de um profissional com conhecimento técnico em odontologia no setor de compras do almoxarifado municipal.

almoxarifado municipal.		equipamentos odontológicos do município.	
Promover hábitos de higiene bucal em escolares de 6 a 12 anos com a realização de escovação dentária supervisionada em ambiente escolar.	Realizar escovação dentária supervisionada em pelo menos 80% dos escolares de 6 a 12 anos matriculados em escolas públicas da área adscrita.	<ul style="list-style-type: none"> - Execução de atividades coletivas de escovação dental supervisionada em escolas da rede pública municipal e estadual. - Capacitação de professores e agentes de saúde bucal para atuarem nas atividades de educação em saúde. - Distribuição de kits de higiene bucal (escova, creme dental e fio dental). - Garantir que os cirurgiões-dentistas e ASB compreendam sua responsabilidade do registro no G-mus por incluir essa pauta nas reuniões de equipe e de núcleo, fomentando a co-responsabilidade da informação. - Acompanhamento do indicador por equipe de saúde e escola. 	Escovação dentária supervisionada em faixa etária escolar (de 6 a 12 anos).
Garantir o acesso oportuno à atenção básica em saúde bucal, por meio da primeira consulta odontológica programada.	Garantir o acesso oportuno e humanizado à primeira consulta odontológica para a população adscrita, priorizando gestantes, crianças e grupos vulneráveis.	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar o acesso oportuno aos cuidados odontológicos programados, especialmente para grupos prioritários (gestantes, crianças - escolares e grupos vulneráveis). - Realizar busca ativa de usuários que nunca realizaram consulta odontológica, especialmente gestantes, crianças - escolares e grupos vulneráveis. - Capacitar as equipes de Saúde Bucal sobre a importância da consulta odontológica programada no cuidado contínuo. - Garantir que os cirurgiões-dentistas compreendam sua responsabilidade do registro no G-mus por incluir essa pauta nas reuniões de equipe e de núcleo, fomentando a 	Primeira consulta odontológica programada

		co-responsabilidade da informação. - Monitoramento do indicador no SISAB/e-SUS.	
Promover a continuidade do atendimento, o vínculo com a equipe e resolutividade do cuidado odontológico.	Garantir a integralidade do cuidado em saúde bucal por meio da conclusão dos tratamentos odontológicos iniciados.	- Capacitar as equipes de Saúde Bucal para estruturar agenda com horários reservados para continuidade e finalização dos tratamentos já iniciados. - Promover ações educativas na sala de espera e junto a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico para evitar e diminuir o absenteísmo às consultas. - Garantir que os cirurgiões-dentistas compreendam sua responsabilidade do registro no G-mus por incluir essa pauta nas reuniões de equipe e de núcleo , fomentando a co-responsabilidade da informação. - Monitoramento do indicador no SISAB/e-SUS.	Tratamento odontológico concluído
Ampliar o acesso a tratamentos restauradores minimamente invasivos.	Inserir efetivamente a técnica de ART nas escolas e visitas domiciliares.	- Incluir o tema em capacitações contínuas para dentistas e auxiliares de saúde bucal. - Garantir a oferta regular de insumos pelo almoxarifado. - Associar o ART com educação em saúde, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor. - Garantir que os cirurgiões-dentistas compreendam sua responsabilidade do registro no G-mus por incluir essa pauta nas reuniões de equipe e de núcleo , fomentando a co-responsabilidade da informação. - Monitoramento do indicador no SISAB/e-SUS.	Tratamento restaurador atraumático (ART).
Promover a saúde bucal e reduzir a incidência de cáries e doenças periodontais.	Ampliar o acesso e a efetividade das ações preventivas em saúde bucal na Atenção Primária, com foco na educação em saúde, controle de fatores de	- Ampliar a oferta de procedimentos odontológicos preventivos nas Unidades de Saúde e espaços sociais como aplicação de flúor tópico, escovação supervisionada, ações educativas em escolas e grupos de risco.	Procedimentos odontológicos preventivos.

	risco e promoção de hábitos saudáveis.	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir que os cirurgiões-dentistas e ASB compreendam sua responsabilidade do registro no G-mus por incluir essa pauta nas reuniões de equipe e de núcleo, fomentando a coresponsabilidade da informação. - Monitoramento do indicador no SISAB/e-SUS. 	
Reduzir a necessidade de extrações dentárias (exodontias).	Promover a redução progressiva da taxa de exodontias em pelo menos 10% ao ano, conforme a Política Nacional de cofinanciamento implantada a partir de junho de 2025.	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar o acesso à atenção odontológica preventiva e resolutiva, com ênfase em ações de promoção de saúde, diagnóstico precoce e tratamento conservador das doenças bucais. - Qualificar as ações preventivas e conservadoras por meio de educação permanente de profissionais de saúde. - Monitoramento do indicador no SISAB/e-SUS. 	Taxa de exodontias realizadas.

2.3.1.3 Equipe de Saúde Prisional

Além do atendimento realizado pelas Unidades Básicas de Saúde, elencadas acima, o município também conta com Equipe de Saúde Prisional, que assiste às pessoas privadas de liberdade que chegam até a Penitenciária Estadual de Sapucaia do Sul.

A Penitenciária Estadual de Sapucaia do Sul – PESS teve o seu funcionamento regulamentado a partir da Ordem de Serviço Conjunta nº 003, de 28 de agosto de 2020, para atuar como Central de Triagem e Isolamento de pessoas presas ingressantes no Sistema Prisional do Estado do Rio Grande do Sul, como forma de prevenção e mitigação dos efeitos da COVID – 19, conforme publicação feita em Diário Oficial Nº 178 do Estado do Rio Grande do Sul, publicado na cidade de Porto Alegre, no dia 31/08/2020.

Determinaram a inauguração, em caráter emergencial, da Penitenciária Estadual de Sapucaia do Sul – PESS –, como Central de Triagem e Isolamento – CTI –, com vista ao isolamento preventivo das pessoas presas ingressantes no sistema antes de serem encaminhadas aos estabelecimentos prisionais comuns sob a jurisdição das varas de execuções criminais de Novo Hamburgo e do Litoral Norte,

nos termos regulamentados na Ordem de Serviço Conjunta nº 003, de 28 de agosto de 2020.

No momento da inauguração, a equipe da Central de Triagem era composta por um enfermeiro (40h), dois técnicos de enfermagem (36h/40h) e uma médica (40h), que prestavam uma assistência relacionada ao plano de enfrentamento da COVID-19, assim como às demandas de saúde ampliadas, clínicas e de saúde mental.

Atualmente, o serviço configura-se numa Unidade de Saúde Prisional e teve sua equipe ampliada: um Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (40h), duas Técnicas de Enfermagem (40h), um Médico (40h), uma Dentista (40h), uma Auxiliar de Saúde Bucal (40h) e uma Assistente Social (40h).

A Penitenciária Estadual de Sapucaia do Sul tem capacidade para 600 vagas masculinas no regime fechado. Entretanto, a justiça autorizou uma superlotação controlada e, no momento, a população carcerária é de 747 presos, conforme Leonardo Rodrigues Piovesan, enfermeiro da Unidade de Saúde Prisional. A área construída é de 8.900 m², sendo composta por quatro Galerias, com 18 celas cada, sendo que cada uma destas deveria abrigar até oito detentos. No total, cada galeria poderia ter até 150 presos.

O serviço tem por objetivo: garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS; garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade; qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça; contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária; definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS; proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; e garantir o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania.

A atenção integral à saúde da população privada de liberdade refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde

executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).

As equipes de saúde no sistema penitenciário devem estar orientadas e capacitadas para prestar atenção integral à saúde da população privada de liberdade contemplando a promoção da saúde e o controle dos agravos prevalentes. Assim como a gestão das ações de saúde, no sistema penitenciário, deverão estabelecer uma dinâmica inclusiva para atender às demandas emergentes ou antigas, em todos os níveis de atenção.

No que tange a intersetorialidade, as ações de saúde no sistema penitenciário deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e a ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos das pessoas privadas de liberdade no âmbito do SUS e em parceria com outros setores governamentais, especialmente segurança, justiça, trabalho, previdência social e educação.

O atendimento à saúde da população penitenciária deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais por parte dos profissionais de saúde. Além disso, o enfoque inclusivo deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde.

Dentre as ações desenvolvidas pela equipe de saúde do Serviço Prisional, destacam-se as seguintes: triagem de entrada de todos os privados de liberdade que ingressam no PESS; consulta eletivas (Enfermagem, Médica e Odontológica); testagem rápida de ISTs em todos os privados de liberdade; atendimento em HIV/AIDS, que contempla desde o diagnóstico, coleta de exame de carga viral e CD4, início e/ou continuação de tratamento e acompanhamento de saúde; curativos; retirada de pontos; sondagens vesicais; coleta de exames laboratoriais; coleta de exames de escarro; tratamento Diretamente Observado (TDO) de tuberculose; acompanhamento de consultas de tuberculose multidrogas resistente no Sanatório Partenon POA; agendamento de raio X; encaminhamento para especialistas da rede; encaminhamento para internação hospitalar; encaminhamento para cirurgias; encaminhamento para Pronto Atendimento; atendimento de Urgência e Emergência;

vacinação (Gripe, covid, HPV e dT); resposta a ofícios do judiciário; preceptoria de núcleo e de campo da residência; supervisão de estágio; participação em aulas teóricas, mediante convite das instituições; reuniões de equipe; matriciamento com psiquiatra; contato com outros estabelecimentos prisionais para discussão e transferência de casos; contato e atendimento aos familiares, quando necessário; atividades de educação em saúde aos familiares; atividades educativas e controle de vetores da dengue; relatórios de produção ao Departamento de Tratamento Penal (DTP) saúde; atendimento de demandas identificadas pelo setor técnico; atendimento a advogados.

2.3.1.4 Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde

As Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (e-Multi) foram instituídas oficialmente pela Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, como uma estratégia do Ministério da Saúde para qualificar e ampliar o cuidado oferecido no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Essas equipes têm como principal objetivo atuar de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF) e com as equipes de Atenção Primária (EAP), oferecendo suporte especializado e complementando as ações básicas de saúde.

Essas equipes não substituem as equipes de Saúde da Família, mas atuam em parceria, prestando apoio matricial e realizando atendimentos compartilhados, capacitações, discussões de caso e planejamento conjunto das ações. Os principais objetivos da equipe são ampliar o acesso da população a cuidados especializados no território da APS, apoiar as equipes de saúde na condução de casos mais complexos, fortalecendo a resolutividade da APS, promover a integralidade do cuidado, por meio da atuação interprofissional e reduzir encaminhamentos desnecessários para os níveis secundário e terciário da rede.

As eMulti são classificadas em 03 (três) modalidades de acordo com a carga horária de equipe, vinculação e composição profissional: eMulti Ampliada; eMulti Complementar e eMulti Estratégica.

As eMulti são compostas por profissionais de diferentes áreas da saúde, sendo que a equipe do município é uma eMulti Complementar (habilitada em 2024),

composta por profissionais da nutrição, psicologia, fisioterapia, serviço social e medicina, totalizando 200 horas. A equipe do município respeita a carga horária individual mínima médica exigida por equipe que é de 10 horas semanais, bem como a carga horária individual mínima das demais categorias profissionais exigida por equipe que é de 20 horas semanais. Por ser uma e-Multi Complementar, a equipe municipal está vinculada a 9 unidades de saúde (ESFs), conforme preconizado. As equipes vinculadas são: ESF Freitas, ESF Itapemirim, ESF Oswaldo Cruz, ESF São Cristóvão, ESF Carioca, ESF Terra Nova, ESF Natal, São José e ESF Colina Verde.

A equipe eMulti de Sapucaia do Sul realiza diversos tipos de atendimento, como: atendimento individual, em grupo e domiciliar; atividades coletivas; o apoio matricial; discussões de casos; atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; a oferta de ações de saúde à distância; a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território e práticas intersetoriais.

As reuniões de matriciamento são realizadas mensalmente com as equipes de ESF, e a partir do matriciamento são geradas as demandas e então são agendados os atendimentos e ações, de acordo com a necessidade.

Cabe destacar que o serviço não é porta de entrada para o usuário, estando situado na Secretaria Municipal de Saúde. Todos os atendimentos e ações são realizados no território das equipes e do usuário envolvido.

2.3.1.5 Rede Bem Cuidar RS

A Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS) é uma iniciativa do Governo do Rio Grande do Sul dentro do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS). Seu objetivo é fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da colaboração entre estados, municípios, profissionais da saúde e a população, promovendo um cuidado mais humanizado, participativo e adaptado às necessidades locais. Ao aderir à RBC é exigido aos municípios, a disponibilização de um acréscimo de 60 horas com profissionais de nível superior além da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa ampliação da equipe é um dos critérios para a adesão, sendo que essas horas devem ser contabilizadas com

profissionais de pelo menos duas categorias distintas, com no mínimo 10 horas cada.

O programa atua em ciclos de desenvolvimento, com ações específicas para melhorar o atendimento em áreas como saúde da população idosa, puerpério, saúde infantil e planejamento familiar, além de promover a integração com a comunidade.

As ações da RBC/RS se organizam em quatro eixos:

1. Gestão e Processo de Trabalho – Qualificação dos fluxos, protocolos e monitoramento constante das práticas de cuidado;

1. Promoção e Educação em Saúde – Incentivo ao aprendizado com base nas experiências das pessoas envolvidas;

2. Comunicação em Saúde e Ambiência – Criação de ambientes acolhedores e uso de tecnologias para melhorar a comunicação;

3. Participação Social – Fortalecimento de espaços de diálogo entre comunidade e equipes de saúde.

O município de Sapucaia do Sul, até o momento, possui duas Equipes de Estratégia de Saúde da Família com Adesão da RBC, são elas, ESF Terra Nova e ESF Pasqualini.

A ESF Terra Nova aderiu ao programa no ano de 2022 e já possui o Selo Ouro no que se refere a saúde do idoso e o Selo Prata nas práticas de cuidado materno-infantil. Os Selos são certificações concedidas pelo governo do estado do Rio Grande do Sul, através da Rede Bem Cuidar (RBC/RS), para unidades de saúde que atingem metas e demonstram excelência na atenção primária à saúde, é um reconhecimento às unidades que implementaram ações do programa e obtiveram resultados positivos na promoção da saúde da população.

A ESF Terra Nova também foi contemplada com a Portaria SES Nº 864/2023 recebendo o repasse de recursos financeiros para ampliação, tendo também a contrapartida de recursos municipais. A ampliação deve contar com um espaço amplo para realização de grupos de educação em saúde e atividade física, qualificando e potencializando as ações em saúde no território.

A ESF Pasqualini aderiu à RBC em 2024 e ainda está em desenvolvimento das ações do primeiro Ciclo.

2.3.1.6 Programa Primeira Infância Melhor

O programa Primeira Infância Melhor (PIM) é uma política pública estadual do Rio Grande do Sul, criado em 2003 e formalizado como Lei Estadual n.º 12.544 em 2006. Seu principal objetivo é promover o desenvolvimento integral de crianças na primeira infância, integrando as áreas de saúde, educação e assistência social. O PIM adota uma abordagem lúdica e transdisciplinar, fundamentando-se em teorias de renomados estudiosos como Vygotsky, Piaget e Bowlby, além de incorporar pesquisas recentes em neurociência.

As ações têm como foco a promoção do desenvolvimento integral infantil, da parentalidade positiva, bem como a identificação de potencialidades e necessidades das famílias que devem ser articuladas em rede, visando à integralidade do cuidado.

Desenvolve-se através de visitas domiciliares e comunitárias realizadas semanalmente às famílias, visando o fortalecimento de suas competências para educar e cuidar de suas crianças. Promove a atenção às famílias com gestantes e seus filhos de até seis anos de idade, com maior situação de vulnerabilidade, levando em consideração sua cultura e experiências.

A primeira infância é considerada uma janela de oportunidades para o desenvolvimento pleno da criança, impactando posteriormente em sua vida adulta. Para que esse desenvolvimento ocorra de forma saudável, é essencial garantir cuidados que abrangem boa saúde, nutrição adequada e a criação de um ambiente seguro e livre de violências, com proteção e cuidados responsivos. Para isso, os cuidadores devem estar atentos às necessidades das crianças e atender prontamente a essas demandas. O programa Primeira Infância Melhor (PIM), em colaboração com a rede de serviços, atua no apoio a essas famílias, assegurando o acesso a esses cuidados essenciais.

O início das atividades no município de Sapucaia do Sul ocorreu no ano de 2021, com a formação do Grupo Técnico Municipal e posterior à seleção dos estagiários para as atividades nas famílias. A meta pactuada no ano de 2021 era de 24 visitantes e 408 indivíduos, meta esta que diante do avanço dos atendimentos e demandas existentes, foi revisada e ampliada no ano seguinte, para 36 visitantes e

576 indivíduos. Em 2022 por indicação da gestão estadual do programa, o município de Sapucaia do Sul foi escolhido para receber a visita de uma comitiva do Estado do Espírito Santo que buscava conhecer a política com vistas à implantação de uma política nos mesmos moldes naquele estado.

Os critérios e a forma de distribuição do recurso financeiro do PIM estão descritos na Portaria nº 188/2024. A nota técnica 01/2024 DAPPS/PIM orienta sobre os aspectos do Programa, tais como objetivos, público prioritário para atenção, eixos de atuação, atribuições das equipes técnicas e metodologia de atendimento às famílias. A portaria nº 733/2024 estabelece o valor mensal do incentivo financeiro em R\$78,00 (setenta e oito reais) por indivíduo (gestante ou criança) acompanhado no município habilitado ao programa, recurso financeiro distribuído pelo Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS). Este recurso é utilizado para pagamento de pessoal, como também custeio para o desenvolvimento das atividades propostas pela metodologia do PIM. Tendo em vista, a dotação orçamentária das 3 (três) Secretarias envolvidas, que contribuem para o cofinanciamento do PIM no município para o custeio de materiais utilizados e despesas administrativas.

O formato atual de contratação para as vagas de estágio para atuação no programa é através de edital público realizado pela prefeitura municipal, possibilitando a participação de estudantes de ensino superior dos seguintes cursos: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Pedagogia, Psicologia, Saúde Coletiva e Serviço Social. O valor pago pela bolsa auxílio é de R\$856,50 mais R\$10,00/dia de auxílio para o vale transporte, os contratos compreendem um período de seis meses, sendo possível a renovação até completar dois anos.

No final do ano de 2024, devido ao não alcance de no mínimo 80% das metas por mais de 6 meses consecutivos, foi solicitada junto ao PIM Estadual a redução das mesmas, a repactuação reduziu para 16 visitantes e 256 indivíduos sendo gestantes e/ou crianças para atendimentos do PIM, o prazo para o cumprimento é até 30 de junho de 2025.

2.3.1.6.1 Potencialidades do PIM

- Articulação eficiente com a Rede de Serviços através da participação ativa em reuniões de equipe e ações conjuntas, como busca ativa, dia D de vacinação e avaliação de casos, favorecendo uma abordagem integrada e multidisciplinar.
- Supervisão e Monitoramento: a equipe do Grupo Técnico Municipal supervisiona os visitantes diretamente no seu local de trabalho, garantindo acompanhamento contínuo e monitoramento sistemático das atividades executadas, assegurando a qualidade das ações e a efetividade das práticas.
- Formação Continuada para Visitadores abordando temas relevantes para a atuação cotidiana, aprimorando suas competências profissionais para melhor qualificação no atendimento às famílias, possibilitando uma intervenção mais eficaz e informada.
- Maximização dos resultados por meio de ações e informações disponibilizadas pelo PIM que auxiliam o acesso dos usuários aos serviços de saúde, além de a adesão às consultas de pré-natal, puericultura e vacinação, impactando na melhoria dos indicadores de saúde.
- O vínculo com os visitantes gera sensibilização e fornece orientações claras às famílias, promovendo melhorias no cuidado integral das crianças, estabelecendo uma base sólida para a saúde e o bem-estar familiar.
- Promoção de uma comunicação clara e eficaz, incluindo orientações sobre fluxos de atendimento e informações sobre serviços disponíveis. Essa prática tem um papel crucial na construção de confiança, no empoderamento das famílias e no acesso à rede de serviços.
- Realização de acompanhamento do desenvolvimento infantil, com encaminhamentos oportunos a serviços de referência em casos de atraso ou necessidade de especialistas.
- Incentivo ao vínculo entre o cuidador principal e a criança por meio de atividades lúdicas, promovendo interações saudáveis e enriquecedoras.

- Inclusão do PIM em situações de emergência, como ocorreu no período de enchentes, oferecendo suporte a famílias com crianças e gestantes em abrigos temporários, através de ações lúdicas, acolhimento, escuta e orientações.
- Composição de uma equipe multidisciplinar que integra diversas áreas de conhecimento, garantindo uma abordagem abrangente e qualificada no atendimento às famílias. Essas potencialidades refletem o compromisso do PIM em oferecer um atendimento de qualidade, centrado nas necessidades das famílias, promovendo o desenvolvimento saudável e o bem-estar de gestantes e crianças em articulação com a rede.

2.3.1.6.2 Fragilidades do PIM

Ao longo dos três anos de atuação do PIM no município, conseguimos estruturar o programa com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre os serviços disponíveis e captar famílias que se encaixam no perfil para os atendimentos. Esse processo inicial envolveu o contato com as unidades de saúde e demais setores como escolas, CRAS, Conselho Tutelar e o mapeamento dos territórios definidos nas metas de atendimento. Desde então, as demandas têm crescido de forma significativa, e atualmente, a maioria dos atendimentos resulta de encaminhamentos feitos pelos equipamentos da rede, que reconhecem a importância da atuação do PIM para potencializar as ações de cuidado integral.

No entanto, enfrentamos dificuldades para preencher as vagas de estagiários que desempenham a função de visitantes, o que impacta diretamente no cumprimento das metas. Cada visitador é responsável por atender até dezesseis indivíduos, incluindo gestantes e crianças menores de 6 anos. Uma questão crucial que merece destaque é o valor da bolsa auxílio oferecida aos estagiários. Atualmente, esse valor está abaixo do esperado, o que tem gerado dificuldades para muitos estagiários em permanecer no programa durante o período de estágio. Considerando as responsabilidades que assumem, a bolsa auxílio não atende às necessidades básicas, o que pode comprometer sua dedicação e desempenho no trabalho, além de dificultar a vinculação das famílias ao PIM.

2.3.1.6.3 Metas e Objetivos:

- **Cumprimento de Metas Pactuadas:** Garantir a execução de no mínimo 80% da meta acordada com o estado, assegurando o atendimento de 256 indivíduos (gestantes e crianças) pela equipe composta por 16 visitantes. Iniciar o processo de seleção de estagiários, para complementar a equipe e fortalecer o suporte às famílias.
- **Investimento em Valorização de Profissionais:** Avaliar e propor um incremento orçamentário para a bolsa auxílio dos estagiários e, futuramente, criar o cargo de visitador. Essa ação não apenas valoriza o trabalho executado, mas também potencializa os resultados esperados e os indicadores gerais de desempenho.
- **Fortalecimento do Vínculo Familiar:** Potencializar e estreitar o vínculo com as famílias, pois através desta aproximação e do formato de trabalho dinâmico: visitas semanais e comunicação efetiva que o PIM apresenta, aumentam as chances de sucesso em suas ações. Essa abordagem promove maior engajamento e aumenta as chances de sucesso das intervenções realizadas.
- **Integração com a Rede de Serviços:** Fortalecer as ações em colaboração com a rede de serviços de saúde, educação e assistência social, promovendo articulação entre equipes. Realizar atividades em grupos direcionados a gestantes e parceiros, e oferecer orientações em salas de espera sobre desenvolvimento infantil em áreas atendidas pelo programa.
- **Melhoria dos Indicadores de Saúde:** Atuar com as equipes buscando aprimorar os principais indicadores de saúde, como adesão ao pré-natal, vacinação e tratamento para HIV e sífilis em gestantes e parceiros. Implementar estratégias em conjunto que incentivem o cuidado e a conscientização sobre a importância de manter os atendimentos em dia.
- **Sensibilização dos Cuidadores:** Sensibilizar os cuidadores sobre a importância do cuidado responsivo, proporcionando orientações claras sobre como acessar a rede de serviços disponíveis. Desenvolver materiais informativos, palestras, salas de espera, atividades em grupo, ações de educação em saúde, que

esclareçam a relevância do cuidado infantil e os recursos disponíveis na comunidade.

Propõe-se uma abordagem estruturada e colaborativa para enfrentar os desafios, garantindo a efetividade das ações e a melhoria contínua nos serviços prestados às famílias atendidas.

2.3.2 Rede de Atenção Especializada

2.3.2.1 Rede de Atenção Psicossocial

A Política de Saúde Mental brasileira tem sua história pautada pelas mobilizações sociais iniciadas na década de 1980, impulsionadas pelos movimentos de combate à ditadura e pelas experiências exitosas de países europeus na substituição do modelo baseado no hospital psiquiátrico para o modelo de serviços comunitários de base territorial. No Brasil, havia cerca de 100 mil pessoas que viviam institucionalizadas em manicômios, sendo violadas em seus direitos básicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), assim, a partir destes movimentos, as legislações e portarias institucionais apresentam importantes avanços para o fortalecimento e efetivação do modelo de cuidado em saúde mental, buscando a consolidação de um modelo de atenção aberto e de base comunitária, garantindo a circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade.

Esse processo se expressa pelo Movimento Social da Luta Antimanicomial, que resultou em um projeto coletivo pautado na mudança do modelo de atenção aos usuários de saúde mental no país. A Reforma Psiquiátrica preconiza a transformação na forma do cuidado em saúde mental, a substituição dos modelos tradicionais de cuidado centrado na lógica de hospitalização (muitas vezes em hospitais psiquiátricos), o fortalecimento de serviços de saúde mental no território, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além de abordagem e intervenções baseadas na inclusão social e no respeito aos direitos humanos. Também fica orientado a redução gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos, o

encaminhamento progressivo da desinstitucionalização dos moradores de manicômios e a criação de serviços de Atenção Psicossocial.

O Estado do Rio Grande do Sul foi o primeiro estado brasileiro a ter uma Lei específica para a Saúde Mental, com foco na desinstitucionalização (Lei Estadual nº 13.448, de 2010), que determina a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços de atenção psicossocial mais humanizados, buscando garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais e promover a inclusão social, por meio de estratégias territoriais. Também foi pioneiro na criação de serviços de saúde mental de base territorial, por meio da Lei 9.716/1992. No Brasil, a Política de Saúde Mental é regulamentada pela Lei nº 10.216/2001 e pela Portaria nº 336/02, que definem diretrizes para os dispositivos de cuidado em saúde mental e afirmam os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial e regulamentando os CAPS.

A Política Nacional de Saúde Mental abrange as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool ou outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 23 de dezembro de 2011 foi promulgada a Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde, que estabeleceu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Seu objetivo principal é articular os vários pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências, além da ampliação e articulação do acesso à atenção psicossocial da população em geral. A RAPS também visa à promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e de seus familiares e tem como componentes: APS com componente de populações específicas; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. A esse conjunto de serviços de saúde mental integrado e articulado com os diferentes pontos da rede de atenção à saúde, chamamos de Rede de

Atenção Psicossocial (RAPS). Já em 2017, houve alteração e vigência de uma nova legislação (Portaria no. 3588/02017), que amplia a rede de cuidado na saúde mental.

Até o ano de 2009, Sapucaia do Sul contava apenas com um ambulatório de saúde mental – Centro Especializado de Saúde Mental (CESAME), que respondia pelo atendimento de todas as demandas e faixas etárias: crianças, adolescentes, adultos com transtornos mentais graves e persistentes e usuários de álcool e outras drogas. Nesse mesmo ano, foi criado o Programa de Acolhimento Psicossocial álcool e outras drogas (PAP-AD) e a Fundação Hospitalar Getúlio Vargas passou a oferecer internação em saúde mental. Também ocorreu a implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), juntamente com a ampliação das Unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e equipes de Atenção Primária (eAP), em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional da Atenção Primária em Saúde.

No final de 2010, por meio da Lei Municipal nº 3277, de 15 de dezembro de 2010, foram instituídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas modalidades álcool e drogas (CAPS-ad) e CAPS II, com o objetivo de organizar os fluxos de atenção em saúde mental e fortalecer o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, por meio do desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares e comunitários. No início de 2014 ocorreu a nomeação de novos servidores para a implementação do serviço CAPSij. Esses serviços acompanham usuários em sofrimento psíquico com questões graves e persistentes, a partir da complexidade do caso, funcionando com base no cuidado territorializado.

Em 2024 foi instituída a nova Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares, através da Lei nº 14.819/2024. Além disso, houveram atualizações em portarias que ampliaram recursos, qualificaram os serviços já existentes e possibilitaram habilitação de novos.

Atualmente, a Rede de Saúde Mental de Sapucaia do Sul conta com os seguintes serviços:

- 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II (CAPS Bem Estar);

- 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Álcool e outras Drogas tipo II (CAPS AD Passarela);
- 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) infância e juventude (CAPSij SAPUCA);
- Fundação Hospitalar Getúlio Vargas (FHGV), possui 20 leitos para Saúde Mental/Unidade de Psiquiatria e atendimentos psiquiátricos no ambulatório especializado de saúde mental da FHGV para pacientes adultos, com exceção de usuários que fazem uso de Substâncias Psicoativas (SPA);
- 01 Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM), equipe de matriciamento de saúde mental na APS;
- 01 Equipe Multiprofissional na APS (eMulti), que atua em conjunto com as equipes de ESF e UBS.

A Unidade de Saúde Mental da FHGV é referência para casos de usuários com transtornos mentais e pessoas com sintomatologia aguda e riscos em decorrência do uso de substâncias psicoativas, quando os recursos dos serviços comunitários e extra-hospitalares não são suficientes para o cuidado e proteção da pessoa.

Semanalmente, ocorrem reuniões presenciais de discussão de casos entre os CAPS, eMulti, EMAESM e a Unidade Hospitalar de Saúde Mental, com o objetivo de traçar planos terapêuticos após alta hospitalar para a continuidade do cuidado na rede para os usuários.

A Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM) foi implantada em 2021 com o objetivo de ampliar a cobertura da atenção especializada e apoiar os serviços da RAPS. A equipe é composta por psicólogos, assistente social, educador físico e médicos psiquiatras, e está vinculada ao componente especializado da assistência ambulatorial. A EMAESM realiza o matriciamento das equipes de saúde, promovendo discussões de casos, interconsultas e elaboração de planos terapêuticos colaborativos, integrando a rede de cuidado, incluindo CAPS, unidades de internação hospitalar e outros serviços da rede intra e intersetorial. Incentiva a educação permanente para as equipes e a comunidade, além de atuar nos territórios por meio de atendimentos presenciais,

escutas terapêuticas, visitas domiciliares e atividades em grupo, como oficinas e grupos terapêuticos voltados a públicos específicos, como adolescentes, idosos e gestantes, articulando ações e o cuidado em rede. A EMAESM também articula ações com setores como desenvolvimento social, educação, esportes e lazer, buscando oferecer um cuidado integral. Além disso, realiza atividades comunitárias e processos de formação para equipes de atenção primária, promovendo práticas inclusivas e o cuidado em saúde mental.

A proposta da EMAESM fortalece o cuidado em liberdade e de base comunitária, qualificando o acesso e a continuidade do tratamento, por meio da atuação em rede, da abordagem integral e da construção compartilhada dos projetos terapêuticos singulares (PTS). Também colabora com a organização da linha de cuidado em saúde mental no território, atuando com os diversos pontos de atenção da rede.

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços especializados de saúde mental, que se mostram estratégicos e fundamentais na RAPS, pois substituem a lógica hospitalocêntrica, oferecendo cuidado próximo ao território onde o sujeito vive, em serviços abertos na comunidade. São responsáveis por atender pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas. Atuam na perspectiva da reabilitação psicossocial, promovendo o protagonismo do usuário e sua inserção social.

Em Sapucaia do Sul, os CAPS funcionam de segunda a sexta-feira (em dias úteis), no horário das 8h às 18h, com oferta de acolhimento diário, por demanda espontânea ou casos referenciados pelos serviços da rede. Realizam a escuta inicial e processo de avaliação, além da estruturação do plano de cuidado, que pode contemplar: escutas individuais e atendimentos em grupo; inserção em oficinas terapêuticas; atividades de cuidado intensivo como atenção diária e/ou convivência. Também realizam visitas domiciliares, reuniões de rede intra e intersetorial, atividades de apoio matricial para a construção de projetos terapêuticos singulares, entre outras atividades.

Os CAPS têm papel fundamental e articulador na RAPS, fortalecendo a lógica do cuidado contínuo e humanizado. Trabalham com vínculo, acolhimento e corresponsabilização, promovendo o cuidado centrado no sujeito e em sua singularidade. Também participam de atividades de educação permanente, reuniões de rede e construção de protocolos de atenção conjunta com outros serviços da saúde e da assistência social. Cada unidade tem seu perfil específico:

- O CAPS II é voltado ao atendimento de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, especialmente em situações de maior complexidade e risco. Ele conta com uma equipe multiprofissional que realiza atividades terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico e suporte à reinserção social;
- O CAPS AD é especializado no cuidado de pessoas que apresentam sofrimento ou transtornos relacionados ao uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas. Sua atuação é pautada na lógica de redução de danos e/ou abstinência, promovendo ações de saúde e reintegração social por meio de atendimentos individuais e coletivos, em parceria com a rede intersetorial de cuidado;
- Já o CAPS Infante - juvenil é destinado ao cuidado de crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico importante ou decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas, para menores de 16 anos. O serviço atua de forma integrada com as famílias e cuidadores/responsáveis legais, escolas, conselho tutelar e demais equipamentos do território, buscando promover o desenvolvimento infantil, a convivência familiar e comunitária.

Outro espaço em destaque no município é o espaço da Linha de Cuidado em Saúde Mental. Trata-se de espaço de encontro mensal de trabalhadores e representações dos serviços de saúde mental, em todos os níveis de atenção (APS, serviços especializados e atenção hospitalar), em que se discute os fluxos de saúde, questões do processo de trabalho das equipes e, demais assuntos transversais da saúde mental. Além da Linha de Cuidado em Saúde Mental, os serviços da RAPS compõem outros diversos grupos de trabalho e discussões, como as reuniões com o Ministério Público para as discussões na infância e adolescentes, o grupo que

dialoga sobre Pessoas em Situação de Rua, Grupos de discussões em redes com a SMDS e SMED, entre outros espaços de articulações de rede intersetorial.

Apesar dos avanços na constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Sapucaia do Sul, o município ainda enfrenta importantes desafios que precisam ser superados para a qualificação e ampliação do cuidado em saúde mental. Um dos principais entraves identificados está relacionado aos vazios assistenciais voltados a equipamentos de saúde específicos para a população em situação de rua e em extrema vulnerabilidade social. Nesse contexto, evidencia-se a possibilidade de implantação do Consultório na Rua, como dispositivo estratégico da RAPS. De acordo com a Portaria Nº 1.255, de 18 de junho de 2021, o município de Sapucaia do Sul já teria a possibilidade de 01 (uma) equipe financiada pelo Ministério da Saúde (MS). Tal avaliação se deu a partir do cadastro de dados populacionais relacionados à população em situação de rua realizados nos órgãos oficiais, como o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico). Esta política prevê como princípios, além da igualdade e equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universalizado, o respeito às condições sociais e demarcadores da diferença.

O Consultório na Rua tem como objetivo ofertar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (PSR), respeitando suas particularidades e promovendo o cuidado em liberdade. A ausência deste serviço em Sapucaia do Sul limita o cuidado frente às políticas de equidades e o alcance da rede para as PSR, dificultando a vinculação e acompanhamento longitudinal desses usuários com os demais serviços de saúde e assistência social, e junto a rede intersetorial. A implantação permitiria ações itinerantes de cuidado, escuta, vínculo e encaminhamentos efetivos, possibilitando a construção de projetos terapêuticos singulares mais efetivos e humanizados, contemplando as políticas públicas de saúde.

Outro ponto de atenção refere-se à inexistência de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) próprio no município. Atualmente, 14 usuários em

acompanhamento pela RAPS estão em SRTs de outras cidades (SRT credenciados do tipo I e tipo II), com vagas financiadas por Sapucaia do Sul, através de processos licitatórios. A ausência de um SRT próprio compromete a efetividade dos processos de reinserção territorial e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, uma vez que os usuários permanecem distantes de seu território de origem. A implantação de um SRT no município seria importante para garantir o cuidado contínuo e próximo ao local de moradia e pertencimento, possibilitando o acompanhamento mais próximo pelas equipes locais, favorecendo e fortalecendo ações de autonomia dos usuários e, eventualmente, o retorno para a rede de familiar ou rede de apoio ou mesmo o fortalecimento de estratégias da reabilitação psicossocial e produção da autonomia e auto sustentabilidade da pessoa.

Além disso, a rede também necessita da implantação de um Centro de Convivência (CECO), dispositivo fundamental para o fortalecimento das estratégias de reabilitação psicossocial. O CECO tem como finalidade promover a inclusão social por meio de atividades culturais, esportivas, educacionais e de geração de renda, valorizando o protagonismo dos usuários e a construção de redes de apoio e solidariedade. Sua criação contribuiria significativamente para a ampliação das ofertas terapêuticas da RAPS, promovendo o fortalecimento dos vínculos comunitários, o combate ao estigma e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com sofrimento psíquico.

Outro ponto importante de discussão refere-se aos limites de atendimentos estabelecidos pela Portaria nº 336/2002, que regula o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa legislação detalha a ampliação do cuidado oferecido por esses dispositivos de saúde mental, considerando a complexidade dos serviços, os diferentes tipos de CAPS de acordo com a cobertura populacional, suas especificidades e faixas etárias atendidas.

No que diz respeito ao CAPS ij - tipo II (CAPS i II), a portaria determina que a equipe técnica mínima deve ser composta de modo a atender, por turno, até 15 crianças e/ou adolescentes, com um limite máximo de 25 pacientes por dia. No levantamento realizado junto ao serviço CAPSij do município, em 2024, verificou-se que a demanda atualmente ultrapassa esse limite, o que evidencia a necessidade de

ampliar a capacidade do serviço ou implementar recursos adicionais para garantir um atendimento de qualidade a todos os usuários, sem sobrecarregar a equipe e comprometer a eficácia do cuidado.

Adicionalmente, é importante destacar que a legislação municipal prevê uma equipe mínima que inclui um psicólogo a mais na equipe do CAPSad Passarela e do CAPS II Bem-Estar, em detrimento da equipe técnica do serviço CAPSij Sapuca que conta somente com 01 (um) psicólogo de saúde mental. Essa diferenciação pode impactar na oferta de atendimento especializado para crianças e adolescentes, reforçando a necessidade de alinhamento entre a legislação federal, estadual e municipal que possa garantir uma cobertura adequada às demandas específicas de cada público.

Diante disso, é fundamental ampliar e fortalecer estas discussões, verificando quanto a possibilidade e viabilidade de ampliar estes recursos estratégicos, considerando possibilidade de novos financiamentos, ampliando as equipes de saúde mental e novos dispositivos de cuidado, além de ajustar a capacidade de atendimento dos CAPS, de modo a cumprir as diretrizes específicas e assegurando o cuidado integral, qualificado e acessível a toda as populações, e atendendo as necessidades de saúde frente a política de equidades.

Portanto, a superação desses desafios passa pela expansão e qualificação dos serviços que compõem a RAPS, fortalecendo a rede de cuidados com base nos princípios da integralidade, equidade e cuidado em liberdade, possibilitando a reorganização dos processos de trabalho e da atenção psicossocial na rede de cuidado.

2.3.2.2 Serviço de Referência de Tuberculose

Originalmente a Tisiologia estava sob a responsabilidade Estadual do RS até o final da década de 90, localizada junto à Unidade Sanitária na Av. Castro Alves 162, Bairro Santa Catarina, Sapucaia do Sul-RS, onde gradualmente foi descentralizando e sendo municipalizado, mudando o nome de Unidade Sanitária para UCE (Unidade Central de Especialidades) já municipalizada hibridamente (com

alguns funcionários cedidos pelo RS). Já no meados de 2008, a Unidade de Tisiologia municipalizada mudou-se para o Bairro Silva, permanecendo temporariamente e posteriormente juntou-se ao Ambulatório de infectologia na rua Sete de Setembro 35, Bairro Santa Catarina, onde em 2010 a Tisiologia foi cadastrado junto ao CNS: 6608248 como Unidade de Referência da Tuberculose (URTB), e o Ambulatório de Infectologia passou a se chamar Serviço de Atendimento Especializado (SAE). Desde 2019 está alocada junto à UBS Centro, onde recebem residentes, atuando como estágio.

Apesar dos avanços em diagnóstico e tratamento ao longo das últimas décadas, a tuberculose ainda configura como a principal causa de morte por doenças infecciosas no mundo todo. No Brasil, o Rio Grande do Sul é um dos estados com maior incidência de casos de tuberculose, com uma taxa 40% maior que a média nacional. Por se tratar de um importante problema de saúde pública, esforços têm sido empregados para a ampliação do diagnóstico e, por consequência, do tratamento. Desde 2010, a Organização Mundial da Saúde recomenda o teste rápido molecular (TRM-TB) como método inicial para diagnóstico de tuberculose pulmonar. A detecção do material genético do *Mycobacterium tuberculosis* através de biologia molecular (Gene-Xpert MTB/Rif) tornou-se o método diagnóstico preferencial, dada a sua elevada sensibilidade comparada ao exame convencional de baciloscopia (BAAR) - 88% versus 65%. Ainda comparando o TRM-TB com os métodos convencionais, cabe ressaltar a redução do tempo para diagnóstico. A amostra para baciloscopia deve ser coletada e entregue no serviço de saúde, para posterior encaminhamento ao laboratório de referência, o que pode culminar em um tempo para liberação de resultados de cerca de 7 dias. Por sua vez, a cultura de micobactérias depende do processamento da amostra em laboratório de microbiologia, com crescimento que pode levar até 90 dias para ocorrer.

Ambos ainda são fortemente recomendados, porém, associados ao TRM-TB.

O GeneXpert MTB/Rif identifica não apenas a presença do *M. tuberculosis*, mas também a resistência à rifampicina, que é o principal medicamento dos esquemas terapêuticos tuberculostáticos. Trata-se de um método de fácil realização,

com instalação do equipamento in loco e uso de insumos fornecidos pelo Ministério da Saúde, possibilitando resultados em menos de 2 horas.

Já se demonstrou através de diversos estudos que o seu uso aumentou a identificação dos casos de tuberculose, reduzindo o tempo de diagnóstico e, conseqüentemente, interrompendo mais precocemente a cadeia de transmissão. A agilidade do diagnóstico impacta diretamente na adesão ao tratamento, já que se evita a perda de seguimento entre a solicitação do exame e o seu resultado. A URTB, enquanto serviço de referência, considera como prioridade a implantação do Gene-Xpert MTB/Rif no município, que ainda não está disponível.

Atualmente a Unidade de Referência da Tuberculose de Sapucaia do Sul-RS tem atendimento das 08h às 17h. Localizado junto à UBS Centro, setor de tuberculose, av. Justino camboim, 74, Centro, Sapucaia do Sul-RS. Com previsão de mudança em 2025 para a Av. Castro Alves, 162, bairro Santa Catarina, junto ao SAE. É referência regional para 9 municípios da Região 8: Barão, Capela de Santana, Harmonia, Montenegro, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Sapucaia do Sul, pactuado com o Estado em 10 de fevereiro de 2025.

A URTB de Sapucaia do Sul é também Centro de Pesquisa. Atualmente tem parceria para a realização de pesquisa multicêntrica internacional com o HMOV-POA (Hospital Moinhos de Vento) iniciada em 22 de março de 2023, contratualizado até dezembro de 2026, juntamente com o Canadá e Ministério da Saúde.

O fluxo interno municipal é organizado conforme o preconizado pelo Manual de Recomendações para Controle do Combate à Tuberculose no Brasil (2020) 2ª ed., sendo descentralizado o tratamento da pessoa com tuberculose bacilífera, sem complicações, na rede primária, bem como investigação das infecções latentes da tuberculose (ILT) sem complicação.

Já o fluxo de encaminhamento dos usuários com baciloscopia negativa (BAAR) e sintomático; tuberculose extrapulmonar; encaminhamentos do hospital, unidades de pronto atendimento e consultórios privados; transferências de outros

municípios; evolução clínica desfavorável; reações adversas ao esquema básico de tratamento; resistência a quaisquer medicações tuberculostáticas são referenciados para avaliação na URTB.

Destacamos a importância da implementação do Gene-Xpert MTB/Rif como método diagnóstico de tuberculose pulmonar no município de Sapucaia do Sul, o equipamento utilizado para a realização deste foi cedido ao Centro de Pesquisa na URTB-Sapucaia do Sul-RS, participante dos Estudos GXT e TB-Ped conforme Plataforma Brasil em 23 de abril de 2025.

As justificativas para aquisição do equipamento incluem:

- O município possui em seu território a Penitenciária Estadual Sapucaia do Sul com 600 vagas, apresentando uma taxa considerável de detentos com suspeita e diagnóstico de tuberculose, abandono de tratamento ou acompanhamento no Hospital Sanatório Partenon. As amostras de Baciloscopia e culturas coletadas na Penitenciária são encaminhadas pela vigilância e analisadas em laboratório conveniado com município, o que amplia o tempo de processamento até a liberação do laudo;
- Outro ponto a destacar são os exames coletados no Serviço de Infectologia, de genotipagem, CD4 e carga viral para HIV, HCV, HBV e doenças de Chagas, totalizando aproximadamente 60 exames por semana, que são encaminhados para análise no Hospital de Clínicas de POA, com tempo médio de resultado de 30-40 dias. O GeneXpert poderia também ser utilizado para interpretação destes exames. Com o GeneXpert a URTB (Unidade de Referência em Tuberculose) estaria disponível para realizar as análises das amostras de escarro espontâneo e induzidas 5x por semanas, que atualmente são somente 3x/semana;
- O Hospital Municipal Getúlio Vargas possui uma demanda represada potencial de usuários sintomáticos com ausência de produção de escarro, que seriam beneficiados com o Genexpert MTB-Rif, pois atualmente são encaminhados para fibrobroncoscopia (serviço não disponível no município), tomografia ou lavagem gástricas em crianças;

- Agilidade na realização do diagnóstico e início de tratamento, detectar novos casos em fase inicial e a nível ambulatorial que seriam sub investigados ou com tempo diagnóstico tardio e agudizado (UPA/Hospitalar), onerando o SUS.

A equipe atual é composta por 01 infectologista adulto, 01 Pediatra, 01 enfermeiro, 01 técnica de enfermagem (URTB) e o nosso SAE é composto para 02 enfermeiros, 05 infectologistas, 01 pediatra, 4 técnicos de enfermagem, 01 serviço social, 01 psicóloga, 01 farmacêutico, 01 aux. de farmácia, 02 administrativo, 01 coordenação.

No ano de 2024 foram realizados a análise de 797 exames de escarro espontâneo para diagnóstico, 267 para controle e 47 culturas, originadas nas unidades básicas de saúde da rede primária, UPA, PESS, SAE e URTB.

2.3.2.3 Serviço de Atendimento Especializado em Infectologia (SAE Infectologia)

Em Sapucaia do Sul, o início do acompanhamento de pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA) se deu em ambiente intra hospitalar, anterior a 1999, quando foi notado o aumento exponencial dos casos na região de Porto Alegre e região metropolitana, época em que não havia ambulatório específico para atendimento a esta população, e os casos eram identificados conforme a avaliação das internações no Hospital Municipal Getúlio Vargas.

A partir da implementação do SAE, no ano de 2000, e da estruturação nacional de atenção às PVHA, foi possível ampliar o escopo de atuação. A gama tecnológica que compõe o diagnóstico e acompanhamento das pessoas com HIV/AIDS e ISTs foi sendo ampliada, tendo sido implementadas tecnologias que possibilitam mais assertividade, celeridade, e acessibilidade ao tratamento.

O SAE realiza acompanhamento aos casos de HIV em gestantes, crianças expostas ao HIV, capacita a rede de saúde a respeito do acompanhamento e diagnóstico de HIV e ISTs, incorporando novas tecnologias como a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) e Profilaxia Pós-Exposição (PEP), o teste LF-LAM

(teste urinário de antígeno para diagnóstico de tuberculose) em PVHA e teste para Clamídia e Gonococo. Além do serviço de acompanhamento das PVHA, o SAE absorve também a demanda da rede municipal relacionada ao acompanhamento das pessoas com hepatites virais, sendo referência centralizada no cuidado a este agravo.

Sapucaia do Sul implementou em 2024 a “Linha de Cuidado HIV”, que possibilita o cuidado compartilhado entre a atenção primária e secundária em saúde. Desta forma, atualmente a linha de cuidado é estruturada para que a rede de atenção primária realize diagnósticos HIV, e seja responsável pela coordenação do cuidado ao paciente HIV com suporte do SAE. Os parâmetros que ordenam o compartilhamento de cuidado estão relacionados ao estado geral do paciente, presença ou não de coinfeções, e quantificação de CD4.

Atualmente o SAE é composto por uma equipe multidisciplinar, que inclui médicos clínicos, infectologistas, pediatra, enfermeiros, psicólogo, farmacêutico, auxiliar de farmácia, assistente social, técnicos de enfermagem e agente administrativo. Esses profissionais trabalham em conjunto para oferecer cuidados abrangentes e personalizados aos pacientes, com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida, prevenir complicações e garantir um tratamento eficaz para o HIV/AIDS.

A farmácia, denominada Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) do SAE-Sapucaia do Sul tem aproximadamente 1.450 usuários cadastrados no SICLOM HIV (abril,2025), indicando a referência local do serviço como ponto de suporte, fornecimento dos medicamentos utilizados para o tratamento antirretroviral, e também para as infecções oportunistas e efeitos colaterais. A partir de 2022, o serviço da UDM foi incrementado com a dispensação dos antivirais de ação direta para tratamento da Hepatite C e antivirais para tratamento da Hepatite B, portanto, em Sapucaia do Sul, tais tratamentos têm sua dispensação centralizada neste serviço. Os medicamentos para as profilaxias pós-exposição (PEP) disponíveis na UPA e FHGV também fazem parte da logística de fornecimento pelo SAE. Além disso, o serviço oferece estratégias de prevenção como PEP e PrEP, insumos de

prevenção, testes rápidos de livre demanda e aconselhamento pré e pós teste rápido, assistência social e encaminhamento para outros serviços de saúde quando necessário.

O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) está inserido no SAE com a mesma equipe e participa das ações e eventos extramuros com oferta de Testes Rápidos (TRs) para IST em todo território municipal. Auxilia com a implementação de programas e estratégias específicos, focados em ampliação de acesso e diagnóstico, como por exemplo o Programa Saúde do Homem com foco no Pré-Natal do Parceiro, contribuindo com as buscas ativas e elevação da oferta dos TRs.

A Vigilância Epidemiológica em conjunto com o Comitê de Transmissão Vertical investigam todos os casos de sífilis em gestante, todos os casos de HIV/Aids em menores de 5 anos, os casos de Sífilis Congênita e Sífilis Congênita precoce (≤ 2 anos de idade), casos de aborto por sífilis, os natimortos por Sífilis, os óbitos por Sífilis, e todos os casos de transmissão vertical da hepatite B e C (≤ 2 anos de idade), para fins de ações de controle da incidência dessas infecções, prevenção da transmissão vertical das ISTs e Hepatites Virais, e educação permanente junto à rede por meio de convocações às reuniões de discussão de casos.

O “Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle do Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids), da Tuberculose, das Hepatites Virais e das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)” é um recurso de custeio que faz parte do Piso Variável de Vigilância em Saúde do Componente de Vigilância em Saúde do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde. Os recursos que o município recebe são transferidos de forma automática e regular, por meio de uma conta corrente específica e única.

2.3.2.3.1 Situação epidemiológica de HIV no município de Sapucaia do Sul

HIV em Gestantes: No município, entre janeiro de 2019 e dezembro de 2023, foram notificados 85 casos de gestantes vivendo com HIV, sendo que em 2019 foram 22 casos, em 2020 foram 12 casos, em 2021 foram 21 casos, em 2022 foram 14 casos e 2023 foram 16 casos, observando-se um declínio no número de gestantes a partir de 2022.

Crianças expostas ao HIV: No período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023, foram registrados no SINAN 85 casos de crianças expostas ao HIV, sendo que em 2019 foram 26 casos, em 2020 foram 14 casos, em 2021 foram 12 casos, em 2022 foram 19 casos e em 2023 foram 14 casos no município de Sapucaia do Sul. Ressalta-se que a média de casos notificados nos últimos cinco anos é de 17 crianças expostas.

AIDS: entre janeiro de 2019 e dezembro de 2023, foram registrados 203 diagnósticos de AIDS, sendo que em 2019 foram 50 casos, em 2020 foram 36 casos, em 2021 foram 40 casos, em 2022 foram 38 casos e em 2023 foram 39 casos. Em 2020, observou-se uma redução no número de casos, seguida de uma estabilização entre 2021 e 2023. A média anual de diagnósticos nos últimos cinco anos foi de 40 casos.

AIDS em menores de 5 anos: no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023, foram registrados apenas 2 casos de aids em menores de 5 anos.

Mortalidade por AIDS: no município, no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023, foram notificados no SIM 89 óbitos por causa básica Aids (CID10: B20 a B24), sendo que em 2019 foram registrados 17 casos, em 2020 foram 13 casos, em 2021 foram 22 casos, em 2022 foram 27 casos e em 2023 foram 10 casos. Ao analisar a série histórica, destaca-se o ano de 2023, que apresentou uma redução significativa nos óbitos por causa básica de AIDS em comparação com os dois anos anteriores.

Monitoramento Clínico das PVHA: este segmento apresenta informações sobre o monitoramento clínico das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA). Esse acompanhamento reúne indicadores que refletem a trajetória dos usuários nos serviços de saúde, desde as ações preventivas até a supressão viral. A análise desses indicadores evidencia os esforços de diversos atores na implementação de ações em diferentes níveis de atenção, visando à redução da transmissão do HIV e à melhoria da qualidade de vida das PVHA.

2.3.2.3.2 Diagnóstico das IST

O acesso ao diagnóstico em tempo oportuno é uma estratégia fundamental para prevenir o comprometimento imunológico das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), e também desempenha um papel crucial na prevenção de novas infecções pelo HIV. Para apoiar essa abordagem, a Política de IST/HIV/AIDS/Hepatites Virais inclui, entre suas estratégias, a ampliação das testagens rápidas. A implantação dos testes rápidos (TR) para HIV, sífilis, hepatite B e C na Atenção Primária à Saúde (APS) começou a partir de 2013, com 100% da rede de saúde capacitada para realizá-los. Em 2024, o município efetuou um total de 52.006 testes, representando um crescimento de 73% em relação a 2023, quando foram realizados 38.004 testes.

2.3.2.3.3 Prevenção (PEP e PrEP)

A Profilaxia pós-exposição (PEP) e a Profilaxia pré-exposição (PrEP), são importantes estratégias de prevenção para a infecção do HIV. O monitoramento do número de profilaxias dispensadas ocorre através do SICLOM e possibilita avaliar a ampliação destas estratégias no município.

Paralela à elevação das dispensas realizadas de PrEP, podemos verificar que o número de usuários tem se elevado ano a ano, entretanto, ainda que a descontinuidade seja uma característica desta modalidade de prevenção devido estar atrelada a um estilo de vida e identificação de comportamentos de risco, observa-se que a média de tratamentos descontinuados vem se mantendo aproximada entre os anos avaliados. Sobre a descontinuidade dos tratamentos

profiláticos na modalidade PrEP, o painel do MS ainda nos informa que a maior parte da população que deixa de acessar a PrEP coincide com a faixa populacional que possui maior incidência de HIV, como a população trans, e populações que tradicionalmente encontram barreiras de acesso ao sistema público de saúde, como a população parda/preta o que pode ser um indicativo de que há, no município, necessidade de implementação de políticas que proporcionem acesso e vínculo dessas populações nos próximos anos.

Já em relação à Profilaxia Pós Exposição (PEP), que é uma profilaxia de urgência e deve ser iniciada em no máximo 72 horas, ao verificarmos os últimos cinco anos (2019 a 2024) no “Painel PEP” do MS, podemos observar a média de 155 profilaxias ao ano. Entre as dispensações realizadas, é possível observar que a população que menos acessa a PEP coincide com a população que mais interrompe o uso da PrEP, o que pode ser um indicativo de que a informação sobre as formas de prevenção disponíveis no SUS não esteja alcançando as populações em que mais incide a infecção pelo HIV.

2.3.2.3.4 Tratamento antirretroviral

A introdução da terapia antirretroviral (TARV) de maneira precoce, além de ser fundamental para a manutenção da saúde das PVHA, com uma melhora na qualidade de vida e redução da morbimortalidade, também é uma importante estratégia para a prevenção da transmissão do HIV, já que as evidências científicas demonstram que pessoas em tratamento e com carga viral indetectável não transmitem o vírus. Ao analisar a série histórica de 2019 a 2024, percebe-se que, em Sapucaia do Sul, ainda não é possível afirmar que houve uma redução na incidência de novos casos. Os dados mostram que houve uma diminuição na dispensação de TARV para diagnósticos novos de HIV em 2020, passando de 89 casos em 2019 para 70 casos. Nos anos de 2021 e 2022, o número permaneceu em 71 dispensações, e em 2023 e 2024, as dispensações aumentaram para 75 casos.

2.3.2.3.5 Sífilis Adquirida

No período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023, foram notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 1.198 casos de sífilis adquirida no município. Especificamente, em 2019, foram registrados 207 casos; em 2020, 63 casos, sendo importante destacar que esse ano marcou o início da pandemia de COVID-19, o que possivelmente comprometeu os diagnósticos devido ao isolamento social e à redução do acesso às unidades de saúde. Em 2021, foram notificados 200 casos; em 2022, esse número aumentou para 372 casos; e, em 2023, foram registrados 356 casos no SINAN. Observa-se um aumento significativo a partir de 2021, seguido por uma leve redução registrada em 2023.

2.3.2.3.6 Sífilis em Gestantes

De janeiro de 2019 a dezembro de 2023, foram notificados no SINAN um total de 307 casos de gestantes com sífilis. O número de casos vem aumentando ano a ano, com consequente redução em 2023. A média anual dos últimos cinco anos é de 61 casos.

2.3.2.3.7 Sífilis Congênita

No período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023, foi registrado no SINAN um total de 83 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade no município de Sapucaia do Sul. Ao considerar a série histórica, verifica-se uma redução no número de casos no período de 2019 a 2022, finalizando o ano de 2023 com elevação. A média anual dos últimos cinco anos é de 16 casos.

2.3.2.3.8 Hepatite B

Entre janeiro de 2019 e dezembro de 2023, o SINAN registrou 31 casos de hepatite B no município de Sapucaia do Sul. Analisando a série histórica, observa-se uma diminuição nos casos de 2019 a 2021, seguida por um aumento a partir de 2022. A média anual nos últimos cinco anos é de 6 casos.

2.3.2.3.9 Hepatite C

No período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou um total de 167 casos de hepatite C. Especificamente, em 2019 foram notificados 44 casos; em 2020, 21 casos; em 2021, 34 casos; em 2022, 29 casos; e em 2023, 39 casos. A análise da série histórica revela uma redução no número de casos nos últimos quatro anos em comparação a 2019. A média anual de casos nos últimos cinco anos é de aproximadamente 33 registros.

2.3.2.3.10 Indicadores específicos do SAE:

- Número de incidência de novas infecções por HIV na população adulta;
- Proporção de testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatite B e C realizados na população do município;
 - Proporção de testes rápidos de HIV realizados entre os casos novos de tuberculose;
 - Número de pessoas que acessaram as Profilaxia pós-exposição (PEP) e Profilaxia pré-Exposição (PrEP);
 - Número de pessoas diagnosticadas com HIV que estão em tratamento antirretroviral;
 - Cobertura de gestantes infectadas com HIV em uso de terapia antirretroviral (TARV);
- Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos de idade;
- Número absoluto de óbitos relacionados à AIDS;
- Proporção de profissionais capacitados relacionados à temática IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais anual;
- Proporção de incidência dos casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade;
 - Cobertura de gestantes tratadas adequadamente para sífilis;
 - Proporção de casos de sífilis em gestantes;

- Proporção de incidência de casos de infecção por Hepatite C;

2.3.2.3.11 Objetivos

- Reduzir em, no mínimo 5%, das novas infecções por HIV na população adulta em relação ao fechamento do ano anterior;
- Aumentar em 20% o número de testes realizados anualmente para HIV, sífilis e hepatites virais;
- Garantir a realização de teste rápido de HIV em todos os novos casos de tuberculose;
- Garantir que 100% das pessoas diagnosticadas com HIV, sífilis e hepatites virais tenham acesso ao tratamento adequado;
- Manter a taxa de transmissão vertical do HIV abaixo de 2%;
- Reduzir em, no mínimo, 5% o coeficiente bruto de mortalidade por AIDS em relação ao fechamento do ano anterior;
- Reduzir em, no mínimo, 10% os novos casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade em relação ao fechamento do ano anterior;
- Implementar a Política de Micro Eliminação da Hepatite C voltada para populações específicas/vulneráveis no município.;
- Promover a prevenção combinada para todo o território do município visando às populações mais vulneráveis;
- Promover educação em saúde para toda a rede de profissionais do município com a temática IST/HIV/AIDS/Hepatites Virais;
- Fomentar a linha de cuidado do HIV e das hepatites virais em toda atenção básica.

2.3.2.3.12 Estratégias e Ações

2.3.2.3.12.1 Estratégia: Campanha de Conscientização

- Realizar campanha de mídia sobre prevenção, testagem e tratamento de IST/HIV/AIDS e hepatites virais, com foco em jovens e populações vulneráveis.

- Sensibilizar a rede de saúde para a realização de testagem no parceiro, através da educação permanente.
- Divulgar a PEP e a PrEP em todas as ações de prevenção realizadas pelas unidades de saúde, em escolas e empresas.
- Confeccionar materiais informativos para distribuição nas ações planejadas.

2.3.2.3.12.2 Estratégia: Capacitação de Profissionais

- Promover treinamentos para profissionais de saúde sobre IST/HIV/AIDS e hepatites virais, abordagens humanizadas e práticas de testagem.
- Realizar educação permanente para toda a rede de saúde referente a PEP e PrEP, com foco nas populações mais vulneráveis.
- Realizar capacitação de testes rápidos de IST para toda rede de saúde.
- Participação da vigilância em saúde, Coordenação IST e Gestão nas reuniões de equipe das unidades com o objetivo de alinhar fluxos e os processos de trabalho.
- Realizar matriciamento das unidades de saúde referente ao cuidado compartilhado do HIV e hepatites virais.
- Participação dos profissionais em congressos e eventos a respeito da temática IST/HIV/AIDS/Hepatites Virais, com o objetivo de capacitar e atualizar a equipe do SAE, unidades de saúde e de Vigilância Epidemiológica;

2.3.2.3.12.3 Estratégia: Ampliação do Acesso aos Testes Rápidos de IST

- Oferta dos testes rápidos de IST nas unidades de saúde sobre livre demanda e sem necessidade de territorialização.
- Oferta de testes rápidos de IST em eventos comunitários.
- Testar para HIV, sífilis, hepatite B e C todas as gestantes que estão em acompanhamento pré-natal.

- Implementar a testagem da parceria sexual da gestante em todas as unidades de saúde.
- Elaborar um fluxo de testagem para a parceria sexual da gestante.
- Oferecer testes rápidos de IST às mulheres que estejam amamentando.
- Realizar testagem rápida para HIV em todos os usuários com diagnóstico de tuberculose

Realização de testes de hepatite C, pelo menos uma vez ao ano para o grupo: Grupo Prioritário 1 - Pessoas Vivendo com HIV/AIDS; Pessoas em uso de PrEP; Pessoas Privadas de Liberdade; Pessoas com múltiplos parceiros sexuais ou IST; Pessoas Transexuais; Gays e homens que fazem sexo com homens; Trabalhadores(as) do sexo; Pessoas que usam álcool e outras drogas; Pessoas em terapia renal substitutiva.

Realização de testes rápidos de hepatite C, ao longo da vida para o grupo 2 - pessoas com idade igual ou superior a 40 anos; Pessoas com diabetes; Pessoas com antecedentes psiquiátricos; de doença renal ou imunodepressão; de transfusão de sangue, de hemoderivados ou de órgãos antes de 1992; de exposição a material biológico contaminado; de uso de álcool ou outras drogas; Pessoas com tatuagem ou piercing realizado em ambiente não regulamentado; Pessoas com patologia hepática sem diagnóstico, elevação de ALT e/ou AST; Pessoas comunicantes de indivíduos com HCV; Pessoas que tiveram parceiro (a) sexual de indivíduos portadoras de hepatite C; Pessoas nascidas de mães que vivem com o HCV.

2.3.2.3.12.4 Estratégia: Prevenção às IST

- Ação: Disponibilizar PEP e PrEP para gestantes e parcerias de gestantes expostas ao vírus HIV.
- Ação: Ofertar preservativo feminino e masculino e gel a população nas unidades de saúde e eventos.
- Ação: Encaminhamento da vítima de violência para realização da PEP.

- Ação: Articular ações de prevenção para mitigar as co-infecções AIDS e Tuberculose.
- Ação: Dispensação de AZT+fórmula láctea para todos os casos de exposição ao HIV no hospital e no SAE.

2.3.2.3.12.5 Estratégia: Parcerias com Secretarias dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social

- Ação: Firmar parcerias com organizações locais para realizar ações de prevenção, educação e suporte a pessoas vivendo com HIV e hepatites virais.
- Ação: Realizar parceria com a Secretaria dos Direitos Humanos e a Secretaria do Desenvolvimento Social para identificar a população prioritária para as ações de prevenção.
- Ação: Realizar parceria com atenção primária, PIM, Secretaria de Direitos Humanos e Secretaria de Desenvolvimento Social para as ações de promoção e prevenção em saúde, divulgando a prevenção combinada nos territórios de maior vulnerabilidade social.
- Ação: Pautar o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids e sífilis como estratégia prioritária aos grupos mais afetados (população empobrecida, jovens, usuários de drogas e álcool, homossexuais e homens que fazem sexo com homens(HSH), profissionais do sexo e população de rua).
- Ação: Estabelecer um plano de ações intersetoriais programáticas sobre determinantes sociais dos processos saúde-doença para hepatites virais, infecções sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS e saúde da população LGBTI+ em todo o território do município.

2.3.2.3.12.6 Estratégia: Acompanhamento e Tratamento

- Ação: Manter o monitoramento dos usuários através do sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas que vivem com HIV/AIDS (SIMC), garantindo adesão ao tratamento e suporte psicológico.

- Ação: Dispensar Zidovudina (AZT) + fórmula infantil em 100% dos casos de exposição ao HIV no RN.
- Ação: Manter o fluxo de agendamento e monitoramento dos RN expostos ao HIV;
- Ação: Implantar um fluxo de monitoramento dos RN expostos e com sífilis congênita.
- Ação: Busca ativa dos usuários que estão em atraso de dispensação de TARV.
- Ação: Busca ativa dos usuários com carga viral detectável com o objetivo de adesão ao tratamento, visando a indetectabilidade da carga viral.
- Ação: Priorização do uso de penicilina benzatina para gestantes e parcerias sexuais como tratamento da sífilis.
- Ação: A unidade de dispensação de medicamentos de Sapucaia do Sul dispensará o tratamento para todos os pacientes com hepatite C crônica residentes no município;
- Ação: Implantar um fluxo de agendamento e monitoramento de crianças expostas a sífilis;
- Ação: Elaborar uma planilha para monitorar todas as gestantes com diagnóstico de sífilis.

2.3.2.3.12.7 Estratégia: Monitoramento e Avaliação

- Ação: Criar um sistema de monitoramento para avaliar a eficácia das ações implementadas, com relatórios anuais sobre os resultados.
- Ação: Investigar todos os casos de transmissão vertical de HIV e sífilis congênita.

- Ação: Atualizar o SIMC (Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS).
- Ação: Realizar busca ativa por telefone, whatsapp, visita domiciliar em conjunto com atenção básica.
- Ação: Realizar levantamento dos usuários com carga viral detectável através do SIMC e do SISCEL (sistema de controle de exames laboratoriais da rede nacional de contagem de linfócitos de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV).
- Ação: Manter reuniões mensais do Comitê de Transmissão Vertical
- Ação: Desenvolver ação vinculada ao serviço de vigilância epidemiológica, no sentido de localizar os indivíduos identificados em bancos de sangue e laboratórios públicos e privados, por meio de busca ativa e, posterior encaminhamento para seguimento e tratamento;
- Ação: Realizar análise situacional dos pacientes em hemodiálise referente às hepatite virais e HIV;
- Ação: Manter e qualificar o comitê de Investigação de mortalidade por AIDS e tuberculose.

2.3.2.3.12.8 Estratégia: Revisão do Plano

Realizar uma avaliação final do plano, coletando feedback da comunidade e dos profissionais de saúde, e propor ajustes para o próximo ciclo.

2.3.2.3.12.9 Participação Social

Criar um comitê de acompanhamento com representantes da comunidade, profissionais de saúde e pessoas vivendo com HIV. A participação da comunidade e a colaboração entre diferentes setores são essenciais para o sucesso das ações propostas.

2.3.2.4 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD

De acordo com as Portarias nº 963 GM/MS, de 27/05/2013, nº 825 GM/MS, de 25/04/2016 que redefinem a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas, além da atual **PORTARIA GM/MS Nº 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024** que *“Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC).”* considera-se a Atenção Domiciliar como uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), a partir da Portaria supracitada, é entendido como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. A Atenção Domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deverá ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde (RAS), a partir dos Planos de Ação, conforme estabelecido na Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

No município, o Serviço de Atenção Domiciliar, é chamado de Programa de Atenção Domiciliar (PAD), sendo composto por uma equipe multiprofissional e destina-se ao atendimento domiciliar, tendo como objetivos:

- Desospitalização, sendo esse, o principal objetivo do Programa;
- Visa altas precoces seguras, participando de reuniões semanais junto a Fundação Hospitalar Getúlio Vargas, realizando visitas a beira do leito, com o objetivo de verificar se o paciente preenche os critérios preconizado para o ingresso no Programa;
- Busca a diminuição das reinternações e do período de permanência de internação;
- Auxilia na reabilitação do paciente de maneira mais rápida;
- Auxilia as famílias ou cuidadores, na organização do domicílio, no que concerne aos cuidados com o paciente, com o intuito de garantir os cuidados básicos como higiene, curativos, alimentação por sonda nasoenteral (SNE), administração de medicamentos pela SNE, capacitando-os no suporte inicial sempre compartilhado com a Unidade de Saúde de referência do usuário;
- Atende pacientes acamados em cuidados paliativos que demandem atendimento semanal e multiprofissional;
- Atende pacientes classificados nas modalidades de Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3), sendo que AD2 são classificados os pacientes com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade de Saúde, necessitando, nesta modalidade, de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até estabilização do quadro clínico, demandando de uma visita semanal. Já a modalidade AD3, é semelhante a AD2, mas que faça uso de equipamentos e/ou necessite de procedimentos especiais;
- Atende a demanda de fisioterapia domiciliar, ressaltando que o paciente precisa necessitar de atendimento de mais de um profissional da equipe, pois somente pela fisioterapia, o paciente não preenche critérios para entrada no Programa.

Além disso, o Programa Melhor em Casa é o único serviço da Rede que dispõe de materiais especiais para curativos, sendo disponibilizado a partir de uma avaliação feita pela enfermeira do Programa, a qual irá realizar as trocas e a consultoria de feridas. Também compete a Equipe Multiprofissional de Atenção

Domiciliar (EMAD), do município, a realização de consultorias nas áreas de nutrição, fisioterapia e enfermagem, fornecendo apoio à Rede, sempre que se fizer necessário. Em muitas ocasiões, este atendimento não é prestado apenas aos pacientes do Programa, sendo atendidas demandas de pacientes externos.

Outras atividades realizadas pela EMAD, no município de Sapucaia do Sul:

- Preceptoria da Residência Multidisciplinar e da Residência Médica, o ano inteiro;
- Participação em reuniões de Equipe nas Unidades de Saúde da Rede, esclarecendo questões e divulgando o Programa;
- Realização do telemonitoramento dos pacientes do programa;
- Realização do registro das visitas, avaliações e intervenções realizadas com os pacientes, no prontuário eletrônico disponibilizado no município;
- Em casos graves, no qual o atendimento deve ser em um centro especializado, auxiliam a família ou cuidador responsável nos trâmites de transferência, bem como no transporte junto a ambulância que o município disponibiliza.

A Equipe do PAD é composta pelos seguintes profissionais: Enfermeira, Fisioterapeuta, Médica, Nutricionista e Técnica de Enfermagem.

2.3.2.5 Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM)

A Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM) presta serviço de atenção especializada nas condições de saúde relacionadas ao sistema reprodutivo da mulher, sendo corresponsável pelo acolhimento integral das usuárias e por referenciar outras demandas identificadas, conforme fluxos estabelecidos na rede de saúde. Faz parte do Programa ASSISTIR do Estado e foi contemplada com a habilitação Estadual como Serviço Especializado de Referência a Saúde da Mulher (SER Mulher) conforme Portaria Nº 01/2025, a qual tem o compromisso de realizar atendimento integral em saúde da mulher nas linhas de cuidado de colo do útero, mama, endometriose, miomatose climatério, infertilidade e planejamento reprodutivo.

A CLISAM tem complexidade intermediária entre as estruturas da atenção básica, demais unidades especializadas, devendo estar estruturada e organizada de forma a qualificar o acesso das usuárias no tempo e recurso necessários para atender os princípios da integralidade e equidade do SUS.

Está localizada na Rua José de Alencar, s/nº e é referência para acompanhamento das gestantes de pré-natal de alto risco para o Município de Sapucaia do Sul, possui um serviço regionalizado, sendo referência para saúde da mulher, com agendas reguladas via GERCON nos programas ASSISTIR e SER MULHER.

A principal missão do serviço é melhorar a qualidade de vida de mulheres, oferecendo cuidado multiprofissional e recursos adequados às usuárias do SUS referenciadas pela rede de Atenção Básica e pela Central de Regulação Estadual (GERCON). A definição das ações de cuidado na CLISAM será norteadas pelo Programa de Humanização do SUS e pelos Programas Estaduais SER MULHER e ASSISTIR com a organização de fluxo em conformidade com protocolos e diretrizes terapêuticas da Política de Saúde da Mulher. O acesso será estruturado atendendo os princípios da integralidade e equidade conforme preconizados pelo SUS.

São eixos de atenção à saúde na CLISAM:

-
- Atendimento às mulheres no período gestacional: gestantes de alto risco ou que necessitem de avaliação especializada, referenciadas pela Rede Municipal de Saúde;
 - Atendimento às mulheres com patologias relacionadas ao sistema reprodutivo: ginecologia (colo do útero, mama, miomatose, endometriose, climatério, infertilidade) e mastologia; conforme pactuação no ASSISTIR e habilitação no Programa SER MULHER;
 - Planejamento reprodutivo com ênfase nos métodos: laqueadura, vasectomia e colocação de DIU;

- O acesso das pacientes é realizado via GERCON, exceto as gestantes de alto risco que são encaminhadas via regulação municipal de saúde.

Além de atuar como unidade de atenção especializada, a CLISAM terá como responsabilidade participar ativamente dos programas de formação e educação em saúde.

Objetivos da CLISAM:

- Promover a maternidade segura, contribuindo para a redução da mortalidade materna e neonatal proporcionando o cuidado à gestante de alto risco, conforme preconizado pela Rede Alyne (Portaria GM/MS Nº5.350 de 12 de setembro de 2024).
- Promover o cuidado relacionados às patologias relacionadas ao sistema reprodutivo feminino promovendo acesso aos recursos necessários para prevenção, promoção e tratamento de doenças, incluindo o referenciamento em casos de outras especialidades e maiores complexidades.
- Subsidiar a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento das ações na área de saúde da mulher.
- Proporcionar campo de estágio e treinamentos dentro das atividades de formação e educação em saúde para o SUS.

2.3.2.6 Centro de Atendimento em Saúde do Programa TEAcolhe (CAS TEAcolhe)

Atendendo às diretrizes da Portaria SES 481/2023, o município habilitou em 2024 um Centro de Atendimento em Saúde do Programa TEAcolhe (CAS TEAcolhe), através de Convênio firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde/ Secretaria Municipal de Saúde e Associação de Amigos de Pais e Excepcionais

(APAE) de Sapucaia do Sul. Ainda possui outro Centro já habilitado, em fase de organização para início de suas atividades.

No mundo, segundo a ONU, acredita-se haver mais de 70 milhões de pessoas com autismo, afetando a maneira como esses indivíduos se comunicam e interagem. A incidência em meninos é maior, tendo uma relação de quatro meninos para uma menina com autismo (ONU, 2019).

As causas genéticas ainda não estão bem definidas, e como ainda não se pode afirmar geneticamente as causas do autismo, usa-se o diagnóstico baseado em observação do paciente (que geralmente apresenta sintomas como dificuldade de comunicação, além de comportamento repetitivo). Contudo, a detecção dos sintomas também não é fácil. “Às vezes é sutil você conseguir fazer essas classificações”, argumenta a professora do IB, “as crianças têm dificuldade de linguagem, de interação social, mas isso é uma variação de comportamento, e é difícil perceber o que é normal e o que não é.” (OMS, 2021)

Em Sapucaia do Sul, em busca ativa realizada durante os anos de 2022 e 2023, nos prontuários eletrônicos de pacientes do município, foram encontrados um total de 776 (setecentos e setenta e seis) pessoas com diagnóstico de TEA. Entretanto, entende-se que esse número possa estar subestimado, pois não considera os casos que tiveram diagnóstico na rede privada. Além dos casos que ainda necessitem avaliação para definição de diagnóstico ou que possuam diagnósticos equivocados.

O CAS TEAcolhe de Sapucaia do Sul em funcionamento junto à APAE atende toda a Região de Saúde 08, que compreende 18 municípios, acolhendo em média 150 (cento e cinquenta) novos usuários por mês. As consultas realizadas são agendadas por meio da Regulação, via Sistema Gercon. A localização estratégica, bem como a crescente demanda por atendimentos em autismo faz com que esses serviços sejam cada vez mais necessários, tanto para a cidade, quanto para os municípios referenciados.

2.3.2.7 Ambulatório de Especialidades e Reabilitação

O Ambulatório de Especialidades do município de Sapucaia do Sul está localizado em frente ao Hospital Municipal Getúlio Vargas, na Rua Pinheiro Machado, 243. Todas as consultas realizadas são agendadas por meio da Regulação Municipal, via Sistema Gercon, mediante encaminhamento da Atenção Básica, conforme os protocolos. São oferecidos atendimentos a nível secundário, com dezoito especialidades médicas, nutricionista e fonoaudiologia. Para a área odontológica é oferecida apenas a especialidade de bucomaxilofacial, devido a ausência de recursos financeiros que mantenham um ambulatório que atenda todas as especialidades odontológicas após a implementação.

2.3.3 Rede de atenção de urgência e emergência

2.3.3.1 Fundação Hospitalar Getúlio Vargas (FHGV)

A Fundação Hospitalar Getúlio Vargas (FHGV), sediada no endereço: Rua Alegrete, 145, Sapucaia do Sul/RS é uma entidade pública de direito privado, integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que presta serviços em todos os níveis de atenção à saúde, com ênfase na humanização do cuidado. Sua história está diretamente ligada ao Hospital Municipal Getúlio Vargas (HMGV), fundado em 1970, que é a única instituição hospitalar de Sapucaia do Sul, cidade com cerca de 132 mil habitantes.

A história da FHGV tem início com a recuperação do HMGV, que enfrentava condições críticas na saúde pública municipal. Em janeiro de 2009, devido à grave situação do setor, o prefeito de Sapucaia do Sul decretou estado de calamidade pública na saúde. Uma nova equipe gestora assumiu o hospital por meio de uma administração colegiada, promovendo maior integração entre os profissionais da assistência e da gestão hospitalar.

Em junho de 2010, por meio da Lei Municipal nº 3.224, o HMGV passou por uma mudança em sua personalidade jurídica, sendo criada a Fundação Hospitalar Getúlio Vargas. Essa transformação permitiu uma gestão mais autônoma e eficiente, com foco na valorização das equipes, busca por novas tecnologias e uma estrutura organizacional enxuta.

A partir de 2010, a FHGV consolidou-se como referência no atendimento ao SUS em Sapucaia do Sul. Em 2012, firmou um termo de compromisso com a Secretaria Estadual da Saúde para disponibilizar 100% de sua capacidade ao SUS, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde.

Em 2013 houve o credenciamento na Linha de Cuidado ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo referência para quatro municípios (Sapucaia do Sul, Esteio, Parobé e Taquara). Nesse mesmo ano, a Fundação iniciou suas atividades na área de ensino, cadastrando o projeto de implantação do Programa de Residência Médica no Ministério da Educação (MEC). Em 2014, após avaliação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), foram aprovados os primeiros programas de residência em Anestesiologia, Clínica Médica, Pediatria e Psiquiatria. Em 2015, os programas de Cirurgia Geral e Ginecologia e Obstetrícia também foram aprovados.

Em 2016, a FHGV fortaleceu sua vocação para ensino e pesquisa, adotando um modelo de gestão compartilhada com seus contratantes, que envolve comissões formadas por representantes da Fundação e das instituições contratantes para agilizar decisões administrativas e assistenciais.

Em 2021, foi criado o Instituto de Ensino e Pesquisa da FHGV (IEP-FHGV), com o objetivo de promover a qualificação contínua dos profissionais e o desenvolvimento institucional por meio da geração e compartilhamento de conhecimento, acompanhando as transformações no setor de saúde. Foi inaugurada a nova recepção do HMGV, destacada pela Secretária Estadual da Saúde como um marco de gestão eficiente.

A inauguração da nova pediatria ocorreu em 2022, com quinze leitos de internação, um de isolamento e sete de observação, viabilizada com doação de oito camas pelo Governo do Estado.

O HMGV, gerido pela FHGV, é um hospital geral de portas abertas, funcionando 24 horas por dia, com capacidade de 175 leitos (embora já tenha operado com até 224 leitos, reduzidos para 164 em 2025 devido à crise financeira). Oferece atendimento em especialidades como clínica médica, traumatologia, cirurgia geral, neurologia, neurocirurgia, pediatria, obstetrícia, saúde mental e intensivismo adulto e pediátrico. Realiza em média mais de 8.800 atendimentos por mês na Emergência e cerca de 700 internações nas diversas especialidades.

Atualmente, o HMGV é referência local e regional no atendimento hospitalar, com Emergência porta aberta e sistema de acolhimento com classificação de risco. Também é referência formal em Saúde Mental para cinco municípios do Estado e pioneiro na implantação da Medicina Hospitalar. Foi o primeiro hospital público do sul do País a adotar este modelo assistencial, integrado à Rede.

A FHGV também administra outras unidades em Sapucaia do Sul, como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o Centro de Especialidades Municipal, a Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que realiza cerca de 295 atendimentos mensais.

2.3.3.2 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

A Unidade de Pronto Atendimento faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A UPA de Sapucaia do Sul fica localizada na RS 118, esquina com a Rua Ursa Maior, atende em média 5.107 pacientes/mês. Funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana.

Presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, além de 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. Além disso, atende os casos de baixa complexidade, à noite, nos finais de semana e feriados, quando a rede de atenção básica não está em funcionamento.

Mantém pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminham 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.

A Unidade de Pronto Atendimento proposta pela Política Nacional de Atenção às Urgências, Portaria Nº 1.863/2003, GM/MS, traz como diretriz a descentralização do atendimento de urgência de baixa e média complexidade, diminuindo assim a sobrecarga dos hospitais de maior porte, liberando-os para o atendimento de alta complexidade. No entanto, em Sapucaia do Sul, a FHGV ainda apresenta um número de atendimento expressivo, que conforme classificação de risco, poderia ser resolvido na UPA, mas por uma questão cultural os usuários ainda buscam como primeira opção de atendimento.

Objetivos da Unidade de Pronto Atendimento:

- Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade;
- Dar retaguarda às unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família;
- Diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade;

- Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel;
- Desenvolver ações de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir na condição clínica do paciente e referenciá-lo para a rede de Atenção Básica ou Especializada de Saúde e, quando necessário, para a internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária;
- Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e, com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;
- Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde.

2.3.3.3 Serviço de Atendimento Móvel (SAMU)

Considerando o Decreto Nacional nº 5.055 de 27 de abril de 2004, publicado no DOU em 28 de abril do referido ano, que institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) em Municípios e regiões do território nacional e a Portaria Ministerial nº 1.010, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências (RAU), define o SAMU como um componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências.

Tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar ao sofrimento, a sequelas ou à morte,

mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências

Dentre as normativas Ministeriais, destaca-se a Portaria nº 2048/2002, por meio da qual foi instituído o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, com o objetivo de ordenar o acesso a esse atendimento, com garantia de acolhimento, atenção qualificada e resolutiva para as urgências de baixa e média complexidade, além da referência adequada dos pacientes graves dentro do SUS (ADÃO; SANTOS, ano). A Portaria 1864 de 2003 (BRASIL, 2003), estabeleceu o componente pré hospitalar nos municípios e territórios brasileiros - o SAMU 192 - escolha estratégica, uma vez que disponibiliza um novo serviço, propunha a regulação do sistema, qualificação dos profissionais, além de ser observatório da rede de saúde.

No Estado do Rio Grande do Sul existem cinco Centrais de Regulação Médica: Central Estadual, que atende 276 municípios, Central de Porto Alegre, específica para a capital; Central de Pelotas, abrangendo 11 municípios; Central de Bagé, que presta atendimento para 04 municípios; Central de Caxias do Sul, que contempla esse município e Vacaria (SES/RS, 2013). O SAMU do estado do Rio Grande do Sul (SAMU/RS) está organizado para atender as demandas mediante uma central de regulação, situada na cidade de Porto Alegre. A central de regulação médica do SAMU/RS conta com uma equipe multiprofissional de profissionais médicos reguladores, enfermeiros reguladores, técnicos auxiliares de regulação médica e rádio operador (SES/RS, 2013).

Em Sapucaia do Sul a base do SAMU está localizada junto à UPA (Unidade de Pronto Atendimento), na Rua Ursa Maior, 442. Realiza uma média mensal de 400 atendimentos, sendo que a principal causa de atendimentos é por acidentes de trânsito.

A área física da Base do SAMU de Sapucaia do Sul é disposta conforme tabela abaixo:

BASE DO SAMU	
01 - Sala de Estar	01 - Dormitório SA (Suporte

	Avançado)
01 - Cozinha	01 - Dormitório SB (Suporte Básico)
02 - Banheiros	01 - Vestiário
01 - Almojarifado	01 - Expurgo
01 - Sala Administrativa	01 - Estacionamento

As viaturas utilizadas na prestação do serviço, realizado pelo SAMU, são as seguintes:

VIATURAS DO SAMU		
Quant.	Veículo (Modelo e Placa)	ANO/Modelo
01	Ambulância de Suporte Básico (SB 36) - MB Sprinter 415, IZO7B84	2019/2020
01	Ambulância de Suporte Avançado (SA 02) - MB Sprinter 415, IZO6F86	2019/2020
01	Ambulância Reserva - Peugeot Boxer, IUM-6375	2012/2013
01	Veículo de Intervenção Rápida (VIR 02) - FIAT DOBLO, ILR-2476	2003/2004

3.

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMIS)

Em anexo.

4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

4.1 Núcleo de Informações em Saúde (NIS)

Atualmente dispõe de 5 servidores, dentre eles 2 coordenadores. As atividades realizadas são:

- Coordenação dos Sistemas de Informação: CNES, SIA, SIHD, FPO, CADWEB, RAAS, BPA, eSUS, SISCAN, Triagem Neonatal e Módulo Transmissor;

- Auditoria dos prestadores de análises clínicas, fisioterapia e próteses dentárias;
- Recebimento e encaminhamento de laudos para Autorização de Internação Hospitalar de outros municípios;
- Recebimento e encaminhamento de laudos para Autorização de Procedimento Ambulatorial.
- Envio e monitoramento das coletas de triagem neonatal realizadas nas unidades de saúde do município e FHGV;
- Envio e monitoramento dos exames citopatológicos e anatomopatológicos realizados nas unidades de saúde do município e Clínica Saúde da Mulher (CLISAM);
- Recebimento e distribuição de malotes, das unidades de saúde e demais setores da secretaria;
- SUS Digital - O Programa SUS Digital é uma iniciativa do Ministério da Saúde que visa transformar digitalmente a saúde no Brasil. O programa tem como objetivo ampliar o acesso aos serviços de saúde, promover a eficiência e a equidade no atendimento;

4.2 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) representa a base oficial do Ministério da Saúde para o registro e a atualização de informações sobre todos os estabelecimentos de saúde do país, sejam públicos ou privados, vinculados ou não ao SUS. A existência e a manutenção do CNES, regulamentadas por normativas federais, são obrigatórias para o funcionamento regular dos serviços no âmbito do sistema público de saúde.

No município de Sapucaia do Sul, o CNES é utilizado como ferramenta essencial para o planejamento e a organização da rede assistencial. Sua atualização sistemática permite identificar a estrutura física disponível, os equipamentos instalados, os serviços ofertados e os profissionais atuantes em cada unidade de saúde. Essas informações subsidiam a formulação de políticas públicas, a alocação

de recursos humanos e financeiros, e a regulação dos atendimentos em diferentes níveis de complexidade.

Além de ser requisito legal, o CNES é necessário para a habilitação de serviços junto ao Ministério da Saúde, o recebimento de incentivos financeiros, a alimentação de sistemas como o e-SUS AB, SISREG, SIAB, SIA/SIH, e para o correto faturamento dos procedimentos realizados.

A Secretaria Municipal de Saúde mantém rotinas permanentes de conferência e envio das informações ao CNES, considerando que a fidelidade dos dados ali registrados impacta diretamente no acesso, na qualidade e na gestão das ações e serviços de saúde. A inclusão de metas de qualificação do CNES na Programação Anual de Saúde (PAS) e sua articulação com os indicadores de desempenho da rede refletem o compromisso da gestão municipal com a transparência, a eficiência e a responsabilização na aplicação dos recursos públicos em saúde.

Tipo de Estabelecimento	Quantidade
02 - Centro de Saúde / Unidade Básica	26
04 - Policlínica	01
05 - Hospital Geral	01
15 - Policlínica	01
22 – Consultório isolado	151
36 – Clínica/Centro de Especialidade	40
39 – Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	15
42 – Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área Urgência	03
43 - Farmácia	20
50 – Unidade de Vigilância em Saúde	01
68 – Central de Gestão em Saúde	01
70 – Centro de Atenção Psicossocial	03
73 – Pronto Atendimento	01
83 – Pólo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde	24
Total	288

Fonte: Relatório SCNES – Ministério da Saúde / DATASUS (competência abril de 2025)

4.3 Auditoria no SUS – Município de Sapucaia do Sul

A Auditoria do SUS no município de Sapucaia do Sul contribui diretamente para o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados, a regularidade contratual e a efetividade da aplicação dos recursos públicos. Composta por três servidoras, tem como objetivo a fiscalização e auditoria dos serviços contratados ou conveniados que prestam atendimento aos usuários da rede municipal de saúde. Atualmente realiza-se auditoria dos seguintes serviços: Área de análises clínicas; fisioterapia e próteses dentárias.

4.4 Glosas

O DENASUS utiliza o seguinte conceito: *“É a rejeição total ou parcial de recursos financeiros do SUS, utilizados pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios de forma irregular ou cobrados indevidamente por prestadores de serviço, causando danos aos cofres públicos”*. Desta forma, a principal função do setor de auditoria é a certificação da cobrança fidedigna, a fim de garantir o que foi disposto nos contratos firmados, bem como assegurar uma prestação de serviço de qualidade ao usuário da rede. No período de janeiro a outubro de 2024, o setor de auditoria obteve o valor total de R\$86.144,41 pertinente a glosas relacionadas aos serviços cobrados indevidamente.

PRESTADORES DE SERVIÇO	Valor Glosa
Serviço de Análises Clínicas	R\$ 70.442,95
Serviço de Fisioterapia Clínica e Domiciliar	R\$ 12.651,46
Serviço de Próteses Dentárias	R\$ 3.050,00
TOTAL GLOSAS	R\$ 86.144,41

Fonte: Relatórios internos de glosas - janeiro a dezembro/2024

4.5 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC)

O NIS é o setor que administra o recebimento e encaminhamentos dos laudos referentes às internações hospitalares e laudos de procedimentos ambulatoriais de pacientes residentes da cidade de Sapucaia do Sul e que necessitam internação e/ou acompanhamento em hospitais referenciados fora da cidade. No ano de 2024, no período de janeiro a novembro, tivemos 425 solicitações de AIH's de outros municípios e 97 solicitações/renovações de APACS de pacientes encaminhados ao hospital de Portão para tratamento oftalmológico/glaucoma.

O NIS também é responsável pelo controle e lançamento de dados do Teste do Pezinho, Exames citopatológicos e anátomo patológicos.

4.6 Triagem Neonatal – (Teste do Pezinho)

O Teste do Pezinho é uma das ações mais importantes de prevenção no período neonatal, sendo parte integrante do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), coordenado pelo Ministério da Saúde desde 2001. No Estado do Rio Grande do Sul, o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas sedia o Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), responsável pela triagem, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos identificados.

Tem por objetivo realizar a detecção precoce das doenças triadas; ampliação da cobertura populacional, com a meta de alcançar 100% dos nascidos vivos; busca ativa de pacientes suspeitos de serem portadores das doenças; confirmação diagnóstica, tratamento e acompanhamento especializado.

Atualmente, são diagnosticadas e tratadas seis patologias: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo congênito, Hemoglobinopatias, Fibrose cística, Hiperplasia adrenal congênita, Deficiência de biotinidase.

A coleta é gratuita e consiste na retirada de gotas de sangue do calcanhar do bebê entre o 3º e o 5º dia de vida, utilizando um cartão específico. O processo deve ser iniciado ainda no pré-natal, com orientações às gestantes. As coletas ocorrem,

predominantemente, nas Unidades de Saúde de referência para recém-nascidos, podendo também ser realizadas nos hospitais em casos específicos. O resultado pode ser retirado na Unidade de Saúde.

O Teste do Pezinho permite o diagnóstico precoce e a prevenção de doenças genéticas ou metabólicas que, se não identificadas a tempo, podem levar a sequelas graves, irreversíveis e até mesmo à morte. A triagem neonatal é, portanto, um direito da criança e um dever do sistema de saúde.

4.7 Exames Citopatológicos e Anatomopatológicos no Município

A detecção precoce do câncer, especialmente do colo do útero, é uma prioridade estratégica da saúde pública. Nesse contexto, o município de Sapucaia do Sul mantém a realização sistemática de dois exames fundamentais:

4.8 Exame Citopatológico

É um teste utilizado para identificar alterações nas células do colo do útero que possam indicar lesões precursoras do câncer ou o próprio câncer. Trata-se da principal ferramenta de rastreamento para prevenção e diagnóstico precoce do câncer do colo uterino.

Total de exames realizados em 2024: 4.925 (quatro mil novecentos e vinte e cinco).

4.9 Exame Anatomopatológico:

Consiste na análise microscópica de tecidos removidos por biópsia com o objetivo de esclarecer diagnósticos clínicos. A biópsia é um procedimento essencial para a confirmação de doenças, incluindo cânceres e outras lesões de interesse médico.

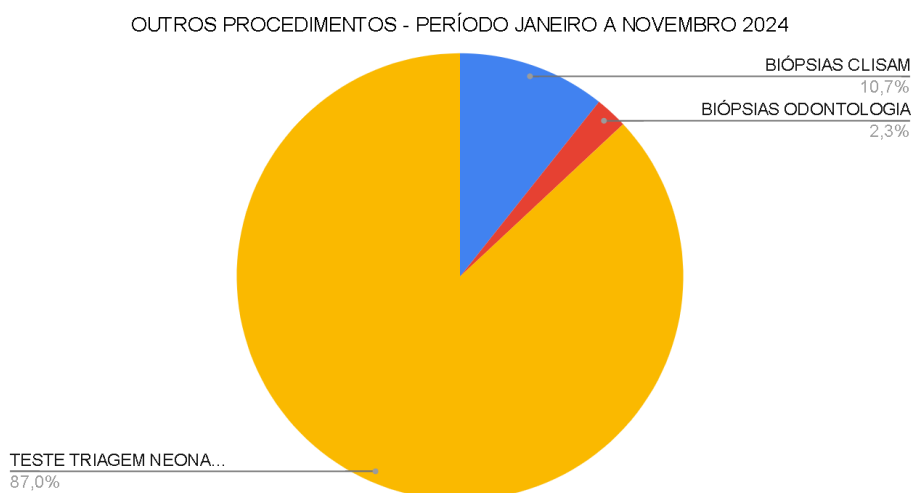
Total de exames realizados em 2024: 150 (cento e cinquenta).

Essas ações reforçam o compromisso do município com a atenção integral à saúde da mulher, alinhando-se às diretrizes da Atenção Primária e da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.

OUTROS PROCEDIMENTOS - PERÍODO JANEIRO A NOVEMBRO DE 2024

BIÓPSIAS CLISAM	123
BIÓPSIAS ODONTOLÓGICAS	27
TESTE TRIAGEM NEONATAL	1000

Fonte: Controle Interno NIS/SMS Sapucaia do Sul.



5. EM IMPLEMENTAÇÃO - SERVIÇOS DE TELEMEDICINA

5.1 SUS DIGITAL

O Ministério da Saúde criou, em janeiro de 2023, a Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI/MS) para liderar a transformação digital no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A nova secretária trabalha com o foco em colocar o usuário do SUS no centro do cuidado, garantindo um atendimento integral e acessível, onde ele é o protagonista de sua jornada de saúde e prevenção.

Instituído em março de 2024, o SUS Digital é o principal programa do Ministério da Saúde por meio da SEIDIGI, para fomentar e orientar os planos de transformação digital em municípios e estados do país. As portarias GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024, e GM/MS nº 3.233, de 1º de março de 2024, regulamentaram a Etapa 1 do SUS Digital.

A transformação digital no SUS aplica-se ao campo da saúde como um todo, incluindo a atenção integral à saúde, a vigilância em saúde, a formação e a educação permanente dos trabalhadores e profissionais de saúde, a gestão do SUS em seus diversos níveis, o planejamento, monitoramento, avaliação, pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde, mas sem se restringir a estes.



Todos os estados, municípios e o Distrito Federal aderiram à etapa 1 - Planejamento do Programa para a elaboração dos Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital (PA Saúde Digital).

Adesão ao Programa de 100% dos Estados e Municípios.



Os recursos de custeio são as despesas necessárias à prestação de serviços e à manutenção da ação, que não contribuem diretamente para a formação ou aquisição de um bem de capital, como, por exemplo:

- O Diagnóstico Situacional tem como objetivo contribuir para a reflexão sobre as principais questões que a macrorregião de saúde deve considerar na construção do PA Saúde Digital, tendo como premissa a organização da Rede de Atenção à Saúde e suas Redes Temáticas na busca da qualificação e ampliação do acesso aos serviços de saúde para os usuários do SUS. O instrumento é composto por dados de identificação e quatro seções:
 - Rede de Saúde e Prestação de Serviços;
 - Formação e Educação permanente;
 - Prioridades da Macrorregião e a Transformação Digital na Saúde;

5.1.1 Força de Trabalho

O Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital (INMSD), parte integrante do Programa SUS Digital, é um instrumento de mensuração da maturidade em saúde digital para estados e municípios. Sua aplicação é importante, uma vez que seu resultado permite o acompanhamento da jornada de transformação em saúde digital nos estados e municípios.

5.1.2 Plano de Ação de Transformação para Saúde Digital (PA SAÚDE DIGITAL)

Como forma de garantir que os pontos refletidos no Diagnóstico Situacional e no Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital (INMSD) sejam executados no âmbito do território, os gestores devem formular seu PA Saúde Digital, que consiste em um plano estratégico personalizado para cada macrorregião de saúde.

Eixo:

Soluções Tecnológicas e Serviços de Saúde Digital no âmbito do SUS.

Objetivos: Implantar o atendimento digital no município; implantar ferramenta digital que aproxime os serviços de saúde aos municípios;

Ação:

Desenvolvimento de ferramentas inclusivas:

Aplicativos ou sites que atendam às necessidades de diferentes grupos, incluindo idosos e pessoas com deficiência;

Capacitação de profissionais: Treinamentos para profissionais de saúde sobre o uso de tecnologias digitais;

Campanhas de conscientização: realizar campanhas para informar a população sobre os serviços digitais e como utilizá-los;

O valor anual a ser repassado para a execução do PA está vinculado à disponibilidade orçamentária anual.

Equipamentos:

Estes foram os equipamentos (quantitativos) que foram SOLICITADOS pelo formulário SUS Digital à macrorregional em 2025:

- *Câmera de videoconferência = 50*
- *Computador (Desktop avançado) = 60*
- *Computador (Desktop básico) = 100*
- *Computador Portátil (Notebook) = 40*
- *Computador Portátil (Notebook para Telessaúde) = 20*
- *Computador Servidor (Básico de entrada) = 30*
- *Computador Servidor (Médio e Grande Porte) = 02*
- *Controladora para rede wifi = 50*
- *Decoder de videowall = 02*
- *Drone = 03*
- *Estabilizador de Tensão/Módulo Instalador (Para computador) =*
200
- *GPS Portátil = 02*
- *Impressora de Código de Barras = 04*
- *Impressora Laser (Comum) = 06*
- *Impressora Laser Multifuncional = 01*
- *Leitor de Código de Barras = 10*
- *Lousa Interativa = 03*
- *Mesa para computador = 160*
- *Mesa para impressora = 01*
- *No-break (Para computador/impressora) = 160*
- *No-break para Servidor = 35*
- *Ponto de acesso sem fio = 80*
- *Rack de Servidor = 01*

- *Roteador (LAN) = 100*
- *Scanner = 05*
- *Servidor de Videomonitoramento = 01*
- *Switch = 150*
- *Switch de vídeo = 01*
- *Switch de distribuição = 01*
- *Tablet = 180*

5.1.3 Diretrizes e objetivos para o programa SUS Digital

O Programa SUS Digital visa modernizar e integrar os serviços de saúde, utilizando tecnologias da informação e comunicação para melhorar a eficiência e a qualidade do atendimento. As diretrizes do PPA para o SUS Digital incluem:

- **Integração de Sistemas:** Promover a interconexão entre os diferentes sistemas de informação em saúde, garantindo que dados dos pacientes sejam acessíveis e compartilhados de forma segura entre as unidades de saúde.
- **Capacitação de Profissionais:** Investir na formação e capacitação de profissionais de saúde para o uso de ferramentas digitais, assegurando que todos estejam aptos a utilizar as tecnologias disponíveis.
- **Acesso à Informação:** Garantir que a população tenha acesso fácil e rápido às informações sobre serviços de saúde, agendamentos e resultados de exames por meio de plataformas digitais.
- **Telemedicina:** Expandir o uso da telemedicina, permitindo consultas e atendimentos à distância, especialmente em áreas remotas ou com dificuldade de acesso a serviços de saúde.

5.1.4 Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital (PA Saúde Digital)

Os Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital são estratégias específicas que devem ser desenvolvidas dentro do PPA para garantir a efetividade do Programa SUS Digital. Esses planos devem incluir:

- **Projetos Piloto:** Implementar projetos piloto em diferentes regiões para testar novas tecnologias e abordagens, coletando dados que possam ser utilizados para expandir as iniciativas.
- **Parcerias:** Estabelecer parcerias com universidades, empresas de tecnologia e organizações da sociedade civil para fomentar a inovação e o desenvolvimento de soluções digitais.
- **Financiamento:** Destinar recursos financeiros adequados para a implementação das ações propostas, garantindo que as iniciativas de saúde digital sejam sustentáveis a longo prazo.

O gestor estadual é responsável pelo envio do PA Saúde Digital, referente à cada macrorregião de saúde

Proposta de Equipamento Nº 11413810000124020/2024.

- **Objeto:** Aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a estruturação de ações e serviços de saúde digital, telessaúde e inovação no SUS.
- **Valor:** R\$ 74.504,00.

Planilha metas: PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - SAPUCAIA DO SUL - 2026-2029.xlsx (DOMI - Anexo).

BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA GOV. Projeção do IBGE mostra que a população do país vai parar de crescer em 2041. 22 ago. 2024. Disponível em:
<https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202408/populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041#:~:text=De%202000%20a%202023%2C%20propor%C3%A7%C3%A3o,habitantes%20do%20pa%C3%ADs%20ser%C3%A3o%20idosos.&text=A%20idade%20m%C3%A9dia%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o,48%2C4%20anos%20em%202070>. Acesso em: 30 abr. 2025.

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. Em 2023, a expectativa de vida chega aos 76,4 anos e supera patamar pré-pandemia. 29 nov. 2025. Disponível em:
<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41984-em-2023-expectativa-de-vida-chega-aos-76-4-anos-e-supera-patamar-pre-pandemia#:~:text=Destaques,mulheres%20de%2079%2C7%20anos>. Acesso em: 30 abr. 2025.

ANTUNES, S. C. A Promoção da Saúde e os Desafios na sua Ampliação. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Gestão em Saúde Pública) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2019. Disponível em:
<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/30932/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde%20e%20os%20desafios%20na%20sua%20amplia%C3%A7%C3%A3o%20%283%29.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipe de Saúde da Família. [Brasília]: Ministério da Saúde. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/equipe-saude-da-familia>. Acesso em: 24 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipes de Saúde Bucal. [Brasília]: Ministério da Saúde. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/saude-bucal-na-ap>

