



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RELATÓRIO DE GESTÃO 2º QUADRIMESTRE DE 2012

Porto Alegre, 30 de setembro de 2012.

AUTORIDADES MUNICIPAIS

JOSÉ FORTUNATTI

Prefeito Municipal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MARCELO BOSIO

Secretário Municipal de Saúde

JORGE LUIZ SILVEIRA OSÓRIO

Secretário Adjunto

CAROLINA SANTANNA

Secretária Substituta

FABIANO BRUM BERESFORD

Coordenação Geral

SILVIA GIUGLIANI

Conselho Municipal de Saúde

LURDES MARIA TOAZZA TURA

Assessoria de Planejamento e Programação

CARMEN JASPER

Assessoria de Comunicação

ROBERTO MOREIRA NUNES

Assessoria Jurídica

CHRISTIANE NUNES DE FREITAS

Coordenadoria de Atenção Primária e Serviços Especializados

Ambulatoriais e Substitutivos

FÁTIMA ALI

Coordenação Municipal das Urgências

ELAINE TWEEDIE LUIZ

Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde

JOSE CARLOS SANGIOVANNI

Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

ADRIANA SILVA TARRAGÔ CARVALHO

Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador

MÁRIO CÉSAR JERÔNIMO KURZ

Gerência de Saúde do Servidor Municipal

ANDRÉ LUIS BELLIO

Coordenadoria Geral de Administração Financeira e Orçamentária

ISMAEL LOPES FERNANDES

Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo

ROSANGELA MARIA ALEGRE PACHECO

Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores de Saúde

MARIA ISABEL BITTENCOURT

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

ELISABETH LOGUERCIO COLLARES

Hospital de Pronto Socorro

TANIA MARIA COUTO COELHO

Assessoria Parlamentar

GERÊNCIAS DISTRITAIS

CRISTINA KLEY

Centro

ANA LÚCIA DE LEÃO DAGORD

Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas

ANGELA REGINA GROFF NUNES

Norte/ Eixo Baltazar

ROSANE TEREZINHA BALTAZAR

Leste/ Nordeste

VÂNIA MARIA FRANTZ

Partenon /Lomba do Pinheiro

DANIELLE CERQUEIRA STEIN

Glória/Cruzeiro/ Cristal

MARISA ALBUQUERQUE DE LÚCIA

Restinga/ Extremo Sul

MARIS CRISTIANE WEBER

Sul/Centro Sul

SECRETARIA TECNICA DO CMS

Christiane Nunes de Freitas

Helôisa Helena Rousselet de Alencar

Humberto José Scorza

Luis Walter Jaques Dornelles

Lurdes Maria Toazza Tura

Maria Letícia de Oliveira Garcia

Nei Carvalho

Oscar Paniz

Tânia Ledi da Luz Ruchinsque

Walter Jeck

LISTA DE SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AD – Álcool e Drogas

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

ASSECOM – Assessoria de Comunicação

ASSEPLA – Assessoria de Planejamento e Programação

BAS – Benefício Assistencial

BC – Bloco Cirúrgico

C – Centro

CA – Câncer

CAD – Centro de Atendimento Diário

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAR – Centro Administrativo Regional

CAUAE – Comissão de Análise Urbanística de Estação de Rádio Base

CC – Cargo em Comissão

CD – Cirurgião Dentista

CE – Causas Externas

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEPS – Comissão Permanente de Ensino e Serviço

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CERIH – Central de Regulação de Internação Hospitalares

CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde

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

CGAFO – Coordenadoria Geral de Administração Financeira e Orçamentária

CGAPSES – Coordenadoria Geral de Atenção Primária, Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos

CGATA – Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo
CGPA / MS – Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do
Ministério da Saúde
CGVS – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CH – Carga Horária
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIES – Comissão de Integração de Ensino e Serviço
CMCE – Central de Marcação de Consultas e Exames
CME – Centro de Material e Esterilização
CMI – Comitê de Mortalidade Infantil
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CMU – Coordenação Municipal de Urgências
CNEN – Comissão Nacional de Energia Nuclear
COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico
COMAM – Conselho Municipal do Meio Ambiente
COMEM – Conselho Municipal de Entorpecentes
CP – Concurso Público
CRTB – Centro de Referência em Tuberculose
CS – Centro de Saúde
CEVC – Centro de Especialidades Vila dos Comerciários
CEIAPI – Centro de Especialidades IAPI
CV – Carga Viral
DAR – Doenças do Aparelho Respiratório
DDA – Distritos Docentes Assistenciais
DIU – Dispositivo Intra Uterino
DM – Diabete Mellitus
DMAE – Departamento Municipal de Águas e Esgotos
DMLU – Departamento Municipal de Limpeza Urbana
DO – Declaração de Óbito
DOPA – Diário Oficial de Porto Alegre
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST – Doença Sexualmente Transmissível
DTA – Doença Transmissíveis por Alimentos
EC – Emenda Constitucional

ED – Equipe de Desenvolvimento
EPTC – Empresa Pública de Transporte e Circulação
ERB – Estações de Rádio Base
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
ESP – Equipe de Saúde Prisional
ETA – Estação de Tratamento de Água
EVA – Equipe de Vigilância de Alimentos
EVDT – Equipe de Vigilância em Doenças Transmissíveis
EVEV – Equipe de Vigilância de Eventos Vitais
EVQA – Equipe de Vigilância de Águas
EVSAT – Equipe Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador
EVSPIS – Equipe de Vigilância em Serviços e Produtos de Interesse à Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania
FUGAST – Fundação de Gastroenterologia do Estado
GD – Gerência Distrital
GD C – Gerência Distrital Centro
GD GCC – Gerência Distrital Glória/ Cruzeiro/ Cristal
GD LENO – Gerência Distrital Leste/ Nordeste
GD NEB – Gerência Distrital Norte/ Eixo Baltazar
GD NHNI – Gerência Distrital Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas
GD PLP – Gerência Distrital Partenon/ Lomba do Pinheiro
GD RES – Gerência Distrital Restinga/ Extremo Sul
GD SCS – Gerência Distrital Sul/ Centro Sul
GEAF – Gerência de Acompanhamento Funcional
GHC – Grupo Hospitalar Conceição
GM – Gabinete Ministerial
GRSS – Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde
GS – Gabinete do Secretário
GSSM – Gerência de Saúde do Servidor Municipal
GT – Grupo de Trabalho
GTH – Grupo de Trabalho de Humanização
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HF – Hospital Fêmeina
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
HMOV – Hospital Moinhos de Vento
HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição
HPS – Hospital de Pronto Socorro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IE – Instituições de Ensino
IGD – Índice de Gestão Descentralizada
IMESF – Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família
IPA – Instituto Porto Alegre Metodista
LAA – Licença Aguardando Aposentadoria
LAC – Licença de Acompanhamento de Cônjuge
LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública
LAI – Licença Auxílio-Doença do INSS
LAT – Licença Acidente de Trabalho
LG – Licença Gestante
LIRAA – Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti*
LTA – Leishmaniose Tegumentar América
LTI – Licença Tratamento de Interesse
LTP – Licença Tratamento de Pessoa da Família
LTS – Licença Tratamento de saúde
LV – Leishmaniose Visceral
MAC – Medida de Alta Complexidade
MS – Ministério da Saúde
N – Total
NASCA – Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente
NB – Nível de Segurança Biológica
NE – Nível Elementar
NEO – Neoplasias
NEP – Núcleo de Educação Permanente
NM – Nível Médio
NS – Nível Superior

NVESIS – Núcleo de Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde

NVPA – Núcleo de Vigilância de população Animal

NVPIS – Núcleo de Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde

NVRV – Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores

NVSIS – Núcleo de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PACS – Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul

PAS – Programação Anual de Saúde

PAVS – Programação das Ações de Vigilância em Saúde

PBF – Programa Bolsa Família

PCPA - Presídio Central de Porto Alegre

PFMP – Penitenciária Feminina Madre Pelletier

PGQP – Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade

PIM / PIA – Primeira Infância Melhor / Porto Infância Alegre

PIT – Posto de Informação de Triatomíneos

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMCT – Programa Municipal de Controle da Tuberculose

PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PPES – Profilaxia Pós Exposição Sexual

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PRD – Programa de Redução de Danos

PROEMPA – Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre

PUC – Pontifícia Universidade Católica

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

PTS – Planos Terapêuticos Singulares

PVE – Pesquisa Vetorial Especial

QT – Quantidade

RAP – Rede de Atenção Primária
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RN – Recém Nascido
SAE – Serviço de Atendimento Especializado
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SEREEI – Setor de Regularização dos Estabelecimentos e Educação Infantil
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica
SIM – Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Notificação de Nascidos Vivos
SISÁGUA – Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água
SISPACTO – Sistema do Pacto pela Saúde
SISPRENATAL – Sistema de Informação do Acompanhamento do Pré-Natal
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMA – Secretaria Municipal de Administração
SMED – Secretaria Municipal de Educação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SR – Sintomático Respiratório
SRTN – Serviço de Referência em Triagem Neonatal
ST – Saúde do Trabalhador
SUS – Sistema Único de Saúde
TB – Tuberculose
TBC – Tuberculose
TBDR – Tuberculose Droga Resistente
TDO – Tratamento Diretamente Observado
TI – Trabalho Infantil
TMI – Transmissão Materno – Infantil
TRD – Teste Rápido Diagnóstico
TSB – Técnico em Saúde Bucal
TS – Tratamento Supervisionado
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UA – Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a

Cultura

UNFPA – Fundo das Nações Unidas para a Populaçãp

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde da Família

US – Unidade de Saúde

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade de Suporte Básico

USP – Unidade de Saúde Prisional

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VE – Vigilância Epidemiológica

VT – Vale Transporte

SUMÁRIO	PAG
APRESENTAÇÃO	15
2. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	16
3 LEGISLAÇÃO/NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS MUNICIPAL	16
4 PARTICIPAÇÃO DA SMS EM INSTÂNCIAS COLEGIADAS	17
5 HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO AO RECEBIMENTO DE RECURSOS	19
6 GESTÃO NA SAÚDE	22
6.1 Gestão do Trabalho em Saúde	25
6.1.1 Caracterização da Força de Trabalho	25
6.1.2 Saúde do Servidor	30
6.1.3 Atendimento Funcional	31
6.1.4 Educação Permanente em Saúde	32
6.2 Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde	47
6.2.1 Eixo Gestão do Trabalho	53
6.2.2 Eixo Atenção à Saúde	57
6.3 Ouvidoria do SUS	61
6.4 Assessoria de Comunicação	67
6.4.1 Materiais Gráficos	69
6.4.2 Eventos	70
6.4.3 Campanhas	71
6.4.4 Notícias Veiculadas na Mídia	71
7 SERVIÇOS E REFERÊNCIAS	72
7.1 Serviços de Atenção Primária à Saúde	75
7.2 Serviços Ambulatoriais Especializados e Substitutivos	82
7.3 Serviços de Urgência	87
7.4 Serviços de Internação Hospitalar e Domiciliar	89
8 INFRA-ESTRUTURA DE APOIO	90
8.1 Licitações, Contratos e Compras	90
8.2 Informatização da Saúde	99
8.3 Infra-estrutura de Equipamentos	104

8.4 Sistema de Informações	104
9 PRODUÇÃO	109
9.1 Atenção Primária à Saúde	109
9.1.1 Produção Médica na Atenção Básica por Gerência Distrital	111
9.1.2 Produção Médica Especializada por Gerência Distrital Exceto os Hospitais	112
9.2 Atenção Especializada	113
9.2.1 Saúde Bucal	113
9.2.2 Saúde Nutricional	116
9.2.3 Saúde Mental	120
9.3. Assistência Farmacêutica	137
10 AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE	146
10.1 Vigilância, prevenção e controle de Doenças Transmissíveis e outros agravos.	146
10.1.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis AIDS e Hepatites Virais	149
10.1.2 Leptospirose	163
10.1.3 Sarampo/Rubéola	164
10.1.4 Vírus Influenza	165
10.1.5 Meningite	165
10.1.6 Tuberculose	166
10.1.7 Dengue	173
10.2 Ações e Serviços em Vigilância Sanitária	176
10.2.1 Demonstrativo das Ações Desenvolvidas pela Equipe de Vigilância em Serviços e Produtos de Interesse à Saúde - EVSPIS	178
10.3 Doenças e Agravos não Transmissíveis	205
10.3.1 Programa de Controle do Tabagismo	206
10.4 Programa Bolsa Família	207
11 REGULAÇÃO DO SUS	209
11.1 Auditorias, Vistorias e Supervisões Realizadas	217
11.2 Regulação de Serviços Ambulatoriais e Especializados de Média e Alta Complexidade	219
11.2.1 Regulação da Produção Hospitalar	221

11.2.2 Internações Hospitalares por Grupos e Especialidade	224
12 HOSPITAIS PRÓPRIOS	226
12.1 Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	226
12.2 Hospital de Pronto Socorro	243
13 ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E TRANSPORTE DE PACIENTES	254
13.1 Pronto-Atendimentos (PAS)	257
13.1.1 Perfil de Classificação de Risco nos Prontos-Atendimentos	260
13.2 Pronto-Atendimentos de Saúde Mental	263
13.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	266
13.4 Serviços Hospitalares de Emergência	269
14 FINANCIAMENTO DO SUS	277
15 DESEMPENHO DOS INDICADORES NO CICLO DE VIDA	277
15.1 Criança	277
15.1.1 Ciclo de Vida da Criança por Região da Cidade 0 – 9 anos	287
15.1.2 Ciclo de Vida do Adolescente por Região da Cidade 10 – 19 anos	291
15.2 Adulto	292
15.2.1 Saúde do trabalhador	292
15.2.2 Saúde da Mulher	294
15.3 Idoso	305
16. POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	309
16.1 Saúde da População Negra	309
16.2 Saúde da População Indígena	313
16.3 Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade	316
17 CONTROLE SOCIAL	323
CONSIDERAÇÕES FINAIS	324
REFERÊNCIAS	330
ANEXOS	
I Portarias Ministeriais Relacionadas à Atenção Básica	332
II CGADSS	353
III Humanização	352
IV Assessoria de Comunicação	368
V Mapeamento de Processos	385

APRESENTAÇÃO

Porto Alegre possui uma **população de 1.409.351** e 574.793 domicílios, com uma média de 2,45 moradores por residência. O número de mulheres, superior ao de homens em Porto Alegre, é outro dado relevante. Foram recenseados 654.022 homens, enquanto as mulheres totalizaram 755.917, uma diferença de mais de 100 mil. **Porto Alegre é a 10ª capital mais populosa do país**, permanecendo na mesma posição quando do Censo realizado em 2000.

No Sistema Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre está incorporado na 1ª Coordenadoria de Saúde. No Plano Diretor de Regionalização de Assistência (PDR), está inserido na Região Metropolitana, que envolve municípios da 1ª, 2ª e 18ª Coordenadorias Regionais de Saúde. Corroborando para o fortalecimento da gestão municipal e regional do SUS, o município aderiu ao Pacto pela Saúde em 07/11/ 2011.

Na esfera municipal, a regionalização dos serviços por Gerências Distritais, para casos eletivos, e por proximidade geográfica de atendimento, para os casos de urgência e emergência, confere ao Sistema Municipal de Saúde maior integração entre o perfil da capacidade instalada de serviços e as necessidades da população. Junto destes, a análise do perfil dos serviços e a sua distribuição espacial conferem substancialidade às análises sobre o sistema de saúde e o sistema de saúde que queremos, sendo um dos objetivos perseguidos na elaboração dos relatórios de gestão da SMS.

Outro componente a ser considerado na regionalização dos serviços é o perfil populacional que, apesar da diminuição populacional expressa no Censo 2010, há migrações internas entre as regiões do município, o que exige revisão permanente das necessidades de saúde e disponibilidade de serviços em cada uma delas.

As condições situacionais (de regionalização e populacional) aqui expressas dimensionam a necessidade de instrumentos de gestão para o acompanhamento, avaliação e de direcionamento do planejamento das ações. Por isso houve avanço significativo na qualificação da Gestão Municipal a partir do uso da Programação Anual de Saúde 2012, que está sendo acompanhada em todos os relatórios de gestão trimestrais.

O processo de construção dos relatórios de gestão tem proporcionado o aprimoramento do instrumento como ferramenta de monitoramento do conjunto de

ações e metas definidas na Programação Anual de Saúde (PAS). É, portanto, o principal instrumento de planejamento estratégico de curto prazo da Secretaria Municipal de Saúde.

Como um projeto permanente de qualificação da gestão do Sistema como um todo, o processo de elaboração do relatório quadrimestral de gestão qualifica a relação entre o roteiro de relatório de gestão já instituído (Resolução 36/2011) e a prestação de contas das metas da PAS 2012. Visa, desta forma, a apresentar o consolidado do conjunto de serviços prestados e a situação de saúde em Porto Alegre no período analisado, oportunizando uma avaliação qualificada pelas partes envolvidas – usuários, gestores, prestadores e trabalhadores do SUS, favorecendo ao controle social.

2 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

O Decreto nº 17.898, de 2 de agosto de 2012, publicado no Diário Oficial 4322, de 13 de agosto de 2012, altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o inc. XII, do art. 2º, do Decreto nº 9.391 de 17 de fevereiro 1989 – que Consolida a Estrutura Geral da Administração Centralizada do Município, lota Cargos em Comissão e Funções Gratificadas criados pelas Leis nº 6309, de 28/12/88, Lei nº 6151, de 13/07/88 e dá outras providências.

.A alteração na nomenclatura da Coordenadoria Geral de Atenção Primária à Saúde, para Coordenadoria Geral de Atenção Primária, Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos fora publicada no DOPA, no Decreto 17.898, de 02 de agosto de 2012, que alterou também a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.

3 LEGISLAÇÃO/NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS MUNICIPAL

A CGAPSES constituiu no segundo quadrimestre de 2012, a Portaria 750 - Norma Técnica dos Enfermeiros, tendo em vista a necessidade de estabelecer, no âmbito do município de Porto Alegre, restrito, exclusivamente aos programas de saúde pública, o uso de protocolos, diretrizes clínicas e manuais do Ministério da

Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Secretaria Estadual da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e outras Instituições de Saúde oficialmente parceiras do SUS. Esta portaria incide na atuação do profissional, no sentido de possibilitá-lo a realizar consultas de enfermagem, aplicando o processo de enfermagem, com o objetivo de conhecer e intervir sobre os problemas e saúde/ doença, em conformidade com a legislação, realizando os fluxos e processos de trabalho que efetivamente estabeleçam a resolutividade aos usuários.

Realizou-se também a modificação da Portaria nº 001/12 no sentido de incluir os coordenadores ou assessores das Áreas Técnicas de Atenção à Saúde Mental, Nutricional, Bucal, da População Negra, e de DST/ AIDS/ Hepatites Virais da CGAPSES no Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa de Saúde do Escolar, que tem por objetivo definir o escopo do trabalho que será realizado pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação e Secretaria Estadual, dimensionando além da responsabilidade destas instituições, as ações propostas para realização do Programa.

Publicou-se a portaria nº 45.222 - DOPA 4318 de 07 de Agosto de 2012, no dia 08/12/2012, referente à composição do Comitê de Morte Materna

Portarias Ministeriais relacionadas à Atenção Basca Anexo I.

4 PARTICIPAÇÃO DA SMS EM INSTÂNCIAS COLEGIADAS

Principais representações da gestão da SMS em instâncias colegiadas relacionadas ao SUS:

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)/RS

* Integrantes da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RS - Titular: Marcelo Bosio; Suplente: Carolina Santanna - Conforme of. N° 1768/10-GS em 03/12/2010.

* Integrantes da Secretaria Técnica (SETEC) Bipartite – CIB/RS - Titular: Carolina Santanna; Suplente Marcelo Bosio.

* Integrantes do CIR 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) - Titular: Marcelo Bosio; Suplente: Carolina Santanna.

* Integrantes da Secretaria Técnica (SETEC) CIR - Titular: Carolina Santanna; Suplente: Christiane Nunes de Freitas.

* Integrantes da Secretaria Técnica (SETEC) da 1ª CRS – Titular: Lurdes Maria Toazza Tura - Conforme of. Nº 1442/11-GS em 23/08/2011.

Integrantes das Áreas Técnicas da CGAPSES:

Comitês:

Comitê Metropolitano de Tuberculose;
Comitê de Enfretamento à Situação de Rua;
Comitê de Mortalidade Materna;
Comitê de Mortalidade em AIDS;
Comitê de Mortalidade Infantil;

Comissões:

Comissão Municipal de AIDS;
Comissão de Convivência Familiar e Comunitária para Crianças e Adolescentes;
Central Redes de Atendimento à Criança e Adolescente;
Conselhos:
Conselho do Povo Negro;
Conselho do Idoso;
Conselho de Juventude;
Conselho Estadual de Saúde;

Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

* Integrantes da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA) - Titular: Marcelo Bosio; Suplente: Carolina Santanna.

* Integrantes do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)- Titular: Marcelo Bosio; Suplente: Carolina Santanna

Conselho Municipal de Saúde

* Integrantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) - Titular: Marcelo Bosio; Suplente: Jorge Luiz Silveira Osório - Conforme of. Nº0817/10-GS em 11/06/2010.

* Integrantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) - 2ª Representante – Titular: Christiane Nunes de Freitas; Suplente: Lurdes Maria Toazza Tura

* Integrantes da Secretaria Técnica do (SETEC) do Conselho Municipal de Saúde (CMS) - Titular: Lurdes Maria Turra; Suplente: Andrea Pereira Regner- Conforme of. N°1020/12-GS em 14/06/2011.

5 HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO AO RECEBIMENTO DE RECURSOS

Em relação ao Termo de Compromisso Municipal firmado entre a SMS e a Secretaria Municipal de Educação no Programa de Saúde do Escolar, a constituição de nova equipe de Saúde Prisional e inclusão de Equipe de Saúde Bucal na USF São Gabriel, citados no Parecer SETEC nº 26/2012, esclarece-se que:

A habilitação/credenciamento junto ao Ministério da Saúde para o recebimento de recursos se dá somente quando da publicação em Diário Oficial da União, isto significa que apresentação dos projetos à Plenária do Conselho Municipal de Saúde, não representa ainda o recebimento dos recursos.

Neste sentido, retifica-se informação contida no Relatório de Gestão referente ao 1º quadrimestre de 2012, no sentido de informar que foram realizadas 44 habilitações/ credenciamentos para Equipes de Saúde da Família, 26 habilitações/ credenciamentos para Equipes de Saúde Bucal e ampliação de microárea de 2 Equipes de Saúde da Família, conforme segue:

- * 4 ESFs – Convênio IC-FUC
- * ESF – Convênio HDP
- * 39 ESF – Convênio GHC
- * 5 ESBs – Convênio IC-FUC
- * 1 ESB – Convênio HDP
- * 20 ESBs – Convênio GHC
- * 2 ESFs com ampliação de microárea

Quadro 1– Retificação das habilitações noo 1º quadrimestre de 2012

USF Barão de Bagé	2 Equipes de Saúde da Família, 2 Equipes de Saúde Bucal modalidade I e 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade I.
USF Coinma	2 Equipes de Saúde da Família e 1 Equipe de Saúde Bucal modalidade I.
USF Conceição	7 Equipes de Saúde da Família, 2 Equipes de Saúde Bucal modalidade I e 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade I.
USF Costa e Silva	2 Equipes de Saúde da Família e 1 Equipe de Saúde Bucal modalidade I.
USF Divina Providência	2 Equipes de Saúde da Família e 2 Equipes de Saúde Bucal modalidade I.
USF Ernesto Araújo	3 Equipes de Saúde da Família e 1 Equipe de Saúde Bucal modalidade I.
USF Esperança Cordeiro	1 Equipe de Saúde Bucal modalidade I.
USF Jardim Cascata	ampliação de duas microáreas na equipe II.
USF Jardim Itu	4 Equipes de Saúde da Família, 2 Equipes de Saúde Bucal modalidade I e 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade I.
USF Jardim Leopoldina	5 Equipes de Saúde da Família, 2 Equipes de Saúde Bucal modalidade I e 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade I.
USF Laranjeiras	1 Equipe de Saúde Bucal modalidade I.
USF Maria da Conceição	1 Equipe de Saúde da Família e 1 Equipe de Saúde Bucal modalidade I.
USF Modelo	1 Equipe de Saúde Bucal modalidade I.
USF Moradas da Hípica	1 Equipe de Saúde da Família e 1 Equipe de Saúde Bucal modalidade I.
USF Nossa Senhora Aparecida	2 Equipes de Saúde da Família e 1 Equipe de Saúde Bucal modalidade I.
USF Nossa Senhora de Belém	1 Equipe de Saúde da Família e 1 Equipe de Saúde Bucal modalidade I.
USF Parque dos Maias	4 Equipes de Saúde da Família e 2 Equipes de Saúde Bucal modalidade I.
USF Rincão	Ampliação de uma microárea na equipe I.
USF Santa Marta	1 Equipe de Saúde Bucal modalidade I.
USF Santíssima Trindade	2 Equipes de Saúde da Família e 1 Equipe de Saúde Bucal modalidade I.
USF São Pedro	1 Equipe de Saúde Bucal modalidade I.

USF Vila Floresta	5 Equipes de Saúde da Família e 2 Equipes de Saúde Bucal modalidade I.
USF Vila Nova/ Ipanema	1 Equipe de Saúde da Família e 1 Equipe de Saúde Bucal modalidade I.
USF Vila SESC	2 Equipes de Saúde da Família e 2 Equipes de Saúde Bucal modalidade I.

Retifica-se ainda, que no 1º quadrimestre de 2012, conforme Portaria MS/GM nº 819, de 25 de Abril de 2012 – DOU nº 81 de 26/04/2012, fora realizado o credenciamento /habilitação do município de Porto Alegre, ao recebimento do incentivo financeiro referente a 04 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, pertencentes ao convênio SMS/GHC.

Ocorreu à publicação da Portaria MS/GM nº 821, de 25/04/2012 – DOU nº 81 de 26/04/2012, responsável por credenciar o município de Porto Alegre, a receber os incentivos financeiros às estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, com a definição de que Porto Alegre receberá por 531 Agentes Comunitários de Saúde, vinculados à 131 Equipe de Saúde da Família. Como também, o credenciamento do município de POA, através da Portaria MS/GM nº 823, de 25/04/2012 – DOU nº 81 de 26/04/2012, ao recebimento do incentivo vinculado as ações de saúde bucal no âmbito da Estratégia Saúde da Família, sendo o incentivo para 38 equipes de ESB modalidade I, e 07 referentes a modalidade II.

No 2º quadrimestre de 2012, houve habilitação/ credenciamento, conforme Portaria MS/GM nº 1356, de 02/07/2012 – DOU nº 127 de 03/07/2012, para o recebimento de incentivo referente às equipes de Consultório na Rua, que compõe o Bloco da Atenção Básica.

Além disso, a publicação da Portaria MS/GM nº 1089, de 28/05/2012 – DOU nº 103 de 29/05/2012, que definiu o valor integral mensal do incentivo financeiro ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB, denominado como Componente de Qualidade do PAB Variável.

Com a publicação da Portaria MS/GM nº 1551, de 17/07/2012 – DOU nº 138 de 18/07/2012, fora definido o prazo de envio do Termo de Compromisso para adesão a Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. Enviado ao Ministério, e neste sentido à CGAPSES enviou a documentação

necessária à adesão da 2ª etapa das fase 2 do PROESF, que refere-se à aquisição de equipamentos e materiais permanente no valor de R \$133.279,82.

6 GESTÃO NA SAÚDE

Com a mudança organizacional ocorrida na SMS em 2011, as antigas políticas de saúde da ASSEPLA passaram a atuar junto à coordenação de APS, sob a denominação de áreas técnicas, originando a Coordenadoria Geral de Atenção Primária e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos - CGAPSES. Tal configuração potencializa o princípio da APS de ser o ordenador dos cuidados na rede de serviços de saúde desde o seu planejamento até sua execução. As Áreas Técnicas são componentes fundamentais para a organização da CGAPSES tendo a função de articular, de forma transversal, as políticas de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida.

Neste cenário, a CGAPSES é responsável por coordenar, gerenciar e planejar ações para execução das políticas públicas do SUS no município, bem como definir, gerenciar e executar fluxos e rotinas técnicas para os serviços aos quais administra, juntamente com os profissionais dessa rede de saúde. Sob a coordenação da CGAPSES, as Gerências Distritais são estruturas administrativas e gestoras regionais, que incluem espaços de discussão e prática para a operacionalização das estratégias.

Além deste redirecionamento da Coordenação da APS no município, um conjunto de estratégias de macrogestão da Saúde estão inseridas no mesmo contexto, como a mudança do direcionamento da ASSEPLA, já referida em relatório anterior. No quadrimestre em análise, as equipes da SMS estão em desenvolvimento e execução simultânea de políticas setoriais e projetos estratégicos, que vão da qualificação das áreas de atenção à saúde até a reorientação de planos estratégicos de gestão.

A exemplificar a elaboração de Políticas Municipais e a reorientação de áreas setoriais, pode-se citar: 1) GT Regionalização; 2) Comissão permanente de Integração Ensino-Serviço; 3) Grupo de Integração com Curso para novos servidores; 4) Institucionalização do Programa de Melhoria de Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB 5) Comitê de Humanização; 6) GT Reabilitação; 7) GT Hospitais; 8) GT DANT; 9) 1º Curso de Planejamento e Avaliação da SMS, com parceria

ASSEPLA e CGVS; 10) Equipes Regionais de Monitoramento nas GD; 11) Reunião Geral de Coordenação, que reúne todos os coordenadores da gestão centralizada (CGATA, CGADSS, CGAFO, ASSEPLA, ASSECOM, ASSEJUR, CEREST, GSSM, CGVS, CMU e CGAPSES), das Gerências Distritais, do SAMU e dos hospitais municipais (HPS e HMIPV), quinzenalmente, para o alinhamento das estratégias principais e para a validação de projetos em andamento;

Além destes, destaca-se a revisão dos Fundamentos Estratégicos da SMS e do HPS que, em uma parceria entre o conjunto dos coordenadores da gestão centralizada, seus assessores e o Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP), revisaram o foco de atuação, a missão institucional, a visão e os princípios (ou valores). Cabe ressaltar que a missão da SMS datava do ano de 2001.

O processo de divulgação dos Fundamentos da SMS iniciou em agosto, nas equipes das coordenações e GD da SMS e segue em setembro e outubro, nas equipes internas dos setores, serviços de saúde e plenário do CMS. Pretende-se, com isso, alinhar o conjunto de projetos e demais estratégias para esse direcionamento. Os Princípios da SMS são os que seguem:

Foco de atuação: Bem-estar em Saúde

Missão: Promover o bem-estar em saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, por meio de gestão única que garanta aos cidadãos o acesso universal, equânime e o cuidado integral, com controle social e respeitando as pactuações interfederativas.

Visão: Ser referência no bem-estar em saúde, pela excelência nas ações dos serviços prestados aos cidadãos e no modelo de gestão pública, sendo reconhecida internacionalmente.

Princípios ou valores: *Legalidade:* cumprimento constitucional e das leis orgânicas da saúde; *Humanização em saúde:* valorização à vida, cidadão como foco da nossa atenção, democracia e equidade; *Cooperação:* trabalho em rede, atuação intersetorial e responsabilidade socioambiental; *Atitude ética:* profissionalismo, solidariedade, comprometimento, responsabilidade político-social e transparência; *Conhecimento, confiabilidade e inovação:* integração ensino-serviço-pesquisa e práticas inovadoras; *Valorização dos trabalhadores de saúde:* Reconhecimento institucional, educação permanente e desenvolvimento de competências (Conhecimentos, Habilidades e Atitudes).

Além da revisão dos Fundamentos Estratégicos da SMS, a consultoria junto ao PGQP possibilitou revisar os principais macroprocessos da SMS, sendo eles o

macroprocesso da Atenção Primária à Saúde, da Atenção às Urgências, da Regulação de serviços e da própria SMS como um todo (Anexo Gestão V). A partir destes, ainda foram revisados e detalhados os processos de regulação de consultas especializadas, de regulação de internações hospitalares e de acolhimento com identificação de necessidades na APS. Todos estão com seus planos de ação para implantação e/ou qualificação em execução, sendo acompanhados pelas equipes formadas a partir do processo de consultoria (Anexos V).

A importância de ações como esta, que visam à gestão dos processos que envolvem a SMS, tem a potência de ampliar a resolutividade das ações e serviços prestados por racionalizar as passos importantes de cada processo desenvolvido na SMS. Neste sentido, é importante destacar que cada processo corresponde, como resultado, a uma entrega, um produto que será direcionado a uma população específica e que faz parte de um todo, justificando a necessidade de suas revisões para ampliar a qualidade dos serviços prestados pelo SUS.

A figura a seguir apresenta, de forma esquemática, a rede de atenção à saúde para estimular o debate e subsidiar o planejamento e implementação de ações em saúde com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar a atenção na rede de saúde regional.

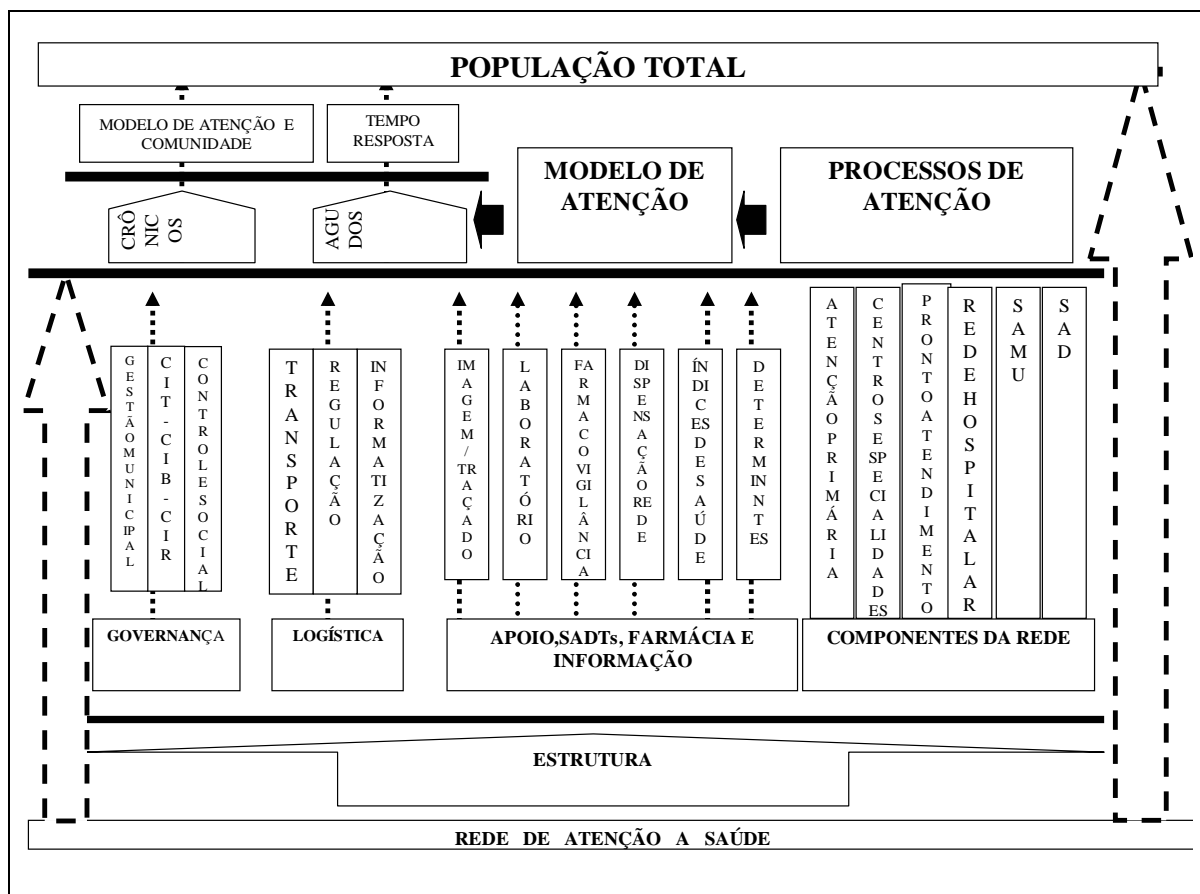


Figura 1- Forma esquemática, a rede de atenção à saúde

A seguir, são detalhadas todas as atividades e estratégias desenvolvidas pela SMS no quadrimestre em análise, tendo em vista o aperfeiçoamento e a qualificação de todo o SUS em Porto Alegre.

6.1 Gestão do Trabalho em Saúde

6.1.1 Caracterização da Força de Trabalho

Quadro 2 - Metas anuais constantes na PAS

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
138. Contratar 140 Agentes de Endemias para as Unidades de Saúde da Família para AIDS, tuberculose, dengue, álcool e drogas.	Elaboração e Lançamento do edital para Licitação de empresa para realização do concurso;	Realizada.
	Elaboração e Lançamento do edital para realização das provas;	Realizada.
	Realização do concurso via	Realizada.

	IMESF;	
	Contratação candidatos aprovados.	140 agentes de endemias convocados (processo de contratação).
139. Criar 30 cargos de Auxiliares de Farmácia e 20 cargos de Educador Físico.	Inclusão da pauta necessidade de criação dos cargos SMS junto à SMA no comitê de secretariado e Prefeito;	Acompanhando a tramitação da solicitação da criação de cargos
	Envio do projeto de lei para a Câmara Municipal de Vereadores;	Acompanhamento da tramitação da solicitação inicial. Projeto de Lei ainda não elaborado.
	Elaboração de concurso;	Não realizado.
	Nomear os candidatos aprovados.	Condicionado a elaboração do concurso.
140. Repor 100% das vacâncias geradas por servidores municipais.	Acompanhamento das nomeações cujas vagas foram geradas por aposentadoria, falecimento ou exoneração;	As vagas estão sendo repostas no período.
	Dimensionamento e distribuição da força de trabalho em todos os órgãos da SMS;	SMS e SMA estão verificando a metodologia adequada para realização do dimensionamento de pessoal.
	Estabelecimento de metodologia para o Dimensionamento e distribuição da força de trabalho SMS.	Metodologia sendo estruturada em conjunto com a assessoria do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP).
141. Transformar 213 cargos de Auxiliar de Enfermagem em 188 cargos de Técnico de Enfermagem e 25 cargos de Técnico em Radiologia.	Solicitação à SMA para transformação dos cargos relacionados;	Realizada.
	Encaminhamento de projeto à Câmara Municipal de Vereadores para criação dos cargos;	Realizada.
	Nomeação de candidatos classificados para ocupação das vagas existentes.	Realizada.
142. Transformar 25 cargos de Assistente Administrativo Hospitalar em 10 Cargos de Auxiliar de Farmácia, 09 cargos de Farmacêuticos e 05 cargos de Biomédicos para atender as demandas atuais da assistência farmacêutica.	Solicitação à SMA para a criação dos cargos relacionados;	Realizada.
	Encaminhamento de projeto à Câmara Municipal de Vereadores para criação dos cargos;	Realizada.
	Nomeação candidatos classificados para ocupação das vagas existentes.	Realizada.
143. Criar 51 cargos de Enfermeiro.	Solicitação à SMA para criação dos cargos relacionados;	Realizada.

	Encaminhamento de projeto á Câmara municipal de vereadores para criação dos cargos;	Realizada.
	Nomeação de candidatos classificados para ocupação das vagas existentes.	Realizada.
153. Estruturar a área física e definir a estrutura RH em 5 Conselhos Distritais de Saúde.	Estruturação da área física;	Não realizada.
	Adequação da necessidade de Recursos Humanos.	SMS e SMA estão verificando a metodologia adequada para realização do dimensionamento de pessoal.
<p>Análise das Metas da PAS As transformações, bem como as criações de cargos (exceto meta 139), já foram realizados. Em relação à meta 139 está em avaliação não sendo, até o presente momento, elaborada minuta de projeto de lei. Quanto à meta 140 que fala sobre as reposições das vacâncias dos servidores municipais, estas estão sendo acompanhadas em suas tramitações por se tratar de processo dinâmico.</p>		

Para a realização das suas atividades, a SMS apresenta a força de trabalho composta por servidores efetivos (município, estado e federal), cargos em comissão; servidores contratados temporariamente, nos termos da Lei Municipal 7.770/96; funcionários celetistas contratados que trabalham na ESF e conta com postos de trabalhos terceirizados, os quais são contratados mediante a realização de processo licitatório.

Nos quadros a seguir, os respectivos quantitativos serão apresentados.

Tabela 1 – Quantitativo de servidores efetivos, por nível de cargo, comparativo 2º quadrimestre 2012 e de 2011

Cargos	2º Quadrimestre		Varição
	2012	2011	%
Nível Superior(NS)	2.566	2.409	6,52
Nível Médio(NM)	2.409	2.284	5,47
Nível Elementar(NE)	600	591	1,52
Total	5.575	5.284	5,51

FONTE: Sistema ERGON

Tabela 2 – Cargos em Comissão, Contratos Temporários (Lei 7.770), Estratégia de Saúde da Família e terceirizados

	2º Qadrimestre		Varição
	2012	2011	%
Cargos Em Comissão	29	28	3,57
Contratos Temporários	243	912	-73,36
Estratégia De Saúde Da Família (IMESF, IC e Hospitais)	1113	506	119,96
Terceirizados	807	829	-2,65

FONTE: Sistema ERGON, ESF, CGATA, HMIPV e HPS

Em relação aos servidores contratados temporariamente, a redução se deve à criação do IMESF (Lei Municipal 11.062/2011), o qual absorveu a maioria dos ACS que estavam amparados pela EC nº 51/2006.

O quantitativo de funcionários que atuam na ESF mostrou ampliação de 607 cargos, representando aumento de 119,96% em relação ao segundo quadrimestre de 2011.

Salientamos que neste quadrimestre estão sendo informados os quantitativos da Estratégia de Saúde da Família englobando os profissionais contratados pelo IMESF (321), os contratados pela Lei 7.770/96 (65), os profissionais que atuam na ESF através de convênios com Hospitais: Moinhos de Vento (68), Divina Providência (30), Clínicas (19) e Conceição (194).

Em relação aos postos de trabalho terceirizados, verificou-se redução de 22 postos, representando redução de 2,65%.

Tabela 3– Quantitativo de servidores por origem

Origem	2º Quadrimestre		Variação %
	2012	2011	
Municipal	4.706	4.328	8,73
Estadual	588	618	-4,85
Federal	281	338	-16,86
Total	5.575	5.284	5,51

FONTE: Sistema ERGON

Observando os quantitativos, verifica-se que o número de servidores municipais apresentou aumento na ordem de 8,73% enquanto os quantitativos de servidores estaduais e federais mostram queda de 4,85% e 16,86 respectivamente.

Verificando a redução no quantitativo de servidores municipalizados (estadual e federal), constata-se uma redução total de 21,71% enquanto, em relação aos servidores municipais houve incremento de 8,73%.

O contínuo decréscimo da quantidade de servidores efetivos estaduais e federais impacta a quantidade total de servidores efetivos da Secretaria, pois mesmo com incremento na quantidade de servidores municipais, no somatório das saídas, o quantitativo de municipalizados (estaduais e federais) reduziu, afetando a quantidade total de servidores efetivos e minimizando o impacto do aumento na quantidade de servidores municipais.

Em resumo, considerando o total, o quantitativo de servidores efetivos mostrou incremento de 291 servidores, representando aumento de 5,51%.

Quadro 3 – Servidores ingressantes através de nomeação:

Cargo	2º Quadrimestre	
	2012	2011
Administrador	1	1
Assistente Administrativo	3	3
Assistente Social	1	1
Auxiliar de Gabinete Odontológico	1	5
Biólogo	0	1
Cirurgião-Dentista	1	1
Enfermeiro	42	3
Engenheiro	1	1
Engenheiro Civil	1	0
Médico	100	86
Motorista	1	1
Nutricionista	4	0
Técnico em Enfermagem	87	80
Técnico em Radiologia	1	2
Total	244	185

FONTE: Sistema ERGON e Área de Ingresso CGADSS

Quadro 4 – Concursos Públicos solicitados em 2011, homologados no 1º quadrimestre 2012 e com nomeações processadas no 2º Quadrimestre 2012.

Código Concurso Público	Cargo
CP 471	Médico Especialista
CP 470	Técnico em Enfermagem

Quadro 5 – Solicitações de criação de cargos e abertura de Concursos Públicos acompanhados durante o 2º quadrimestre de 2012

Cargos
Auxiliar de Farmácia
Biomédico
Técnico de Nutrição e Dietética
Fonoaudiólogo
Recreacionista
Motorista

Ressalte-se que a realização dos Concursos Públicos depende da autorização de instância superior a SMS e da capacidade operacional da SMA para a realização da seleção, seja através de recursos próprios ou licitando empresa para a realização do processo de seleção. Assim sendo, a SMS, embora efetue solicitações para

realização de Concursos Públicos, é dependente de avaliações que transcendem seus limites.

6.1.2 Saúde do Servidor

Quadro 6 - Metas anuais constantes na PAS 2012

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
162. Incluir 3.000 servidores da Administração Centralizada ainda não contemplados no exame periódico.	Sensibilização dos RHs das Secretarias incluídas;	Não realizado.
	Diagnóstico das áreas prioritárias para ações preventivas;	Não realizado. Previsão de iniciar no próximo quadrimestre.
	Conclusão da transição das atividades periciais de competência do PREVIMPA;	Em fase de conclusão.
	Disponibilização dos núcleos de perícia da GSSM para a prevenção de saúde ocupacional do servidor municipal;	Não realizado. Previsão de início no próximo quadrimestre.
	Customização do ERGON;	Realizado.
	Atendimento de todos Acidentes de Trabalho Notificados;	Realizado.
	Capacitação da Equipe de Perícia Médica;	Realizado.
	Estabelecimento de interface e cooperação com os RHs para encaminhamento de reabilitação e adequações funcionais;	Não realizado.
	Equipes de perícia médica equipadas com servidores habilitados, material de consumo e permanente adequados à demanda.	Não realizado. Solicitações encaminhadas.
Análise da Meta da PAS No próximo quadrimestre, a partir da demanda minorada da GSSM em decorrência da criação, pelo PREVIMPA, da Unidade Médico Pericial Previdenciária será iniciado o processo de inclusão de servidores da Administração Centralizada ainda não contemplados no exame periódico.		

6.1.3 Atendimento Funcional

Quadro 7 – Metas anuais constantes na PAS

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º Quadrimestre
161. Atender 100% dos servidores que buscam apoio para negociação de situações de conflitos nos locais de trabalho.	Encaminhamento para a Gerência de Acompanhamento Funcional (GEAF) dos servidores e gerentes que buscam apoio para negociação de situações de conflitos e dificuldades relativas às relações de trabalho;	Os servidores que buscam apoio para situações de conflito são encaminhados para atendimento na SMA.
	Análise dos relatórios quadrimestrais emitidos pela GEAF para elaboração de intervenção.	Os dados enviados pela GEAF/SMA são integrados ao Relatório Quadrimestral, mas a Equipe de Desenvolvimento (ED) não dispõe de equipe técnica para intervenção.
Análise da Meta		
Os servidores que buscam apoio para situações de conflito são encaminhados para atendimento na SMA, que remete para ED os dados quantitativos dos servidores atendidos.		

Seguem os dados encaminhados pela Gerência de Acompanhamento Funcional da Secretaria Municipal de Administração.

Quadro 8 – Números do Atendimento Funcional de Servidores da SMS - 2º quadrimestre - maio/ago 2012:

Casos que abriram no 2º quadrimestre	24
Casos que encerraram	44
Casos que abriram e encerraram no próprio quadrimestre	12
Casos que seguem em aberto	49

FONTE: Relatório GEAF/SMA

O somatório dos casos que seguem em aberto (49) inclui os que abriram no 2º quadrimestre e os casos remanescentes de períodos anteriores. Não há comparativo com 2011, pois a GEAF não dispõe de dados sobre este período.

Quadro 9 – Relação dos Motivos do Acompanhamento dos casos que abriram no 2º quadrimestre

Motivo do Acompanhamento	Nº de Casos
Discordância da avaliação do Estágio Probatório	5
Problemas pessoais	1
Dificuldades de relacionamento com a chefia	1
Sofrimento psíquico	1
Baixa pontuação no Estágio Probatório	2
Movimentação do local de trabalho	8
Dificuldade de relacionamento com a equipe	1
Uso de substâncias psicoativas	1
Outros	4
Total	24*

FONTE: Relatório GEAF/SMA

*Obs. Apenas são descritos os Motivos do Acompanhamento dos casos que abriram no 2º quadrimestre. Os casos remanescentes do quadrimestre anterior já foram descritos no relatório do 1º quadrimestre/2012.

No que diz respeito aos motivos que geram acompanhamento funcional, não existem dados de períodos anteriores que se possa traçar comparativo, pois a GEAF não tinha esses dados disponíveis em 2011. Dos motivos para os acompanhamentos apresentados neste quadrimestre, destacam-se com maior frequência as situações relacionadas à movimentação de local de trabalho (33 % dos motivos de atendimento) e ao Estágio Probatório (29 % dos motivos de atendimento). Todos os demais motivos aparecem com uma frequência reduzida (de 4,1).

6.1.4 Educação Permanente em Saúde

No eixo da Qualificação Profissional, a Equipe de Desenvolvimento permanece em processo de recomposição.

Atividades em andamento: articulação da Rede de Educação Permanente da SMS, composta pelo Núcleo de Educação Permanente em Urgências/Coordenação Municipal de Urgências – NEU/CMU, Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem do HPS - NEPEnf-HPS, Direção Científica-HPS, Assessoria de Ensino e Pesquisa - ASSEP-HMIPV, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde – CGVS e Coordenação Geral da Atenção Primária, Serviços Especializados e Substitutivos - CGAPSES, proporcionando um alinhamento nas estratégias de qualificação dos profissionais de saúde, com vistas a convergir com as prioridades da Secretaria e as

necessidades de desenvolvimento profissional para gestão do SUS em Porto Alegre, segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e em acordo com a PAS – 2012.

Iniciou-se em agosto de 2012 a constituição de um Grupo de Trabalho composto por representantes das áreas que realizam maior número de ações de Educação Permanente na SMS, que objetivará formalizar as normas e fluxos internos no que tange às ações de qualificação profissional da Secretaria. O resultado esperado é que se estabeleça a Política de Educação Permanente em Saúde na SMS, conforme previsão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, do Ministério da Saúde.

No eixo Integração Ensino e Serviço, a Equipe de Desenvolvimento (ED/CGADSS) da SMS permanece desempenhando um importante papel junto à Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES) na construção e implementação desta política.

Eixo Qualificação Profissional

A Qualificação Profissional do quadro de servidores da SMS se dá por capacitações técnicas internas ou ações de Educação Permanente, por cursos e e pela participação dos servidores em eventos técnicos externos.

As ações de Educação Permanente realizada no âmbito da SMS visam a qualificação profissional dos seus servidores, tendo em vista a adequação prioritária às metas da PAS 2012 e PMS, buscando a configuração do Calendário Único de Educação Permanente em Saúde da SMS.

As ações de Educação Permanente e liberações dos servidores estão sintetizadas a seguir.

Tabela 4 – Capacitações para Servidores da SMS – informações quantitativas

	2º Quadrimestre		Variação
	2012	2011	%
Nº de capacitações	141	31	354,84
Nº de participantes	4185	1378	203,70
Total de horas de capacitação Servidor	33138,85	5965	455,55

FONTE: * Registro da ED/CGADSS, Direção Científica/HPS e Instituto de Cardiologia-Fundação Universitária de Cardiologia - IC-FUC.

**Registros da ED/CGADSS, NEPEnf/HPS, CGAPSES, Direção Científica/HPS, CGAPSES, Assessoria de Ensino e Pesquisa/HMIPV, Inforede e Instituto de Cardiologia-Fundação Universitária de Cardiologia - IC-FUC.

Obs.: Vide em anexo as informações qualitativas.

Em relação ao quadro acima, ressalta-se que, ao comparar os dados do segundo quadrimestre de 2011 com 2012, não foi possível obter as informações na sua plenitude. O formato de registro das ações de capacitação era diferenciado, sendo reformulado no decorrer de 2011.

Tabela 5 – Capacitações pela EGP/SMA com a participação de servidores da SMS

EGP	2º Quadrimestre		Variação
	2012	2011	%
Nº de capacitações	34	32	6,25
Nº de participantes	700	603	16,08
Carga Horária Total	258	408	-36,76
Total de horas de capacitação X Servidor	4274	5003	-14,57

FONTE: Escola de Gestão Pública - EGP/SMA.

Obs: Vide em anexo as informações qualitativas

Tabela 6 – Afastamentos temporários de servidores da SMS para qualificação profissional

	2º Quadrimestre		Variação
	2012	2011	%
Total de servidores	227	133	70,68
Total carga horária liberada	6137	2632	133,17

FONTE: Registros ED/CGADSS.

Obs: Vide em anexo as informações qualitativas.

Tabela 7 – Liberação de Servidores para estudo em horário de trabalho

Nível de Ensino	Nº de servidores			Horas por nível de ensino		
	2º Quadrimestre		Variação	2º Quadrimestre		Variação
	2012	2011	%	2012	2011	%
Técnico	3	2	50	360	320	12,5
Graduação	19	16	18,75	2280	2560	-10,93
Especialização	15	5	200	1800	800	125
Mestrado	0	1	-100	0	160	-100
Doutorado	2	2	0	240	320	-25
Total	39	26	50	4680	4160	12,5

FONTE: Assessoria Técnica - ASSETEC/CGADSS

A respeito da liberação de servidores para estudo em horário de trabalho, salienta-se que segundo parecer da PGM nº 753/93 é assegurado até 1/3 da carga horária do cargo do servidor (1/3 da carga horária básica). Para a confecção de tal quadro utilizou-se este parecer como referência, partindo-se da carga horária máxima que está legalmente garantida.

O acréscimo de 2012 em comparação ao quadrimestre de 2011 deve-se a dois fatores principais: durante 2011 algumas liberações ocorriam informalmente, o que foi sendo regularizado durante o corrente ano. Por outro lado, percebe-se igualmente incremento relacionado ao interesse dos servidores em se qualificarem.

Tabela 8 – Capacitações, afastamentos e liberação para estudo de servidores da SMS – Comparativo entre o 2º quadrimestre de 2012 e de 2011

Nível de Ensino	Total de participantes			Total de horas de investimento em capacitação		
	2º Quadrimestre		Variação	2º Quadrimestre		Variação
	2012	2011	%	2012	2011	%
Capacitações SMS	4530	1378	228,74	33139	5965	455,55
Capacitação EGP/SMA	700	603	16,09	4274	5003	-14,57
Afastamento para eventos	227	133	70,68	6137	2632	133,17
Liberação de servidores para estudo	39	26	50,00	4680	4160	12,50
Total	5496	2140	156,82	48230	17760	171,56

FONTE: Registros ED/CGADSS

Tabela 9 – Comparativo do índice de horas totais de capacitação pelo número de servidores da SMS, entre o 2º quadrimestre de 2012 e de 2011.

Total de horas de investimento em capacitação			Nº total de servidores			Horas total de capacitação / nº servidores da SMS		
2º Quadrimestre		Variação	2º Quadrimestre		Variação	2º Q uadrimestre		Variação
2012	2011	%	2012	2011	%	2012	2011	%
48229,85	17760	171,56	6620*	6712**	-1,37	7,28	2,64	175,75

FONTE: Registros ED/CGADSS

* O nº total de servidores da SMS considera os servidores municipais, municipalizados estaduais e federais, temporários e os da ESF, em agosto/2012.

** Foi utilizado o mesmo dado do relatório de gestão do primeiro quadrimestre de 2012.

Obs.: faz-se necessário reforçar a ausência das informações completas no que se refere aos dados de ações de capacitação, implicando assim no cálculo do índice acima referenciado.

Ocorreu significativo incremento das atividades de qualificação neste quadrimestre, impactando no indicador de horas/ servidor em ações de Educação Permanente. Igualmente percebe-se considerável acréscimo em termos de horas relativas ao afastamento de servidores para qualificação profissional e liberação para estudo.

Ainda neste quadrimestre/ 2012 permanece a observação realizada no anterior, quando, ao comparar os indicadores do 1º quadrimestre de 2011 e de 2012, percebia-se diferença significativa decorrente da ausência de banco de informações de algumas áreas.

Quadro 10 – Metas anuais constantes na PAS 2012

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
159. Elaborar o calendário anual de educação permanente em saúde que contemple 100% das metas do PMS e outras que tenham previsão de capacitação.	Reestruturação da área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas;	Em prosseguimento o processo de reestruturação da Equipe de Desenvolvimento
	Elaboração de um diagnóstico com vistas a apresentar as necessidades de RH;	Está sendo realizado, no âmbito dos Núcleos de Educação Permanente e Núcleo de Educação em Urgências.
	Definição da estrutura com seus níveis hierárquicos e atribuições;	Em desenvolvimento
	Criação de fluxo para a realização das capacitações;	Constituiu-se um Grupo de Trabalho composto pelas principais Coordenações da SMS e coordenado pela ED/CGADSS com o objetivo prioritário de definir normas e fluxos relativos às ações de Educação Permanente na SMS, alinhados com

	a proposta da Política Nacional de Educação Permanente.
Elaboração do Plano de Educação Permanente, contemplando os eixos de profissionalização, qualificação profissional e integração ensino serviço;	Em desenvolvimento. Previsão de definições em 2013. Em implantação o Módulo de Treinamento Sistema ERGON
Capacitação de servidores (chefias ou assessores ou representante do serviço) nos focos de Gerenciamento com Base na Informação e Gestão Estratégica e Participativa SUS.	Atividades com tais temáticas foram realizadas conforme consta em anexo.
<p>Análise das Metas da PAS De acordo com as informações referentes à meta, a elaboração de calendário anual em educação permanente em saúde que contemple 100% das metas do PMS e outras que tenham previsão de capacitação está em discussão, acompanhando o processo de reestruturação da ED, dos Núcleos de Educação Permanente (NEPs) e com criação de Grupo de Trabalho (GT).</p>	

Ainda que não estivesse previsto na PAS 2012 como meta específica, instituiu-se no corrente quadrimestre uma ação de Integração de Novos Servidores, contemplando princípios da Educação Permanente, Acolhimento e Humanização. A equipe responsável por esta ação é composta por servidores de diversos setores da Secretaria, buscando imprimir caráter transversal e interdisciplinar. Com tal atividade, que ocorre durante um turno de horário de trabalho, busca-se inserir o ingressante na estrutura e dinâmica da Secretaria, além de refletir com o mesmo sobre o sentido do trabalho.

Ainda neste eixo, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a Atenção Primária, a Secretaria Municipal de Saúde aderiu ao **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ**, institucionalizando assim, a avaliação e o monitoramento no âmbito do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre.

As iniciativas de avaliação e monitoramento caracterizam-se como ferramentas à descentralização das políticas de saúde pelo suporte à tomada de decisão e ao estabelecimento de ações baseadas em evidências.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica -PMAQ relaciona-se ao trabalho realizado pela Estratégia Saúde da Família, visando garantir um padrão de qualidade que permita maior transparência e

efetividade das ações governamentais, à medida que institui mecanismos sofisticados para indução à melhoria da qualidade, através da avaliação e monitoramento constantes das equipes.

Com o lançamento da Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - AMAQ, realizado em 2011, pelo Ministério da Saúde, o processo de autoavaliação constituiu-se como uma estratégia utilizada para potencializar o desenvolvimento do PMAQ-AB.

O desenvolvimento do Programa prevê a realização das seguintes fases:

- 1 Adesão e Contratualização;
- 2 Desenvolvimento;
- 3 Avaliação Externa
- 4 Recontratualização

O município de Porto Alegre aderiu e contratualizou sua participação no segundo semestre de 2011, priorizando a Estratégia Saúde da Família. Para identificar as ações da ESF e o desempenho relatado pelas equipes o município criou um instrumento de coleta de dados, via FormSUS.

Foram inscritas e homologadas 54 equipes no programa, escolhidas pelos critérios estabelecidos pelo próprio programa, associados aos critérios definidos pela SMS, como: Equipes credenciadas junto ao Ministério da Saúde, com Equipe de Saúde Bucal, e equipes completas em relação aos recursos humanos. A CGAPSES optou por incluir mais 78 equipes para participação no programa, voluntariamente, que foram avaliadas internamente, a fim de possibilitar a ampliação da qualificação da atenção primária.

O recurso de incentivo do PMAQ-AB repassado pelo Ministério da Saúde, vincula-se somente com as 54 equipes homologadas, respeitando os critérios estabelecidos pelo Ministério, com percentuais diferenciados quando do cumprimento total ou parcial das metas. Em contrapartida, a SMS optou por pactuar com 132 equipes existentes à época, o cumprimento de metas, utilizando-se dos mesmos indicadores do PMAQ e repassando aos profissionais destas 132 equipes,

o valor de até 10% sobre o vencimento básico, respeitando também os percentuais diferenciados, quando do cumprimento parcial ou total das metas pactuadas.

A coleta de dados primários ocorreu em duas rodadas analisando as subdimensões: “J Perfil da Equipe”; “K Organização do Processo de Trabalho”; “L Atenção Integral à Saúde” e “M Participação Social e Satisfação do Usuário”. O instrumento da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - AMAQ foi enviado para 132 equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF com a distribuição de questionários fechados pelo formulário online FormSUS. O juízo de valor das subdimensões obedeceu aos parâmetros do Manual do AMAQ. As ações que receberam notas acima do 3º quartil foram classificadas como de Melhor Desempenho e as notas abaixo do 1º quartil foram consideradas de Pior Desempenho.

Em relação aos resultados, o percentual de resposta foi em torno de 72% para as duas rodadas. A subdimensão “J” foi considerada Muito Satisfatória para 77% das equipes, a subdimensão “K” recebeu tal juízo em 82% das equipes, as subdimensões “L” e “M” registraram o percentual de 61,46% e 71,88%, respectivamente. As ações da APS com Melhor Desempenho foram relativas ao provimento dos serviços por um período de 40 horas semanais e à realização das ações de vigilância, diagnóstico e tratamento de casos de sífilis, na gestante e seu parceiro, com nota 9,7. A autoavaliação identificou desafios no incentivo às práticas de atividade física e a necessidade de maior consonância das ações de saúde bucal com a Política Nacional (6,5). O conhecimento e uso dos recursos terapêuticos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares também ficou entre as ações com Pior Desempenho com a nota de 6,3.

Os profissionais que compõem as unidades de atenção primária em saúde avaliam positivamente seu desempenho em processos relativos à clínica e ao cumprimento das normas preestabelecidas. Por outro lado, os resultados evidenciam a necessidade de maior debate sobre a integralidade da atenção, apropriação e implementação das Políticas de Saúde. A institucionalização de processos avaliativos e a disseminação da informação são estratégias de mudanças no processo de trabalho entre os serviços de saúde, ao fomentar a tomada de decisão com base em aspectos definidos pela realidade local.

Integração Ensino e Serviço

Quadro 11 – Metas anuais constantes na PAS

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
160. Assessorar 100% das instâncias gestoras de integração ensino e serviço nos Distritos Docentes Assistenciais (DDA).	Consolidação da Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES) como instância estratégica da SMS para formulação da política e diretrizes;	A CPES avançou na sua consolidação, tendo realizado 4 reuniões, sendo 3 ordinárias (prevista no cronograma anual) e uma extraordinária.
	Assessoramento duas instâncias gestoras de integração ensino e serviços já existentes;	As duas Comissões de Gestão e Acompanhamento Local foram assessoradas e efetivas no seu funcionamento.
	Solicitação de relatórios das ações desenvolvidas em cooperação técnica c/ as Instituições de Ensino;	As ações desenvolvidas em cooperação técnica c/ as Instituições de Ensino estão sendo acompanhadas através dos Planos de Atividades.
	Ampliação para as regiões NHNI e NEB dos Distritos Docentes Assistenciais;	Os DDAs NHNI e NEB iniciou a sua implantação, através da articulação dos projetos PRÓ-SAÚDE nesses territórios
	Regulamentação das ações de integração ensino serviço;	Criada a Resolução nº 1/2012, de 29/08/2012, que trata do fluxo das ações de integração ensino em serviço, que foi assinada pelo Secretário em agosto.
	Identificação das parcerias junto às Instituições de Ensino (IE) e Comissão de Integração de Ensino e Serviço (CIES) Metropolitana para realizar diagnóstico das necessidades da formação para o SUS;	Aguardando o planejamento das ações de Educação Permanente pela CIES. Representação da SMS neste fórum. Prevista identificação de parcerias junto às IE nos próximos Termos de Cooperação Técnica, visto que os mesmos, em vigor, já foram definidos.
	Integração das ações de qualificação profissional orientada pelas prioridades da SMS;	Em desenvolvimento a cada demanda de projeto para ação de Educação Permanente em Saúde na SMS.
	Publicação de Resolução sobre Fluxo e Normas relativas a Integração Ensino e Serviço;	Publicada a Resolução nº 1/2012, de 29/08/2012, que trata do fluxo das ações de integração ensino em serviço.
	Representar a SMS nos fóruns Interinstitucionais de Educação Permanente do SUS-CIES.	Ocorreu a participação de representante da secretaria na CIES Metropolitana nas assembleias mensais.

Análise das Metas da PAS

A totalidade das instâncias gestoras dos DDAs (100%) foram assessoradas, tendo como objetivos: 1) garantir que os ajustes (cortes) nos Projetos PRO-SAÚDE, indicados pelo Ministério da Saúde, estivessem de acordo com as prioridades da Secretaria; 2) continuar o processo de construção das Comissões de Gestão e Acompanhamento Local. Este processo foi realizado em parceria com o controle social em todos os momentos.

Neste quadrimestre, destacamos a aprovação, pelo Ministério da Saúde, dos projetos PRÓ/PETs-Saúde com as quatro maiores Instituições de Ensino de Porto Alegre na área da saúde (UFRGS, IPA, UFCSPA e PUC). O Ministério aprovou os Projetos, mas indicou cortes no número de Subprojetos PET, pois foram apresentados, por todo o País, um número de subprojetos muito maior do que os recursos financeiros previstos pelo Ministério. Esses cortes exigiram diversos ajustes em cada um dos Projetos, para sua adequação ao volume de recursos autorizados, sendo mantidos os dois eixos estruturantes: 1) a constituição de estratégias para a transformação da rede assistencial numa efetiva Rede Escola; 2) e criação de novas tecnologias assistenciais a partir das experiências de professores e alunos junto aos serviços e com a comunidade, para serem reproduzidas nas demais regiões da cidade. Outro avanço importante foi à discussão na CPES da proposta de resolução para regulamentação das diferentes modalidades de ensino em serviço e dos fluxos para a sua formalização. A proposta de Resolução foi apresentada ao Secretário, sendo por ele aprovada e assinada.

Pós-Graduação: Residência e Especialização

Ainda envolvendo a integração ensino e serviço, que tem tido um desenvolvimento expressivo em toda a rede de serviços, incluindo os setores de gestão da SMS, há a realização de programas de residência multiprofissionais e médicas, como também especializações *lato sensu* na área assistencial do SUS municipal. As Tabelas abaixo refletem o quantitativo destas pós-graduações atuantes em Porto Alegre, distribuídas em próprias residências e não-próprias.

Tabela 10 – Ações de formação – residências próprias

Instituição de Ensino	Programa	2º Quadrimestre N° de residentes		Varição
		2012	2011	N°
HMIPV	Ginecologia e Obstetrícia	21	21	-
HMIPV	Pediatria	19	12	7
HPS	Residência Médica em Cirurgia Geral	6	6	-
HPS	Residência Médica em Cirurgia do Trauma	3	3	-
HPS	Residência Médica em Medicina de Emergência	16	16	-
HPS	Residência em Psicologia Hospitalar	8	8	-
Total		73	66	7

FONTE: Direção Científica/HPS e Assessoria de Ensino e Pesquisa/HMIPV.

Neste quadrimestre houve um aumento de 07 residentes de pediatria no HMIPV, mantendo-se os demais programas de residência com o mesmo número do ano anterior.

Quadro 12 – Ações de ensino de pós-graduação, realizadas em cooperação técnica

Instituição de Ensino	Programa	N° de Residentes e de alunos de especialização	Locais de Trabalho/ Serviço de Saúde
GHC – Residência Multiprofissional	Paciente Crítico	4	SAMU
	Gestão	4	CGAPSES/GD Eixo-Baltazar
	Matriciamento	7	Serviços de Saúde da GD Eixo-Baltazar
	Ênfase em Saúde da Família e Comunidade	10	ESF Sta Maria, PSF Asa Branca, PSF Esperança Cordeiro, ESF Planalto, UBS Santa Rosa, ESF Nova Gleba, UBS Sarandi.
Escola de Saúde Pública – Residência Multiprofissional	Ênfase em Pneumologia Sanitária	1	GD Centro – Consultório de Rua e GD PLP
	Ênfase em Saúde Mental Coletiva	18	Serviços de Referência em Saúde Mental
	Ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva	39	Gerência Distrital PLP (ESF, matriciamento, equipe de saúde mental e na gestão da AB), HMIPV, CGVS, PACS (odonto), CSVC (fisio), CEO (estomatologia e pacientes especiais), ASSEPLA

HCPA Residência Médica	Cirurgia Geral	01	Programa de Residência em Cirurgia Geral e do Trauma
	Medicina do Trabalho	04	CEREST e GERAPOA
	Pediatria	02	CSVC-GDGCC
	Medicina de Família e Comunidade	02	GDGCC
	Oftalmologia	16	HPS
UFCSPA	Ortopedia	1	HPS
	Residência em Cirurgia Geral	9	HPS
	Medicina de família e Comunidade	4	GDGCC
	Residência Médica Psiquiatria	16	HMIPV
	Residência Oftalmologia	06	CS Santa Marta
	Residência Dermatologia	08	CS Santa Marta
	Especialização em Dermatologia	02	CS Santa Marta
Hospital Ernesto Dornelles	Residência em Cirurgia Plástica	02	HPS
	Residência em Cirurgia Geral	08	HPS
Irmandade Sta. Casa Misericórdia de Porto Alegre	Residência em Cirurgia Geral	03	HPS – Cirurgia Geral e do Trauma
	Residência em Intensivismo	02	HPS-UTI de Queimados
UFPel Hospital Escola	Residência Anestesiologia	03	HPS - Equipe de Anestesia
Total de residentes		172	-----

FONTE: Direção Científica/HPS; Assessoria de Ensino e Pesquisa/HMIPV e ED/CGADSS.

Não estão sendo apresentados comparativos com o segundo quadrimestre de 2011, porque não temos dados disponíveis sobre as residências externas deste período.

Graduação: Estágios e Práticas

Estágios não remunerados

O preenchimento das vagas de estágio ocorre em consonância com a Lei Federal nº 11.788, e Decreto Municipal nº 16.132, que regulam as atividades de estágio, enquanto ato educativo supervisionado no ambiente de trabalho, de forma a não caracterizar vínculo empregatício e assegurar a compatibilidade das ações com o currículo de cada área de formação. Desta forma, o número de estagiários

efetivos é variável, conforme situação do respectivo Termo de Compromisso de Estágio, interesse e desempenho de alunos na ocupação das vagas disponíveis, bem como de profissionais para seleção e supervisão dos alunos.

Tabela 11 – Quantitativo de estagiários não remunerados da SMS, no segundo quadrimestre dos anos de 2012/2011.

Estagiários	2º Quadrimestre				Variação
	2012		2011		
	Nº de vagas ocupadas	% sob total de vagas ocupadas	Nº de vagas ocupadas	% sob total de vagas ocupadas	%
Ensino Técnico	1	1,79%	2	3,12%	-50,00%
Ensino Superior	55	98,21%	62	96,88%	-11,29%
Total ocupado	56	100,00%	64	100,00%	-12,50%

FONTE: Sistema ERGON (PMPA). Informações referentes ao nº de estagiários não remunerados com Termo de Compromisso de Estágio vigente no dia 31 de agosto de 2011 e 2012.

Nota explicativa: A opção pelo sistema ERGON como FONTE das informações, deve-se à necessidade de disponibilidade de informações padronizadas. Os dados fornecidos pelo ERGON são de caráter não cumulativo, portanto adotou-se a posição do último dia do quadrimestre solicitado para o Relatório de Gestão.

Na tabela acima se observa uma diminuição de 12,50% no total de contratações via SMA de estagiários não remunerados, em comparação ao mesmo período de 2011. Esta diminuição ocorre tanto no ensino técnico quanto no ensino superior, sendo que a maior diferença concentra-se nas contratações de nível técnico.

As variações identificadas acima também são um reflexo das variantes que compõe o processo de formalização de contratação dos estagiários junto à SMA, pois há um número expressivo de vagas que estão em processo de contratação e por esse motivo não constam no número de vagas ocupadas. Também ocorrem variações devido os estagiários que após cumprirem a carga horária curricular necessária para o estágio obrigatório, solicitam cessação.

Tabela 12 – Quantitativo de estagiários não remunerados do Hospital de Pronto Socorro (HPS), no segundo quadrimestre dos anos de 2012/2011.

Estagiários	2º Quadrimestre				Variação
	2012		2011		
	Nº de vagas ocupadas	% sob total de vagas ocupadas	Nº de vagas ocupadas	% sob total de vagas ocupadas	%
Ensino Técnico	39	26,17	36	20,11	8,33
Ensino Superior	110	73,83	143	79,89	-23,08
Total ocupado	149	100,00	179	100,00	-16,76

FONTE: Direção Científica HPS/COMESP

Tabela 13 – Quantitativo de estagiários não remunerados do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), no segundo quadrimestre dos anos de 2012/2011

	2º Quadrimestre				Variação
	2012		2011		
	Nº de vagas ocupadas	% sob total de vagas ocupadas	Nº de vagas ocupadas	% sob total de vagas ocupadas	%
Ensino Técnico	6	13,33	13	28,26	-53,85
Ensino Superior	39	86,67	33	71,74	18,18
Total ocupado	45	100,00	46	100,00	-2,17

FONTE: Banco de dados da ASSEP/HMIPV.

A variação de vagas ocupadas deve-se à procura espontânea dos alunos por estes campos de estágio, uma vez que até o momento não há um número fixo de vagas oferecidas.

Tabela 14 – Quantitativo de alunos na modalidade de Prática Curricular* (não remunerado), no 2º quadrimestre dos anos de 2012/2011.

Instituição	Curso	2º Quadrimestre – Nº de alunos		Varição
		2012	2011	Nº
UFRGS	Enfermagem	58	148	- 90
	Odontologia	31	23	+ 08
	Fisioterapia	85	78	+ 07
	Psicologia	02	---	+ 02
	Medicina	16	06	+ 10
PUCRS	Enfermagem	161	64	+ 97
	Nutrição	46	134	- 88
	Serviço Social	01	---	+ 01
	Odontologia	26	---	+ 26
	Farmácia	---	15	- 15
UNIVERSITÁRIO	Técnico em Enfermagem	54	83	- 29
IPA	Enfermagem	174	210	- 36
	Fisioterapia	20	20	0
ULBRA	Enfermagem	51	32	+ 19
SENAC	Técnico em Enfermagem	16	50	- 34
LAFAYETTE	Técnico em Enfermagem Instrumentação Cirúrgica	15	19	- 04
	Técnico em Enfermagem	6	39	- 33
FUC	Técnico em Enfermagem	73	41	+ 32
UNISINOS	Enfermagem	79	86	- 07
UFCSPA	Enfermagem	60	05	+ 55
	Fonoaudiologia	14	---	+ 14
SÃO MIGUEL	Técnico em Enfermagem	---	30	- 30
FACTUM	Técnico em Enfermagem	---	06	- 06
CEDEN	Técnico em Enfermagem	---	22	- 22
INSTITUTO MARISTA GRAÇAS	Técnico em Enfermagem	55	---	+ 55
ESCOLA ZONA SUL	Técnico em Enfermagem	---	12	- 12
UNILASALLE	Enfermagem	---	12	- 12
Total		1043	1135	- 92

FONTE: Planilhas de Práticas dos anos 2011/2012 da EE/SMS.

A Prática Curricular é a atividade que se desenvolve com a presença do professor em tempo integral no campo de prática (sendo este o responsável pela supervisão dos alunos), em grupos de até 10 alunos a cada momento.

Os dados das diferentes instituições de ensino apresentam uma grande variação ao longo do tempo, de forma que a pequena diminuição do número total de alunos em relação ao mesmo quadrimestre do ano anterior – que é de 92 alunos, correspondendo a 8,1 % deste total – é pouco significativa.

6.2 Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde

No eixo da atenção à saúde, propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade e transversalidade.

No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional.

A meta pactuada Plano Municipal de Saúde está descrita na 11ª Diretriz – Fortalecimento dos processos de trabalho e da Gestão em Saúde da PAS 2012, compreendendo o enfoque necessário dos dois eixos – Atenção à Saúde e Gestão do Trabalho. A meta proposta, de 35% dos serviços da SMS com ações de humanização, está sendo monitorada no quadro abaixo (Quadro 13).

Quadro 13 - Acompanhamento da meta 158 da PAS 2012 da SMS/POA, no 2º quadrimestre.

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	
158. Implantar ações de humanização, conforme a PNH, em 35% dos serviços da SMS.	47,5% dos serviços da SMS com ações de humanização implantadas, conforme a PNH.	- Foram atualizados e redefinidos os integrantes do Comitê Municipal de Humanização, porém, a composição do grupo ainda não está estável, necessitando ainda acompanhamento de representações como do HPS e da CGVS. A perspectiva é de estimular a participação de representantes dos demais hospitais, pronto-atendimentos que atendem SUS e sede da SMS no Comitê. - A definição dos critérios de certificação em Humanização na Saúde, conforme diretrizes da PNH, para a Atenção Primária e Especializada, Urgências, Hospitais, CGVS e gestão da SMS, ainda estão em análise. Já foi realizada a prévia de quais critérios serão iniciados que são : Estar desenvolvendo no mínimo 3 diretrizes de Humanização com ações in -loco , sendo acompanhadas e apresentadas em relatório por no mínimo 4 meses. (acolhimento / ambiência atendimento demanda espontânea com espaço de escuta ; gestão compartilhada / cogestão : reuniões de equipe, CLS ...) ; Clínica Ampliada : Ações educativas, visitas domiciliares, equipe de apoio...) e outras. Com perspectiva de ajustes e certificação para o próximo quadrimestre. 12 A implantação da Escuta Qualificada com

		<p>análise das necessidade nos serviços de saúde (Acolhimento) foi focada nesse quadrimestre, com o a criação, em coautoria com CGAPSES e com consultoria do PGPQ, do Projeto: “Acolhimento com a identificação das necessidades do cidadão”, sendo operacionalizado pela coordenação da CGAPSES e com apoio do Comitê e GTH regionais. Iniciando com projeto piloto na UBS Bananeiras e com previsão de implantação em mais nove serviços até o final de 2012.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi elaborado projeto de capacitação e sensibilização dos profissionais que recebem os usuários nas portarias dos serviços de saúde em parceria com a CGAPSES, o qual faz parte do macroprojeto: “Acolhimento com a identificação das necessidades do cidadão”. - Capacitação e sensibilização dos integrantes dos GTH como multiplicadores está descrita no Anexo II, em anexo, de Apoio aos GTH. Esta ação está acontecendo, também a partir de setembro de 2012, com o início das “reuniões temáticas” como espaço de educação permanente, que terão como foco as diretrizes Acolhimento, Co-gestão e Clínica Ampliada. - Foram realizadas rodas de conversas nos GTH da GD RES, PA Lomba do Pinheiro e GD NHNI para discussão das diretrizes da PNH e plano regional. - Realização de relatórios de avaliação e monitoramento quadrimestrais pelos GTH, apresentados ao Comitê Municipal de Humanização. Foram realizados os relatórios dos GTH, os quais integram o presente Relatório de Gestão da Humanização nas análises das diretrizes e dispositivos conforme GD, hospitais e Pronto-Atendimentos. - Na Política e Plano Municipal de Humanização da Saúde de Porto Alegre, ambos serão encaminhados para avaliação do Secretário de Saúde e do CMS no terceiro quadrimestre. Justifica-se pela elaboração do Regimento do Comitê de Humanização, realizado neste 2º quadrimestre, o que balizará a Política, e pela elaboração ascendente do Plano, a partir dos Planos dos GTH, em desenvolvimento no mesmo quadrimestre e que embasarão o Plano Municipal de Humanização.
--	--	---

FONTE: Núcleo de Coordenação da Humanização / Comitê Municipal de Humanização.

Para fins de avaliação e monitoramento da meta de Humanização da PAS 2012, são considerados 297 serviços distribuídos em 169 prédios, todos da rede própria (Quadro 14). Estes serviços são acompanhados e monitorados pelos

respectivos GTH e pelo Comitê Municipal de Humanização (CMH), com vistas à ampliação e qualificação das ações na rede de serviços da SMS.

Quadro 14 - Setores e serviços da SMS acompanhados pelos GTH em Porto Alegre/RS.

Rede	Prédios	Setores/serviços
Atenção Primária	156	156
Especializado Ambulatoriais	7	41
Pronto-Atendimentos	3	12
Hospitais (HPV e HPS)	2	80
CGVS	1	8
Total	169	297

FONTE: Comitê Municipal de Humanização, Porto Alegre, setembro/2012.

A avaliação dos serviços e setores da rede própria fornece abrangência da implantação da Política Municipal de Humanização, ainda em construção. A ampliação de 22%, atingidos no 1º quadrimestre, para 47,5% dos serviços com ações de Humanização, no 2º quadrimestre. Revela, com isso, que 12,5% de serviços a mais que o esperado estão realizando ações com enfoque humanizado. Lembra-se que a meta da PAS é 35%.

Para o alcance destes resultados e da efetivação da Humanização em todos os serviços do SUS em Porto Alegre, as diretrizes e respectivos dispositivos da PNH estão sendo acompanhados pelos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) e pelo Comitê Municipal de Humanização (CMH). Destes destaca-se: 1) Gestão participativa e Co-gestão (aproximação entre o controle social, o trabalho na atenção e a gestão do SUS); 2) Valorização do trabalho e do trabalhador da saúde (ginástica laboral, rodas de conversa e qualificação profissional com integração ensino-serviço-pesquisa); 3) Clínica Ampliada (trabalho em equipe, com integralidade e aproximação dos profissionais nos territórios de vida dos usuários por meio de estratégias como Visitas domiciliares, grupos operativos, ações coletivas de promoção, matriciamento); 4) Acolhimento (atendimento à demanda espontânea com escuta qualificada em todo o período de atendimento do serviço de saúde) (Quadro 15).

Quadro 15 - Status do trabalho com enfoque na humanização por Grupos de Trabalho em Humanização na SMS/POA, no 2º quadrimestre de 2012.

Gerência Distrital/CGVS/Hospitais/ Pronto-Atendimentos	GTH constituído	Representação comitê	Principais diretrizes	Planos Regionais de Humanização
CENTRO	sim	sim	- Acolhimento - Clínica Ampliada - Gestão Participativa e Co-gestão - Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde	Em desenvolvimento
NHNI	sim	sim	- Gestão Participativa e Co-gestão	Em desenvolvimento
PLP	sim	sim	- Acolhimento - Gestão Participativa e Co-gestão - Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde	Em desenvolvimento
LENO	sim	sim	- Acolhimento - Gestão Participativa e Co-gestão Clínica ampliada - Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde	Em desenvolvimento
SCS	sim	sim	- Acolhimento - Clínica Ampliada - Gestão Participativa e Co-gestão - Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde	Em desenvolvimento
GCC	sim	sim	- Gestão Participativa e Co-gestão - Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde	Em desenvolvimento
NEB	sim	sim	- Gestão Participativa e Co-gestão - Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde	Em desenvolvimento
RES	sim	sim	- Gestão Participativa e Co-gestão - Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde	Em desenvolvimento
PA B. Jesus	sim	sim	- Gestão Participativa e Co-gestão - Acolhimento - Clínica Ampliada	Em desenvolvimento

PACS	sim	sim	- Gestão Participativa e Co-gestão - Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde	Em desenvolvimento
PA Lomba do Pinheiro	sim	sim	- Gestão Participativa e Co-gestão - Acolhimento - Clínica Ampliada	Em desenvolvimento
HMPV	sim	sim	- Gestão Participativa e Co-gestão - Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde	Em desenvolvimento
HPS	sim	sim	- Gestão Participativa e Co-gestão - Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde	Em desenvolvimento
CGVS	não	não	NI	não

FONTE: Comitê de humanização, Porto Alegre, set/2012.

Observa-se, no Quadro 15, que todas as gerências possuem GTH constituídos, com portarias publicadas, atendendo a meta PAS 2011, e que todos tem representação no Comitê de Humanização. Neste ponto, a CGVS ainda não tem definido o seu GTH, embora tenha tido a representação no Comitê e realizados vários contatos de modo à estimular essa participação. Mas isso não significa a não realização de ações com o perfil da Humanização pelas suas equipes de trabalho.

Cabe ressaltar que os GTH têm o potencial de estimular a visibilidade e a disseminação do trabalho humanizado desenvolvido pelas equipes dos serviços, portanto, como importante dispositivo para o processo de Humanização de toda a SMS. No caso da CGVS, a não atuação de um GTH inviabiliza as ações que são desenvolvidas no setor, como evidenciado no quadro 15.

Sobre a estrutura de gestão para a Humanização na SMS, é importante destacar que cada GTH tem representantes no CMH, que se reúnem quinzenalmente com o Núcleo de Humanização da SMS e que, no quadrimestre em análise, foram realizadas 8 reuniões. As reuniões versam sobre as necessidades apontadas no relatório de gestão e na realidade evidenciada pelas equipes de saúde aos integrantes dos GTH.

Para a execução da Política de Humanização, além das reuniões realizadas no CMH, no quadrimestre em análise o Núcleo de Humanização da SMS atuou junto a:

1) Reuniões da 1º coordenadoria de Saúde sobre a Política Estadual de Humanização e CIES /NURESC; 2) Reuniões com a CGCAPSES e PGQP para a criação e desenvolvimento do projeto “Acolhimento com escuta qualificada e identificação das necessidades do cidadão “, incluindo a participação do CMH na reunião de apresentação do projeto na UBS Bananeiras; 3) Reuniões de apoio ao GTH Restinga Extremo-Sul, ao GTH NHNI e ao GHT PA Lomba do Pinheiro; 4) Participação no grupo de “Integração dos novos servidores” em parceria com CGADSS e ASSEPLA, incluindo participação nos encontros com os novos servidores na integração com a apresentação e discussão sobre a Política de Humanização; 5) Participação de reuniões com o intuito de constituir o Grupo de Trabalho em Educação Permanente na SMS; 6) Participação de reunião com CEREST, ASSEPLA e GSSM, para constituição do Grupo de trabalho da “Saúde do trabalhador da saúde”; 7) Participação na reunião para constituição do Comitê de Aleitamento Materno do Município de Porto Alegre; 8) Participação nos eventos: I Congresso do Programa de Atenção à Saúde do Servidor da PMPA e II Encontro Estadual de Humanização.

Outro desafio do Comitê de Humanização para 2012 é a ampliação dos GTH para todos os serviços que atendem SUS em Porto Alegre e não apenas aos serviços próprios da SMS. Alguns deles são o Pronto-Atendimento da Restinga e a Serviços de Emergência em Saúde Mental do IAPI e os hospitais conveniados.

Sabe-se que muitos dos serviços conveniados já atuam com dispositivos de Humanização conforme a PNH, por isso o objetivo será agregá-los ao Comitê de Humanização, visibilizar as boas práticas e estimular o trabalho com o enfoque da Humanização. Nesta perspectiva, foi identificada a existência de outros GTH através das reuniões da 1º Coordenadoria Estadual de Saúde, evidenciando possíveis parceiros na proposta futura da constituição do Comitê Interinstitucional de Humanização da Saúde em Porto Alegre.

As principais diretrizes desencadeadas pelos GTH neste 2º quadrimestre de 2012 (Quadro 15) foram Gestão Participativa e Co-Gestão (13 GTH), Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde (10 GTH) e Acolhimento (06 GTH). A não apresentação de algumas diretrizes não significa a inexistência de ações assim caracterizadas, mas a atenção dos GTH para as demais diretrizes - priorizadas nesse quadrimestre.

Sobre os Planos Regionais de Humanização, os mesmos encontram-se em processo de desenvolvimento e implementação em todos os GTH, iniciando com diagnóstico regional e priorizando as ações da meta da Programação Anual de Saúde 2012 e alinhando por objetivos /diretrizes/ dispositivos e indicadores associados/ pactuação de metas, conforme preconiza a PNH. Num primeiro momento realizou-se oficina para discussão dos planos regionais e alinhamento e priorização por nível de atenção relacionadas à Humanização na Saúde (Anexo II).

Nesse processo se identificou a necessidade de alinhar, também, conceitos reacionadas às diretrizes e dispositivos na implementação da política. A previsão é que todos os GTH constituam seus Planos Regionais até o segundo semestre de 2012, se constituindo nos planos de trabalho e no Plano Municipal de Humanização para 2013.

As diretrizes monitoradas pelos GHT e CMH evidenciaram ações humanizadas em áreas específicas, com destaque para a saúde da mulher, da criança/adolescente, HIV-Aids , mental e idoso principalmente relacionadas às diretrizes de Gestão Participativa e Co-gestão, Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde, Clínica Ampliada e Acolhimento (Anexo II). Este diagnóstico reforça o papel de multiplicadores e apoiadores dos GTH no desenvolvimento e qualificação para a Humanização da Saúde nas regiões. Abaixo, uma por eixo (Atenção à Saúde e Gestão do trabalho), são descritas e analisadas as principais ações com enfoque da Humanização da Saúde.

6.2.1 Eixo Gestão do Trabalho

Neste eixo, destacam-se duas (02) ações – Reuniões de equipe e Conselhos de Saúde - justificando-se por tratar de espaços que explicitam a diretriz Gestão Participativa e Co-Gestão.

As **Reuniões de Equipe** aqui são compreendidas como espaços de co-gestão, que objetivam proporcionar análise crítico reflexiva voltada para a co-responsabilização, planejamento e para a facilitação de pactuações locais. Observa-se, no quadro abaixo, um aumento considerável na realização das reuniões de equipe nos serviços, totalizando 19,2% de serviços a mais com essa prática.

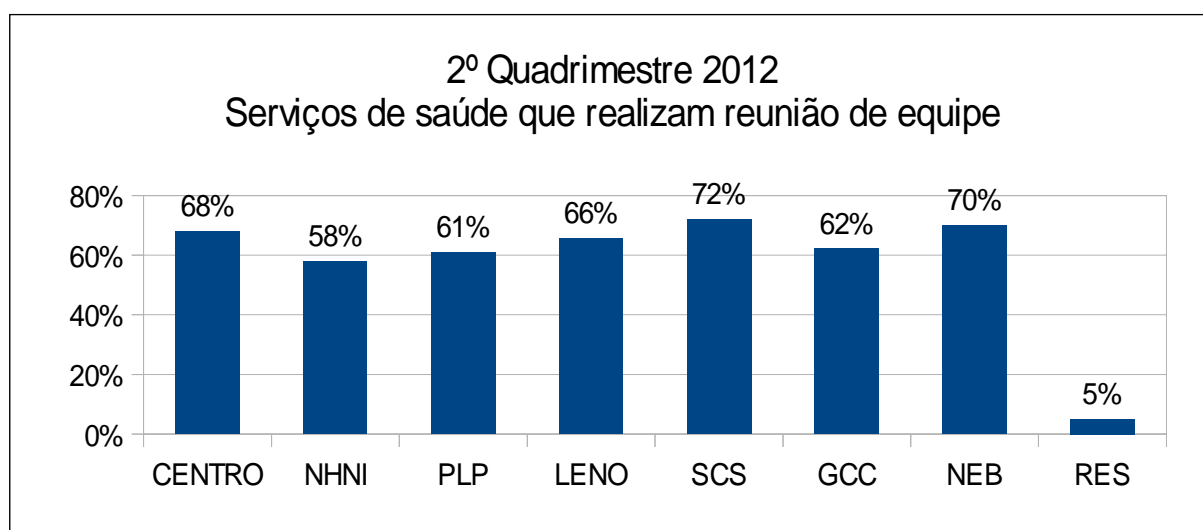
Tabela 15 - Comparativo 2012/2011 de realização de reuniões de equipe na rede de serviços da SMS, Porto Alegre, RS.

Eixo Gestão do Trabalho Diretriz Gestão Participativa e Co- gestão	2º Quadrimestre				Variação	
	2012		2011		2012/2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total de serviços com reuniões de equipes	152	51,2	95	40	+57	+60

FONTE: Comitê Municipal de Humanização de Porto Alegre/RS, set/2012.

Observa-se, no gráfico abaixo, que as equipes de saúde que realizam reuniões e que nessa ação a maioria das GD estão com registros acima de 50%.

Gráfico 1 – Percentual de serviços que realizaram reuniões de equipe no 2º quadrimestre de 2012, por Gerência Distrital de Saúde, em Porto Alegre/RS.



FONTE: Comitê Municipal de Humanização de Porto Alegre/RS, set/2012.

Mesmo com os resultados positivos para o conjunto dos serviços da cidade, não houve registro significativo de realização de reuniões de equipe nos serviços da GD Restinga-Extremo Sul, que apresentou apenas 5% de serviços com essa prática (Gráfico 1).

Atualmente, a realização de reuniões de equipe nas equipes das Unidades Básicas de Saúde, das Unidades de Saúde da Família e dos Centros de Especialidades é monitorada pelos GTH. A perspectiva é que os GTH estimulem os serviços localizados nas suas áreas de atuação para a realização das reuniões de equipe como preconiza a PNH.

Com os resultados deste 2º quadrimestre, evidencia-se a necessidade de acompanhar de forma específica o GTH e a GD Restinga-Extremo Sul, de modo a

diagnosticar e direcionar estratégias para a ampliação do total de serviços com a prática de reuniões de equipe naquela região. Essa ação já foi iniciada no 2º quadrimestre, conforme já referido neste relatório.

As reuniões de equipe podem ser utilizadas como espaço para rodas de conversa e ou Educação Permanente, inclusive com foco na Saúde do trabalhador. Com essa evolução, será incluído o acompanhamento das equipes de outros serviços, como os pronto-atendimentos, os hospitais e os setores da gestão centralizada da SMS, além de, posteriormente, os serviços parceiros da SMS, com previsão para o 3º quadrimestre do ano corrente.

Os **Conselhos Locais de Saúde** (CLS) são, como as Reuniões de Equipe, auxiliares na organização dos processos de trabalho dos serviços. Mais que isso, os CLS são espaços de compartilhamento de saberes entre os atores implicados nos serviços, por isso potenciais para direcioná-los ao atendimento das necessidades da população como expressadas por ela, aumentando a sua resolutividade e eficácia.

Observa-se, no quadro abaixo, um aumento de 16,6% no total de Conselhos constituídos no conjunto de prédios da SMS na cidade, totalizando em 42,6% de unidades com Conselhos de Saúde. Abaixo, é apresentado o total de Conselhos de Saúde nas unidades de APS, especializados e de urgência da SMS, considerando o total de prédios/endereços na SMS (tabela 16).

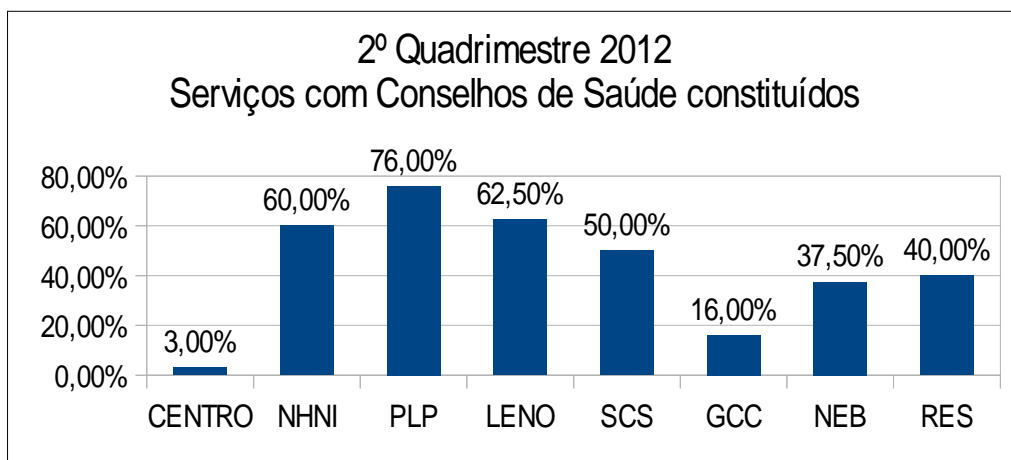
Tabela 16 – Comparativo 2012/2011 de Conselhos de Saúde atuantes na rede de serviços da SMS, Porto Alegre, RS.

Eixo Gestão do Trabalho Diretriz Co-gestão	2º Quadrimestre				Variação	
	2012		2011		2012/2011	
Total de Conselhos Locais de Saúde na SMS	72	42,6	44	29	+28	+63,6

FONTE: Comitê Municipal de Humanização de Porto Alegre/RS, set/2012.

Na distribuição por regiões, a PLP, a LENO, a NHNI e a SCS destacam-se como as regiões de GD com 50% ou mais serviços com Conselhos constituídos (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Percentual de serviços com Conselhos de Saúde constituídos no 2º quadrimestre de 2012, por Gerência Distrital de Saúde, em Porto Alegre/RS.



FONTE: Comitê Municipal de Humanização de Porto Alegre/RS, set/2012.

Com estes resultados, evidencia-se a necessidade de acompanhar, de forma específica, a constituição de Conselhos de Saúde nas GD Centro e GCC, de modo a diagnosticar e direcionar estratégias para a ampliação do total de serviços com Conselhos de Saúde naquela região. Assim, é importante destacar que a constituição de Conselhos continuará sendo acompanhada e estimulada pelos GTH, compreendendo-se que a sua efetivação deve ser facilitada pelas coordenações de equipe e trabalhadores, tendo estes posição estratégica para fortalecer essa ferramenta de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde.

Ainda na diretriz Gestão Participativa e Co-Gestão, destaca-se as Equipes de Monitoramento regional, como estratégia de espaço compartilhado para o planejamento nas Gerências Distritais de Saúde, composto por representantes das próprias Gerências Distritais, dos Conselhos Distritais, de trabalhadores dos serviços da Gerência, da CGVS e da ASSEPLA. Da mesma forma, a reorientação do planejamento setorial das coordenações da gestão centralizada da SMS e o desenvolvimento das políticas municipais por meio de Grupos de Trabalho formados por diferentes representantes dos serviços e do CMS concretiza a diretriz enquanto prática instituída na gestão da SMS, como explicitados na introdução do presente capítulo (Gestão na Saúde).

6.2.2 Eixo Atenção à Saúde

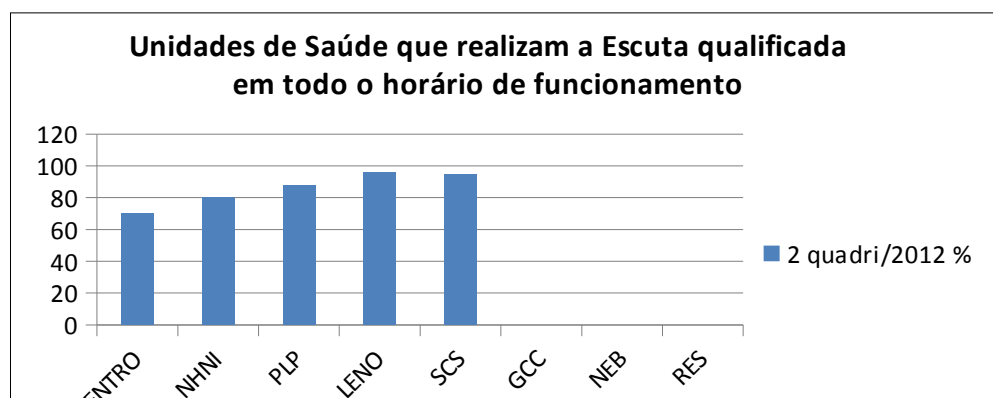
Destaca-se as ações de Acolhimento, Ambiência e Clínica Ampliada. Justifica-se por representarem formas de atuação que modificam o cotidiano dos serviços de saúde a favor de relações que fortalecem a alteridade entre usuários e trabalhadores.

Por **Acolhimento**, entende-se o “reconhecimento da necessidade de saúde do outro como legítima e singular” e está presente em todos os encontros estabelecidos no cotidiano de trabalho. Portanto não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica em compartilhamento de saberes, angustias e invenções, tomando para si a responsabilidade de 'abrigar e agasalhar' outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão.

Através da escuta qualificada e ambiência dispositivos implicados nesse novo fazer em saúde. Se propicia uma maior privacidade e individualidade nesse encontro o que facilita a identificação da necessidade e garante o acesso a tecnologias adequadas, ampliando a efetividade das práticas de saúde.

Neste momento, mapear o quantitativo de serviços próprios da SMS que realizam acolhimento tem como objetivo atender para a necessidade de ampliar o número de serviços de saúde com acolhimento implantado, conforme a PNH. Esta preocupação procede, na medida em que a pesquisa sobre a realização do acolhimento no ano de 2011, apresentada no Relatório de Gestão do 1º quadrimestre de 2012, evidencia uma diversidade de situação na realização do acolhimento em Porto Alegre, que merece ser monitorada (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Percentual de serviços com Acolhimento – Escuta Qualificada, no 2º quadrimestre de 2012, por Gerência Distrital de Saúde de Porto Alegre/RS.



FONTE: Comitê de Humanização agosto/2012

Como podemos perceber no gráfico acima, as GD LENO, Centro, SCS e PLP se destacam por ter um maior número de unidades que realizam Acolhimento com escuta qualificada por livre demanda (mais de 50% dos serviços). Ou seja, realizam a primeira escuta com todos os usuários que chegam até o serviço, sem horário estipulado e conforme preconiza a PNH. Para estes casos, os GTH tem como premissa acompanhar a qualidade do acolhimento realizado nos serviços, com vistas a identificar a sua execução conforme preconizado pela PNH.

De outra forma, o GTH RES, GCC e NEB não apresentaram dados referentes ao acolhimento com enfoque humanizado nas suas regiões, reforçando os resultados apresentados no gráfico 3. Estes resultados apontam para a necessidade de acompanhamento e estímulo dos serviços destas regiões para a inclusão do Acolhimento nas práticas de saúde, podendo, com isso, servir de diagnóstico para o embasamento do projeto desenvolvido e em execução junto à CGAPSES, como citado no gráfico 2.

O referido projeto em execução, com consultoria realizada pelo PGQP junto à equipe da APS, auxiliou os servidores da CGAPSES a mapear o processo de acolhimento no âmbito da atenção primária. Com isso, fomentou a coordenação da CGAPSES a articular e integrar os diferentes trabalhos que estavam sendo realizados, como o mapeamento do processo de acolhimento, com a padronização e modelo de agenda proposto, juntamente com o trabalho de informatização, associando-os à implantação do sistema informatizado que, conseqüentemente, refletem à qualificação da atenção primária.

O processo do acolhimento proposto pela CGAPSES estabelece a modificação no modelo de atenção vigente, calcado na lógica restritiva de número de “fichas” e focado na consulta médica e de especialidades. Esta modificação propõe a reflexão da equipe em relação à responsabilidade que possui junto a sua comunidade, sua capacidade na resolução das demandas existentes. Propicia, ainda, a percepção da necessidade da articulação entre o elenco de profissionais, com a compreensão da relevância do papel que cada membro desempenha neste processo.

A incorporação do acolhimento pelos profissionais fomenta o desenvolvimento da equipe em relação à capacidade de identificar as diversas necessidades de saúde dos usuários e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente, utilizando a escuta como instrumento principal.

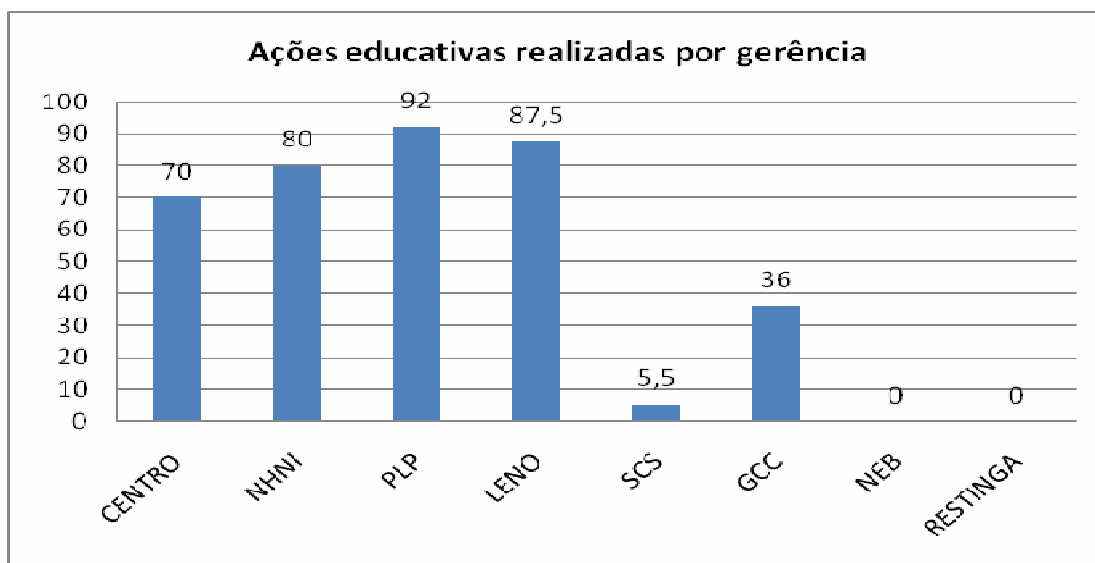
Embora tenha sido objeto do levantamento a primeira escuta, vale lembrar que o acolhimento não se esgota nesse momento, mas reorganiza o fluxo e sugere um aumento de resolutividade e vínculo. Por este motivo, este dispositivo, bem como a ambiência (espaço adequado para essa escuta) serão objeto contínuo de acompanhamento do CMH e dos GTH para os próximos quadrimestres junto a rede de serviços, reforçando as ações pactuadas, entre outras: realizar visitas aos serviços focando a ambiência, acompanhar e apoiar a equipe antes, durante e após a implantação do projeto em andamento: “Acolhimento com classificação das necessidades do cidadão” reforçando a diretriz acolhimento o dispositivo como uma das ações principais da política de Humanização meta PAS/2011 já citada.

A perspectiva da SMS é que haja a qualificação de todos os serviços para “acolher” seus usuários em todas as portas de entrada do SUS – Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Emergências Hospitalares, Pronto-Atendimentos e Centros de Atenção Psicossocial tipo III.

Como espaço de acolhimento com **Ambiência**, o Projeto Aconchego, desenvolvido pelo Núcleo de Humanização em parceria com a Área Técnica de Nutrição, visa garantir espaço para escuta do trinômio familiar com intuito de aumentar a resolutividade e vínculo estimulando a transversalidade entre as áreas (saúde da mulher, saúde da criança, nutrição e DST-Aids). No quadrimestre em análise foram 15 os serviços, entre USB e USF, com esta estratégia ativa (Anexo Humaniza 2). No próximo quadrimestre, está previsto a inauguração dos espaços nos serviços.

Já a **Clínica Ampliada**, entende-se como a abordagem integral considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde doença, estimulando a autonomia e o autocuidado. O gráfico a seguir mostra o percentual de ações educativas (os grupos, oficinas, atividades em salas de espera) realizados nos serviços de saúde da atenção primária por Gerência Distrital (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Percentual de serviços com Ações Educativas, no 2º quadrimestre de 2012, por Gerência Distrital de Saúde em Porto Alegre/RS.



FONTE: Comitê de Humanização agosto/2012

As GD Centro, NHNI, PLP e LENO se destacam no desenvolvimento dessas ações, enquanto que as GD NEB e RES, embora realizem tais ações, não encaminharam o quantitativo de serviços. Estas ações têm o intuito de estimular o protagonismo, a corresponsabilização e o compartilhamento de diversos saberes, reforçando o vínculo e aumentando a resolutividade.

A ausência de informações disponíveis pelos GTH RES e NEB justifica-se pelo período de férias do representante do GTH RES no Comitê de Humanização colidir com o período de discussão dos dados do relatório. Já no GTH da GD NEB, houve mudanças na estrutura e na própria coordenação do GTH durante este período.

Por fim, a implantação da Humanização como uma Política Municipal de Saúde, embasada na PNH e com prévio diagnóstico regional, está focada nas diretrizes da Gestão Participativa e Co-gestão, na Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde, no Acolhimento e na Clínica Ampliada. Para isso, lança mão, dentre outros, da participação ativa dos GTH como principal dispositivo.

Os GTH atuam como apoiadores em toda a rede de serviços do SUS, partindo de discussões norteadoras do Núcleo de Humanização e do Comitê de Humanização da SMS. Para tanto, esses grupos tem papel de multiplicadores, garantindo a Co-gestão e o desenvolvimento das demais diretrizes e dispositivos previsto na PNH.

Para o 3º quadrimestre, o CMH e os GTH estarão fortalecendo as ações com os enfoques nas diretrizes explicitadas no presente relatório, bem como estarão atuando para o fechamento e implementação dos Planos Regionais de Humanização. No mesmo caminho, o CMH ainda estará focando na definição e divulgação dos critérios mínimos de execução das ações de humanização, a contar das acompanhadas nos relatórios de gestão.

6.3 Ouvidoria do SUS

Quadro 16 – Acompanhamento da meta anual da Ouvidoria, constante na PAS 2012.

Meta anual constante na PAS 2012		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
156. Disponibilizar 100% dos relatórios da Ouvidoria do MS no sistema AGHOS.	Integração do sistema de informação de ouvidoria do MS no sistema AGHOS.	<p>- A ouvidoria participou do Curso do Sistema Informatizado OuvidorSUS, ministrado pelo Ministério da Saúde, em maio, na cidade de Bento Gonçalves. Após a capacitação, seguimos os requisitos para a ouvidoria de Porto Alegre entrar em produção no Sistema OuvidorSUS e encaminhamos ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – DOGES/SGEP/MS 15 protocolos para avaliação, que foram avaliados pelo órgão. O Doges avaliou e definiu que esta ouvidoria está apta a entrar em produção.</p> <p>- A ouvidoria também elaborou o Plano de Ações para implantação do Sistema Informatizado OuvidorSUS, que é composto de um diagnóstico situacional e de um plano operativo, que foi encaminhado ao Ministério da Saúde.</p>
<p>Análise das Metas da PAS A próxima etapa é a entrada em produção no Sistema OuvidorSUS, além da assinatura do Termo que formaliza a implantação da Ouvidoria do SUS nível I. O nível I de acesso permite criar sua própria rede agilizando o fluxo de trabalho; cadastrarem e encaminharem as manifestações dos cidadãos para hospitais de sua gestão e internamente, departamentos e coordenações da Ouvidoria.</p>		

O objetivo da ouvidoria é atender os usuários do SUS, servindo como um importante instrumento de comunicação da Rede Municipal de Saúde com seus diversos públicos. O serviço disponibiliza informações, esclarece dúvidas, recebe solicitações, sugestões e críticas, assim como os elogios das diversas áreas. O atendimento da Ouvidoria é organizado de forma a reduzir o tempo de espera do cidadão, priorizando sempre a qualidade e o cumprimento de prazos.

Nos meses de maio a agosto de 2012, houve um esforço em aperfeiçoar e aprimorar o atendimento presencial, bem como o retorno às demandas recebidas pelos diversos canais de comunicação. Como resposta da população, houve aumento de 90,8% de demandas recebidas pela Ouvidoria da SMS.

A tabela ouvidoria 17 abaixo mostra que a demanda atendimento pelo telefone 156 e o atendimento presencial têm sido os instrumentos da Ouvidoria mais acessados pelos usuários, com aumento de 80,4% e 486,3% de demandas, respectivamente.

Tabela 17 - Quantidades e percentuais de atendimentos da Ouvidoria SMS de Porto Alegre, por fonte de solicitação, nos primeiros quadrimestres de 2011 e 2012.

Fonte de Solicitação	2º Quadrimestre				Variação
	2012		2011		
	Qtd.	%	Qtd	%	%
156 - Atendimento ao cidadão	6911	89.58	3831	94.76	+80,4
Atendimento presencial	557	7.22	95	2.35	+486,3
E-mail	105	1.36	6	0.15	+1650
Ouvidor SUS	93	1.21	15	0.37	+520
Processo	13	0.17	0	0.00	-
Pedido de providência	12	0.16	1	0.02	+1200
Outros	10	0.13	0	0	-
Conselho Municipal de Saúde	4	0.05	0	0	-
Twitter	3	0.04	0	0	-
Carta	2	0.03	2	0.05	0
Assessoria Comunitária	1	0.01	87	2.15	-98,85
Câmara Municipal	1	0.01	0	0	-
CAR	1	0.01	6	0.15	-83,3
CAR Centro	1	0.01	0	0	-
Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC - 115	1	0.01	0	0	-
Total	7715	100.00%	4043	100.00	+90,8

FONTE: Fala Porto Alegre 156, dados coletados pela SMS/Ouvidoria, em setembro de 2012.

Seguido do atendimento pelo telefone 156 e do atendimento presencial estão o recebimento de demandas por e-mail e pelo OuvidorSUS, também com aumento significativo de demanda em relação ao mesmo período de 2011.

A forma de comunicação com os cidadãos a partir da Ouvidoria está sendo reforçada, principalmente na sua estrutura por meio da internet, telefone e pelo

atendimento presencial, o que evidencia os resultados quantitativos alcançados neste quadrimestre. Além disto, os gestores estão incentivados, através de todas as entrevistas na mídia, as pessoas a usar todos esses canais. Foram mais de 3.672 demandas recebidas comparadas com o mesmo período do ano anterior, o que deve subsidiar a gestão de saúde no aperfeiçoamento e melhoria contínua da prestação de serviços do SUS, atuando como mediador entre usuários, trabalhadores e instituições de saúde.

De outra forma, registra-se a diminuição tanto na demanda por meio da Assessoria Comunitária e como por meio dos Centros Administrativos Regionais (CAR). Lembramos que a Ouvidoria Presencial substitui o trabalho da Assessoria Comunitária no atendimento direto das demandas dos cidadãos, além disto o fortalecimento da Ouvidoria, tanto presencial como via 156, propiciou a redução significativamente dos Centros Administrativos Regionais.

A Tabela Ouvidoria 18, abaixo, especifica o número de solicitações recebidas pelos setores da SMS no período do 2º quadrimestre de 2012.

Tabela 18 - Relatório de Solicitações por setores da Secretaria Municipal de Porto Alegre

Setores responsáveis	2º Quadrimestre		Variação
	2012	2011	%
SMS - ASSECOM - Assessoria de Comunicação	03	55	-94,5
SMS - Assessoria Comunitária	0	23	0
SMS – ASSEPLA - Assessoria de Planejamento e Programação	13	13	0
SMS - Assistência Farmacêutica	38	112	-66,1
SMS - Cartão SUS	37	06	+516,6
SMS - CGADSS - Coord. Geral de Administração e Desenvolvimento de Servidores em Saúde	03	0	0
SMS - CGATA - Coord. Geral de Administração Técnico Administrativa	10	14	-28,6
SMS - CGVS - Vigilância em Saúde	289	60	+381,7
SMS – CGAPSES - Coordenadoria Geral de Atenção Primária e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos	70	39	+79,5
SMS - Equipe Águas	389	257	+12,4
SMS – GRSS - Gerência de Regulação de Serviços de Saúde	373	33	+1030,3
SMS - Gerência Distrital Centro	363	264	+37,5
SMS - Gerência Distrital Glória / Cruzeiro / Cristal	319	131	+143,5
SMS - Gerência Distrital Leste / Nordeste	255	137	+86,1
SMS - Gerência Distrital Noroeste / Humaitá / Ilhas	351	201	+74,6
SMS - Gerência Distrital Norte / Eixo-Baltazar	556	289	+92,4
SMS - Gerência Distrital Partenon / Lomba do Pinheiro	342	155	+120,6
SMS - Gerência Distrital Restinga / Extremo Sul	159	83	+91,6
SMS - Gerência Distrital Sul / Centro-Sul	333	188	+77,1
SMS - Hospital de Pronto Socorro - HPS	41	20	+105
SMS - Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - HMIPV	14	14	0
SMS - NRV - Fiscal Norte 1	0	62	0
SMS - NRV - Fiscal Norte 2	0	81	0
SMS - NRV - Fiscal Sul 3	103	92	+12

SMS - NRV - Fiscal Sul 4	104	117	-11,1
SMS - NRV - Núcleo de Roedores e Vetores	913	882	+3,5
SMS - Ouvidoria	4446	1989	+123,5
SMS - Pronto Atendimento Bom Jesus	15	12	+25
SMS - Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul	36	11	+227,3
SMS - Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro	33	04	+725
SMS - Pronto Atendimento Restinga	06	02	+200
SMS - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	45	34	+32,3
SMS - Urgência / Emergência	68	57	+19,3
Total Geral	129245	100337	+28,8

É importante destacar, ainda, que na tabela acima (Tabela 18) são apresentados todos os serviços da SMS que de alguma forma foram demandados pelos cidadãos. Em algumas situações, uma demanda foi encaminhada a mais de um receptor. Nesta tabela, podemos conferir o alinhamento no processo, já referido no 1º quadrimestre, referente à mudança de tratamento dos prestadores de serviço.

A partir deste quadrimestre, todas estas manifestações foram encaminhadas à Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde (GRSS) para as providências cabíveis. Esta alteração visa a fortalecer o interesse público no atendimento às demandas dos cidadãos.

Com a qualificação deste processo em andamento, no período analisado foi apresentada uma média de 16,7 de caminhos percorridos por demanda encaminhada. Se comparado ao mesmo período de 2011, que apresentou uma média de 24,8 caminhos percorridos por demanda, o resultado atual é da diminuição de menos 32,7% de caminhos percorridos pela demanda do cidadão para o seu atendimento pelas equipes da SMS.

A meta, a partir desta análise, é qualificar ainda mais os processos e fluxos envolvidos no atendimento aos usuários da Ouvidoria, diminuindo os caminhos percorridos pelas suas demandas e, com isso, diminuindo o tempo resposta da SMS.

Sobre a tipificação das demandas neste quadrimestre, o quadro 17 mostra a distribuição das mesmas por áreas. O percentual de demandas por área está distribuído por: Atenção Primária e Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (91,7%); Informações pela Gerencia de Regulação dos Serviços de Saúde (GRSS) (3,7%); Assistência Farmacêutica (1,6%); Elogios SMS (0,8%); Pronto Atendimentos (0,6%); Hospital de Pronto Socorro (0,5%); SAMU (0,4%); CGVS (0,4%); HMIPV (0,3%); Informações ASSEPLA (0,1%).

Quadro 17 - Levantamento dos principais demandas dos cidadãos por área de atenção à Saúde na SMS.

2º Quadrimestre 2012	
Hospitais da Rede Pública de Atendimento da Prefeitura de POA	Qtd.
Atenção Primária e Especializados Ambulatoriais e Substitutivos	6279
Reclamação Consultas Especializadas - Rede Básica	1518
Reclamação Consultas - Rede Básica	753
Mau Atendimento - Rede Básica	772
Não Atendimento - Rede Básica	772
Falta de Profissional - Rede Básica	598
Informações - Rede Básica	458
Reclamação de Cirurgias	273
Saúde - Localização de posto	225
Vacinas - Rede Básica	199
Reclamação Exames Especializados - Rede Básica	181
Demora no Atendimento - Rede Básica	161
Não Atendimento de Consultas Especializadas	82
Cartão SUS	42
Transporte Social	40
Mudança do Serviço de Saúde de Referência	35
Más condições Físicas - Rede Básica	34
Denúncia - Rede Básica	26
Atendimento Domiciliar	24
Falta de Equipamentos e/ou Materiais - Rede Básica	18
Sugestões - Rede Básica	17
Solicitação Fitas HGT - Glicoteste	13
Não Atendimento de Exames Especializados Agendados	12
Tratamento Tabagismo	7
Visita domiciliar	7
Solicitação Órtese/Prótese	5
Atendimento Área Saúde Mental	3
Demora Fornecimento Órtese/Prótese	2
Consulta Paciente HIV	1
Exame Carga Viral / CD4	1
Informações pela Gerencia de Regulação dos Serviços de Saúde (GRSS)	251
Assistência Farmacêutica	108
Solicitação Medicamento	67
Orientação Farmácias	41
Elogios SMS	57
Pronto Atendimentos	39
Demora no Atendimento- Pronto Atendimento	18
Informações Pronto Atendimento	9
Más Condições Físicas - Pronto Atendimento	3
Reclamação de Pronto Atendimento	3
Denuncia Pronto Atendimentos	2
Reclamação Consulta Pronto Atendimento	2
Falta de Profissional - Pronto Atendimentos	2
Hospital de Pronto Socorro (HPS)	37
Mau atendimento	13
Demora no atendimento	7
Transferência Pacientes	6

Informações	4
Cirurgia	4
Más condições	3
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	27
Demora no atendimento – SAMU	4
Denúncia - SAMU	2
Informações SAMU	2
Mau Atendimento - SAMU	19
Total	27
Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)	26
Denúncia CGVS	19
Informações CGVS	7
Total	26
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV)	18
Mau atendimento	13
Demora no atendimento	1
Falta de profissional	1
Reclamação Consulta	1
Mau atendimento	1
Reclamação Consulta	1
Informações Assessoria de Planejamento - ASSEPLA	5
Total Geral	6847

Verifica-se que o quantitativo de demandas foi dirigido, principalmente, para a Atenção primária e Especializada Ambulatorial, para Informações da GRSS e para a Assistência Farmacêutica. Sobre o primeiro, constata-se que o maior número de pedidos de informação está dirigido para problemas com as consultas especializadas e dos serviços de APS, além da falta e mau atendimento nas unidades de saúde da APS.

Pela compreensão que a Ouvidoria é uma forma de participação do indivíduo e que deve-se refletir sobre suas manifestações a Ouvidoria da SMS organiza, em parceria com a Assessoria de Comunicação, uma capacitação a fim de aprimorar a demanda relativa ao item “mau atendimento na rede básica de saúde”. Ao mesmo tempo, a CGAPSES também está em processo de revisão das práticas de acolhimento com escuta qualificada nas suas unidades de saúde, de forma a incluir esta prática em todas os endereços da APS no município. Este projeto está descrito no capítulo da Humanização.

Salientamos ainda que, na Tabela 18, apontamos as demandas relacionadas aos serviços diretamente ligados a SMS, portanto, não é o número integral da busca de informações. Por disporem de Ouvidorias locais, os hospitais SUS em Porto Alegre, inclusive os hospitais próprios da SMS (HPV e HMIPV), realizam o gerenciamento direto das demandas dos cidadãos.

Sobre os dois hospitais municipais, os dados sobre as suas ouvidorias locais constam no capítulo específico dos hospitais municipais, que apresentam a disposição de informações e análise global das suas atuações no quadrimestre. Já sobre os hospitais conveniados ao SUS em Porto Alegre, sejam filantrópicos ou públicos estaduais e federais, a proposta da Ouvidoria SUS de Porto Alegre é fortalecer e qualificar a integração entre ouvidorias SUS do município.

Neste quadrimestre, também houve a passagem do sistema Fala Porto Alegre para o ambiente de produção on line (<http://sricweb.procempa.com.br>). No entanto, a migração do sistema impediu que fosse gerado o relatório de 2011 referente as solicitações.

6.4 Assessoria de Comunicação

Quadro 18 - Metas anuais constantes na PAS

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
157. Realizar ações de comunicação dirigida em 100% das metas estabelecidas na PAS.	Acompanhamento das áreas técnicas, Vigilância em Saúde e a gestão da SMS no cumprimento das metas estabelecidas na PAS.	Todos os serviços e áreas técnicas, bem como a gestão da SMS, receberam assessoria da Assecom em 100% de suas demandas para o cumprimento das metas sinalizadas na PAS, veja listagem abaixo.
	Elaboração de projetos específicos para cada área;	Foram realizados projetos específicos para cada área, conforme solicitação.

<p>Publicização de atividades de mídia e assessoria de imprensa para cada atividade desenvolvida;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 100% das atividades sejam sistemáticas ou pontuais, desenvolvidas pelos serviços, voltadas ao público externo, foram divulgadas pela Assecom, por meio da assessoria de imprensa, em tempo real, para os veículos de comunicação da cidade. Destacamos as que obtiveram maior repercussão na listagem abaixo. - A Assecom também fez a cobertura fotográfica dos eventos. - 100% das solicitações dos veículos de imprensa foram atendidas com a maior brevidade possível. - A relação da instituição SMS com os formadores de opinião foi trabalhada de forma sistêmica por meio de entrevistas do Secretário de Saúde ou representante, notas, artigos, coletivas de imprensa, visitas, releases divulgados no site da PMPA e por contato telefônico. - 100% das atividades de caráter interno foram promovidas pelo e-mail institucional da SMS e da SMA, pela News semanal da SMS e pelas notícias do Gabinete de Comunicação da PMPA. - Para autoridades e instituições parceiras a divulgação foi realizada por meio de convite digital, ofícios e contatos telefônicos.
<p>Desenvolvimento de projeto de comunicação dirigida para o fortalecimento do SUS em Porto Alegre;</p>	<p>O Projeto está em fase de elaboração, envolve: criação de layout específico, tema, uso da marca SUS em todos os materiais e sinalizações de serviços, inserção positiva do SUS em releases de imprensa, programação de eventos, materiais gráficos, mobiliário urbano, sinalização de locais fiscalizados pela CGVS, uso da marca "Porto Alegre mais Saudável".</p>
<p>Ampliação dos canais de comunicação;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovação junto ao GS do Projeto de mídia de TV "Porto Alegre mais Saudável". Em julho e agosto foi realizado o levantamento do número de pontos a serem instalados juntos a todos os serviços de saúde. Em setembro, está programado o estudo de condições técnicas para finalização do projeto. - Site: a Assecom passou a ter um técnico de comunicação responsável e referência pela atualização das informações.
<p>Assessoramento de comunicação das demandas dos gestores quanto aos projetos estratégicos da SMS;</p>	<p>Os gestores receberam assessoria de comunicação para 100% dos projetos estratégicos da SMS.</p>

Participação em reuniões específicas do centro do governo com as Assessorias de Comunicação, incluindo pautas relativas ao SUS;	Contatos e reuniões com o Gabinete de Comunicação foram realizados permanentemente, principalmente em relação a situações mais complexas que envolvem determinações e orientações de centro de governo. Por se tratar de um período eleitoral algumas ações de comunicação da área de publicidade não foram autorizadas.
Estabelecimento de sistemática de comunicação com os serviços da SMS;	Não houve implantação de nova sistemática. Mantiveram-se as comunicações por e-mail, internet reuniões e telefonemas.
Desenvolvimento de ações específicas para fortalecer a marca do SUS.	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento e aprovação, junto ao GS, do layout e tema que subsidiarão as ações do projeto de comunicação dirigida. - Aplicação da logomarca do SUS em todos os materiais elaborados pela Assessoria. - Inserção do SUS em releases e notas de imprensa. - Abordagem positiva do SUS nos materiais e releases de imprensa. - Utilização efetiva (até início do período eleitoral) do logotipo "Porto Alegre mais Saudável" nos materiais da SMS como elemento subjetivo de construção de imagem positiva do SUS, visto que é utilizado vinculado à marca do SUS. - Realização e participação em eventos com estrutura física e visual mais qualificada, inserindo a marca SUS como promotora em 100% das sinalizações.

6.4.1 Materiais Gráficos

Envolve o planejamento, elaboração de layout e confecção de materiais gráficos para toda a SMS. Entre os desenvolvidos no quadrimestre estão: 1) Banner, folder, bloco e pasta institucional SMS; 2) Banner digital Unidade de Referência; 3) Camiseta Poa Mais Saudável; 4) Convites; 5) Passo a passo para carteira SUS; 6) Cartões de visita; 7) Alterações Cartilha Falciforme; 8) Certificado e convite Residencial Terapêutico Nova Vida; 9) Pasta IMESF; 10) Folder atendentes Ouvidoria; 11) Cartazes, folders, faixas e banners Tabagismo; 12) Banner Higienização Mãos; 13) Banner Seminário da Copa; 14) Adesivos lixeiras CMU; 15) Folder CONASEMS; 16) Banner APS; 17) Tabela Testes Rápidos; 18) Cartaz Farmácia Popular; 19) Cartaz Troco do Coração; 20) Capa Sala de Vacinas; 21)

Materiais para Exposição Gerapoa; 22) Painéis HMIPV; 23) Flyers COMAD; 24) Faixas Amamentação; 25) Banner digital, Folder e cartaz para a Saúde da População Negra; 26) Folders nutrição; 27) Banner Aconchego; 28) Manual do Agente de Saúde; 29) Cartilhas da Gestante; 30) Folder Fundamentos Estratégicos; 31) Reimpressão de materiais sistemáticos; 32) Reformulação do Projeto Básico para materiais gráficos da CGVS; 33) Encaminhamento da Licitação para Materiais em Lona da SMS; 34) Sinalização das unidades: placas e lonas.

6.4.2 Eventos

Envolve a realização, organização, cerimonial, elaboração de layout, convite, infra-estrutura, materiais e acompanhamento dos eventos. No quadrimestre foram:

- 1) Semana do Servidor – primeiras reuniões com equipe;
- 2) Apoio às ações do Conselho Municipal de Saúde;
- 3) Dia do Desafio;
- 4) Semana da Enfermagem;
- 5) Evento Rede Amamenta;
- 6) Capacitação de Álcool e Drogas;
- 7) Elaboração do Projeto de Capacitação das Recepções;
- 8) Apoio às oficinas do SAMU;
- 9) Dia da Amamentação;
- 10) 15 Anos GeraçãoPoa;
- 11) Elaboração de Projeto básico para Feira Multi-Resultados/CRAPS;
- 12) Estande Institucional no XXVII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS;
- 13) Ação Dia Mundial de Lavar as Mãos;
- 14) Evento do Serviço Social da Coordenação Municipal de Urgências - "A Integralidade das Ações do Serviço Social na Construção das Redes de Urgência e Emergência";
- 15) Lançamento da Avaliação Externa do PMAQ;
- 16) Participação como palestrante no Congresso de Prevenção das DST/AIDS;
- 17) Lançamento da Informatização do SUS na Rede Básica;
- 18) Projeto Básico para Lançamento do Projeto Tchê Ajudo;
- 19) Participação no Projeto de Cadastramento do Cartão SUS;
- 20) Planejamento do Estande no Congresso da ABRASCO;
- 21) Entrega de obras, incluindo a inauguração de novos serviços e de espaços reformados, com destaque para: UBS Bananeiras; USF Pitoresca; UBS Tronco; Base do Samu no Morro Santana; Gabinete Odontológico da USF São Gabriel; USF Quinta Unidade; USF Núcleo Esperança; USF Ernesto Araújo; UBS Cristal; USF Fradique Vizeu; USF Herdeiros; UBS Belém Velho; UBS São Cristóvão; UBS Belém Novo; Hospital Vila Nova; Hospital Parque Belém; Hospital da PUCRS; Hospital Santa Casa; Hospital Beneficência Portuguesa.

6.4.3 Campanhas

No quadrimestre, as campanhas de saúde executadas foram: 1) **Hepatites** - Elaboração dos materiais gráficos da Campanha de Combate as Hepatites Virais e demais ações junto à Produtora; Reuniões com times, elaboração de tabelas de jogos; Elaboração junto à produtora do vídeo para inserção nos telões nos campos de Inter e Grêmio, ônibus da Carris e cinemas; Evento Dia Mundial das Hepatite; 2) **Tabagismo e Câncer Bucal** – Eventos “Dia Mundial de Combate ao Tabaco e Dia Nacional de Combate ao Tabagismo”; Material informativo, prevenção e orientação; Material para os serviços de saúde. Licitação de Mobiliário Urbano; 3) **Vacinação Contra a Gripe** - Elaboração de Materiais gráficos e evento de Lançamento no Asilo Padre Cacique; 4) **Vacinação Contra a Poliomielite** - Elaboração de Materiais gráficos e evento de Lançamento; 5) **HIV/AIDS** – Dia dos Namorados; Eventos de descentralização e promoção do Teste Rápido; Lançamento do Projeto Galera Curtição; 6) **Lançamento da Campanha de Multivacinação** – materiais e evento; 7) **Dengue**; Materiais gráficos de apoio às ações da Vigilância, cartazes para serviços e secretarias e Conselhos locais; 8) **Câncer de Mama** – Licitação; 9) **PIM-PIA** – Licitação; 10) **População Negra** – Licitação.

6.4.4 Notícias Veiculadas na Mídia

Para o acompanhamento das notícias relacionadas às ações da SMS e temas relacionados, o núcleo de jornalismo da ASSECOM realiza clipagem eletrônica e de mídia impressa diariamente.

No quadrimestre, foram destacadas 53 notícias sobre o SUS de Porto Alegre veiculadas pela mídia, pela relevância dos temas abordados. Destas, foram 13 em maio, 18 em junho, 12 em julho e 10 em agosto. Destaca-se, entre elas, aquelas relacionadas à ampliação dos serviços de urgência e emergência, ao teste rápido para detecção precoce do HIV/AIDS. Detalhadamente, as notícias estão disposta no anexo III.

Considerações sobre o quadrimestre

Além das ações e produtos referidos neste relatório, a ASSECOM realizou o planejamento para a divulgação interna e externa dos Fundamentos Estratégicos da SMS, realizou orçamentos diversos de materiais gráficos, licitações, locais e estruturas para evento em geral, realizou o controle dos e-mails institucionais,

apoiou as demandas da Ouvidoria, além de desenvolver as suas atividades administrativas.

Na análise das notícias publicadas na mídia, percebe-se que as pautas positivas vêm ganhando espaço gradativamente maior e mais frequente. Pode-se dizer que isso se deve ao trabalho gestor desenvolvido para implantação de melhorias e, conseqüentemente, à credibilidade conquistada pela ASSECOM. Muitas vezes, os veículos de comunicação impressos têm publicado na íntegra os textos enviados pela ASSECOM. As respostas oficiais, em tempo real, com veracidade e agilidade, geram credibilidade da instituição com a imprensa, qualificando a imagem da instituição e do SUS frente à população em geral.

Em relação à comunicação interna, acredita-se que, com o processo de planejamento estratégico desenvolvido junto ao PGQP, será possível atingir, a médio prazo, um padrão de excelência na qualidade da comunicação com os servidores. Norteados pelo objetivo de “estabelecer os processos de comunicação interna”, o plano de ação da qualificação da comunicação interna na SMS significa um passo importante para a integração entre os servidores de todos os serviços e da gestão. Inclui, entre as suas estratégias, a informatização da saúde e a implantação do projeto do canal de TV interna, que trarão também o alinhamento necessário para a qualificação cada vez maior das informações contidas no *site* da SMS.

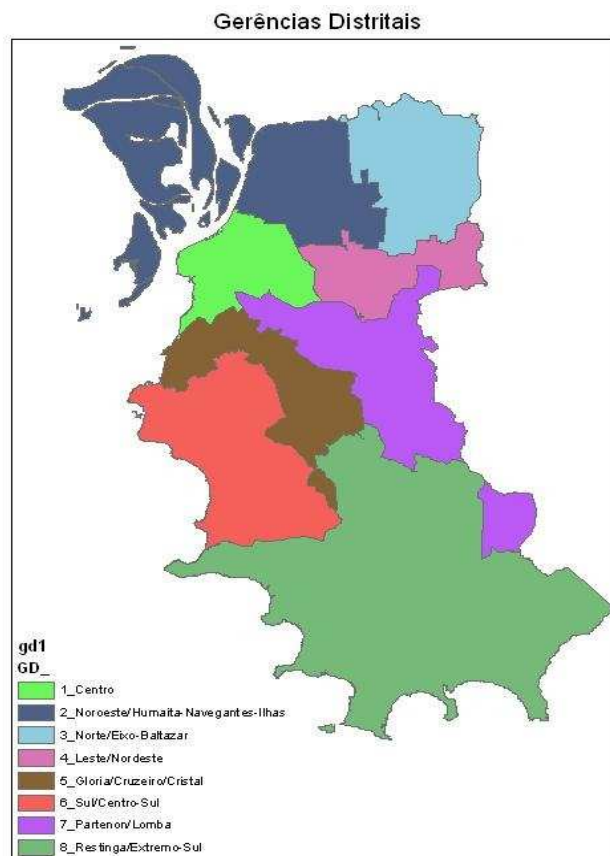
7 REDE DE SERVIÇOS E REFERÊNCIA

Os serviços do SUS estão distribuídos, em Porto Alegre, nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DS), que formam as Gerências Distritais (GD). Os DS são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Paternon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul.

As GD são estruturas administrativas e gestoras regionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. Na cidade, estão distribuídas em oito regiões de saúde: 1) Centro, 2) Noroeste /Humaitá /Navegantes /Ilhas, 3) Norte /Eixo Baltazar, 4) Leste /Nordeste, 5) Glória /Cruzeiro /Cristal, 6) Sul /Centro-Sul, 7) Paternon

/Lomba do Pinheiro, 8) Restinga /Extremo-Sul (Figura Rede 02). São compostas por Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos.

Figura 2 – Mapa das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre/RS.



FONTE: SMS/ CGVS/ EVEV. Set/2012.

A Atenção Primária em Saúde é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde - UBS, pelas Unidades de Saúde da Família - USF, pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF e pelos Consultórios na Rua. A Atenção Especializada Ambulatorial caracteriza-se pelo papel de apoiador da APS, proporcionando ao usuário a continuidade de diagnóstico e/ ou assistência especializada, quando necessário, ajudando na resolutividade da APS. Já a Atenção Substitutiva é prestada pelos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, pelas Unidades de Acolhimento - UA e pelos Residenciais Terapêuticos - RT. Esses últimos se constituem na alternativa de moradia provisória ou, por um período mais longo, de internação que se diferenciam do modelo hospitalar.

Sob a Coordenadoria Geral de Urgências, nos territórios dos DS e das GD estão os Pronto-Atendimentos (PA), as Bases do SAMU e os hospitais gerais e

especializados, próprios e conveniados ao SUS, com portas de urgência e emergência. Os serviços de urgência e emergência tem como objeto de atenção à saúde os casos agudos, onde o tempo para atendimento é fator decisivo na diminuição e/ou suspensão do agravo à saúde, de acordo com o risco apresentado.

Esse conjunto de equipamentos de saúde e seus serviços, o que inclui também os serviços de internação hospitalar e domiciliar, formam a rede de serviços do SUS em Porto Alegre, que serão apresentados, a seguir, por esferas de atenção à saúde.

7.1 Serviços de Atenção Primária à Saúde

Os serviços de atenção primária em Porto Alegre compreendem as Unidades de Saúde da Família e suas equipes, as Unidades Básicas de Saúde tradicionais e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Na PAS 2012 estão apresentadas as metas com enfoque na ampliação da ESF, reforçando a importância deste modelo na estruturação da APS (Quadro 19).

Quadro 19 – Acompanhamento das metas de estruturação da Atenção Primária à Saúde por meio da ESF, na Programação Anual de Saúde 2012 no 2º quadrimestre de 2012.

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
49. Implantar 8 NASF.	Redistribuição e ou contratação de profissionais	A Comissão de Apoio Matricial permaneceu realizando encontros periódicos. Nomeados 03 médicos psiquiatras, que já ingressaram, para compor equipes dos NASF's. Ocorreram relotações internas de servidores interessados em atuar no NASF GCC, complementando a equipe com os seguintes profissionais: Assistente Social, Psicólogos, Fisioterapeuta, e Nutricionista. Em andamento a ação de educação permanente referente ao apoio matricial na APS.
	Credenciamento e habilitação	Enviado à 1ª CIR o projeto de habilitação e credenciamento do NASF GCC; Realizado credenciamento junto ao MS, através da Portaria GM/MS 819, de 4 NASF's pertencentes ao GHC.
	Adequação dos espaços físicos junto as US ou Centros de Especialidades	Realizado na GCC, uma vez que a sede do NASF está situada no Centro de Especialidades Vila dos Comerciantes, e as adequações já realizadas. Na LENO o NASF se situará no Centro de Especialidades Bom Jesus, faltando pequenos ajustes. Na PLP o NASF se situará na UBS Bananeiras, restando a necessidade de realizar algumas adequações físicas.
	Aquisição de equipamentos	Na GD GCC os equipamentos já estão disponíveis. Restando a necessidade de aquisição para NASF LENO e NASF PLP.

50. Ampliar a cobertura da ESF de 32% PARA 40%	Construção de Unidade de Saúde da Família	Realizada entrega e inauguração da unidade de Saúde da Família Núcleo Esperança composta por 02 equipe de ESF e 1 Equipes de Saúde Bucal tipo II, pertencente a Gerência Distrital Restinga /Extremo Sul e vinculada ao convênio entre SMS e HMV.
	Levantamento de áreas prioritárias	As Gerências Distritais permaneceram no levantamento das áreas prioritárias e na avaliação de disponibilidade de terrenos para constituição de novas Unidades de Saúde.
	Substituição de UBS	Realizada substituição das Unidades Básicas de Saúde Vila Vargas e Campo da Tuca, em Unidades de Saúde da Família.
	Contratação de pessoal, em parceria com o IMESF	Realizada contratação de trabalhadores das Unidades de Saúde da Família Vila Vargas e Campo da Tuca, via IMESF. Realizada complementação de servidores nas equipes.
	Ampliação das Equipes	Ampliação das Equipes de Saúde da Família Jardim da FAPA (2ª equipe), e Timbaúva (3ª equipe), pertencentes à GD LENO. Ampliação da Equipe de Saúde da Família Santo Alfredo (4ª Equipe), pertencente à GD PLP; Ampliação da Equipe de Saúde da Família Castelo (3ª equipe), pertencente à GD Restinga / Extremo Sul;
52. Implantar atendimento odontológico no 3º turno em 01 Unidades de Saúde com 3º turno.	Adequação da área física das UBS;	Realizado a implantação do terceiro turno na UBS Tristeza (GDSCS) e UBS Belém Novo (GDRES). Está em processo de Implantação na UBS Panorama (GDPLP) e mais uma, nesta mesma gerência.
	Realocação de profissionais;	
	Definição de critérios para escolha das unidades de 3º turno com atendimento odontológico em 2012.	
53. Ampliar de 20% para 85% a cobertura de estabelecimentos escolares públicos vinculadas as ESF com ações preventivas em saúde bucal.	Levantamento do número de escolas públicas e creches públicas e conveniadas vinculadas a cada EFS;	Foram realizadas atividades educativas especialmente para crianças que estão no primeiro ano do ensino fundamental (5-6 anos) anos de idade e adolescentes do último ano do ensino fundamental (14-18anos) que são os grupos mais vulneráveis para doenças na cavidade bucal segundo o levantamento epidemiológico de saúde bucal SB 2010. Além das atividades educativas foi realizada a identificação de necessidade desses grupos e oferecido o atendimento clínico nas respectivas unidades.
	Capacitação das ESB para o desenvolvimento de projetos de promoção e prevenção em saúde bucal;	Realizada atividades e educação permanente com todas as equipes de Saúde Bucal (UBS e ESF) pos GDs.
	Elaboração de projetos de promoção e prevenção em saúde bucal para	Realizado discussões do projeto e formatação no colegiado, gastos da saúde bucal com representantes de todas as GDs.

	escolares e pré-escola;	
	Estabelecimento de parceria institucional entre SMS-SMED e SMS-SESC para a realização as ações preventivas em saúde bucal.	Realizado grupo de trabalho onde foi discutido e concentrado ações junto as escolas, professores e famílias. Com o Sesc, ficou a responsabilidade de desenvolver ações nas escolas da GD centro, onde. O Sesc fornece profissionais, técnicos em saúde bucal e material educativo, e a SMS faz a identificação das necessidades das crianças e adolescentes e atende as necessidades.
55. Ampliar de 32 para 35 o número de ESB na ESF.	Acompanhamento do processo de ampliação das equipes de Saúde Bucal. Definir local para implantação das equipes.	Realizado redimensionamento das UBS da Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição para o modelo da ESF.
<p>Análise das Metas da PAS</p> <p>Meta 49 - As Gerências Distritais permaneceram responsáveis pela implementação dos NASF em suas respectivas regiões, constituindo os espaços que serão utilizados pelas Equipes, adquirindo os equipamentos/mobiliários para estes espaços, e fundamentalmente, realizando articulação com a Comissão de Apoio Matricial junto aos servidores que estão em atividades de educação permanente ou interessados em atuar nos Núcleos. Ressalta-se a complementação das equipes através do chamamento de servidores, oriundo de concurso, ou de movimentações internas e intersetoriais que tem sido realizadas.</p> <p>Meta 50 - Com a definição do processo de expansão da Estratégia Saúde da Família para o município de Porto Alegre, foram definidos os critérios e o modo de realização proposto pela CGAPSES, ao qual se prevê a ampliação da cobertura de ESF com a construção de novas unidades e com a conversão de Unidades Básicas de Saúde em Unidades de Saúde da Família. Neste sentido, todas as ações elencadas na meta 50, continuam sendo estimuladas e fomentadas pela CGAPSES junto às Gerências Distritais, que tem realizado articulação junto as comunidades, de forma intersetorial, e na procura por terrenos e espaços para novas construções. Além disso, com a implementação do IMESF, com a realização do processo seletivo, e o chamamento dos profissionais, as equipes passaram a ser complementadas, ou constituídas, no caso de novas equipes.</p> <p>A meta 52 foi cumprida ainda no primeiro quadrimestre de 2012 com o remanejamento e efetivação de profissionais pelo concurso público vigente da SMA, pois foram abertos os serviços na UBS Bananeiras (GSPLP) e UBS Camaquã (GDSCS). Estamos repactuando a meta para 6 serviços com atendimento com terceiro turno até dezembro de 2012.</p> <p>Meta 53: Foram realizadas atividades em 73,2% dos estabelecimentos escolares públicos vinculadas a ESF com ações preventivas.</p> <p>Meta 55 foi realizada cumprida e ultrapassada pela conversão das Unidades de Saúde da Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição para o modelo da ESF, estamos repactuando esta meta de 58 para 65 ESB na ESF até dezembro de 2012. Para isso será implantado ESB nas unidades da ESF que tem espaço físico para receber esse serviço ou nas unidades novas que estão para serem implantadas via Instituto Municipal de Saúde da Família (IMESF).</p>		

Considerando a importância da descrição populacional dos territórios para a análise da oferta de serviços de APS, ressalta-se a alteração realizada em alguns valores inseridos nas tabelas, em relação àquelas apresentadas no relatório referente ao 1º quadrimestre, uma vez que alguns dados apresentavam erros na somatória, comprometendo a exatidão nos resultados. Desta forma, abaixo é apresentado o quantitativo populacional por GD. (Quadro 20)

Quadro 20 - População de Porto Alegre por Gerencia Distrital de Saúde.

Gerência Distrital	População
Centro	276.508
Glória / Cruzeiro / Cristal	148.778
Leste / Nordeste	151.295
Noroeste / Humaitá / Navegantes / Ilhas	183.821
Norte / Eixo Baltazar	189.177
Partenon / Lomba do Pinheiro	173.706
Restinga / Extremo Sul	94.409
Sul / Centro Sul	191.658
Total	1.409.351

Fonte: CGVS/Vitais/IBGE 2012.

Para a cobertura da Estratégia Saúde da Família, os cálculos realizados consideraram o quantitativo de 3.450 habitantes por equipe. Já para as Equipes de Saúde Bucal, os cálculos realizados consideraram o quantitativo de 6 mil habitantes por equipe ou 2 Equipes de Saúde da Família para cada Equipe de Saúde Bucal.

Tabela 19 – Cobertura populacional da ESF e quantitativo de equipamentos da Atenção Primária por Gerência Distrital no comparativo dos 2º quadrimestre de 2012 e 2011, em Porto Alegre/RS.

GD	CR		UBS		USF		ESF		ESB		ACS		Cobertura		Varição da Cobertura 2012/2011
	2º Quadrimestre		2º Quadrimestre		2º Quadrimestre		2º Quadrimestre		2º Quadrimestre		2º Quadrimestre		2º Quadrimestre		%
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	
Centro	02	01	03	03	04	04	11*	10	04	03	14	19	13,72%	12,92%	6,19
LENO	0	0	04	07	18	16	29*	28	12	03	77	78	66,56%	48,5%	37,24
SCS	0	0	10	10	07	07	10	10	04	01	35	33	18%	19,28%	-6,64
GCC	0	0	11*	10	15	14	23	20	04*	03	69	75	53,3%	45,46%	17,25
NEB	01	0	09	16	16	13	32	16	09	01	52	52	58,35%	30,38%	92,07
PLP	0	0	09*	10	14*	12	28*	20	10*	06	68	57	55,61%	37,01%	50,26
NHNI	0	0	06	06	09	08	25	09	11	03	15	33	46,9%	16,41%	185,80
RES	0	0	04	04	08*	06	15*	09	06*	03	54	41	54,8%	34,7%	57,92
POA	03	01	56	66	91	80	173	116	60	23	384*	383	42,3%	28,57%	48,06

Fonte: IBGE/ CGAPSES. Siglas: GD = Gerência Distrital; CR = Consultório na Rua; UBS = Unidade Básica de Saúde; USF = Unidades de Saúde da Família; ESF = Equipes de Saúde da Família; ESB = Equipes de Saúde Bucal; ACS = Agentes Comunitários de Saúde.

Mesmo com a ampliação da ESF, com variação positiva de 48,06% na cobertura de ESF do 2º quadrimestre de 2011 para o mesmo período de 2012 (Tabela 19), identifica-se a necessidade de revisar a cobertura de APS considerando a Política Nacional de Atenção Básica revisada (Pt. 2.488 GM – MS) e as demais normativas nacionais, como o SISPacto. Para fins de acompanhamento da gestão da SMS, a modificação em relação ao cálculo de cobertura populacional, proposta pelo SISPACTO, será realizada somente após definição e validação oficial pela SMS, prevista para o próximo quadrimestre.

As variações mais significativas de cobertura de ESF do 2º quadrimestre de 2011 para 2012 estão nas GD NEB e NHNI, devido às habilitações das equipes do GHC. Mesmo com a alteração nos dados populacionais registrados no censo 2010 do IBGE, de quase 50 mil habitantes a mais na cidade, 07 GD tiveram ampliação da cobertura de ESF, com a exceção de ampliação da GD SCS, devido à ampliação da população associada à ausência de novas equipes de APS no período analisado. Destaca-se, ainda, que atualmente as GD SCS e GD GCC tem a maior quantidade de UBS dentre todas as 08 GD.

Estritamente ao período em análise (2º quadrimestre de 2012), a ampliação da ESF nas unidades já existentes foi realizada pela ampliação de 01 para 02 Equipes de Saúde da Família na USF Jardim da FAPA e a ampliação de 02 para 03 Equipes de Saúde da Família na USF Timbaúva, ampliação de 03 para 04 Equipes de Saúde da Família da USF Santo Alfredo e ampliação de 02 para 03 Equipes de Saúde da Família na USF Castelo. Houve também a conversão das UBS Vila Vargas e UBS Campo da Tuca em USF, constituídas com 02 Equipes de Saúde da Família na USF Vila Vargas e 02 Equipes de Saúde da Família na USF Campo da Tuca.

Sobre as novas USF, registra-se a inauguração da USF Núcleo Esperança, constituída com 02 Equipes de Saúde da Família, pertencente à GD Restinga /Extremo Sul e vinculada ao convênio SMS – HVM, bem como a inserção de 03 novas Equipes de Saúde Bucal (ESB) na modalidade I (01 equipe para USF São Gabriel, 01 equipe na USF Vila Vargas e 01 equipe na USF Herdeiros) e de 02 novas Equipes de Saúde Bucal na modalidade II (01 para a USF Campo da Tuca e 01 para a USF Núcleo Esperança).

Das equipes de Saúde Bucal atuantes na SMS, 5 são em parceria com o Hospital Moinhos de Vento, 1 em parceria com o Hospital Divina Providência 20 em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição e 32 em contrato com o Instituto de Cardiologia. Destas Equipes, 32 são da modalidade II (Cirurgião Dentista, Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal) e 26 são da modalidade I (Cirurgião Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal). Além destes, a SMS possui 47 ESB em UBS. Há ainda duas ESB em processo de habilitação.

É importante destacar, ainda, que os serviços de atendimento na APS também compreendem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Consultórios na Rua (CR). Sobre estes últimos, no quadrimestre em análise foram registrados três (03) Consultórios da Rua (CR), sendo 02 equipes próprias habilitadas /credenciadas e vinculadas à GD Centro e 01 Equipe habilitada /credenciada pertencente ao Convênio com o GHC. Para o CR do GHC, destaca-se a necessidade de maior integração deste serviço com a GD NHNI, tendo em vista o direcionamento integrado nas ações do SUS para atender às necessidades da população do território.

Em relação as UBS, informa-se a inclusão das Unidades de Saúde Prisionais Madre Pelletier e Presídio Central de Porto alegre - PCPA na GD Glória /Cruzeiro /Cristal e na GD Partenon /Lomba do Pinheiro, respectivamente, tendo em vista a mesma necessidade apresentada por todos os serviços não próprios da SMS e atuantes nos territórios da cidade. Da mesma forma, a UBS Ilha do Pavão, vinculada ao Convênio SMS/ Hospital Ernesto Dornelles foi inserida no campo referente à GD NHNI, mas não constou no 1º quadrimestre.

Sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), registra-se que as Gerências Distritais permanecem realizando ações para constituição dos Núcleos, tendo a parceria da Comissão de Apoio Matricial, enquanto colaboradora no processo de criação, identificação do perfil dos profissionais, através da ação de educação permanente que está em andamento.

Com o ingresso de profissionais oriundos do concurso e outras relocações realizadas, foi possível encaminhar à 1ª CIR o projeto de habilitação e credenciamento do NASF Glória/ Cruzeiro/ Cristal, pois possui a equipe completa e estrutura física adequada para atuação dos trabalhadores. Outras iniciativas estão sendo realizadas

nas GD PLP e LENO, como a adequação dos espaços, aquisição de equipamentos/mobiliários e constituição das equipes.

7.2 Serviços Ambulatoriais Especializados e Substitutivos

O conjunto de serviços de atenção especializada ambulatorial e substitutiva compreendem serviços de baixa e média Média Complexidade, regionalizados nos Distritos Sanitários e nas GD a fim de garantir a integralidade da atenção e a equidade no acesso aos serviços disponíveis pelo SUS por territórios da cidade. As metas da PAS 2012 refletem esta necessidade (Quadro 21).

Quadro 21 – Acompanhamento das metas de estruturação dos Serviços Especializados Ambulatoriais da Programação Anual de Saúde 2012, no 2º quadrimestre de 2012.

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
51. Ampliar de 7 para 8 os centros de especialidades até 2013.	Definição de profissionais de especialistas conforme demanda da região;	Lotação de servidora ginecologista especializada em colo de útero, atendendo demandas reprimidas da região, através da realização de carga horária parcial no Centro de Especialidades Camaquã.
	Ampliação e adequação das áreas físicas;	Realizada análise e discussão referentes às reformas nos Centros de Especialidades, realizando diagnóstico situacional para definição das prioridades (GT de Obras).
72. Ampliar as estratégias de Redução de Danos de 4 Gerências Distritais para 6 Gerências Distritais.	Resgate do conceito de RD nas Comunidades, na rede de atenção Saúde Mental;	EM PROCESSO, através de reuniões de acompanhamento das equipes de atenção básica, equipes especializadas de saúde mental, oficinas e educação permanente (Curso de Atenção Integral a Álcool e Outras Drogas e Redução de Danos).
	Definição da forma de contratação dos redutores de danos;	Em processo de definição.
	Contratação de novos agentes redutores de danos;	
	Construção de novas estratégias de abordagem para pensar a questão do crack em rede;	EM PROCESSO. Participação na construção de ações do Plano de Enfrentamento ao Crack. Participação nos Comitês Municipal e Estadual de Enfrentamento ao Crack.
	Identificação e cadastramento dos usuários de álcool e outras drogas nas GDS;	Não realizado.
	Descentralização das ações junto à atenção primária e especializada de saúde mental;	Realizada parcialmente através da inserção dos redutores de danos nas equipes da atenção primária das gerências distritais PLP, Centro, GCC e Restinga.

	Fortalecimento da equipe de trabalho com atividades de Educação Permanente e Educação Popular em saúde;	EM PROCESSO, os redutores participam de reuniões e espaços de educação permanente de interesse desta secretaria.
	Construção do papel matriciador do agente redutor de danos.	Realizada parcialmente através da inserção dos redutores de danos nas equipes de matriciamento das gerências distritais PLP, GCC e Restinga.
88. Ampliar a rede de serviços de saúde mental para atendimento de álcool e outras drogas nas 8 (oito) Gerências Distritais, seguindo as diretrizes da Política Nacional.	Conclusão do cadastramento do CAPS AD GHC para modalidade 24 horas (CAPS AD III) – desde janeiro no CMS;	Encaminhado documentação a 1ª CRS e MS.
	Ampliação do número de serviços de CAPS AD; Ampliação do número de CAPSi;	Não realizado.
	Criação e cadastramento de Consultórios na Rua;	1 equipe cadastrada em processo de cadastramento da segunda, para a região centro.
	Criação de Unidades de Acolhimento para usuários de álcool e outras drogas;	Não realizado
	Locação de imóveis;	Em processo o aluguel de imóveis para sediar os CAPS AD III PLP e RESTINGA.
	Construção de prédios.	Não realizado
90. Implementar uma Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental em cada uma das 6 Gerências Distritais de saúde.	Levantamento das necessidades de pessoal para composição das equipes;	REALIZADO através de levantamento junto as gerências distritais e servidores dos serviços de saúde mental.
	Formação das equipes de apoio matricial nas GD's Centro, GCC, SCS, RES, LENO, NHIN;	EM PROCESSO nas regiões CENTRO, LENO e GCC, com composição das equipes e capacitação de profissionais através do Curso de Matriciamento.
	Elaboração de protocolos e diretrizes para o matriciamento.	Não realizado.
92. Ampliar de 4 para 5 o número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).	Contratação de cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal concursados;	Em análise
	Adequação da área física do Centro de Saúde IAPI.	Será realizada em 2013.
117. Qualificar a rede de prevenção à violência e promoção da saúde nas 8 Gerências Distritais até 2013.	Realização de oficinas nas regiões;	Realizada ação de educação permanente para o tratamento de pessoas com agravos decorrentes das Violências aos trabalhadores da APS, dos serviços especializados em Saúde Mental, e de outras Secretarias.
	Organização das redes de prevenção da violência e promoção da saúde.	Permanece a discussão na Área Técnica de Saúde Mental acerca da linha de cuidado à violência, junto aos serviços especializados em violência ou outras instituições relacionados ao tema. (CRAI,

Análise das Metas da PAS**Meta 72 – PRD:**

No segundo quadrimestre de 2012 os Agentes Redutores de Danos das Gerencias Distritais Restinga, Partenon/Lomba do Pinheiro e Glória Cruzeiro e Cristal realizaram atividades de apoio matricial. Na dimensão assistencial do Apoio matricial foram realizadas atividades de visita domiciliar em atendimentos compartilhados e interconsulta; acompanhamento; acolhimento; encaminhamento dos usuários de álcool e outras drogas; grupos de terapia comunitária e articulação com a rede intersetorial dos territórios. Na dimensão técnico-pedagógica foram realizadas ações de sensibilização das equipes de ESFs e UBSs; participação nas reuniões de equipe e discussão dos projetos terapêuticos singulares. Os Agentes Redutores de Danos da Gerência Centro realizaram atividades de abordagem na rua, acolhimento, acompanhamento, encaminhamento e garantia de acesso da população em situação de rua no Consultório na Rua Centro; participação no Curso de Redução de Danos, Álcool e Outras Drogas. Ocorreu à saída de um dos redutores da GD Centro, por pedido de demissão.

Meta 88 – ampliação da Rede AD:

CAPS AD III, Consultório na Rua e CAPS i do GHC – documentos encaminhados a 1 CRS e MS para fins de credenciamento.

Realizada oficina de qualificação dos profissionais das equipes de Consultório na Rua (Centro e GHC).

Realizada Capacitação para 120 profissionais da Brigada Militar, numa parceria com SES, SENAD, Segurança Pública e SMS (área técnica de saúde mental).

Participação de cerca de 60 profissionais da rede de saúde da SMS na Oficina de Alinhamento do Plano “Crack é possível vencer”, nos dias 23 e 24 de agosto/12, organizada pela MS, MDS, SENAD e MJ. Foi uma atividade intersetorial e contou com profissionais da FASC, Juventude, SMED, Guarda Municipal, SECOPA, que integram o Comitê Municipal de Enfrentamento ao Crack.

Meta 90: Matriciamento:

Iniciado o processo de matriciamento nas GDs Centro e GCC, com profissionais da saúde mental

Meta 92 foi cumprida. Atualmente estamos com 5 CEO em funcionamento, que são: CEO Santa Marta, CEO GHC, CEO UFRGS, CEO Bom Jesus e CEO Vila dos Comerciantes. Foi realizado pactuação de produção com todos os CEOs do município conforme agenda de trabalho e capacidade instalada de recursos humanos e foi colocado mais um profissional para realizar endodontia no CEO Santa Marta para reduzir o tempo de espera.

Meta 117: referente à notificação de violência está sob responsabilidade de acompanhamento da CGVS, e execução da Atenção Primária à Saúde. A Área Técnica de Saúde Mental permanece investindo na produção da linha de cuidado à violência articulando internamente com serviços da SMS e intersetorialmente, fomentando a consolidação dos fluxos para devidos encaminhamentos. Permanece sendo realizada ação de educação permanente, do Calendário de Educação Permanente da CGAPSES, diretamente para equipes da GD NEB, PLP e LENO.

Em relação à meta 51, encontra-se em tramitação a solicitação oficial de cedência definitiva do prédio e terreno aonde situa-se o CE Camaquã, junto ao governo do Estado do RS. Esta cedência definitiva tem por fundamento a necessidade de estruturação de todos os serviços alocados no prédio, como Farmácia Distrital SCS, Ambulatório de Saúde Mental SCS, Gerência Distrital SCS, Centro de Referência em Tuberculose SCS, além da criação de novos serviços que possam estar qualificando os atendimentos prestados à comunidade.

Especializados

Estes serviços compreendem os Centros de Especialidades (CE) e Ambulatórios Hospitalares de Especialidades (AHE), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de

Atendimento Especializado em DST/AIDS (SAE), Centros de Referência em Tuberculose (CRTB), Núcleos de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (Quadro 22).

Quadro 22 – Grade de referências especializadas ambulatoriais vigentes no 2º quadrimestre de 2012, em Porto Alegre/RS.

GD/ Serviço	CE	NASCA	CEO	SAE	CRTB	CTA
Centro	CE Santa Marta	NASCA Centro	CEO Santa Marta	SAE Centro	CRTB Centro	Amb. Dermatologia Sanitária/SES
NHNI	CE IAPI	NASCA NHNI	CEO GHC	SAE IAPI	CRTB NHNI	Amb. Dermatologia Sanitária/SES
PLP	CE Murialdo	NASCA PLP	CEO Bom Jesus	Sanatório Partenon	Sanatório Partenon	CTA Caio Fernando Abreu
GCC	CE Vila dos Comercia- s	NASCA GCC	CEO Vila dos Comercia- s	SAE Vila dos Comercia- s	CRTB GCC	CTA Paulo Cesar Bonfim
SCS	CE Camaquã	NASCA SCS	CEO Vila dos Comercia- s	SAE Vila dos Comercia- s	CRTB SCS	CTA Paulo Cesar Bonfim
NEB	-	NASCA NEB	CEO GHC	SAE IAPI	CRTB NHNI	Amb. Dermatologia Sanitária/SES
RES	-	NASCA RES	CEO Santa Marta	SAE Centro	CRTB RES	CTA Paulo Cesar Bonfim
LENO	CE Bom Jesus	NASCA LENO	CEO Bom Jesus	DS Leste: Sanatório Partenon DS Nordeste: SAE IAPI	CRTB LENO	DS Leste: CTA Caio Fernando Abreu DS Nordeste: Amb. Dermatologia Sanitária/SES
Total	07 + Ambulató- rios conveniados (GHC, HSL/PUCR S, HCPA, Bco. Olhos, Ben. Portuguesa, Sta. Casa, Pq. Belém, Vi. Nova)	07	04 + CEO UFRGS	04	08	03

FONTE: SMS/ CGAPSES, em setembro de 2012. **Siglas:** GD = Gerência Distrital; CE = Centros de Especialidades; NASCA = Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e Adolescência; CEO = Centro de Especialidades Odontológicas; CRTB = Centro de Referência à Tuberculose; CTA = Centro de Testagem e Aconselhamento.

Estes serviços têm o objetivo de prestar suporte e apoio à APS e na transição do cuidado na alta hospitalar reinserindo o usuário, conforme suas necessidades quanto à temporalidade e intensidade de cuidados, na rede de saúde, atendendo, assim, as necessidades regionais dos problemas de saúde que não podem ser plenamente diagnosticados ou orientados na Atenção Primária e que, por outro lado, não necessitam da Atenção intra-hospitalar e/ou de urgência. Estes serviços compreendem a atenção à saúde em todas as etapas do ciclo de vida, com componentes específicos por etapa do ciclo de vida (infância e adolescência = NASCA) ou por especialidade de área ou de patologia associada (p. ex.: Saúde Bucal = CEO; DST/AIDS = SAE e CTA).

Para isso, a regionalização dos serviços, formando uma rede de referências ambulatoriais em saúde na cidade, precisa estar incluída no Sistema Informatizado da SMS. Atualmente, os serviços ofertados nos Centros de Especialidades, nos Ambulatórios Hospitalares de Especialidades e nos SAE já estão no Sistema Informatizado, porém, necessitando qualificar a sua regionalização nos territórios dos DS e das GD, sendo balizadas dentro da lógica de linhas de cuidado. Essa situação faz com que suas referências ainda não estejam definidas no quadro acima (Quadro Rede Especialidades Amb. 21), sendo apenas apresentada a GD onde está localizado os serviços próprios.

Os demais serviços do quadro – NASCA, CEO, CRTB e CTA apresentam maior distribuição de oferta nos territórios das GD. O desafio, para a qualificação destes serviços, está na ampliação da disponibilidade de serviços conforme a preconização pelas normativas nacionais, as linhas de cuidado definidas e a inclusão de todos de forma regionalizada no Sistema Informatizado. Quanto a este ponto, pode-se citar o CEO UFRGS como exemplo que, atualmente, não atua de forma plena como os demais CEO e, desta forma, atuando com um perfil de retaguarda a estes.

Com o exposto, cabe ressaltar que a qualificação do Sistema Informatizado está ocorrendo, em parceria com o GT Regionalização da SMS, para que todos os serviços especializados ambulatoriais tenham suas referências definidas dentro deste Sistema. Essas estratégias objetivam agilizar a disponibilidade dos serviços e o seu acesso, tornando-o mais próximo da população, bem como que qualifiquem a análise das reais necessidade da população por territórios de DS e GD para a tomada de decisão gestora e do controle social.

A Secretaria Municipal de Saúde possui também 5 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): Santa Marta, Bom Jesus, Vila dos Comerciantes, GHC e Faculdade de Odontologia da UFRGS.

7.3 Serviços de Urgência

Quadro 23 – Acompanhamento das metas de estruturação dos serviços de Urgência, na Programação Anual de Saúde 2012 no 2º quadrimestre de 2012.

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Ações no 2º quadrimestre
80. Ampliar a cobertura pelo SAMU, por equipes de suporte básico, passando de 13 para 16 equipes na cidade até 2013.	Ingresso de RH;	O número nomeado foi suficiente somente para completar equipes atuais e parcialmente a Baixa Complexidade
	Capacitação dos novos profissionais nomeados.	Os profissionais são capacitados à medida em que ingressam no serviço
81. Ampliar o número de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na cidade, passando de 4 para 8 unidades até 2013.	Início da construção das UPAS;	<u>UPA Farrapos</u> - Terrenos em processo de desapropriação pela SMF. Previsão de início das obras em 2012. <u>UPA Azenha Partenon</u> - Aguarda liberação do terreno pelo Governo do Estado e pelo governo Federal. Previsão de início das obras em 2012. <u>UPA Zona Sul</u> - Terrenos em avaliação técnica para encaminhamento a desapropriação. Previsão de início das obras em 2013.
	Assinatura do Convênio com o GHC para gerenciar a UPA Moacyr Sciliar incluindo RH;	Assinatura do termo de compromisso em setembro de 2012.
	Início das atividades da UPA Moacyr Sciliar	Início das atividades em 28 de setembro de 2012 (pertinente ao terceiro quadrimestre, será detalhado no próximo relatório).
	Conclusão do projeto de reforma do PACS.	Foi contratada a empresa para apresentar o projeto até janeiro de 2013 e, posteriormente, será realizada licitação.
82. Ampliar o serviço de transporte de baixa complexidade, como unidade de apoio para a central de regulação de urgência (SAMU), ampliando de 4 (quatro) para 5 (cinco) ambulâncias em pleno funcionamento até 2013.	Organização do serviço;	Serviço organizado e em funcionamento desde 2011.
	Ingresso de RH (Técnicos de Enfermagem e condutores);	Ingresso de 21 Técnicos de Enfermagem que atuam na baixa Complexidade. Ainda não tem o número suficiente de condutores para manter 5 equipes funcionando.
	Central reguladora e organizadora ligada ao SAMU;	Atividades foram iniciadas em dezembro de 2011.

91. Criar uma unidade para atendimento de emergência psiquiátrica para crianças e adolescentes.	Definição de local para implantação da unidade;	Definido que será no HMIPV.
	Organização e implementação do fluxo de atendimento em saúde mental em caráter de emergência, para crianças e adolescentes.	Em processo no GT da Linha de Cuidado em Urgência e Emergência.
Análise das Metas da PAS : Metas 80, 81 e 82 - A implantação do serviço de baixa complexidade favoreceu otimizar os atendimentos do SAMU direcionados aos pacientes de alta complexidade. Meta 91: Emergência para crianças e adolescentes: Definido em Plenária do CMS com a gestão que o local para atendimentos de urgências e emergências para crianças e adolescentes, será no Hospital Presidente Vargas, com previsão de obras e infra-estrutura a ser iniciada em 2013.		

Ainda, neste segundo quadrimestre de 2012, houve abertura de 246 novos leitos hospitalares dentro da implementação do plano regional de atenção às urgências (elaborado de acordo com a portaria 2395 de novembro de 2011 do MS) aprovado em maio de 2012, pelo Ministério da Saúde. Foram abertos novos leitos hospitalares e qualificados leitos existentes para ampliação e qualificação do acesso ao cuidado na rede hospitalar aos pacientes com condições agudas de saúde conforme o quadro abaixo (Quadro 24):

Quadro 24 – Novos leitos de retaguarda às urgências no período do 2º quadrimestre de 2012.

Hospital	Nome da Unidade/ Tipo de leitos	Total de leitos novos
Beneficência Portuguesa	Unidade 1B	36
Parque Belém	F1Unidade de Psiquiatria	66
São Lucas-PUCRS	7ºSul	20
HCPA -Unidade Álvaro Alvim	Unidade de Internação Clínica e Psiq.	50
Santa Casa HSC	UIR	14
Santa Casa HCSA	Pediatrico	30
Santa CasaHSC	Unidade de Internação Clínica, 4º, 5º, 6º andar	99
HMIPV	Pediatria UTIPED	22
Porto Alegre	Unidade de Psiquiatria	09
Total de leitos		246

FONTE: SMS/ GRSS, em set/2012.

7.4 Serviços de Internação Hospitalar e Domiciliar

Sobre a ampliação dos serviços hospitalares, destaca-se o quadro acima, no item 7.3 Serviços de Urgência. As demais metas de ampliação do número de leitos hospitalares e de serviços de internação domiciliar estão descritas abaixo, no quadro de metas da PAS 2012 (Quadro 25), que destaca a necessidades de ampliação de leitos na área de Saúde Mental e dos serviços de atenção domiciliar e suas respectivas ações relacionadas e encaminhamentos.

Quadro 25 – Acompanhamento das metas de estruturação dos serviços de internação domiciliar e Hospitalar, na Programação Anual de Saúde 2012 no 2º quadrimestre de 2012.

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
83. Ampliar as equipes de atenção domiciliar passando de 4 equipes para 14 equipes até 2013.	Estabelecimento de Fluxo de contra - referência para pacientes com alta hospitalar e de salas de observação e que necessitem de internação domiciliar;	Em pactuação CMU e CGAPSES
	Estabelecimento de fluxos com a atenção primária de saúde para os pacientes que necessitem migrar da atenção domiciliar: AD12 e AD3 para AD1 e para os que necessitem migrar de AD1 para AD2 e AD3;	Em pactuação CMU e CGAPSES
	Implantação e Qualificação do sistema de informações;	Necessária finalização das pactuações de fluxos pela CMU e CGAPSES
	Definição de locais prioritários para implantação das equipes de atenção domiciliares, conforme perfil epidemiológico.	Serão implantadas inicialmente mais 02 equipes em parceria com o Hospital Vila Nova. Existem 06 equipes no GHC, porém não estão adequadas a nova portaria.
89. Criar 21 leitos para adolescentes na faixa etária de 12 a 16 anos para internação em saúde mental álcool e outras drogas, em hospitais gerais.	Realização de contratos com os hospitais gerais;	EM PROCESSO (a área técnica contratou com Hospital Porto Alegre e Parque Belém, revisou projeto terapêutico e encaminhou à GRSS)
	Realização de vistoria nos hospitais que se propuserem a criar leitos;	Realizada vistoria nos leitos criados no Hospital Porto Alegre, em parceria com a GRSS.
	Convênio com hospitais gerais para criação de leitos;	Convênio com HOSPITAL PORTO ALEGRE E PARQUE BELEM.
	Monitoramento do atendimento prestado pelos hospitais conveniados;	NÃO REALIZADO.
	Organização de critérios de ingresso.	EM PROCESSO. Discussão de critérios no GT da Linha de Cuidado de Urgência/ Emergência em Saúde Mental.

Análise das Metas da PAS

A meta 83, referente à Atenção Domiciliar, encontra-se em processo de construção sob condução da CMU e com a participação da CGAPSES, visto ser recente a portaria do Ministério da Saúde que reorganiza a Atenção Domiciliar, sendo publicada em outubro de 2011, e sofrendo alterações em julho de 2012. Neste sentido, o projeto encontra-se em discussão junto as Coordenadorias envolvidas, objetivando o amadurecimento para sua implementação.

Meta 89: Criação de Leitos AD para crianças e adolescentes:

Em funcionamento no hospital Parque Belém 28 leitos para adolescentes, usuários de álcool e outras drogas, com faixa etária de 14 a 18 anos.

8 INFRA-ESTRUTURA DE APOIO

8.1 Licitações, Contratos e Compras

A **Coordenação de Apoio Técnico Administrativo (CGATA)** é formada pelas equipes de Programação e Compras (EPC), Assessoria de Projetos (ASSEPRO), Apoio Administrativo (EAA), Manutenção Predial (EMP), Patrimônio (EPAT), Materiais (EMAT), Informática. As metas do setor são apresentadas e analisadas no quadro a seguir.

Quadro 26 - : Metas anuais constantes na PAS –

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
146. Reformar 18 prédios da Secretaria Municipal de Saúde.	Elaboração dos projetos de obras definidas;	No quadrimestre, o Quadro 27 descreve os 04 projetos de reformas concluídos e os 37 em elaboração.
	Detalhamento dos projetos;	
	Execução das obras.	No quadrimestre, são 05 reformas em andamento (Quadro 28) e 03 reformas entregues à comunidade (Quadro 27).
147. Iniciar construção de oito novos prédios.	Definição de locais e prédios a serem construídos;	Os projetos de novos prédios elaborados no quadrimestre estão descritos no Quadro 28.
	Elaboração de projeto;	
	Realização de licitações para contratação das empresas de construção;	As licitações realizadas no quadrimestre, para a contratação das empresas de construção, estão descritas no Quadro 28
	Iniciar as obras.	As obras iniciadas estão descritas no Quadro 28
148. Equipar 100% das novas unidades de saúde da família construídas.	Levantamento de necessidades e encaminhamento para aquisição dos equipamentos.	Esta ação sempre é realizada em parceria com a CGAPSES. Todas as solicitações de aquisição de equipamentos são analisadas e devidamente encaminhadas.
149. Implantar um sistema de gestão de estoque dos	Informatização do processo de gestão dos estoques no sistema AGHOS.	Previsão de início desta ação para o próximo quadrimestre, devido às prioridades estabelecidas no processo de

almoxarifados (Equipe de Materiais e Equipe de Manutenção Predial) em 30% dos serviços próprios da SMS.		informatização de toda a SMS (regulação da rede e serviços de atenção primária).
---	--	--

A **EPC** é responsável pelo encaminhamento de solicitações de compra de todos os materiais de consumo e permanentes (exceto para HPS, HMIPV e Coordenação de Urgências, que inclui SAMU e os prontos atendimentos), através de processos licitatórios ou dispensas de licitações, realizadas pela Área de Compras e Serviços da Secretaria Municipal da Fazenda (SMF). A seguir, apresentamos as tabelas referente a compra de materiais de consumo para a Atenção Primária e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos próprios da SMS, considerando apenas os materiais empenhados (tabela 20)

Tabela 20 – Comparativo do total de recursos empenhados por tipo de material de consumo na SMS, no 2º quadrimestre de 2011 e 2012.

Variação %	Materiais de Consumo	2º Quadrimestre	
		2012	2011
+ 13,63	Alimentação	R\$ 51.670,51	R\$ 45.470,28
+ 515,94	Medicamentos	R\$ 8.833.464,74	R\$ 1.434.137,98
+ 7,42	Enfermaria	R\$ 829.069,64	R\$ 771.731,77
+ 141,17	Saúde Bucal	R\$ 254.114,00	R\$ 105.365,55
- 33,78	Manutenção	R\$ 307.288,11	R\$ 464.085,03
+ 216,48	Informática	R\$ 99.335,60	R\$ 31.387,50
+ 10,03	Higiene e Limpeza	R\$ 133.664,24	R\$ 121.469,56
- 90,74	Transporte (pneus/óleos/combustíveis)	R\$ 8.490,00	R\$ 91.729,00
+ 54,91	Gases Medicinais	R\$ 20.571,60	R\$ 13.279,00
+ 35,84	Escritório	R\$ 150.316,44	R\$ 110.650,74
- 65,90	Outros	R\$ 435.578,34	R\$ 1.277.552,16
+ 149,02	Total	R\$ 11.123.563,22	R\$ 4.466.858,57

FONTE: EPC/CGATA/SMS, em setembro, 2012.

Na tabela acima observa-se a redução da compra de materiais de consumo nas áreas de manutenção, transporte e outros. Destaca-se, aqui, a redução do gasto com transportes, atribuído ao fato da equipe de transportes da CGATA não estar mais com a responsabilidade dos transportes para remoções clínicas.

Cabe lembrar que, a partir de dezembro de 2011, as remoções clínicas estão sob a responsabilidade do SAMU. O **Serviço de Transportes** da CGATA é caracterizado pelo transporte na gestão centralizada e nas gerências distritais, como forma de efetivar os trâmites entre os setores e unidades, atuando especificamente como área meio para a gestão em saúde.

De outra forma, houve o aumento no empenho de medicamentos, informática e saúde bucal, respectivamente. Destaca-se, assim, o reflexo do direcionamento das ações na SMS visando a sua atividade finalística, com os medicamentos e saúde bucal, bem como a modernização dos seus processos de trabalho, com os materiais de informática.

No geral, maior parte dos tipos de materiais de consumo tiveram ampliação do valor empenhado, resultando em aumento no valor total de materiais de consumo empenhado na comparação com o mesmo período de 2011 (+149,02%).

Quanto aos materiais permanentes, neste 2º quadrimestre de 2012 a redução foi de 86,07% no comparativo ao mesmo período de 2011 (Tabela 21).

Tabela 21 – Comparativo do total de recursos empenhados para materiais permanentes na SMS, no 2º quadrimestre de 2011 e 2012.

Materiais Permanente	2º Quadrimestre		Variação
	2012	2011	%
CGAPSES,CGVS,CMS,COMEM,UPA Moacyr Sliar, Transporte, Informática, Saúde Bucal, Ouvidoria	R\$ 854.151,79	R\$ 6.134.457,65	- 86,07

FONTE: EPC/CGATA/SMS. Em setembro de 2012.

Destaca-se que as compras de bens permanentes do 2º quadrimestre de 2011 foram atípicas, considerando que nesse período houve o atendimento de demandas reprimidas de 2006 a 2010, além de alterações de layout na maioria das Coordenações do prédio Sede, o que demandou a aquisição de novos mobiliários.

Já sobre as **obras de reforma e construção de novas unidades**, registra-se a redução de investimentos no comparativo com o mesmo período do ano de 2011.

Justifica-se pelos ajustes na apresentação do próprio relatório em relação ao mesmo período de 2011, tendo em vista as três novas unidades entregues no 2º quadrimestre de 2011 e que foram registradas apenas no Relatório Anual de 2011. São elas: USF Santíssima Trindade, USF Núcleo Esperança e USF Chapéu do Sol.

Quadro 27 – Obras de novas unidades e reformas executadas na SMS e total de recursos executados, no 2º quadrimestre dos anos de 2011 e 2012, em Porto Alegre/RS.

Gerência Distrital	2º Quadrimestre 2012	2º Quadrimestre 2011
GD Centro	UNIDADE: CS Santa Marta OBRA: Reforma ambulatório dermatologia (3º andar) INÍCIO: 03/10/2011 TÉRMINO: 03/07/2012 FONTE DE RECURSO: PMPA (040) DEMANDA DO OP: 2011/785	-
GD PLP	UNIDADE: PA Lomba do Pinheiro OBRA: Reforma INÍCIO: 1/3/2012 TÉRMINO: 1/7/2012 FONTE DE RECURSO: PMPA (040) DEMANDA DO OP: 2010/1009	-
GD NEB	UNIDADE: UBS São Cristóvão OBRA: Reforma e ampliação da unidade INÍCIO: 3/10/2011 TÉRMINO: 28/7/2012 FONTE DE RECURSO: PMPA (040); Fundo (Municip.Solidária) DEMANDA DO OP: 2010/794	-
GD NHNI	-	UNIDADE: USF Santíssima Trindade OBRA: Construção da nova unidade INÍCIO: 3/5/2010 TÉRMINO: 25/8/2011 FONTE DE RECURSO: PMPA (040) DEMANDA DO OP: 2011/736
GD LENO	-	UNIDADE: UBS Morro Santana OBRA: Ampliação INÍCIO: 01/02/2011 TÉRMINO: 01/05/2011 FONTE DE RECURSO: FMS (Pró-Saúde) DEMANDA DO OP: 2011/739
		UNIDADE: CEO do CS Bom Jesus OBRA: Ampliação INÍCIO: 01/02/2011 TÉRMINO: 10/06/2011 FONTE DE RECURSO: FMS (Pró-Saúde) DEMANDA DO OP: 2011/742
		UNIDADE: USF Jardim Carvalho OBRA: Reforma para ampliação INÍCIO: 2/5/2010 TÉRMINO: 29/8/2011

		FONTE DE RECURSO: FMS (Pró-saúde) DEMANDA DO OP: 2011/741
GD RES	-	UNIDADE: UBS Belém Novo OBRA: Reforma e Ampliação EMPRESA: NOVATEC Comercial Ltda. INÍCIO: 03/01/2011 TÉRMINO: 30/08/2011
	-	UNIDADE: USF Núcleo Esperança OBRA: Construção da nova unidade INÍCIO: 9/6/2010 TÉRMINO: 3/6/2011 FONTE DE RECURSO: PMPA (040) DEMANDA DO OP: 2002/1153
	-	UNIDADE: USF Chapéu do Sol OBRA: Construção da nova unidade INÍCIO: 9/6/2010 TÉRMINO: 3/6/2011 FONTE DE RECURSO: PMPA (040) DEMANDA DO OP: 2004/27
Total em investimentos	R\$ 639.482,45	R\$ 2.125.992,52

FONTE: ASSEPRO/CGATA/SMS.

Além dos resultados (entregas à comunidade) apresentados acima, a atuação da equipe da ASSEPRO, neste 2º quadrimestre, inclui a elaboração de 14 projetos em andamento, 11 projetos em desenvolvimento de projetos complementares, 05 obras em licitação e 10 obras em andamento (Quadro 28).

Quadro 28 – Obras e projetos de novas unidades e reformas em andamento na SMS no 2º quadrimestre dos anos de 2011 e 2012, em Porto Alegre/RS.

Situação de obras e/ou projetos	Descrição
Obras/serviços em andamento	Reforma prédio para Equipe Manutenção Predial SMS (Santana) - ADM
	UBS São José (Constr. projetos complementares) - GD PLP - Convênio MS
	PACS / CSVC (Contratação projetos complementares) - GD GCC - Convênio MS
	CS Santa Marta (Implantação SAE DST/AIDS e novos serviços) - GD C
	USF Castelo (Construção de nova unidade) - GD RES
	Contratação de projetos complementares para diversas unidades - ADM
	UBS Campo Novo (Reforma e ampliação) - GD SCS
	USF Jardim da FAPA (Reforma e ampliação) - GD LENO
	EMP - Reforma Frederico Mentz
UPA Moacyr Scliar (Parceria SES)	
Obras/serviços em licitação	Cohab Cavalhada - Construção de nova unidade - GD SCS
	Reforma das 30 Unidades
	Termo contratação de topográfico para unidades diversas
	Bicicletários - Núcleo Esperança e Chapéu do Sol
	Contratação projetos - Plano Diretor CS Santa Marta
Projetos concluídos aguardando projetos complementares/ orçamentos para encaminhar para licitação	Contratação de levant. topográfico p/ terreno da UPA Moacyr Scliar - GD NEB
	USF Padrão 3 Equipes (Térreo e 2 Pav.)
	USF Padrão 4 Equipes (Térreo e 2 Pav.)
	Glória USF - GD GCC (Constr.de nova unidade)
	Alterações Domênico Feoli
	UBS Aparício Borges (Reforma e ampliação p/implant. Gab. Dentário) - GD GCC
	USF Jardim Marabá (Construção de nova unidade) - GD SCS
	USF Parque das Orquídeas (Construção de nova unidade) - GD LENO - PAC1
	UBS Panorama (Reforma e ampliação) - GD PLP
	UPA Navegantes/ Farrapos
	Ampliação UBS Jardim Carvalho
Projetos em andamento	PA Lomba - Cercamento
	UPA Azenha Partenon
	Sanitários SMS
	Contratação de levant. topográfico p/ terreno da UPA Navegantes
	Contratação de levant. topográfico p/ terreno da UPA Azenha
	Cercamento terreno Rua Sevilha, 65
	Sede SAMU
	Reforma 1º andar prédio SMS - GRSS
	Reforma 2º andar prédio SMS - CERIH
	Levantamento das 30 unidades para iniciar reformas
	Raio X PA Lomba - adaptações da sala
	Timbaúva USF - GD LENO (Reforma e Ampliação)
	Cosme Damião USF (Const. de nova unidade) - GD PLP
Rincão USF - GD GCC (Reforma p/implantação de Gabinete Dentário)	

FONTE: ASSEPRO/CGATA/SMS.

Entre os projetos em andamento no quadrimestre, destacam-se aqueles com finalidade de reforma para ampliação da GRSS, para novas unidades ou reformas na APS, para a implantação dos Pronto Atendimentos Azenha e Navegantes e para a sede do SAMU. Já entre as obras em andamento no período, destacam-se as

reformas e projetos complementares na APS e o acompanhamento da obra da nova UPA Moacyr Scliar (Pronto Atendimento da Zona Norte) (Quadro 28).

Cabe ainda lembrar que esta assessoria não responde por obras realizadas nos hospitais municipais, neste caso, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – HMIPV e Hospital de Pronto Socorro – HPS. Destaca-se que as obras desenvolvidas no HPS e HMIPV são acompanhadas junto ao capítulo correspondente a estes serviços no presente relatório de gestão (Item 12).

O Núcleo de Licitações e Contratos administra contratos de serviços terceirizados e de locação de imóveis; encaminha termos aditivos de alteração contratual dos serviços de natureza continuada, bem como de prorrogação de prazo, assessora a elaboração dos projetos básicos para a contratação de serviços diversos, junto a todos os setores da SMS; elabora edital de licitações e seu julgamento; elabora contratos de obras e serviços de engenharia e de dispensas e inexigibilidades dos serviços de natureza continuada; analisa e controla a despesa dos serviços terceirizados que envolvem mão-de-obra alocada dentro desta SMS.

Quanto ao **assessoramento de projetos básicos**, o NLC prestou assessoria e formatou 23 projetos básicos de serviços diversos a serem encaminhados à Secretaria Municipal da Fazenda para licitação, envolvendo 07 setores da SMS, sendo eles a CGAPSES (43,5%), CGATA (17,4%), CGVS (13%), CMU (13%), CMS (8,7%) e ASSECOM (4%) conforme quadro abaixo.

Quadro 29 – Projetos básicos assessorados pelo Núcleo de Licitações e Constratos da SMS/CGATA, no 2º quadrimestre de 2012.

Objeto	Demandante	Data de envio
Campanha Hepatites	ASSECOM	24/05/12
Serviços de Portaria USF	CGAPSES	15/05/12
Estandes	CGAPSES	16/05/12
Tabagismo	CGAPSES	17/05/12
Lona	CGAPSES	17/05/12
Serviço de Portaria USF (REENVIADO)	CGAPSES	17/07/12
Encontro Casa de Abrigo Poá	CGAPSES	17/08/12
Vivendo com HIV	CGAPSES	20/08/12
Impressão Off-set e digital Nutrição	CGAPSES	29/08/12
Serviço de Oxigenação Hospitalar*	CGAPSES	
Câmara de Conservação de Vcinas*	CGAPSES	
Manutenção Veículos Prédio Sede	CGATA	16/05/12
Limpeza Caixa D'água (nova)	CGATA	17/05/12
Serviço de Vigilância Armada	CGATA	30/05/12
Impressão Formulários CGATA	CGATA	23/08/12
Manutenção Veículos CGVS (nova)	CGVS	16/05/12
Boletim Epidemiológico (4edições)	CGVS	04/06/12
Controle Integrado de Pragas*	CGVS	

Serviços de Taquigrafia	CMS	25/06/12
Material Gráfico do CMS	CMS	09/08/12
Thê Ajudo – Utensílios Promocionais	CMU	29/08/12
Capacitação SAMU e Rede de Urgências	SAMU	15/06/12
Impressão Formulários SAMU – ficha S 790	SAMU	29/08/12

FONTE: SMS/CGATA/NLC, em setembro de 2012. *Em desenvolvimento.

Além destes, houve também a elaboração de 04 projetos básicos envolvendo o IMESF e a participação e formatação do Chamamento Público 01/2012 (cadastramento de empresa de análises clínicas laboratoriais, envolvendo a GRSS, a CGAPSES e a ASSEJUR), o que totalizou no assessoramento de em 28 projetos básicos pelo NLC.

Foram realizados 02 editais de licitações, 02 julgamentos de editais e 09 editais de licitações com julgamentos dos mesmos, totalizando em 13 licitações tramitando entre elaboração de editais e julgamentos no quadrimestre em análise. Estes foram Editais e Julgamentos de 03 Pregões Eletrônicos (01/2012, 02/2012, 03/2012 – IMESF), Julgamento de 02 Concorrências (01/2011 e 01/2012), Edital e Julgamento de 03 Convites (01/2012, 02/2012 e 03/2012), Edital de 02 Convites (04/2012 e 05/2012), Edital e Julgamento de 02 Tomadas de Preço (01/2012 e 02/2012) e Edital e Julgamento de 01 Contrato Emergencial para Serviço de Vigilância.

Foram *05 contratos de obras e serviços de engenharia e 04 dispensas*, sendo as últimas para a compra de material para o IMESF e para o contrato emergencial de serviço de Vigilância.

Quanto aos contratos de serviços terceirizados e aos contratos de locação, no quadrimestre em análise foram 36 contratos de serviços terceirizados e 19 contratos de locação vigentes. Conforme o quadro abaixo, as locações são referentes a 11 prédios para unidades de APS, 04 prédios para serviços de Saúde Mental, 03 áreas de suporte à administração da SMS e 01 prédio para as Urgências.

Quadro 30 – Contratos de locação vigentes na SMS, no 2º quadrimestre de 2012.

Unidade	Setor	Área
US Assis Brasil Casa Transição	CGAPSES	APS APS
Cais Mental 8 EMAT US Glória	CGAPSES CGATA CGAPSES	S. Mental Adm. APS
Parten. S. Mental Arquivo SMS UBS VII Murialdo PPPNV USF Lomba do Pinheiro	CGAPES CGAPSES CGAPSES CGAPSES CGAPSES	S. Mental Adm. APS APS APS
UBS Nonoai UBS Ceres (UBS V) USF Santo Alfredo (UBS III)	CGAPSES CGAPSES CGAPSES	APS
UBS Panorama EMP e área apoio SAMU	CGAPSES CGATA	APS Adm.
CAPS AD GD GCC	CGAPSES	S. Mental
USF Panorama CAPS II GD GCC	CGAPSES CGAPSES	APS S. Mental

FONTE: SMS/CGATA/NLC, em setembro de 2012. *Em desenvolvimento.

O quadro acima aponta para serviços de natureza permanente, conforme as necessidades de atendimento em saúde nas regiões, que justificam a atuação para a construção e/ou aquisição de novos prédios.

Com relação à administração dos contratos de serviços de natureza continuada, o NLC efetuou todos os trâmites necessários para a elaboração dos Termos Aditivos de prorrogação de prazo de 11 contratos de serviços de natureza continuada e de 04 contratos para acréscimos e reduções do número de postos.

Mensalmente, o NLC recebe e confere os expedientes (em torno de 1.000 memorandos) de confirmação da despesa referente aos 11 contratos de serviços terceirizados de natureza continuada, envolvendo, neste último quadrimestre, 716 postos de serviços. Estes incluem serviços de limpeza, de portaria, de vigilância, de auxiliar de almoxarifado, de cozinha, de telefonia, serviços gerais e serviços operacionais (Tabela 22)

A contratação dos serviços terceirizados se dá por postos de trabalho, que podem ter carga horária diurna ou semanal (de segunda a segunda ou de segunda a sexta), conforme as necessidades dos diferentes serviços da SMS. É importante destacar que os profissionais que ocupam estes postos estão presentes em todos os serviços próprios da SMS, representando um quantitativo de 716 postos de serviços

distribuídos nos 169 prédios próprios da SMS. A tabela abaixo apresenta o total de postos de serviços por tipo.

Tabela 22 – Comparativo total de postos de serviços terceirizados na SMS, administrados pelo Núcleo de Licitações e Contratos da CGATA, no 2º quadrimestre de 2011 e 2012.

Postos de Serviços	2º Quadrimestre		Varição
	2012	2011	2012/2011
Serviços de Limpeza	261	251	4,0
Serviços de Portaria	140	126	11,1
Serviços de Vigilância	75	46	63
Serviços Gerais	55	67	-17,9
Serviços Operacionais	33	33	0
Serviços de Cozinha	24	21	14,3
Serviços de Telefonia	95	81	17,3
Serviços de Auxiliar de Almojarifado	33	0	-
Total de Postos	716	625	14,6

Fonte: NLC/CGATA/SMS, em setembro, 2012.

A tabela acima evidencia a ampliação no número total de postos serviços de vigilância, de telefonia, de cozinha, de portaria e de limpeza, respectivamente. A ampliação do número destes postos justifica-se em virtude do aumento de novos serviços e unidades, conforme observado no capítulo Rede de Serviços e Referências, deste relatório de gestão.

De outra forma, houve decréscimo no número de postos de serviços gerais, devido ao contrato de serviços gerais ter sido desmembrado em dois novos tipos de serviços, sendo eles: serviços de auxiliar de almoxarifado e de controle integrado de pragas (com licitação ainda não concluída).

8.2 Informatização da Saúde

A equipe do Projeto de Modernização e Informatização da Rede de Saúde de Porto Alegre é responsável por planejar, executar, controlar e avaliar as etapas e processos de implantação do Projeto de Modernização da Gestão de Saúde, através da Portaria 1220 de 15/12/2011.

As discussões a respeito da modernização da gestão por meio da informatização da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Porto Alegre tiveram reinício em maio de 2010, sendo formalizadas com a constituição de um Grupo Técnico (GT) de Informatização da SMS e com a criação do Projeto InfoRede. A partir da constituição do GT, em setembro de 2010, iniciou-se o planejamento do processo e etapas envolvidas.

Na PAS 2012, estão contidas as metas de informatização que foram elaboradas junto à retomada da Informatização na SMS, quando da elaboração das metas do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (PMS 2010-2013). Estas, apresentam três (03) macroenfoques do processo de informatização da SMS (infraestrutura de dados, software e manutenção), enquanto que as etapas (subprojetos) do Projeto de Modernização da Gestão de Saúde detalham a sua execução. Desta forma, ambos devem ser analisados em complementaridade.

Primeiramente, as metas da PAS 2012 para a informatização da Saúde e seu acompanhamento são descritas abaixo (Quadro 31).

Quadro 31 - Metas anuais constantes na PAS

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
150. Implantar infraestrutura própria de comunicação em 100% da rede de serviços próprios da SMS até 2013.	Implantação de rede de comunicações baseada em fibra ótica e rádio em todos os locais de atendimento da SMS;	95,49% realizado da 1ª etapa do Projeto Wireless (Quadro 32), perfazendo 127 Unidades de Saúde;
	Aquisição de equipamentos de informática para as UBS.	Adquirido em torno de 2.500 equipamentos de informática entre Microcomputadores, leitores biométricos, impressoras laser, impressoras térmicas, webcams;
151. Implantar sistema informatizado com registro de atendimento, prontuário eletrônico em 100% do complexo regulador e da rede de atenção básica até 2013.	Qualificação e ampliação das informações dos SIS/MS no Sistema Informatizado da SMS.	50 formulários de Doenças de Notificação Compulsória detalhados para o Sistema Informatizado da SMS, em fase de homologação;
	Capacitação dos servidores da SMS para utilização do sistema informatizado.	3.165 servidores capacitados, correspondendo 63,33% da meta de capacitar 5.000 servidores (Quadro 32).
152. Atender 100% das demandas de estrutura e manutenção de informática e sistemas	Criação de um callcenter pela Procempa para atender problemas de equipamentos e rede;	Realizado 100%.

da rede de saúde com informatização implantada até 2013.	Contratação de empresa para manutenção de equipamentos após término da garantia.	Realizado 100%.
<p>Análise das Metas da PAS : As metas vêm sendo atingidas em consonância à velocidade do amadurecimento da rede de saúde, onde muitos processos estão sendo rediscutidos, tanto dentro como fora da SMS, com a rede de prestadores de serviços. A infraestrutura vem sendo instalada, à medida que novos processos tem datas definidas para início, como o caso das próximas unidades de saúde que deverão ter o cadastramento informatizado em outubro.</p>		

FONTE: SMS/InfoRede, em setembro de 2012.

Conjuntamente com as metas anuais constantes na PAS 2012, as etapas do Projeto de Modernização da Gestão de Saúde são os eixos centrais da informatização. No quadro resumo (Quadro 32), abaixo, são apresentadas as principais etapas do projeto, com seus períodos de execução e percentuais (%) de metas atingidas, seguidas de tabelas desdobradas, referentes aos respectivos subprojetos: 1º) Wireless, 2º) Infraestrutura de equipamentos, 3º) Sistema de informações, 4º) Infraestrutura de gerência de dados, e 5º) Capacitações.

Quadro 32 – Resumo do realizado acumulado nas Etapas do Projeto de Modernização da Gestão de Saúde da SMS/POA, até o 2º quadrimestre de 2012.

Atividade Planejada	Período de execução	Meta -% atingido
Wireless – 1ª etapa Wireless – 2ª etapa	Setembro/2010 a Maio/2012 Outubro/2012 a Abril/2013	95,49-
Infraestrutura de Gerência de Dados	Outubro/2010 a Março/2012	40
Infraestrutura de Equipamentos	Novembro/2010 a Dezembro/2012	68,59
Sistema de Informações	Outubro/2010 a Junho/2011	100
4.1 Implantação do SI na área de regulação	Junho/2011 a Novembro/2012	25
5. Capacitação dos Servidores da Rede de Saúde	Dezembro/2010 a Dezembro/2013	63,33

FONTE: Equipe do Projeto InfoRede, SMS/POA, em maio de 2012.

No comparativo com o apresentado no 1º quadrimestre, destaca-se algumas alterações dos períodos de execução das etapas 1, 3, 4.1 e 5 (Quadro 32). Estas alterações e os avanços alcançados, em cada um dos subprojetos até o final do 2º quadrimestre, serão apresentados a seguir.

Subprojeto Wireless

Para a criação da infraestrutura de Tecnologia de Informações e Telecomunicações necessárias às implementações propostas no Projeto de Modernização da Gestão de Saúde, é importante destacar o Projeto Wireless, a

Infraestrutura em Equipamentos, a Infraestrutura em Gerência de Dados e o Sistema de Informações.

Para o subprojeto Wireless - 1ª etapa, houve o atendimento de 95,49% do esperado para a meta, que corresponde a 127 das 133 unidades previstas com conexão (Tabela 23). A primeira etapa do projeto previa a implantação de conectividade em 136 unidades, mas três (03) unidades foram canceladas por alteração de endereços. O percentual pendente da 1ª etapa, conforme já descrito no Relatório de Gestão do 1º quadrimestre, deve-se à instalação do POP (estrutura que redistribuirá os dados das unidades, conectando-as) garantirá a conexão das demais unidades.

Tabela 23 - Unidades conectadas até o 2º quadrimestre/2012 no comparativo 2012 e 2011, na SMS/PMPA.

Descrição do Item	Meta 150	Meta atingida		Período				Variação	
		Acumulado		2º Quadrimestre				2012/2011	
				2012		2011			
		Nº.	(%)	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
1ª etapa	133	127	95,49	127	95,49	106	80	21	+19,81
2ª etapa	37	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	170	127	95,49	127	95,49	106	80	21	19,81

FONTE: Equipe InfoRede/SMS/POA, Setembro/2012.

Já a 2ª etapa não teve evolução desde o 1º quadrimestre, estando em processo de tramitação nesta SMS, correspondendo a 37 unidades (21,38%), perfazendo 100% de conectividade. Além, destas, há 5 unidades sem condições técnicas de conectividade e por isso ainda em estudo de viabilidade de conexão.

Para o 3º quadrimestre, está previsto a assinatura do contrato da 2ª etapa junto à Procempa, devendo ser iniciado o serviço em outubro de 2012 (Quadro 32). Os prazos foram alterados em função do atraso na tramitação junto a definição de recursos junto a SMF.

Mesmo com os atrasos na implantação da 2ª etapa do subprojeto Wireless, com os resultados alcançados até o período analisado, a SMS de Porto Alegre tem conectividade superior a maior parte das Secretarias Municipais de Saúde do Brasil, que apresentam 17% de conectividade (<http://www.saude.rs.gov.br/dados/Brasil.pdf>).

Infraestrutura de Gerência de Dados

Da mesma forma que o Subprojeto Wireless, o subprojeto Infraestrutura de Gerência de Dados tem como executor a Procempa, estando em processo de instalação 3 dos 5 novos servidores adquiridos em 2011 (Tabela 24). A situação atual é de 4 servidores configurados, 2 servidores em LOAD BALANCING para o terminal Services (PMPA-TS11 e PMPA-TS12) e 2 servidores para autenticação (Active Directory), faltando ainda configurar 1 servidor para o Terminal Services. A partir disto, o ambiente será retestado e, dentro de três meses, os acessos de todos os usuários do sistema serão migrados para os novos servidores de aplicação.

A incorporação dos servidores visa garantir a capacidade e a confiabilidade para a Infraestrutura de Gerência de Dados de todo o Sistema Informatizado em implantação na SMS.

Tabela 24 – Infraestrutura de Gerência de Dados implantada na SMS/POA, comparativo do 2º quadrimestre de 2012 e 2011.

Descrição do Item	Meta 150	Meta atingida (Acumulada)		Período				Variação	
				2º Quadrimestre				2012/2011	
				2012		2011			
				Nº	%	Nº	%	Nº	%
Subprojeto Infraestrutura De Dados: - Computadores com tecnologia blade, sendo 3 servidores de aplicação e 2 de banco de dados.	5	2	40	02	40	0	-	+02	-

FONTE: Equipe InfoRede/SMS/POA, Setembro/2012.

Esta etapa é um marco importante para a Informatização da rede de saúde e já permitiu, no mês de agosto, avançar na regulação informatizada dos leitos do Hospital Cardiologia, incorporando ao Sistema mais 295 leitos. Da mesma forma, os leitos dos demais hospitais completarão esse formato de regulação em 100% dos leitos hospitalares que dispõem para o SUS no território de Porto Alegre.

A instalação dos novos servidores possibilita ainda a integração dos Sistemas Informatizados dos hospitais com o Sistema Informatizado da SMS. Os Hospitais São Lucas da PUCRS, Instituto de Cardiologia, Irmandade Santa Casa, HCPA, Vila Nova e Beneficência Portuguesa já desenvolveram a integração, estando 100% integrados com o Sistema da SMS. Devem ser incorporados à regulação informatizada, a partir de setembro, o Hospital São Lucas da PUC e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

8.3 Infraestrutura de Equipamentos

No 2º quadrimestre, já foram incorporados ao parque tecnológico da SMS 339 PC, tendo as Unidades Bananeiras e Jardim Carvalho sido totalmente equipadas com microcomputadores, leitores biométricos, webcams e impressoras. Isso já possibilitou a implantação do Sistema Informatizado nos módulos Cadastramento do Cidadão, com identificação biométrica e foto digital e Agendamento eletrônico, com o benefício já nos primeiros 15 dias de implantação, da eliminação das filas para agendar consultas.

O avanço para as demais unidades de saúde depende ainda da aquisição dos *Thin Client*, que são terminais para informatização de todos os serviços da Atenção Primária de Saúde, que reunirá a integralidade das informações de saúde do cidadão, em seu prontuário eletrônico. Esta aquisição, prevista para entrar em fase de licitação até o final de junho, foi postergada para o mês de outubro por redefinição de especificação pelo Executor PROCempa, justificando a ampliação do prazo final desta etapa de setembro para dezembro de 2012 (Quadro 32).

A Tabela 25 detalha a aquisição dos equipamentos previstos e já adquiridos, comparativamente ao 4º quadrimestre 2011.

Tabela 25 – Subprojeto infraestrutura de equipamentos e pontos de lógica na SMS/POA, 2º quadrimestre 2012 e 2011.

Descrição do Item	Meta 150	Meta atingida (Acumulada)		Período				Variação	
				2º Quadrimestre				2012/2011	
				2012		2011			
				Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
1. PC	489	359	73,41	20	4,08	339	69,32	339	33900
2. Thin Client	1323	0	-	0	-	0	-	0	-
3. Leitores Biométricos	1323	1323	100	0	-	0	-	1323	-
4. Impressoras Térmicas	981	981	100	0	-	0	-	981	98100
5. Impressora de Cartão SUS	30	30	100	30	100	0	-	30	
6. Impressoras laser	120	180	150	0	-	60		60	6000
7. Webcam	194	0	-	194	100	0	-	194	-
Total:	4078	2444	59,93	215	-	0	-	2639	-

FONTE: SMS/InfoRede, em setembro de 2012.

8.4 Sistema de Informações

A aquisição do Sistema de Informações foi adquirida em Termo de Cooperação Técnica com a Secretaria Estadual de Saúde em dezembro de 2010, tendo sido executada em 100%. Os fontes do Sistema foram adquiridos pela

PROCEMPA e a rotina de compilação e atualização de versões está em sistematização.

Além da ampliação da capacidade em Tecnologia da Informação (TI), apresentada acima, a implantação do sistema de informações no Complexo Regulador segue em desenvolvimento. A Tabela 26 identifica e monitora o desenvolvimento da informatização em todo o Complexo Regulador da SMS.

Tabela 26 – Situação da implantação do Subprojeto Sistema de Informações para o Complexo Regulador da SMS/POA no 2º quadrimestre de 2012 e 2011.

Descrição do Item	Meta 151	Meta atingida (Acumulada)		Período				Variação	
				2º Quadrimestre				2012/2011	
				2012		2011			
				Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Sistema de Regulação:	100,00 %	2	40	02	40,00	-		0	-
1 - Central de Internação	100,00 %	3.487*	57	1530	29,18	3487	57	1957	144
2 - Central de Consultas	100,00 %	26.051**	24	-	-	26.864	24	813	3,12
3 - Central de Exames	100,00 %	0	-100	0	-	0	-	0	-
4 - Central de APAC	100,00 %	04***	- 100	0	-	0	-	0	-
5 - Controle e Avaliação	100,00 %	0	-100	0	-	0	-	0	-

FONTE: SMS/ InfoRede, em setembro de 2012. * Leitos Hospitalares; ** Consultas Especializadas Iniciais; *** Contratos Hospitais e Serviços.

No 2º quadrimestre, a implantação do Sistema de Informações na Central de Regulação de Internações apresentou avanços significativos com a incorporação da regulação dos leitos do Hospital de Cardiologia e dos 452 novos leitos de retaguarda em urgências. Para o cálculo do % de leitos regulados, levou-se em consideração o número de leitos cadastrados no Sistema Informatizado da SMS, com 6.041 leitos registrados no período. Para fins de conhecimento, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) registrou, no mesmo período, 5.297 leitos, porém estamos usando como fonte de dados para os indicadores, as informações de cadastro do Sistema AGHOS.

Já na implantação do Sistema Informatizado na Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE), segue em melhoria dos processos internos, ao mesmo tempo em que vem sendo customizado como ferramenta gerencial para melhor aporte de informações à gestão. Está previsto para iniciar, em 1º de outubro, a implantação

do Sistema Informatizado nos Exames Especializados, enquanto os outros processos, relativos às consultas especializadas, seguem sendo detalhados e gerando as customizações necessárias.

Ainda no 2º quadrimestre, a Central de Avaliação de Procedimentos de Alto Custo (Central de APAC) recebeu profissionais que irão se responsabilizar pela informatização do módulo. Estes, foram treinados e estão conhecendo o sistema, enquanto ainda estão sendo ajustados alguns itens na ferramenta.

Quanto ao Módulo Controle, Avaliação, Auditoria e Faturamento, está sendo customizado com as necessidades identificadas, no sentido de contemplar as premissas do Ministério da Saúde quanto ao controle, avaliação e à auditoria de contas hospitalares.

Além da informatização do complexo regulador, as demandas de informatização dos processo da Atenção Primária na SMS foram iniciadas com o projeto de informatização dos serviços da Atenção Primária, com a participação direta das Coordenadorias: CGAPSES, INFOREDE, CGATA, e Coordenação do Setor de Informática, utilizando duas Unidades de Saúde, consideradas como Piloto para esta implantação.

A CGAPSES entendeu que o processo de informatização dos serviços de saúde não deveria ser apenas a substituição do modelo burocrático e administrativo existente, mas sim o repensar do modelo de atenção vigente, cotejando-o com o modelo almejado pela SMS no âmbito da atenção primária. Neste sentido, constitui-se um grupo de trabalho, em novembro de 2011, com profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, da Estratégia Saúde da Família no intuito de avaliar e planejar o modelo de agenda dos profissionais, considerando o preconizado pelo Ministério da Saúde, através do PMAQ que, conseqüentemente, converge para avaliação e modificação do modelo existente.

Esse grupo tem como incumbência de planejar e monitorar o processo de informatização nas unidades piloto, trabalhando diretamente com as equipes e demais coordenações, todas as questões que implicariam esta implantação, como o papel dos servidores neste processo, as necessidades de adequações estruturais na área física dos serviços, e a construção da modificação do acesso junto à comunidade. Destaca-se que as adequações físicas nos serviços são fundamentais por proporcionarem uma ambiência acolhedora ao usuário, confortável aos

servidores, como também, funcional e facilitadora à equipe no desenvolvimento de suas atividades, durante o percurso realizado pelo usuário no serviço.

O sistema informatizado foi implantado oficialmente na Unidade Básica de Saúde Bananeiras, no dia 03/08/2012, com a realização do cadastramento do prontuário eletrônico, agendamento de consultas para os profissionais da equipe e realização de identificação de necessidades junto aos usuários. O processo de implementação fora construído e acompanhado pelo controle social local, demonstrando-se satisfatório e eficaz, superando as expectativas da comunidade envolvida.

A segunda unidade piloto, Unidade de Saúde da Família Jardim Carvalho encontra-se com a infra-estrutura tecnológica e de rede preparada, faltando apenas algumas adequações na estrutura física para propiciar uma ambiência que facilite o acesso ao usuário de forma acolhedora, e que torne o ambiente mais funcional à equipe. Além destas, foram realizadas outras visitas para análise situacional de 10 Unidades de Saúde, objetivando a verificação das necessidades de infra-estrutura tecnológica, e física dos serviços, para multiplicação do processo de informatização. Frisa-se que a constituição deste processo deu-se de forma construtiva, contando com a participação da coordenação da CGAPSES, gerências distritais, comitê de humanização, coordenação da unidade de saúde, trabalhadores dos serviços piloto, grupos de trabalho em humanização e comunidade, através do conselho local de saúde.

Por fim, e envolvendo ainda o processo de informatização de toda a rede de serviços, a territorialização das unidades de APS também estavam em desenvolvimento no quadrimestre analisado, da mesma forma que o mapeamento do Sistema Informatizado para atender às necessidades de toda a Vigilância em Saúde e a regionalização dos serviços.

Subprojeto Capacitação dos Servidores

Por fim, a implantação da informatização, por meio de um Sistema que integre todas as informações necessárias à atenção e à gestão em saúde, exige ser estimulada por processos de educação permanente para a compreensão e adesão dos colaboradores trabalhadores e dos prestadores. A Tabela 27 apresenta o quantitativo de capacitações previstas neste processo de implantação do Sistema

Informatizado em questão, bem como os resultados até agora obtidos, levando em conta a meta de capacitação de 5.000 servidores.

Tabela 27 – Execução das capacitações do Subprojeto Capacitação na SMS/PMPA, até o 2º quadrimestre de 2012 e comparativos 2011/2012.

Descrição do Item	Met as 193 e 195	Meta atingida (Acumulada)		Período				Variação 2012/2011	
				2º Quadrimestre					
				2012		2011		Nº.	%
				Nº.	%	Nº.	%		
SUBPROJETO CAPACITAÇÃO:									
- Nº. de Capacitações realizadas (nº de turmas)	-	422	-	105	24,88	81	19,19	24	+29,63
- Nº. de Servidores capacitados	5000	3.165	63,3	629	12,58	528	10,56	101	+19,13

FONTE: SMS/ InfoRede, em setembro de 2012.

Considerando-se os demais profissionais que integram a rede de serviços da SMS, totalizando os 7.442 trabalhadores em toda a SMS, pode haver a necessidade de outras estratégias para a Educação Permanente a serem desenvolvidas nos próximos quadrimestres do ano e também de forma permanente, o que já vem ocorrendo na implantação do Sistema Informatizado nos serviços de Atenção Primária, onde a Unidade Bananeiras recebeu capacitação para o processo de Acolhimento, além das capacitações previstas no uso do sistema.

Os principais avanços se deram na regulação dos leitos, onde o crescimento foi de 144%. Os próximos desafios do Projeto de Modernização e Informatização da Saúde estão centrados na conclusão da informatização do complexo regulador, ao mesmo tempo em que estratégias tais como melhoria da comunicação com o cidadão, através de envios de torpedos SMS para informar e alertar marcação de consultas e exames, pesquisa de satisfação e redução de filas de espera com a implantação das consultas de retorno nos Centros Especializados estarão sendo concretizadas, além da continuidade da organização da rede de serviços com a informatização da regionalização e a qualificação da territorialização no sistema. Conjuntamente, continuar-se-á as adequações no sistema informatizado para continuidade da informatização completa na unidade piloto UBS Bananeiras, com a informatização de outros processos de saúde, ao mesmo tempo que outras unidades terão o cadastramento informatizado.

9 PRODUÇÃO

9.1 Atenção Primária à Saúde

Tabela 28 - Procedimentos Atenção Primária / Unidades de Saúde da Família

Gerência		Período			
		2º Quadrimestre		Variação	
		2012	2011	N	%
POA	Consultas Médicas Geral	142.396	112.583	29.813	26,48
	Total de Pessoas Cadastradas	310.289	265.051	45.238	17
	VD Agente Comunitário de Saúde	144.936	135.544	9.392	6,9
GCC	Consultas Médicas Geral	20.576	24.546	-3.970	-16,17
	Total de Pessoas Cadastradas	53.133	53.133	0	0
	VD Agente Comunitário de Saúde	25.686	27.210	-1.524	-5,6
LENO	Consultas Médicas Geral	32.466	24.623	7.843	31,85
	Total de Pessoas Cadastradas	73.302	64.408	8.894	13,8
	VD Agente Comunitário de Saúde	36.897	37.222	-325	-0,87
NEB	Consultas Médicas Geral	27.691	14.033	13.658	97,32
	Total de Pessoas Cadastradas	50.744	34.972	15.772	45,09
	VD Agente Comunitário de Saúde	20.902	14.392	6.510	45,23
NHNI	Consultas Médicas Geral	20.070	6.946	13.124	188,94
	Total de Pessoas Cadastradas	33.942	13.373	20.569	153,8
	VD Agente Comunitário de Saúde	14.822	8.352	6.470	77,46
PLP	Consultas Médicas Geral	10.309	13.714	-3.405	-24,82
	Total de Pessoas Cadastradas	32.056	32.056	0	0
	VD Agente Comunitário de Saúde	13.030	14.143	-1.113	-7,86
Restinga / Extremo Sul	Consultas Médicas Geral	11.494	10.756	738	6,86
	Total de Pessoas Cadastradas	33.669	33.669	0	0
	Agente Comunitário de Saúde	16.514	14.330	2.184	15,24
SCS	Consultas Médicas Geral	12.646	10.244	2.402	23,44
	Total de Pessoas Cadastradas	23.383	23.383	0	0
	VD Agente Comunitário de Saúde	12.284	12.072	212	1,75
Centro	Consultas Médicas Geral	7.143	7.721	-578	-7,48
	Total de Pessoas Cadastradas	10.060	10.060	0	0
	VD Agente Comunitário de Saúde	4.801	7.823	-3.022	-38,62

FONTE: Sistema de Informações da Atenção Básica - CGAPSES

Constata-se um aumento do número de consultas de 30%, no âmbito da Estratégia Saúde da Família em relação ao 2º quadrimestre de 2011, com uma variação positiva de 29.813 consultas. Verifica-se ainda um aumento no número de pessoas cadastradas de 17% e de 9% nas visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários, estimulados pelo trabalho realizado com o PMAQ-AB e com a contratação pela implantação do Instituto Municipal Estratégia de Saúde da Família (IMESF), que representou a estabilidade na relação contratual. Salienta-se a contratação de profissionais através do IMESF, embora tenham ocorrido mudanças de cargos, como alguns agentes que foram aprovados no concurso para outros cargos. Ocorreram também em relação aos Agentes Comunitários algumas demissões advindas de mudança de endereço residencial. Destaca-se variação negativa no número de consultas médicas no âmbito da ESF nas Gerências Distritais GCC, PLP e Centro, onde se encontram algumas unidades de Saúde da Família sem o profissional médico, sendo: GD Centro 01, GD GCC 04, GD LENO 03, GD NEB 04, GD NHNI 05, GD PLP 05, GD RES 0 , GD SCS 0, totalizando assim, 22 vagas em aberto que estão em processo de chamamento pelo IMESF. O número de consultas médicas corresponde a 142.396 consultas, para um total de 310.289 pessoas cadastradas que correspondem a 0,45 cons./pessoas cadastradas, projetando-se, portanto para ano o valor de 1,37 consultas /pessoas cadastradas ano. Neste sentido, alcança-se a meta do indicador pactuado pelo PROESF de 1,1 cons./pessoas cadastrada ano. Apesar do aumento visualizado no número total de visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde, afere-se que este número demonstra-se insuficiente de visitas domiciliares por agente, pois se considerarmos 9.392 visitas domiciliares para 345 ACS's durante 80 dias úteis, chega-se ao valor de 0,34 visitas/ dia por agente comunitário de saúde.

9.1.1 Produção médica na atenção básica por Gerência Distrital

Tabela 29 - Consulta Médica em Atenção Básica UBS's e USF's

Gerências Distritais	2º Quadrimestre		Variação	
	2012	2011	N	%
Centro	21.568	34.738	-13.170	-37,91%
Gloria / Cruzeiro / Cristal	52.633	52.767	-134	-0,25%
Leste / Nordeste	56.052	42.270	13.782	32,60%
Noroeste / Humaita / Navegantes / Ilhas	43.823	39.625	41.198	10,59%
Norte / Eixo Baltazar	52.720	41.215	11.505	27,91%
Partenon / Lomba d Pinheiro	46.666	47.727	-1.061	-2,22%
Restinga / Extremo Sul	27.549	27.050	499	-1,84%
Sul / Centro Sul	41.358	48.429	-7.701	-14,64%
Total	342.369	333.821	8.548	2,56%

FONTE: SIATAB WIN (Procedimentos Apresentados: 0301010064, 0301010080, 0301010110, 0301010129, 0301010145, 0301060037, 0301060045, 0301060053).

Conforme relatado no relatório do 1º quadrimestre de 2012, e apontado como justificativa não adequada no parecer SETEC nº 26 de 2012, os problemas relacionados a registros equivocados mantêm-se, ocasionando erros nas totalizações, bem como, no número de consultas médicas realizadas. Neste sentido, incluiu-se acima - Consulta Médica em Atenção Básica UBS's e USF's alguns tipos de consultas médicas registradas e apresentadas junto ao SIA/TABWIM, que não estavam sendo computadas. Trata-se de códigos que foram utilizados de forma não padronizada pelos serviços, corroborando a justificativa da existência de equívocos quanto ao registro de consultas e procedimentos.

A CGAPSES resolveu investir e qualificar o preenchimento dos dados de produção, e neste sentido as Áreas Técnicas fomentaram e orientaram trabalhadores e serviços na padronização e uniformização, em relação à utilização de códigos e preenchimento da produção ambulatorial. Além desta iniciativa, a divulgação e monitoramento da utilização destes códigos preconizados, permitem a identificação pontual de quais serviços tem apresentado mais equívocos.

Considerando a pesquisa realizada, e inclusão dos códigos: 0301010080, 0301010110, 0301010129, 0301010145, 0301060037, 0301060045, indica-se que o número total de consultas médicas realizadas no 2º quadrimestre de 2012, fora de 342.374 consultas, representando, portanto uma variação positiva de 2,56% representando 8.548 consultas. Associa-se este aumento a complementação das equipes com a implementação do IMESF, assim como também, o ingresso de outros

servidores, isto é, médicos pediatras e ginecologistas obstetras nomeados e empossados neste período. Ressalta-se, ainda as adequações de cargas horária, advindas da regularização oficial de situação funcional.

9.1.2 Produção médica especializada por Gerência Distrital exceto os hospitais

Tabela 30 - Consulta Médica em atenção especializada exceto os hospitais

Gerências Distrital	2º Quadrimestre		Variação	
	2012	2011	N	%
Centro	64.439	68.940	4.501	6,98
Gloria - Cruzeiro - Cristal	11.224	11.640	416	3,7
Leste - Nordeste	1.476	1.781	305	20,66
Noroeste - Humaita - Naveg - Ilhas	18.219	19.910	1.691	9,28
Norte - Eixo - Baltazar	0	38	38	-
Partenon - Lomba - Pinheiro	421	2.993	2.572	610,92
Restinga - Extremo Sul	1.607	1.844	237	14,74
Sul - Centro Sul	2.646	2.571	-75	-2,83
Total	100.032	109.717	9.685	9,68

FONTE: SIA/TABWIN (Procedimentos Unif: 0301010072).

Em relação às consultas especializadas, constata-se um aumento no 2º quadrimestre de 2012, em relação ao 2º quadrimestre de 2011. Estima-se que este aumento deve-se ao ingresso das agendas de consultas especializadas no Sistema AGHOS, gerando um controle mais efetivo, além do monitoramento dos bloqueios. Acrescenta-se a isso, a variação positiva de algumas Gerências Distritais, como a GD PLP que apresentou uma variação positiva de 610,92% no aumento de consultas especializadas, geradas pelo ingresso de especialistas no CE Murialdo, isto é, oftalmologista, cardiologista, ecografistas, ginecologistas, como também a complementação da equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente que também recebeu psiquiatra e pediatra, dentre outros profissionais. O ingresso de servidores especialistas nos NASCAS, CAPS, Equipes de Matriciamento, e Ambulatórios de Saúde Mental das demais regiões, também representou variação positiva, como se pode observar na GD NEB, com o ingresso de especialista no NASCA NEB, cuja produção passou de zero, no 2º quadrimestre de 2011 a 38 consultas, no segundo quadrimestre de 2012.

9.2 Atenção Especializada

9.2.1 Saúde Bucal

Área Técnica de Atenção à Saúde Bucal, atua em conformidade com a Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde em consonância com a Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, com o Plano Operativo Municipal de Saúde Bucal e em conformidade com as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2010-2013, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

As metas (dispostas no item Rede de Serviços e Referências) e ações têm o propósito de garantir a população residente no município de POA à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando-se, portanto, a atenção à saúde bucal, não somente na prevenção de doenças e agravos, mas na promoção à saúde.

Tabela 31 - Produção Odontológica 2011-2012 do Segundo Quadrimestre.

	2º Quadrimestre		Variação	
	2012	2011	N	%
Primeira consulta odontológica programática	36610	23698	8912	37,6%
Ação coletiva de escovação dental supervisionada	16722	21721	-4999	-23,0%
Procedimentos Básicos	142820	149838	-7018	-4,7%
Procedimentos Especializados	44419	43882	537	1,2%
Exodontias de Dente Permanente	7270	13947	-6677	-47,9%
Procedimentos restauradores	78998	64281	14717	22,9%

FONTE: SIA SUS TABWIN Quantidade Apresentada.

Tabela 32 – Indicadores de Monitoramento 2011-12

	2012		2011	
	2º quadrimestre	1º quadrimestre	2º quadrimestre	1º quadrimestre
1. Cobertura de primeira consulta odontológica programática	3,74%	1,44%	3,68%	2,00%
2. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	1,68%	0,50%	1,95%	0,41%
3. Média de Procedimentos Básicos Individuais por habitante	0,167%	0,066%	0,164	0,057%
4. Proporção de Procedimentos Especializados em Relação aos Básicos	0,345%	0,398%	0,348	0,451%
5. Percentual de Exodontias de Dente Permanente em Relação aos Procedimentos Básicos Individuais	5,17%	5,29%	6,70%	1,86%

FONTE: SIA SUS TABWIN. Quantidade apresentada.

A forma de busca dos dados de produção ambulatorial e hospitalar pode ser realizada por duas formas pelos procedimentos apresentados e pelos procedimentos aprovados. Os procedimentos apresentados consistiram em contabilizar toda a quantidade de procedimentos realizados.

O DATASUS executa a função de conferência da produção ambulatorial apresentada pelos estabelecimentos de saúde e valida os dados, divulgando a seguir a quantidade aprovada. Esta validação feita pelo DATASUS exclui muitos procedimentos efetivamente realizados pelos serviços de atenção básica, gerando muitas vezes uma quantidade aprovada menor que a apresentada. A exclusão de procedimentos apresentados se dá, por exemplo, quando o teto financeiro foi ultrapassado ou porque os profissionais e serviços em atividade ainda não tinham seu CNES atualizado. No entanto, estes procedimentos excluídos foram efetivamente executados. Assim, a quantidade apresentada foi adotada, pois revela de forma mais fidedigna o acesso dos usuários aos procedimentos de atenção básica de saúde realizados em Porto Alegre.

Neste 2º quadrimestre de 2012, a forma de busca dos dados de produção da saúde bucal foi considerada a produção apresentada.

Considerações

Os dados de produção odontológica são utilizados para o monitoramento das estratégias da CGAPSES – ATASB junto à rede de cuidado em saúde bucal. Os indicadores do segundo quadrimestre de 2012 permitem analisar três questões fundamentais:

O número absoluto de 1^{as} Consultas Odontológicas percebe acréscimo de 37,6% entre o 2^o quadrimestre de 2011 e 2012 (Tabela 31). Este dado é uma aproximação da ampliação do acesso.

O número de procedimentos básicos sofreu diminuição de 4,7%, principalmente pela alteração da forma de registro, em função da qualificação e sistematização do registro. Ainda assim, os procedimentos clínicos restauradores foram ampliados em 22,9% (Tabela 31).

A proporção entre procedimentos especializados em relação aos básicos não sofreu alteração importante. Analisados individualmente ou em proporção, os dados referentes as exodontias melhoraram no período.

Ações Propostas

A evolução dos dados sugere a ampliação do acesso e atenção clínica voltada à preservação dos elementos dentários.

Podemos atribuir este direcionamento da atenção às intervenções da CGAPSES no sentido de qualificar a infraestrutura; ampliar o quadro profissional; capacitações e confecção de manuais instrutivos sobre o registro dos dados de produção da equipe de saúde bucal. Acesso em: <http://www.capses.com.br/areas-tecnicas/saude-bucal/>

Com base nestas análises estão sendo implantadas as seguintes ações:

- Aprofundar as medidas de qualificação dos sistemas de informação;
- Ampliar a comunicação da Área Técnica de saúde Bucal com as Gerências e com as instâncias de controle social;
- Qualificar os fluxos de informação e de acesso por meio de protocolos específicos;
- Reafirmar a proposta de um modelo de atenção orientado pelos princípios da atenção primária à saúde, preventivo e promotor da saúde.

9.2.2 Saúde Nutricional

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

A população brasileira, nas últimas décadas experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, conseqüentemente, da fome e desnutrição. Por outro lado, observa-se aumento vertiginoso do excesso de peso em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição.

O declínio da atividade física, aliado à adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, um padrão de dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e o consumo excessivo de sódio, gorduras e açúcar têm relação direta com o aumento da obesidade e demais doenças crônicas, como diabetes e a hipertensão e as crescentes taxas de sobrepeso e obesidade.

Diante desse cenário, a inserção da abordagem temática sobre alimentação e nutrição na atenção básica é uma demanda emergente.

As ações de alimentação e nutrição aqui propostas no âmbito municipal foram elaboradas com base no perfil nutricional da população e em consonância com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN -Brasília-DF 2012).

Propõe o dimensionamento da estrutura de recursos humanos para atender as metas de alimentação e nutrição estabelecidas no Plano Anual de Saúde e a articulação com as estratégias de Educação Permanente em saúde visando à integração dos nutricionistas da rede básica de saúde.

Espera-se que a incorporação progressiva e organizada do cuidado nutricional promova uma abordagem transversal das questões nutricionais nas etapas do curso de vida e resulte em impacto positivo nos indicadores de nutrição, saúde, e segurança alimentar e nutricional.

As tabelas abaixo informam a produção referente aos procedimentos de nutrição realizados no 2º quadrimestre de 2012 e 2011 com variação entre os períodos. Os procedimentos de nutrição avaliados são consultas, atividade educativa, antropometria e atendimento domiciliar em todos os serviços.

Tabela 33 - Total de Procedimentos de Nutrição

GD	Pop. Estimada 2010	2º Quadrimestre				Variação	
		2012		2011		Nº	%
		Nº Nutricionista /Assistência	N	Nº Nutricionista /Assistência	Nº		
Centro	276.508	06	2221	05	1708	513	30,0
GCC	148.778	05	2444	05	866	1578	182,2
LENO	151.295	06	1981	05	1714	267	15,6
NHNI	183.821	08	3891	07	2942	949	32,3
NEB	189.177	06	3978	05	1610	2368	147,1
PLP	173.706	04	1762	03	1049	713	68,0
Restinga Extremo Sul	94.409	02	903	01	519	384	74,0
SCS	191.658	03	972	02	1366	-394	-28,8
Total	1.409.351	40	18.152	33	11774	6378	54,2

FONTE: SIA/ TABWIN e informações corrigidas nas equipes.

Tabela 34 - Total de Consultas de Nutrição

GD	Pop. Estimada 2010	2º Quadrimestre				Variação	
		2012		2011		Nº	%
		Nº Nutricionista	Nº Consultas	Nº Consultas	Nº Nutricionista		
Centro	276.508	06	943	1526	05	-583	-38,2
GCC	148.778	05	1071	858	05	213	24,8
LENO	151.295	06	1441	1394	05	47	3,4
NHNI	183.821	08	2250	2627	07	-377	-14,4
NEB	189.177	06	2792	1572	05	1220	77,6
PLP	173.706	04	1051	900	03	151	16,8
REST. EXT. SUL	94.409	02	250	249	01	01	0,4
SCS	191.658	03	943	1366	02	-423	-31,0
Total	1.409.351	40	0.741	10492	33	249	2,4

FONTE: SIA/ TABWIN e informações corrigidas nas equipes.

Tabela 35 - Total de Atividades Educativas de Nutrição

GD	Pop.Estima da 2010	2º Quadrimestre				Variação	
		2012		2011		Nº	%
		Nº Nutricionista	Nº Ativ. Educ.	NºAtiv. Educ.	Nº Nutricionista		
Centro	276.508	06	18	02	05	16	800,0
GCC	148.778	05	267	08	05	259	3237,5
LENO	151.295	06	33	53	05	-20	-37,7
NHNI	183.821	08	147	130	07	17	13,1
NEB	189.177	06	141	38	05	103	271,1
PLP	173.706	04	170	145	03	25	17,2
Restinga Extremo Sul	94.409	02	24	16	01	08	50,0
SCS	191.658	03	11	0	02	11	-
Total	1.409.351	40	811	392	33	419	106,9

FORNTE: SIA/ TABWIN e informações corrigidas nas equipes.

Tabela 36 - Total de Procedimentos de Antropometria

GD	Pop.Estimada 2010	2º Quadrimestre 2012		2º Quadrimestre 2011		2012/2011	
		NºNutricionista /assistência	Nº	Nº	NºNutricionista/ Assistência	Nº	%
Centro	276.508	06	1241	180	05	1061	589,4
GCC	148.778	05	1104	0	05	1104	-
LENO	151.295	06	447	267	05	180	67,4
NHNI	183.821	08	1268	16	07	1252	7825,0
NEB	189.177	06	1024	0	05	1024	-
PLP	173.706	04 *	539	0	03	539	-
Restinga. Extremo Sul	94.409	02	517	254	01	263	103,5
SCS	191.658	03	18	0	02	18	-
Total	1.409.351	40	6158	717	33	5441	758,9

FORNTE: SIA/ TABWIN e informações corrigidas nas equipes.

Tabela 37 – Total de Visita Domiciliar Realizadas

GD	Pop.Estimada 2010	2º Quadrimestre				Variação	
		2012		2011		Nº	%
		Nº Nutricionista	Nº	Nº	Nº Nutricionista		
Centro	276.508	06	19	0	05	19	-
GCC	148.778	05	2	0	05	02	-
LENO	151.295	06	60	0	05	60	-
NHNI	183.821	08	226	169	07	57	33,7
NEB	189.177	06	21	0	05	21	-
PLP	173.706	0	2	4	03	-2	-50,0
Restinga Extremo Sul	94.409	02					
			112	0	01	112	-
SCS	191.658	03	-	0	02	0	-
Total	1.409.351	40	442	173	33	269	155,5

FONTE: SIA/ TABWIN e informações corrigidas nas equipes.

Em relação ao período avaliado houve um incremento de 54,2% no total de procedimentos em todas as GDs, com exceção da GD SCS. O número total de consultas no conjunto das GDs não apresentou variação significativa no período avaliado. As atividades educativas no conjunto das GDs apresentaram incremento de 106,9% em 2012, com exceção da LENO. Este resultado indica que os profissionais estão potencializando as ações de promoção à saúde.

As antropometrias apresentaram um incremento bem expressivo no conjunto das GDs, especialmente na GD NHNI, porém, nas GDs que não apresentaram dados em 2011, não é possível fazer análise comparativa. Estes dados indicam que é necessário qualificar os registros e refletir o processo de trabalho dos profissionais.

As visitas domiciliares apresentaram um incremento de 33,7% na GD NHNI no período avaliado e um decréscimo de 50% na GD PLP.

AT Saúde Nutricional tem dialogado com os nutricionistas na perspectiva de qualificar e padronizar os procedimentos do CBO informados no BPA.

Em relação aos recursos humanos, apresentamos (tabela 7), quadro atual de nutricionistas da atenção primária e especializada, por GD nos serviços próprios e não próprios. No 2º quadrimestre de 2012, ingressaram 05 profissionais na assistência nutricional nas GDs PLP, LENO, SCS e Extr. Sul para reposição de cargos vagos.

De acordo com a última pesquisa da VIGITEL, 2011 - Porto Alegre configura-se a capital com maior percentual de sobrepeso em adultos, 55 % e a 2ª capital com maior taxa de obesidade, 20 %. Em escolares, a 1ª capital com sobrepeso, 20,1% e Obesidade, 10,5% e 1,1% baixo peso (PENSE 2009). Em

relação aos alunos acompanhados no PSE, foram avaliados 5183 escolares, neste quadrimestre, apresentando 13,9% de obesos e 17,8% de sobrepesos.

Entretanto, considerando o novo modelo de gestão da atenção nutricional com atuação em Centro Especializado, NASF e NASCA, é necessário ampliar os recursos humanos para atender as metas de alimentação e nutrição estabelecidas no Plano Anual de Saúde e o enfrentamento dos agravos decorrentes das doenças crônicas e as deficiências nutricionais associadas à alimentação e modos de vidas não saudáveis.

Em relação ao parecer da Setec 26/12 sobre o RG do 1º quadrimestre, salienta-se que embora tenha reduzido o número de consultas, houve um incremento bem significativo nas ações educativas de 74,9% na totalidade das GDs, como também no registro de visitas domiciliares e a avaliação antropométrica. Esses resultados demonstram que houve qualificação dos registros dos nutricionistas e reflete que as ações de promoção e prevenção à saúde estão sendo potencializadas. Pesquisas científicas demonstram que as ações educativas, como grupos de educação em saúde, representam estratégias mais eficazes de intervenção na promoção da saúde.

9.2.3 Saúde Mental

No segundo quadrimestre de 2012, a área técnica de saúde mental deu continuidade aos processos de alinhamento das diretrizes da política de saúde mental, junto aos serviços, que preconiza o atendimento em rede, nos territórios e com acesso nos diversos equipamentos de saúde. Este alinhamento é promovido através dos processos de trabalho que acontecem nas reuniões do Fórum de Coordenadores de Saúde Mental, nas reuniões com os serviços da Rede de Álcool e outras Drogas, nas reuniões com a Rede da Infância e Adolescência, nas reuniões de assessoria junto aos serviços de saúde mental e nas Capacitações que estão em andamento.

Uma das proposições da área técnica é instituir as Linhas de Cuidado em Saúde Mental, para todos os serviços da rede, com estabelecimento de fluxos e protocolos, qualificando as ações preventivas, de tratamento e de reabilitação, visando o acesso, a integralidade na assistência em saúde e o atendimento das demandas dos usuários. Para isso, encontra-se em processo de elaboração os

fluxos e protocolos em saúde mental. No que diz respeito à instituição da linha de cuidado aos usuários em situação de crise, a área técnica participa das reuniões do GT na coordenação de urgências/emergências, que está concluindo a elaboração. Nesse quadrimestre houve a nomeação de servidores (psiquiatras e pediatras) para as equipes de matriciamento, da infância/adolescência, adultos e para os CAPS.

No que se refere aos registros de procedimentos, nesse quadrimestre foi realizada a avaliação e definição dos procedimentos em saúde mental, junto com as equipes, que serão utilizados para fins de confecção de relatórios de gestão. Esse processo tem como objetivo também a qualificação dos indicadores de resultados de ações em saúde mental. Iniciou-se a qualificação de resultados referente aos atendimentos em comunidades terapêuticas. Com relação a avaliação e monitoramento dos serviços, concluiu-se dos CAPS II, CAPSi e CAPS AD. Houve a contratação de 28 leitos para adolescentes usuários de álcool e outras drogas no Hospital Parque Belém, atendendo a um dos indicadores de saúde mental que se refere à ampliação do número de leitos em saúde mental. A área técnica de saúde mental está acompanhando o Plano de Enfrentamento ao Crack, através dos Comitês Municipal e Estadual, assim como está trabalhando na ampliação e qualificação da rede de Álcool e Drogas.

No âmbito da Educação Permanente está em processo a capacitação para Matriciamento, Redução de Danos e Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e, Tratamento a Pessoas com Agravos Decorrentes das Violências. A área técnica de saúde mental participou do Fórum Estadual de Saúde Mental, no mês de julho, o que tem favorecido a articulação das políticas de saúde mental do município junto ao Estado e Ministério da Saúde. No mês de agosto comemoramos os 20 Anos de Lei da Reforma Psiquiátrica no RS, com a participação em um Seminário Estadual no Auditório Dante Barone. Na relação intersetorial, área técnica tem participado de reuniões com FASC, SMED e JUVENTUDE, principalmente, no sentido de constituir redes de atenção às crianças, adolescentes, adultos e pessoas em situação de rua.

AT Saúde Mental

A política de saúde mental da SMS está alinhada às diretrizes da política nacional, que preconiza o atendimento em rede, nos territórios e com acesso nos diversos equipamentos de saúde. Este alinhamento é promovido através do processo de trabalho que acontece nas reuniões do Fórum de Coordenadores de

Saúde Mental, nas reuniões com os serviços da Rede de Álcool e outras Drogas, nas reuniões com a rede da Infância e Adolescência, nas reuniões de assessoria junto aos serviços de saúde mental e nas Capacitações que estão em andamento. A área técnica de saúde mental tem participado dos Fóruns Nacional, Regional e Estadual de Saúde Mental, o que favorece a articulação das políticas de saúde mental junto ao Estado e Ministério da Saúde.

Quadro 33 - Metas anuais constantes na PAS

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
72. Ampliar as estratégias de Redução de Danos de 4 Gerências Distritais para 6 Gerências Distritais.	Resgate do conceito de RD nas Comunidades, na rede de atenção Saúde Mental;	EM PROCESSO, através de reuniões de acompanhamento das equipes de atenção básica, equipes especializadas de saúde mental, oficinas e educação permanente (Curso de Atenção Integral a Álcool e Outras Drogas e Redução de Danos).
	Definição da forma de contratação dos redutores de danos;	Em processo de definição.
	Contratação de novos agentes redutores de danos;	
	Construção de novas estratégias de abordagem para pensar a questão do crack em rede;	EM PROCESSO. Participação na construção de ações do Plano de Enfrentamento ao Crack. Participação nos Comitês Municipal e Estadual de Enfrentamento ao Crack.
	Identificação e cadastramento dos usuários de álcool e outras drogas nas GDS;	NÃO REALIZADO.
	Descentralização das ações junto à atenção primária e especializada de saúde mental;	Realizada parcialmente através da inserção dos redutores de danos nas equipes da atenção primária das gerências distritais PLP, Centro, GCC e Restinga.
	Fortalecimento da equipe de trabalho com atividades de Educação Permanente e Educação Popular em saúde;	EM PROCESSO, os redutores participam de reuniões e espaços de educação permanente de interesse desta secretaria.
	Construção do papel matriciador do agente redutor de danos.	Realizada parcialmente através da inserção dos redutores de danos nas equipes de matriciamento das gerências distritais PLP, GCC e Restinga.

<p>73. Elaborar o Projeto da Escola de Redutores de Danos a partir do lançamento do edital do MS.</p>	<p>Criação de GT para elaboração do projeto da escola de redutores de danos a partir do lançamento do edital do MS.</p>	<p>A meta foi reordenada e está em fase de planejamento para execução em 2013.</p>
<p>87. Implementar o Plano Municipal de Saúde Mental seguindo as diretrizes da Política Nacional.</p>	<p>Elaboração de diagnóstico de infra estrutura e necessidades de RH nos Serviços Especializados em Saúde Mental;</p>	<p>Realizada através das oficinas de alinhamento coordenadas por esta AT com as equipes de saúde mental.</p>
	<p>Formalização no organograma da SMS e cadastramento dos serviços já existentes – CNES e MS;</p>	<p>Realizada parcialmente, pois há necessidade de credenciamento junto ao MS, o que implica principalmente na composição das equipes mínimas e readequação de área física de algumas equipes.</p>
	<p>Reestruturação das equipes de saúde mental da infância em todas as GD;</p>	<p>EM PROCESSO, a AT vem dialogando com os profissionais para definição dos processos de trabalho, já foram constituídas as referências em cada GD e ingressaram novos profissionais para composição das equipes mínimas.</p>
	<p>Criação de protocolos e fluxos de atendimento em SM;</p>	<p>Em processo de elaboração com a atenção primária, urgência e emergência e redes intersetoriais, como FASC, SMED e SMJ.</p>
	<p>Atendimento pelo SAMU aos pacientes da Saúde Mental;</p>	<p>Em discussão através do grupo de trabalho da Linha de cuidado em SM na Urgência e Emergência.</p>
	<p>Monitoramento e avaliação de toda a rede de saúde mental, incluindo a rede conveniada e prestadores;</p>	<p>EM PROCESSO, foram concluídas as entrevistas nos CAPSi e AD e em processo de conclusão nos CAPS II.</p>
	<p>Reestruturação e ampliação das ações intersetoriais e inter secretarias;</p>	<p>EM PROCESSO realizadas reuniões e articulações com a FASC, SMED, SMJ e através do Comitê Municipal de Enfrentamento ao Crack.</p>
	<p>Educação permanente para atualização técnica.</p>	<p>Em PROCESSO: Curso de Atenção Integral a Álcool e Outras Drogas e Redução de Danos; Tratamento de pessoas com agravos decorrentes das Violências, Apoio matricial na Atenção Básica.</p>
<p>88. Ampliar a rede de serviços de saúde mental para atendimento de álcool e outras drogas nas 8 (oito) Gerências Distritais, seguindo as diretrizes da Política</p>	<p>Conclusão do cadastramento do CAPS AD GHC para modalidade 24 horas (CAPS AD III) – desde janeiro no CMS;</p>	<p>Encaminhado documentação a 1ª CRS e MS.</p>
	<p>Ampliação do número de serviços de CAPS AD; Ampliação do número de CAPSi;</p>	<p>NÃO REALIZADO.</p>
	<p>Criação e cadastramento de</p>	<p>1 equipe cadastrada em</p>

Nacional.	Consultórios na Rua;	processo de cadastramento da segunda, para a região centro.
	Criação de Unidades de Acolhimento para usuários de álcool e outras drogas;	NÃO REALIZADO
	Locação de imóveis;	Em processo o aluguel de imóveis para sediar os CAPS AD III PLP e RESTINGA.
	Construção de prédios.	NÃO REALIZADO
89. Criar 21 leitos para adolescentes na faixa etária de 12 a 16 anos para internação em saúde mental álcool e outras drogas, em hospitais gerais.	Realização de contratos com os hospitais gerais;	EM PROCESSO (a área técnica contratou com Hospital Porto Alegre e Parque Belém, revisou projeto terapêutico e encaminhou à GRSS)
	Realização de vistoria nos hospitais que se propuserem a criar leitos;	Realizada vistoria nos leitos criados no Hospital Porto Alegre, em parceria com a GRSS.
	Convênio com hospitais gerais para criação de leitos;	Convênio com HOSPITAL PORTO ALEGRE E PARQUE BELEM.
	Monitoramento do atendimento prestado pelos hospitais conveniados;	NÃO REALIZADO.
	Organização de critérios de ingresso.	EM PROCESSO. Discussão de critérios no GT da Linha de Cuidado de Urgência/ Emergência em Saúde Mental.
90. Implementar uma Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental em cada uma das 6 Gerencias Distritais de saúde.	Levantamento das necessidades de pessoal para composição das equipes;	REALIZADO através de levantamento junto as gerências distritais e servidores dos serviços de saúde mental.
	Formação das equipes de apoio matricial nas GD's Centro, GCC, SCS, RES, LENO, NHIN;	EM PROCESSO nas regiões CENTRO, LENO e GCC, com composição das equipes e capacitação de profissionais através do Curso de Matriciamento.
	Elaboração de protocolos e diretrizes para o matriciamento.	Não realizado.
91. Criar uma unidade para atendimento de emergência psiquiátrica para crianças e adolescentes.	Definição de local para implantação da unidade;	Definido que será no HMIPV.
	Organização e implementação do fluxo de atendimento em saúde mental em caráter de emergência, para crianças e adolescentes.	Em processo no GT da Linha de Cuidado em Urgência e Emergência.
Análise das Metas da PAS		
Meta 72 – PRD: No segundo quadrimestre de 2012 os Agentes Redutores de Danos das Gerencias Distritais Restinga, Partenon/Lomba do Pinheiro e Glória Cruzeiro e Cristal realizaram atividades de apoio matricial. Na dimensão assistencial do Apoio matricial foram realizadas atividades de visita domiciliar em atendimentos compartilhados e interconsulta; acompanhamento; acolhimento; encaminhamento dos usuários de álcool e outras drogas; grupos de terapia comunitária e articulação com a rede intersetorial dos territórios. Na dimensão técnico-pedagógica foram realizadas ações de sensibilização das equipes de ESFs e UBSs; participação nas reuniões de equipe e discussão dos projetos terapêuticos singulares. Os Agentes Redutores de Danos da Gerência Centro realizaram atividades de abordagem na rua, acolhimento, acompanhamento, encaminhamento e garantia de acesso da população em situação de rua no Consultório na Rua Centro; participação no Curso de Redução de Danos,		

Álcool e Outras Drogas. Ocorreu à saída de um dos redutores da GD Centro, por pedido de demissão.

Meta 87 – Implantação do Plano Municipal de Saúde Mental:

A área técnica de saúde mental segue o processo de avaliação dos serviços da rede de saúde mental, através das entrevistas com usuários, trabalhadores, familiares e coordenadores dos serviços, tendo concluído a avaliação do CAPS II, CAPS AD e CAPSi. Dados em fase de análise.

Realização de visitas de avaliação e assessoria aos serviços: NASCA IAPI, CAPS II GCC, CAPS AD GCC e Hospital de Clínicas – CAPSi, CAPS II e internação psiquiátrica.

Elaborado o Relatório de Levantamento de Necessidades, conforme dados apontados nos Seminários de Alinhamento da Política de Saúde Mental e encaminhados às GDs, Serviços de Saúde Mental e Conselho Municipal de Saúde.

Realizada reunião com Ministério Público – Promotoria da Infância e Adolescência com pauta sobre a reestruturação das Equipes de saúde mental e NASCAS. Ministério manifestou amplo apoio ao processo, inclusive com relação a mudança do nome “NASCA”.

Segue processo de construção e pactuação dos fluxos de atendimento em saúde mental, com a rede de serviços, na proposição da elaboração das *Linhas de Cuidado em Saúde Mental*.

Realizadas reuniões de articulação de proposta para ação intersetorial para prevenção do uso de drogas com SMED e FASC.

Segue a Capacitação em “Tratamento à pessoas com agravos decorrentes das Violências”, para os servidores da rede de saúde, com seminários mensais;

Realizados os encontros mensais do fórum de coordenadores de serviços de saúde mental, onde se iniciou o processo de discussão da “Linha de Cuidado em Saúde Mental”;

Realizadas reuniões com a rede de serviços para atendimento de álcool e outras drogas, visando a construção de fluxos e qualificação da atenção.

Meta 88 – ampliação da Rede AD:

CAPS AD III, Consultório na Rua e CAPS i do GHC – documentos encaminhados a 1 CRS e MS para fins de credenciamento.

Realizada oficina de qualificação dos profissionais das equipes de Consultório na Rua (Centro e GHC).

Realizada Capacitação para 120 profissionais da Brigada Militar, numa parceria com SES, SENAD, Segurança Pública e SMS (área técnica de saúde mental).

Participação de cerca de 60 profissionais da rede de saúde da SMS na Oficina de Alinhamento do Plano “Crack é possível vencer”, nos dias 23 e 24 de agosto/12, organizada pela MS, MDS, SENAD e MJ. Foi uma atividade intersetorial e contou com profissionais da FASC, Juventude, SMED, Guarda Municipal, SECOPA, que integram o Comitê Municipal de Enfrentamento ao Crack.

Meta 89: Criação de Leitos AD para crianças e adolescentes:

Em funcionamento no hospital Parque Belém 28 leitos para adolescentes, usuários de álcool e outras drogas, com faixa etária de 14 a 18 anos.

Meta 90: Matriciamento:

Iniciado o processo de matriciamento nas GDs Centro e GCC, com profissionais da saúde mental.

Meta 91: Emergência para crianças e adolescentes:

Definido em Plenária do CMS com a gestão que o local para atendimentos de urgências e emergências para crianças e adolescentes, será no Hospital Presidente Vargas, com previsão de obras e infra-estrutura a ser iniciada em 2013.

FONTE: CGAPSES/ Área Técnica Saúde Mental.

CAPS i

Na seqüência serão apresentadas as tabelas dos CAPS i com a respectiva análise:

Quadro 34 - Produção CAPS i PANDORGA

CAPSi Pandorga	
Procedimentos	2º Quadrimestre 2011
Ativ edu / orientação em grupo at esp	389
VD/institucional em reabilitação - NS	27
Consulta ns at especializada (exceto médico)	284
Consulta médica at especializada	224
Terapia grupo	58
Terapia individual	77
Oficina terapeutica i	118
Oficina terapeutica ii	202
Atendimento em psicoterapia de grupo	39
Atendimento individual em psicoterapia	166
Total	1584

FONTE: SIA/SUS.

O serviço obteve a aprovação do projeto pelo CMS, tendo sido encaminhada a solicitação de credenciamento junto ao MS. Os dados do II quadrimestre de 2012 não estão disponíveis no SIA. No momento, não é possível lançar no sistema de informação os dados, aguarda-se o CNES. O serviço permanece atendendo exclusivamente a GD NEB. Seguem as tratativas para expansão do território, com intuito de incluir a NHNI até que a meta de ampliação de CAPS i se efetive.

Tabela 38 - Produção CAPS i Harmonia

	CAPSi Harmonia			
	2º Quadrimestre		Varição	
	2012	2011	N	%
Intensivo	583	264	319	120,83
Não Intensivo	351	414	-63	-15,22
Semi Intensivo	8844	7326	1518	20,72
Total	9778	8004	1774	22,16

FONTE/SUS.

O CAPS segue como referência para quatro gerências distritais o que justifica o aumento mais expressivo da produção na modalidade semi intensivo. A equipe vem utilizando como diretriz de cuidado oferecer espaços de educação permanente para os profissionais das redes relacionadas aos seus usuários, segue como campo de residência multiprofissional e campo de estágio de graduação para PUCRS, UFCSPA e UFRGS e realiza matriciamento institucional de todos os serviços da sua rede.

Tabela 39 - Produção CAPS i HCPA

	CAPSi HCPA			
	2º Quadrimestre		Variação	
	2012	2011	Nº	%
Intensivo	324	342	-18	-5,26
Não Intensivo	26	21	5	23,81
Semi Intensivo	374	481	-107	-22,25
Total	724	844	-120	-14,22

FONTE: SIA/SUS.

O CAPS i HCPA segue apresentando uma produção muito abaixo do esperado para esta modalidade de serviço, segundo os parâmetros do MS. A equipe relata dificuldade para adesão dos usuários e familiares e da inviabilidade da equipe trabalhar nos territórios de origem dos usuários em função do deslocamento. Em reunião com a coordenação do CAPS, direção médica e administrativa do HCPA, foi declarado que não há previsão de investimento para ampliação de carga horária da equipe que tem impacto direto nas condições de trabalho e produção. Quanto a localização próxima as dependências do hospital, a direção informou que o plano de expansão do HCPA prevê a retirada do serviço daquele local, contudo não há definição para o novo local instalação. A equipe relata que vem realizando reuniões com as redes da assistência social, saúde e educação a fim potencializar as ações da rede de cuidado ampliada. Ainda assim segue a necessidade de discussão sobre os processos de trabalho junto as equipes de saúde da GD LENO e PLP para as quais o CAPS é referência, de modo a articular o desenvolvimento dos PTS e garantir o acesso dos usuários ao CAPS.

Houve a disponibilidade de ofertar as vagas para adolescentes, que são atendidos no turno da tarde, abertas para qualquer região. Esta definição foi configurada a partir do informe de que as vagas de adolescentes não tem sido preenchidas.

CAPS II

Tabela 40 - Produção CAPS Centro

	CAPS Centro			
	2º Quadrimestre		Variaçãp	
	2012	2011	Nº	%
Intensivo	1222	1298	-76	-5,86
Não Intensivo	451	625	-174	-27,84
Semi Intensivo	3859	3313	546	16,48
Total	5532	5236	296	5,65

FONTE: SIA/SUS.

A CAPS teve aumento na sua produção conforme demonstra a tabela acima, mas principalmente em relação ao primeiro quadrimestre de 2012 quando a produção foi de 3815 atendimentos realizados. O CAPS vem dando seguimento as ações de matriciamento de sua rede e oferecendo campo para estágio de graduação para a UNISINOS e UFRGS, residência da Escola de Saúde Pública, abordagem de rua com a FASC, Cine Debate, visitas domiciliares e executa o Projeto CAPACITAR em parceria com a Geração Poa e a APRS, entre outros.

Tabela 41 - Produção CAPS GHC

CAPS GHC				
	2º Quadrimestre		Variação	
	2012	2011	Nº	%
Intensivo	1034	1219	-185	-15,18
Não Intensivo	445	429	16	3,73
Semi Intensivo	3232	2789	443	15,88
Total	4711	4437	274	6,18

FONTE: SIA/SUS.

Este CAPS atende exclusivamente a GD NEB, e serviços do GHC. Sua produção teve aumento comparando o quadrimestre, porém teve queda significativa quando comparado com o primeiro quadrimestre de 2012 onde o total de procedimentos foi 5364. O serviço permanece com a carga horária da equipe reduzida, e segue acolhendo residência de psiquiatria, o que mantém a predominância de atendimentos vinculada a modalidade semi intensiva. Ainda não houve resultados visíveis da redefinição dos processos de trabalho desta equipe.

Quadro 35 - Produção CAPS Cruzeiro

CAPS Cruzeiro	
Procedimentos	2º Quadrimestre
Não Intensivo	545
Semi Intensivo	317
Total	862

FONTE: SIA/SUS.

O CAPS Cruzeiro não tem toda a sua produção disponibilizada pelo SIA/SUS, sendo que os dados aqui apresentados dizem respeito aos meses de julho e agosto de 2011. A equipe segue com dificuldades no que se refere a reposição de recursos humanos, conforme foi informado no I quadrimestre. A área técnica de saúde mental e a GD GCC vem acompanhando a equipe em momentos de definições de processos de trabalho e pleiteando condições mais adequadas de

trabalho tais como novas instalações (fora do prédio do CSVC) e a reorganização da equipe.

Tabela 42 - Produção CAPS HCPA

Procedimentos	CAPS HCPA			
	2º Quadrimestre		Variação	
	2012	2011	N	%
Intensivo	1209	1135	74	6,52
Não Intensivo	121	193	-72	-37,31
Semi Intensivo	1796	1775	21	1,18
Total	3126	3103	23	0,74

FONTE: SIA/SUS.

O CAPS II apresentou aumento geral da produção no quadrimestre e também comparado ao início de 2012. Importante salientar que a equipe demonstra interesse em discutir com a área técnica aspectos do trabalho em rede, e segue com boa articulação com as os representantes das GD LENO e PLP para as quais são referência.

CAPS ad

Tabela 43 - Produção CAPS ad III GHC

Procedimentos	CAPS AD III GHC			
	2º Quadrimestre		Variação	
	2012	2011	N	%
Intensivo	1342	1738	-396	-22,78
Não Intensivo	237	378	-141	-37,3
Semi Intensivo	1320	1620	-300	-18,52
Total	2899	3736	-837	-22,4

FONTE: SIA/SUS.

O CAPS recebeu parecer favorável do CMS quanto ao cadastramento do serviço para modalidade III. Vem atendendo com permanência noturna desde 2010, mas o procedimento ainda não está sendo faturado. A equipe contribuiu de modo significativo na proposição dos indicadores de resultado para as equipes de saúde mental, que foi sistematizada pela área técnica da SMS e que está em fase de piloto. Atividades que não são contempladas em APACs vem sendo faturadas através de BPA. Apresentou baixa produtividade, possivelmente por sub notificação.

Tabela 44 - Produção CAPS ad III IAPI

CAPS AD III IAPI				
Procedimentos	2º Quadrimestre		Varição	
	2012	2011	N	%
Intensivo	505	142	363	255,63
Não Intensivo	560	313	247	78,91
Semi Intensivo	2011	549	1462	266,3
Acolhimento Noturno	84	0	84	0
Total	3160	1004	2156	214,74

Fonte: SIA/SUS.

O serviço teve aumento expressivo em sua produção comparado o quadrimestre, resultado do ingresso de novos profissionais e qualificação para modalidade III. O CAPS já está atendendo com permanência noturna desde abril de 2012, apresentando produção a partir do mês de agosto. Mesmo diante da dificuldade de deslocamento que os usuários tem manifestado em se deslocar diariamente ao CAPS houve aumento do atendimento na modalidade intensivo, possível resultado do acolhimento. O serviço segue com faturamento através de BPA.

Tabela 45 - Produção CAPS ad Vila Nova

CAPS AD Vila Nova				
Procedimentos	Período		Varição	
	2012	2011	N	%
Intensivo	641	512	129	25,19
Não Intensivo	214	120	94	78,33
Semi Intensivo	1393	945	448	47,40
Total	2248	1577	671	42,54

Fonte: SIA/SUS.

O CAPS aumentou a sua produção geral e mantém um padrão de elevado no que se refere a comparação com 2011. Revela o amadurecimento da equipe de trabalho que é uma das próximas a receber investimento para funcionamento em modalidade III. Os atendimentos realizados vem sendo regularmente informados através das APACs e BPA.

CAPS ad GCC

A equipe em intensa transição neste quadrimestre. Em 23 de junho passaram a ocupar a nova sede, no Bairro Cristal, já iniciaram como piloto o atendimento em CAD, que garante o acolhimento em dois turnos. Em médio tem atendido 7

usuários/dia, pela necessidade de ajustes no fornecimento de alimentação. Desde 2011, por carência de recursos humanos e neste momento também ausência de rede informatizada, o CAPS não apresentou a sua produção. Porém os destaques qualitativos evidenciados através do monitoramento é a motivação da equipe e dos usuários, que ampliaram a oferta de atividades e fortaleceram o vínculo dos usuários com o Conselho Distrital e CMS, garantindo as suas presenças nas plenárias ao longo desta transição e estimulando para organização de um fórum local junto ao Distrital. Segue a presença de residentes na equipe, mas ainda aguardam a complementação para equipe mínima.

Ambulatórios Especializados de Saúde Mental Adulto

Na seqüência serão apresentadas as produções das equipes de Saúde Mental Adulto, NASCA e Matriciamento, no momento não é possível a apresentação dos dados comparativos do 2º quadrimestre 2012/2011, em virtude da redefinição dos códigos de procedimentos, ocorrido através do processo integrado entre a área técnica e os serviços de Saúde Mental. Por conseguinte, a produção das diferentes equipes tem novo padrão a partir deste quadrimestre. Ressalta-se que não há registro de produção quantitativa em separado dos agentes redutores de danos, estes procedimentos integram a produção das equipes de Saúde Mental.

Quadro 36 - Produção Ambulatórios Especializados de Saúde Mental Adulto

Ambulatório Especializado de Saúde Mental							
Procedimento	2º Quadrimestre						
	Centro	PLP	RES	SCS	NHNI	LENO	Total
Ativ edu / orientação em grupo at básica			93				93
Ativ edu / orientação em grupo at espec		12			138		150
VD/institucional em reabilitação - ns			26				26
Consulta ns at básica (exceto médico)		160	1248	5			1413
Consulta médica at especializada	686	798	1722	1739	471	302	5718
Consulta ns at especializada (exceto médico)	1148	73		2124	144		3489
Terapia em grupo	32	13	41		199	375	660
Terapia individual		398	664		107	61	1230
Oficina terapeutica ii		261					261
Atendimento individual em psicoterapia		249	1442		647	208	2546
Atendimento em psicoterapia de grupo			49		121		170
Total	1866	1964	5285	3868	1827	946	15756

FONTE: SIA/SUS.

Estas equipes foram identificadas através do CNES em 2011, restando a GD GCC para o cumprimento da meta de expansão do serviço. Destaca-se o fato de que todas as GDs informaram seus dados para faturamento, observa-se, no entanto, que encontram-se em estágios de organização diferenciados, o que se evidencia pelo fato de que nem todas conseguiram informar todos os meses do quadrimestre. Outro aspecto que se destaca é o volume de atendimentos predominando procedimentos em caráter individual, que totalizam 14396, do total de 15756. Este dado indica a necessidade discussões sobre os processos de trabalho, de modo a busca de um trabalho com aporte multidisciplinar e grupal. Outro aspecto a considerar é que o alto volume de atendimentos identificados em consultas médicas leva em consideração ações de matriciamento, que já possui CNES próprio, e renovações de consulta. O avanço neste campo se dá pela possibilidade de dar visibilidade ao trabalho destas equipes e assim elaborar estratégias de alinhamento.

Núcleo de Atenção a Saúde da Criança e do Adolescente – NASCA

Quadro 37 - Produção Núcleo de Atenção a Saúde da Criança e do Adolescente – NASCA

Núcleo de Atenção aSaúde da Criança e do Adolescente							
Procedimento	2º Quadrimestre						
	Centro	PLP	RES	SCS	NHNI	LENO	Total
Ativ edu / orientação em grupo at básica		2	2	29	123		156
Ativ edu / orientação em grupo at espec		200					200
VD/institucional em reabilitação - ns				9			9
Consulta ns at básica (exceto médico)	10972			160	1333		12465
Consulta médica at especializada	1413	140		375	122		2050
Consulta médica at básica	340		5	284		80	709
Consulta ns at especializada (exceto médico)	483	188		108			779
Terapia em grupo	4	2	30	9		1694	1739
Terapia individual	12	72		291			375
Atendimento individual em psicoterapia	278	188	248	710	292		1716
Atendimento em psicoterapia de grupo		1		1			2
Triagem oftalmológica				90			90
Total	13502	793	285	2066	1870	1774	20290

FORNTE: SIA/SUS.

As mesmas considerações do ambulatório adulto se aplicam às equipes de infância. Dos 20.290 atendimentos realizados, 18.094 são em caráter individual. Porém o diálogo com estas equipes já está em andamento desde 2011 e o

alinhamento do processo de trabalho está avançado. Estes dados fornecem subsídios importantes para a reflexão junto à área técnica.

Equipes de Matriciamento

Quadro 38 – Produção Equipes de Matriciamento

Procedimentos	Matriciamento		
	2º Quadrimestre 2012		
	PLP	NEB	Total
Ativ edu / orientação em grupo at básica	14		14
Prática corporal / ativ física em grupo	21		21
VD/institucional em reabilitação - ns	117		117
Consulta ns at básica (exceto médico)	814	37	851
Consulta médica at especializada	266	38	304
Consulta/atend domiciliar na at basica	9		9
Consulta/atend domiciliar na at especializada	1		1
Consulta ns at especializada (exceto médico)	933		933
Terapia grupo	12		12
Terapia individual	30		30
Assistencia domiciliar por equipe multiprofissional na at espec	35		35
Oficina terapeutica i		320	320
Oficina terapeutica ii	210		210
Atendimento em psicoterapia de grupo	3		3
Total	2465	395	2860

FONTE: SIA/SUS.

Através desta tabela fica evidente que o apoio matricial, embora seja estratégico ainda necessita de estudo e definição junto às equipes de adulto e infância. Nas duas tabelas anteriores destacamos que parte dos procedimentos são referentes ao matriciamento, porém foram informadas somente como parte das referidas equipes. No que se refere a produção houve aumento significativo na variedade de procedimentos da GD PLP bem como na produção total, de 1078 no primeiro quadrimestre para 2465 no segundo. A NEB passa a informar através do SIA e totaliza um aumento também expressivo de 62 atendimentos no primeiro quadrimestre para 395 no segundo. Não há possibilidade de comparação entre as regiões, pois disponibilidade de recursos humanos, carga horária e atribuições diferem em todos os aspectos. A Comissão de Matriciamento que discute a proposta de trabalho está em fase de finalização das atividades definindo 2013 como ano base para o reordenamento das ações.

Oficina de Geração de Renda

Tabela 46 - Produção Geração POA

Procedimentos	Geração PoA			
	2º Quadrimestre		Variação	
	2012	2011	N	%
Ativ educativa / orientação em grupo	1261	0	1261	
Consultas at esp (exceto médico)	257	0	257	
Terapia em grupo	171	136	35	25,74
Terapia individual	117	220	-103	-46,82
Oficina terapêutica i	6	0	6	
Oficina terapêutica ii	310	236	74	31,36
Total	2122	592	1530	258,45

FONTE: SIA/SUS.

A equipe da Geração POA vem aumentando a sua produção e mantendo as ações de expansão do projeto CAPACITAR. Neste quadrimestre celebrou os seus 15 anos de funcionamento com a exposição GerAção POA 15 anos: uma história de trabalho, inclusão e arte, que abriu a semana de celebração dos 20 anos da Reforma Sanitária no RS. Apesar disto permanece necessitando de novas instalações para manutenção e expansão das atividades, bem como a ampliação de recursos humanos. Contudo expressa de modo altamente qualificado as diretrizes da saúde mental sendo referência para todo o país.

Internações Hospitalares em Saúde Mental

A maior causa de internação na faixa etária de 0-9 anos foram os transtornos psicóticos com duas internações registradas. Não houve variação significativa quanto ao número total de internações na comparação do mesmo período de 2011.

Tabela 47 - Internações faixa etária de 0 - 9 anos por morador de Porto Alegre

Internações faixa etária de 0 - 9 anos				
CID Principal	2º Quadrimestre		Variação	
	2012	2011	N	%
F29 Psicose não-orgânica NE	2	0	2	200
F31 T afetivo bipolar	0	5	-5	-500
F39 T do humor NE	1	0	1	100
F51 T não-orgânicos do sono por fatores emocionais	0	1	-1	-100
F50 T da alimentação	1	0	1	100
F70 Retardo mental leve	1	0	1	100
F79 Retardo mental NE	1	1	0	-
Total	6	7	-1	-14,28

T: transtorno; NE: Não-especificado

FONTE: SIH/ SUS.

Neste quadrimestre as internações relacionadas aos transtornos devido a álcool e outras drogas somados corresponderam a 54,6% do total de internações em adolescentes não havendo uma variação significativa com o mesmo período de 2011. A segunda causa de internações de adolescentes foram os transtornos psicóticos 27,7% e a terceira os transtornos de humor 19,35%.

Tabela 48 - Internações faixa etária de 10 -19 anos por morador de Porto Alegre

Internações na faixa etária de 10 -19 anos				
CID Principal	2º Quadrimestre		Variação	
	2012	2011	N	%
F06 Outros T. M. lesão disfunção cerebral doença física	0	3	-3	-300
F07 T. personalidade C. por doença lesão disfunção cerebral	0	1	-1	-100
F09 T. M. orgânico ou sintomático NE	0	1	-1	-100
F10 T. M. C. por uso álcool	0	1	-1	-100
F12 T. M. C. por uso canabinoides	2	3	-1	33,3
F13 T. M.C. por uso sedativos hipnóticos	1	1	0	-
F14 T. M. C. por uso da cocaína	23	43	-20	-46,5
F16 T. M. C. por uso alucinogenos	1	0	1	100
F19 T. M. C. multiplas drogas outras substâncias psicoat	44	24	20	83,3
F20 Esquizofrenia	10	11	-1	-9
F23 T. psicoticos agudos e transitórios	7	0	7	700
F25 T. esquizoafetivos	1	0	1	100
F29 Psicose não-orgânica NE	9	2	7	350
F31 T. afetivo bipolar	20	11	9	81
F32 Episodios depressivos	3	12	-9	-75
F33 T. depressivo recorrente	0	2	-2	-200
F39 T. do humor NE	1	0	1	100
F44 T. dissociativos	0	1	-1	-100
F50 T. da alimentação	0	2	-2	-200

F53 T. M. C. associado ao puerpério NCOP	1	1	0	-
F60 T. específicos da personalidade	0	2	-2	-200
F63 T. dos hábitos e dos impulsos	0	1	-1	-100
F71 Retardo mental moderado	1	1	0	-
F72 Retardo mental grave	2	1	1	100
F84 T. globais do desenvolv	3	0	3	-300
F99 T. M. NE em outra parte	1	0	1	100
Total	130	124	6	4,8

T: transtorno; M: mental; c: comportamental; NE: não-especificado.

FONTE: SIH/ SUS.

Observou-se que persistem como maior causa de internações os transtornos relacionados ao álcool e outras drogas (44,7%) que comparado ao mesmo período de 2011 teve elevação de 15,7%. A segunda maior causa de internação foram os transtornos de humor e em terceiro os transtornos psicóticos.

Tabela 49 - Internações faixa etária de 20 -80 ou mais anos por morador de Porto Alegre

Internações na faixa etária de 20 - 80e+ anos				
CID Principal	2º Quadrimestre		Variação	
	2012	2011	N	%
F00 Demência na doença de Alzheimer	1	1	0	-
F01 Demência vascular	0	2	-2	-200
F02 Demência em outra doença componente orgânico	0	1	-1	-100
F03 Demência NE	2	2	0	-
F04 Síndrome amnésica orgânica não induzida álcool outra substância psicoativa	1	0	1	100
F05 Delirium não induzido álcool outra substância psicoativa	1	0	1	100
F06 Outro T.M. lesão disfunção cerebral doença física	19	23	-4	-17,39
F07 T. personalidade C. por doença lesão disfunção cerebral	1	3	-2	-66,6
F10 T.M.C. por uso álcool	219	169	50	29,58
F12 T.M.C. por uso canabinoides	2	2	0	-
F13 T.M.C. por uso sedativo hipnótico	2	1	1	100
F14 T.M.C. por uso da cocaína	464	473	-9	-1,9
F15 T.M.C. por outro estimulante incluindo cafeína	1	1	0	-
F16 T.M.C. por uso alucinogênicos	1	0	1	100
F19 T.M.C. por múltiplas drogas outras substâncias psicoativas	278	169	109	64
F20 Esquizofrenia	359	337	22	6,1
F22 T. delirantes persistentes	6	7	-1	-14,28
F23 T. psicóticos agudos e transitórios	25	22	3	13,6
F25 T. esquizoafetivos	57	48	9	18,75
F28 Outros T. psicóticos não-orgânicos	7	2	5	250
F29 Psicose não-orgânica NE	52	42	10	23,8
F30 Episódio maníaco	5	1	4	400
F31 T. afetivo bipolar	379	423	-44	-10,4
F32 Episódios depressivos	161	160	1	0,62
F33 T. depressivo recorrente	62	80	-18	-22,5
F34 T. de humor persistentes	3	3	0	0
F39 T. do humor NE	1	0	1	100
F40 T. fóbico-ansiosos	2	0	2	200
F41 Outros T. ansiosos	6	9	-3	-33,3

F43	Reações ao estresse grave e T. adaptação	2	6	-4	- 66,6
F44	T. dissociativos	2	0	2	200
F50	T. da alimentacao	3	4	-1	-25
F53	T. M. C. associado puerperio NCOP	1	0	1	100
F60	T. especificos da personalidade	4	3	1	33,3
F61	T. mistos personalidade outro T. personalidade	0	1	-1	-100
F63	T. dos habitos e dos impulsos	0	1	-1	-100
F69	T. de personalidade e comportamento adulto NE	0	1	-1	-100
F70	Retardo mental leve	2	8	-6	-75
F71	Retardo mental moderado	23	15	8	53,3
F72	Retardo mental grave	0	3	-3	-300
F79	Retardo mental NE	1	0	1	100
F99	T. M. NE em outra parte	2	1	1	100
Total		2160	2024	146	6,71

T: transtorno; M: mental; C: comportamental; NE: não-especificado.

FONTE: SIH/ SUS.

Assim, a principal causa de internação em adolescentes e adultos são os transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, tendo havido aumento significativo nas internações por transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas representando uma prioridade na estruturação na rede de atenção em saúde mental. Esta estruturação representa importante desafio considerando-se sua complexidade psicossocial e a necessidade de interface ativa com diversas políticas públicas.

9.3 Assistência Farmacêutica

Área Técnica da Assistência Farmacêutica atua em consonância com a Política Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde, estabelecida pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos - DAF, e em conformidade com as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2010-2013, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Estas metas e ações têm o propósito de garantir a população à atenção integral à saúde, com a disponibilização de medicamentos necessários às condutas terapêuticas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando-se o uso racional de medicamentos, isto é, a utilização do medicamento apropriado à necessidade clínica apresentada, na dose correta por um período de tempo adequado.

Quadro 39 - Metas anuais constantes na PAS

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
102. Regionalizar a assistência farmacêutica da tuberculose em 100% dos serviços de atenção primária.	Distribuição de tuberculostáticos, mediante programação às unidades que realizam tratamento para TB;	Meta atingida.
	Manutenção estoque regulador nas Farmácias Distritais;	Farmácias Distritais IAPI, Restinga e Leste Nordeste com estoque regulador.
	Monitoramento da adesão ao tratamento dos tuberculostáticos;	Ação avaliada pela taxa de cura e de abandono do tratamento da tuberculose (meta 21 e 22 com avaliação anual).
	Educação Permanente em TDO;	Realizadas capacitações em três GD (Centro, Restinga/Extremo Sul e Leste/Nordeste).
	Criação de fluxo de organização, referenciamento.	Meta atingida.
103. Revisar 100% da Relação Municipal de Medicamentos – REMUME.	Criação de Comissão Técnica Multidisciplinar de Atualização da REMUME;	Aguardando publicação de portaria.
	Distribuição de formulários para os profissionais da atenção primária para inclusão, alteração ou exclusão de medicamentos;	Formulários disponibilizados na página da SMS e através dos farmacêuticos.
	Elaboração de cronograma de encontros técnicos para análise das solicitações de alteração da REMUME, considerando os dados epidemiológicos do município.	Ação ainda não realizada.
104. Distribuir medicamentos para doença de chagas e hanseníase em 100% dos Centros de Referências e Farmácias Distritais.	Programação dos Centros de Referências e Farmácias Distritais para o provimento de medicamentos para doença de chagas e hanseníase;	Manutenção da distribuição de medicamentos estratégicos nos Centros de Referências e dispensação do medicamento Talidomida para os pacientes atendidos no Santa Marta. Fluxo parcialmente definido.
	Cadastramento de profissionais e instituições para atendimento da hanseníase nos Centros de Referências e Farmácias Distritais;	Profissionais estão sendo cadastrados junto a equipe administrativa da CGVS e as instituições junto à equipe de produtos CGVS.
	Definição do fluxo de pacientes investigados e notificados com doença de chagas e hanseníase.	Ação sendo desenvolvida junto à Epidemiologia CGVS. Doença de chagas está com a SES. Doença de Chagas não deve constar na meta.
105. Distribuir medicamentos para asma para 100% dos	Distribuição de medicamentos mediante programação, nas Farmácias Distritais;	Distribuição em todos os dispensários e farmácias distritais.

pacientes cadastrados nas Farmácias Distritais e dispensários da Rede própria e conveniada da SMS.	Definição de fluxos em conjunto com as UPAs para encaminhamento e distribuição.	Ação ainda não executada. Está relacionada a linha de cuidado em parceria com a Pneumologia.
106. Garantir a distribuição de medicamentos listados na REMUME para 100% dos usuários do SUS.	Garantir a distribuição de medicamentos listados na REMUME para 100% dos usuários do SUS até 2013;	Atualização da Instrução Normativa 004/07 para atendimento de todos os usuários que acessam aos serviços da SMS. Aguarda publicação no 3º quadrimestre.
	Monitoramento da adesão ao tratamento.	Ação da linha de cuidado das DANTS
	Divulgação do contato da ouvidoria nos dispensários e farmácias distritais para monitorar a distribuição dos medicamentos dos usuários do SUS;	Ação ainda não executada.
	Entrega em no máximo duas horas de eventuais medicamentos em falta nos dispensários ou farmácias distritais.	Ação ainda não executada
<p>Análise das Metas</p> <p>Assistência Farmacêutica priorizou neste quadrimestre a logística de medicamentos mantendo constante o abastecimento, sem desconsiderar as dificuldades nas estruturas físicas e recursos humanos dos serviços envolvidos.</p>		

FONTE: Farmácias distritais, GMAT, Áreas Técnicas CGPASES e CGVS.

Tabela 50 - Número de receitas atendidas nas Farmácias Distritais e Gerências Distritais

Farmácias Distritais	Total FD 2º Quadrimestre		Variação		Gerências Distritais	Total FD 2º Quadrimestre		Variação	
	2012	2011	N	%		2012	2011	N	%
FD Santa Marta	65.975	58.613	7.362	12,6	GD CENTRO	15.680	14.500	1.180	8,1
FD Farroupilha	53.326	52.727	599	1,1					
FD Iapi	49.932	51.733	-1.801	-3,5	GD NHNI	26.642	26.042	600	2,3
FD Navegantes	22.921	21.727	1.194	5,5					
FD CSVC	61.297	56.540	4.757	8,4	GD GCC	60.703	69.752	- 9.049	-13
FD Bom Jesus	43.208	37.843	5.365	14,2	GD LENO	53.936	48.740	5.196	10,7
FD Sarandi	26.520	25.758	762	3	GD NEB	76.772	69.827	6.945	9,9
FD Murialdo	27.928	29.766	-1.838	-6,2	GD PLP	86.451	98.036	-11.585	-11,8
FD Macedônia	26.817	23.172	3.645	15,7	GD RES	48.192	45.649	2.543	5,6
FD Camaquã	32.014	25.974	6.040	23,3	GD SCS	72.412	62.197	10.215	16,4
Total de Receitas	409.938	383.853	26.085	6,8	Total de Receitas	440.788	434.743	6.045	28,2

FONTE: Farmácias distritais, GMAT, Áreas Técnicas CGPASES e CGVS.

Observa-se na Tabela 50, de uma maneira geral, aumento em torno de 7% nos atendimentos das Farmácias Distritais e um aumento de 30% nos atendimentos das gerências.

Na Farmácia Distrital IAPI verificou-se que o tempo de espera na fila é de 2 a 2 horas e 30 minutos. Conforme relatos das pessoas que aguardam na fila e nas reclamações da ouvidoria as causas da demora no atendimento pode ser devido à redução de funcionários na Farmácia Distrital - FD, por aposentadorias e também por dificuldades na contratação de servidores. São mantidos quatro guichês com atendimentos, sendo dois ao lado da fila geral e dois ao lado da fila preferencial.

Destacamos nesse quadrimestre o início do atendimento na UBS Bananeiras (antiga Farmácia Distrital) representando um acréscimo na oferta de atendimento para os medicamentos básicos para a mesma população que também é atendida na Farmácia Distrital Murialdo.

Analisando os dados apresentados podemos, ainda atribuir como causas da redução número de receitas atendidas: a migração entre as regiões, principalmente para a região Centro; o acesso aos medicamentos gratuitos nas Farmácias Populares da rede privada, a medida que este programa distribui os mesmos medicamentos que estão padronizados na REMUME para tratar hipertensão e diabetes; e a possibilidade da retirada de medicamentos de controle especial, controlados pela Portaria 344/98 para dois meses de tratamento, iniciado neste quadrimestre.

Tabela 51 - Unidades de medicamentos distribuídas e recurso financeiro utilizado

Informações	2º Quadrimestre		Variação	
	2012	2011	N	%
Unidades Distribuídas	81.313.105	79.808.072	1.505.033	1,9
Recurso financ.utilizado	R\$ 5.810.923,45	R\$ 4.120.631,62	R\$ 1.690.292	41,0

FONTE: GMAT.

Observa-se aumento em torno de 41 % no recurso financeiro utilizado e não proporcional à variação de unidades distribuídas. Esta desproporção é motivada por custos mais elevados de novos medicamentos introduzidos na REMUME (ácido valpróico 500mg, azitromicina, amoxicilina clavulanato, beclometasona 50 mcg, ciprofloxacino). Outro fator, também importante para esta variação, são os reajustes

de preços de alguns medicamentos, tais como: amitriptilina 25mg, carbamazepina 200 mg e fluoxetina 20 mg.

Tabela 52 - Medicamentos Estratégicos distribuídos pelo Ministério da Saúde

Medicamentos MS	2º Quadrimestre				Variação Unidade	Variação %	Variação Valor R\$	Variação%
	2012		2011					
	R\$	Quantidade	R\$	Quantidade				
Tabagismo	105.426,66	103.038	118.138,99	55.398	47.640	86,00	12.712,33	10,76
Insulina	103.319,03	30.521	271.681,45	52.100	-21.579	41,42	168.362,42	61,97
Tuberculose	26.897,37	289.800	61.575,98	397.426	-107.626	27,08	34.678,61	56,32
DST/AIDS	4.967.039,57	78.846	5.649.309,52	90.902	-12.056	13,26	682.269,95	12,08
Hanseníase	2.241,18	8.446	3.441,22	11.452	-3.006	26,25	1.200,04	34,87

FONTE: GMAT.

Variações ocorridas nos medicamentos estratégicos:

1. Não envio do medicamento bupropiona 150 mg para o tabagismo. Este medicamento tem um alto custo comparado com os demais insumos, observa-se um aumento nas unidades distribuídas, porém o recurso financeiro aplicado foi inferior. O município gastou R\$ 70.000,00 com aquisição do medicamento;
2. Houve diminuição no envio de insulina, porém com previsão de desabastecimento se não receber em setembro, há indicativo de compra pelo município;
3. Houve mudança no tratamento ocasionando economia para o MS;
4. DST/AIDS e Hanseníase sem análise das variações até o momento.

Dificuldades para execução das atividades da AF

1. Dificuldades relacionadas aos medicamentos

Maio:

- permetrina 1%: empresa nunca entregou os empenhos desse contrato está em processo de punição. Foi realizada uma compra por Requisição de Material por licitação;
- haloperidol 1mg: empresa ganhadora era a própria indústria pediu cancelamento, pois não estavam mais produzindo, foi feita Requisição de Material por licitação;
- alendronato de 10mg: estava fracassando em vários Registros de Preços, inclusive numa compra Requisição de Material por licitação. Obteve-se por emprestado com outras Prefeituras;

Junho:

- metronidazol creme: Empresa atrasou diversos empenhos, foi realizado uma compra por Requisição de Material por licitação, havendo demora para chegar. Houve entrega de todos empenhos pela empresa devedora;

Julho:

- diazepam 5mg: empresa com grande atraso para fazer a entrega, essa empresa já foi punida com suspensão de licitar por 06 meses. Foi realizado compra por Requisição de Material por licitação. A empresa punida entregou o empenho que estava em atraso;

- ácido fólico: empresa foi punida com suspensão de licitar por 12 meses, em agosto entregou um empenho pendente. Foi realizado compra por Requisição de Material por licitação;

- timolol colírio: empresa foi punida com suspensão de licitar por 12 meses, em agosto entregou um empenho pendente. Foi realizado compra por Requisição de Material por licitação;

Agosto;

- enalapril 5mg: empresa é a fabricante, está com dificuldade na produção desse item, vem entregando com atraso esses empenhos. Empresa foi multada por atraso;

- ácido valproico susp: empresa ficou em atraso devido a falta de matéria prima e também pela devolução de 2.200 frascos do medicamento por desvio de qualidade. Situação normalizada.

Esclarecemos que estas situações foram apontadas na GMAT (Gerência de Materiais), contudo a rede permanece abastecida na maioria destes itens, não ocasionando faltas nos dispensários e Farmácias Distritais.

2. Número inadequado de recursos humanos (auxiliares de farmácia, farmacêuticos). Tramita processo de aumento no número de vagas para Auxiliares de Farmácia e abertura de concurso para as 10 vagas existentes; Quanto ao número de farmacêutico aguarda-se desfecho judicial, para futuros ingressos.

3. Estrutura física inadequada em algumas farmácias e dispensários. Em fase de criação de GT para levantamento de prioridades nos locais.

Ações e projetos desenvolvidos ou em elaboração:

A Assistência Farmacêutica participa de capacitações junto aos programas do Tabagismo e Tuberculose com o objetivo de melhorar e monitorar os fluxos dos atendimentos;

Atualização da REMUME organiza e analisa as indicações para as alterações;

Levantamento de dados para o cumprimento da legislação específica para a dispensação da Talidomida;

Participação nas atividades da CCMED (Comissão de Cadastro de Medicamentos);

Elaboração e análise de demandas da OUVIDORIA;
Análise de solicitações de medicamentos via processo judicial.

10 AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

10.1 Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis e Outros Agravos.

As ações e serviços de Vigilância Epidemiológica (VE) são desenvolvidos pelas Equipes de Vigilância de Eventos Vitais (EVEV) e Equipe de Vigilância em Doenças Transmissíveis (EVDT) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde.

Quadro 40 – Metas anuais constantes na PAS 2012

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
1. Encerrar 100% das notificações de casos suspeitos e investigados de doenças exantemáticas.	Vacinação dos contatos de casos suspeitos de rubéola não vacinados;	Orientações junto as UBS mais próxima para ações de bloqueio vacinal na suspeita (rotina de trabalho da equipe).
	Emissão de alerta epidemiológico na mudança do cenário epidemiológico deste agravo;	Neste quadrimestre não houve emissão de alerta.
	Divulgação do calendário básico para vacinação do adolescente e adulto;	Realizada a divulgação junto aos profissionais de saúde durante capacitação e atualização em sala de vacina.
	Realização de campanha informativa;	Reuniões preparatórias para as Campanha de Multivacinação.
	Capacitação de profissionais.	Realizado para os profissionais da rede de atenção, pronto atendimento e hospitais.
7. Reduzir a incidência de um caso de hanseníase no município.	Avaliação de 100% dos contatos intradomiciliares;	30% realizado, pois a informação ocorre ao longo do ano e do acompanhamento dos pacientes.
	Implantação de diagnóstico laboratorial para hanseníase no CSVC usando a mesma estrutura da tuberculose;	A ação será concluída com a reforma do laboratório da CSVC prevista para 2013.
	Investigação e notificação qualificada, através da sensibilização dos profissionais de saúde para o diagnóstico precoce de Hanseníase.	A sensibilização dá-se através da capacitação dos profissionais da rede; foi realizada Capacitação para os profissionais de saúde (médicos e agentes de saúde) em parceria

		com Estado (em agosto).
8. Atingir 85% de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados.	Definição de uma Unidade de Saúde municipal Referência para tratamento de Hanseníase, para dar suporte a atenção primária;	Há muitos anos esta equipe sinaliza a necessidade desta referência; neste ano no dia 27 de junho, foi realizada reunião no CS Santa Marta-proposta da Coordenação da Rede de Atenção Básica. Na reunião estavam todos os profissionais do CS que trabalham com hanseníase. Até o momento não há formalização e ou andamento do projeto.
	Descentralização da medicação para tratamento de Hanseníase;	A medicação para tratamento de hanseníase se concentrava nesta equipe. A EVDT realizou reuniões com a assistência farmacêutica para viabilizar a descentralização dos medicamentos.
	Reorganização do fluxo de distribuição de medicação para Hanseníase;	Início do cadastramento para prescrição de Talidomida; dois cadastros: dos profissionais que prescrevem a medicação, na EAA, e os serviços que são referência para o atendimento, na Equipe de Serviços, da CGVS. Mediante o cadastro, o próximo passo é a assistência farmacêutica assumir o processo de distribuição, que continua na EVDT.
	Busca ativa de pacientes em tratamento para hanseníase e faltantes.	É realizado pelas UBS e notificado a esta EVDT.
9. Manter a taxa de letalidade da dengue abaixo de 1%.	Manutenção da atualização da informação sobre o comportamento da doença (forma clínica e letalidade);	Previsão para 3º quadrimestre de atualização sobre a dengue para os profissionais da rede e hospitais, sensibilizando os mesmos para o início do verão e retorno de férias, período de maior risco de introdução do vírus da dengue.
	Monitoramento do comportamento epidemiológico da dengue;	Reunião da equipe para avaliação do quadro epidemiológico e solicitação junto à coordenação para reunião com a assistência para atualização do Plano de Contingência da Dengue.
	Manutenção da busca ativa semanal nos hospitais da cidade;	Atividade diária desta equipe.
	Avaliação e acompanhamento do comportamento epidemiológico da dengue;	Atividade permanente desta equipe.
	Emissão de boletins informativos sobre comportamento da dengue;	Neste quadrimestre não foi emitido, pois não houve alteração do quadro epidemiológico deste agravo.

	Informação e orientação aos serviços de saúde sobre a evolução da dengue no município;	Sempre que solicitado e quando avaliada mudança no comportamento da doença.
	Realização de visitas domiciliares para orientação e remoção mecânica de criadouros;	Realizado diariamente pelo Núcleo de Roedores e Vetores.
	Realização dos bloqueios de transmissão dos casos de dengue;	Realizado conforme necessidade e descrito no RG.
	Investigação dos casos graves de dengue internados;	Ação e diária e permanente da EVDT.
	Investigar das formas graves de dengue;	Ação e diária e permanente da EVDT.
	Implementação do Programa da Dengue nas Gerências Distritais;	Em fase de implantação pelo NVRV e parceiros.
	Realização Levantamentos de Índice Rápido de Aedes aegypti (LIRAA) anuais.	Não houve a realização do LIRAA em maio, pois a data foi substituída nacionalmente para março.
10. Investigar 100% dos casos notificados de leptospirose.	Investigação e controle ambiental de todos os casos confirmados de leptospirose pela Equipe de Zoonoses.	Neste item há o envolvimento de duas equipes: EVDT, que recebe a notificação e investiga o paciente e orienta e assessora o profissional de saúde na conduta terapêutica e diagnóstica. Após a confirmação do caso, é encaminhada a notificação para o Núcleo de Roedores e Vetores para a ação ambiental, desratização e orientação para paciente e contactantes.
11. Encerrar oportunamente 100% dos casos de investigação das doenças de notificação compulsória que necessitam investigação segundo Portaria Ministerial.	Investigação de todos os casos das doenças de notificação compulsória.	É realizada a investigação de 100% dos casos notificados, porém, quando se refere ao encerramento oportuno, este percentual pode não ser atendido devido a algumas variáveis, por exemplo, demora no resultado de exame.
<p>Análise das Metas da PAS A CGVS é responsável direta por 27 metas da PAS, sendo elas, em sua grande maioria, de avaliação anual. Todas elas são compostas por ações que são desenvolvidas como processo de trabalho diário dentro das diversas equipes, e o seu cumprimento anterior ou posterior ao final do ano pode ser definido de acordo com situações de risco epidemiológico para o município.</p>		

As ações e serviços de Vigilância Epidemiológica (VE) são desenvolvidos pelas Equipes de Vigilância de Eventos Vitais (EVEV) e Equipe de Vigilância em Doenças Transmissíveis (EVDT) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde.

Abaixo segue demonstrativo de ações pactuadas e de produção do segundo quadrimestre de 2012 com o segundo quadrimestre do ano de 2011, analisando a variação das ações e serviços dentro do mesmo período sazonal, e a evolução das metas pactuadas.

10.1.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais

Quadro 41 – Metas anuais constantes na PAS

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º Quadrimestre
15. Monitorar a notificação compulsória da sífilis adquirida em 100% dos serviços de Atenção Primária em Saúde.	Capacitação dos profissionais que ingressarem na Rede de Atenção Primária em Saúde;	Prevista para acontecer no terceiro quadrimestre.
	Investigação dos casos notificados.	Todos os casos estão sendo investigados pela vigilância epidemiológica.
16. Reduzir em 1,2% os casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça/cor.	Realização de campanhas de prevenção de forma sistemática em DST/HIV/Aids e Hepatites Virais ao longo do ano;	Ação itinerante Fique Sabendo HIV/ Sífilis e Hepatite B e C. Campanha do dia dos Namorados. Campanha do Dia Nacional das Hepatites Virais.
	Distribuição de insumos de prevenção para a população;	Foram distribuídos no segundo quadrimestre: 158.030 gel lubrificante 12.189 preservativos femininos 9.505 preservativos masculinos (49 mm) e 970.706 (52 mm). Estes insumos foram distribuídos nos SAE's, UBS, ESF, CTA e projetos pontuais da Área Técnica de DST/ AIDS e Hepatites Virais.
	Descentralização das ações de testagem de HIV na RAP com utilização do Teste Rápido diagnóstico –TRD;	Matriciamento em teste rápido/ aconselhamento nas gerências Glória/ Cruzeiro/ Cristal, Norte/ Eixo Baltazar, Restinga/ Extremo Sul. Educação continuada em teste rápido/ Aconselhamento na gerência NHNI.
	Capacitação dos profissionais dos Serviços de saúde, Lideranças Comunitárias e Conselhos Locais de saúde para a implantação do TRD	Esta ação só irá acontecer no terceiro quadrimestre na gerência Glória/Cruzeiro/ Cristal.

	junto aos CS, UBS e ESF;	Salienta-se que as lideranças comunitárias da Partenon/ Lomba do Pinheiro e Restinga já foram capacitadas.
	Implantar o Comitê de Mortalidade por AIDS em POA;	Realizado. As reuniões acontecem de forma sistemática uma vez por mês e conta com o apoio de 25 instituições Municipais, Estaduais e Federais.
	Realização de ações de educação continuada com a população jovem da Rede Municipal de Ensino - RME através do programa Saúde e Prevenção nas Escolas - SPE;	Lançamento do Projeto Galera Curtição, que tem as suas bases fundamentadas nos preceitos do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, que se constitui como uma ação interministerial (Ministérios da Saúde e da Educação) em conjunto com a UNESCO, UNICEF e UNFPA. Em agosto foram realizadas as inscrições das escolas participantes do Projeto Galera Curtição. Estão participando do projeto 95 escolas, sendo 41 municipais e 54 estaduais; 380 professores e cerca de 9500 jovens estudantes do ensino fundamental.
	Qualificação dos serviços de atenção especializada em HIV e AIDS;	Capacitação em novas tecnologias de prevenção; Participação de servidores em Congressos, seminários, reuniões e trocas de experiência de Serviços especializados de outros estados.
	Implantação das linhas de cuidado para pessoas vivendo com HIV e AIDS nos serviços de urgências, emergências e pronto atendimentos;	A linha de cuidado está sendo construída pelos profissionais dos SAE's do CSVC e IAPI. Reuniões sistemáticas na CGAPSES para construção das linhas de cuidado.
	Fortalecimento da adesão de pacientes com HIV e AIDS nos serviços especializados.	Grupo de adesão no SAE CSVC Grupo de adesão de gestantes no SAE CSVC
17. Reduzir de 5.4% para índices iguais ou menores que 2,2% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor.	Manutenção das ações do Programa Nascer;	Realizada. As ações do Nascer são pontuais para entrega de insumos para as unidades e hospitais.
	Descentralização da entrega do resultado de exames de HIV;	70% nas gerências: GCC, RES e NEB e NHNI. 100% na GD PLP

Ampliação da busca ativa de gestantes HIV+ e faltosas ao pré-natal;	<p>A busca ativa de gestantes está acontecendo em 100% dos serviços especializados e Hospitais.</p> <p>Elaboração do termo de consentimento livre e esclarecido para a busca ativa da gestante e de seu parceiro para realização do tratamento.</p>
Realização do teste anti-HIV em 100% das gestantes que acessarem os serviços de saúde no 1º e 3º trimestre de gestação e no companheiro;	O TRD está sendo distribuído para as gerências GCC, NEB, RES, PLP e NHNI para todas as UBS e ESF matriciadas para realização de TRD em gestantes e parceiros.
Realização do teste anti-HIV no companheiro da gestante;	<p>Todas as gestantes das UBS e ESF das gerências que foram implantadas o TRD está sendo solicitado que o parceiro realize o teste rápido.</p> <p>Busca ativa dos parceiros para realização do TRD.</p>
Ampliação da cobertura de ESF;	Ampliação de 39,6% para 42,3%
Contratação de RH para as UBS;	Realizada.
Descentralização dos postos de coleta de exames de laboratório;	Implantação do posto de coleta para CD4 e CV para o SAE IAPI, duas vezes por semana, e com previsão para mais um dia, buscando atender as demandas provenientes da RAP das GDs NHNI e NEB.
Encaminhamento e acompanhamento todas as gestantes com sorologia positiva para os serviços especializados em DST/AIDS a fim de realizar pré-natal de alto risco;	<p>Todas as gestantes com sorologia positiva com gestação de alto risco estão sendo encaminhadas para o Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Fêmeina, Hospital São Lucas (PUC), Hospital Santa Casa e Hospital Presidente Vargas.</p> <p>A Vigilância epidemiológica faz o monitoramento destas gestantes de alto risco na atenção terciária.</p>
Implantação do teste rápido nos serviços de saúde da RAP.	O TRD foi implantado na GCC, RES, NEB e NHNI.

18. Reduzir a taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade, com equidade segundo raça/cor, para menos de 11/100.000.	Manter as ações do Programa Nascir;	As ações do Nascir estão acontecendo através da distribuição de insumos, como formulas lácteas para Unidades e Maternidades, AZT's Injetáveis e AZT's orais.
	Manter o atendimento especializado a criança exposta;	Todos os hospitais e serviços especializados estão mantendo o atendimento para todas as crianças expostas. Busca ativa das crianças faltosas nos serviços.
	Realizar atendimento a 100% dos RNs expostos ao HIV.	Acompanhamento de todos RNs Acompanhamento na perda de seguimento.
93. Criar um Serviço de Atendimento Especializado em AIDS – SAE.	Conclusão da reforma da Área física do 5º andar do CS Santa Marta;	Previsão de conclusão em dezembro de 2012.
	Destinação de recursos humanos para compor o serviço.	Aguarda criação de cargos e nomeação de servidores.
Análise das Metas da PAS A meta 15 está com a capacitação para os profissionais do RPA, prevista para ocorrer no próximo quadrimestre. A meta 16, 17 e 18 são metas de avaliação anual e serão analisadas no Relatório Anual. A meta 93 está em andamento com conclusão prevista para o próximo quadrimestre.		

Tabela 53 Sífilis Adquirida e Corrimento Uretral Masculino

Nº casos de Sífilis e corrimento uretral masculino PAS 15 (2012)		Meta	2º Quadrimestre		Variação %
			2012	2011	
Casos	Nº de casos Sífilis	NP	380	209	+82%
	Nº de casos Corrimento uretral		10	15	-33%

FONTE: EVDT/CGVS/ SMS/SINAN

NP: Não pactuado

Houve um aumento significativo da sífilis adquirida que é devido à notificação laboratorial deste agravo, principalmente ao compararmos com o corrimento uretral que é uma notificação de avaliação clínica e que teve sua notificação diminuída no período. A medição deve ser anual.

Tabela 54 – Crianças expostas ao HIV no parto

Crianças Expostas ao HIV no parto segundo raça/cor		Meta	2º Quadrimestre		Varição
			2012	2011	%
Casos expostos	Branca	Reduzir de 5,4% para índices iguais ou menores que 2,2% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor.	60	64	-6,25%
	Preta		27	40	-32%
	Parda		14	11	+27%
	Preta + Parda		41	51	-19%
	Amarela		1	0	+100%
	Indígena		0	0	0

FONTES: EVDT/ CGVS/SMS/SINAN

A informação quadrimestral é de número absoluto de casos, neste quadrimestre ocorreram 105 casos de partos de gestante HIV, sendo 3 de raça/ cor ignorada, no mesmo período de 2011 foram notificados 121 casos partos de gestante HIV, sendo 6 de raça/ cor ignorada. Foram consideradas nesta análise as raças cor da gestante HIV.

SAE CSVC

Tabela 55 – Produção do SAE/ CSVC

	Indicadores	2º Quadrimestre		Varição
		2012	2011	%
Consultas HIV	Consultas disponibilizadas	2573	4102	-37,27%
	Consultas agendadas	2358	3925	-39,92%
	Consultas realizadas	2112	3688	-42,73%
Atividades complementares*	Enfermagem	2122	1956	8,48%
	Serviço Social	1421	1218	16,66%
Dispensação de Insumos **	Preservativo Masculino	17568	13800	27,30%
	Preservativo Feminino	490		
	Gel Lubrificante	12500	460	2617,39%
P.P.E.S	P.P.E.S	17	9	88,88%

FONTES: SAE/ CSVC

OBS: Das 2.573 consultas disponibilizadas, 2.358 consultas foram agendadas, sendo que destas, 215 consultas estão bloqueadas para a realização de atividades internas e externas do serviço. Todos os servidores do SAE/ CSVC estão inseridos no bloqueio de agenda para as reuniões do serviço, capacitações e congressos.

Na descrição destes dados iremos abordar o QUALIAIDS na sistemática das consultas especializadas. O Sistema de Avaliação QUALIAIDS avalia a qualidade dos serviços do SUS que assistem pessoas vivendo com HIV em nível ambulatorial. Atualmente a Avaliação QUALIAIDS é uma das fontes de informação utilizadas pelo Monitoraids, Sistema de Monitoramento de Indicadores DST/AIDS/HV que objetiva fornecer informações que possibilitem o acompanhamento da resposta brasileira para a epidemia de AIDS e de outras DST. Neste sistema de avaliação, o

Monitoraids possui indicadores como tempo estipulado para primeira consulta e retorno.

A Área Técnica de DST/ AIDS e HV analisa os dados, cruzando as variáveis carga horária X tempo de primeira consulta X tempo de retorno da consulta. Esta análise propicia observação minuciosa e criteriosa sobre o tempo ético das consultas disponíveis nos serviços especializados. As consultas parametrizadas estão de acordo com o QUALIAIDS, em suma, está utilizando esta meta como melhoria do serviço em prol do usuário.

Em agosto de 2011, ingressaram dois infectologistas no quadro de funcionários do SAE CSVC, tendo um aumento na oferta de consultas, devido à disponibilidade de infectologistas no serviço. As variações de consultas clínicas são referente à saída de 4 (quatro) profissionais, sendo estes, os que atendem HIV Adulto. Além de redução da grade de profissionais, o serviço teve a redução de carga horária de um clínico geral de 20 horas semanais para 12 horas semanais, pois o mesmo realiza 8hs no SAE IAPI. Salienta-se que além da nova estruturação de recursos humanos, teve a mudança do QUALIAIDS, passando a primeira consulta para 1 hora, e o retorno para 30 minutos.

Salienta-se que além da nova estruturação de recursos humanos, teve a mudança do QUALIAIDS, passando a primeira consulta para 1 hora, e o retorno para 30 minutos.

Nas consultas de Enfermagem, o quadro profissional também obteve mudanças, passando de 3 enfermeiras para 2. Neste quadrimestre a função das enfermeiras foi ampliada e qualificada. (*)

O Serviço Social teve uma variação positiva de 16,66%, focado no atendimento de suporte social para os pacientes. Além destas atividades, o Serviço Social realiza busca ativa das gestantes faltosas do serviço, pacientes faltosos via AGHOS e avaliação dos casos de mortalidade. Os atendimentos domiciliares para gestantes faltosas tiveram um aumento significativo de 55,55% neste quadrimestre. (*)

Houve um acréscimo no número de preservativos masculinos e femininos disponibilizados no serviço devido ao aumento das solicitações de preservativos e reforço na divulgação do protocolo de distribuição. (**)

Foram disponibilizados 151 consultas, destas 75 consultas realizadas (49,66%) e 76 (50,33%) consultas não realizadas. A partir deste quadrimestre o SAE

CSVC está realizando busca ativa dos faltosos para analisar mais adequadamente os motivos de faltas em primeira consulta.

Ressalta-se que no segundo quadrimestre de 2011 não havia preservativo feminino.

Unidade de Dispensação de Medicamentos

Tabela 56 – Dispensação de Medicamentos (HIV/ AIDS) no SAE/CSVC

Usuários	2º Quadrimestre		Variação %
	2012	2011	
Adultos	7869	7311	7,63%
Gestantes HIV +	114	62	83,87%
Crianças expostas	76	98	-22,45%
Total	7945	7409	7,23%

FONTE: SICLOM

Na distribuição de ARV houve um acréscimo de 7,36%, devido ao número de prontuários ativos ter aumentado neste quadrimestre. Houve um aumento significativo em gestantes HIV+, mostrando a inserção do teste rápido/ aconselhamento no processo de descentralização. Relacionado às crianças expostas, os dados demonstram a redução de crianças exposta no serviço. O SAE também disponibiliza ARV para usuários da rede que realizam tratamento em outros locais que não possuem farmácia de distribuição de ARV.

SAE/ IAPI

Tabela 57 – Produção do SAE/IAPI

	Indicadores	2º Quadrimestre		Variação %
		2012	2011	
Consultas HIV *	Consultas disponibilizadas	1352	1375	-1,67%
	Consultas agendadas	1352	1375	-1,67%
	Consultas realizadas	1055	1042	1,25%
Atividades complementares **	Enfermagem	972	866	12,24%
	Serviço Social	586	534	9,73%
Dispensação de Insumos***	Preservativo Masculino	20.000	16.524	21,03%
	Preservativo Feminino	110	-----	-----
	Gel Lubrificante	7000	809	765,26%
P.P.E.S	P.P.E.S	24	7	242,85%

FONTE: SAE IAPI

O SAE IAPI conta atualmente com 4 profissionais atendendo HIV adulto. Os usuários cadastrados estão em menor proporção, o que reduz o número de

consultas quando comparamos ao SAE CSV. As consultas também são parametrizadas, conforme a carga horária dos profissionais. Além desta alteração da carga horária, ocorreram afastamentos por LTS/ LG da pediatra e da ginecologista. Durante a licença destes profissionais, os pacientes foram atendidos no SAE/CSV. (*)

As consultas de Serviço Social também obtiveram aumento de 9,37% neste quadrimestre, em razão do número de pacientes ativos ter aumentado. O Serviço Social não realiza atendimento domiciliar, porém este serviço realiza busca ativa pelo telefone aos pacientes faltosos. (**)

Houve um acréscimo no número de preservativos masculinos e femininos disponibilizados no serviço devido ao aumento das solicitações de preservativos e reforço na divulgação do protocolo de distribuição. (***)

O número de consultas disponibilizadas pela central de marcação de consultas para o SAE IAPI foi de 41 consultas, destas foi realizado 25 (30,02%) e 16 (39,02%) não realizadas. Tendo em vista o número de faltosos, o serviço está se organizando para realizar a busca ativa, avaliando os principais problemas de faltas destes usuários.

Ressalta-se que no segundo quadrimestre de 2011 não havia preservativo feminino na RAP.

Unidade de Dispensação de Medicamentos

Tabela 58 – Dispensação de Medicamentos (HIV/ AIDS) no SAE/ IAPI

Usuários	2º Quadrimestre		Variação %
	2012	2011	
Adultos	2469	1790	37,93%
Gestantes HIV +	6	4	50%
Crianças expostas	13	8	62,5%
Total	2488	1802	38,07%

FONTE: SICLOM

O número de retirada de ARV é maior relacionado ao número de usuários ativos no serviço, devido os usuários realizar tratamento em outros locais que não tem UDM e retirarem medicação no SAE IAPI.

Centro de Testagem e Aconselhamento Paulo César Bonfim

Tabela 59 – Produção do CTA

Indicadores	2º Quadrimestre		Variação %
	2012	2011	
Consultas disponíveis	1132	1270	-10,87%
Aconselhamento Pré-teste	608	561	8,38%
Aconselhamento Pós-teste	524	498	5,22%
Consultas disponibilizadas/ Psicoterapia	105	95	10,52%
Psicoterapias realizadas	88	79	11,39%
Atividades educativas	14	3	366,67%
Grupos de autocuidado	17	19	10,53%

FONTE: SI-CTA

A redução das consultas teve uma variação neste quadrimestre de -10,86%, decorrente da redução de aconseladoras no CTA por aposentadoria e redução de carga horária de uma profissional. Além disso, os profissionais realizaram atividades de educação permanente na metodologia de matriciamento em aconselhamento para as UBS e ESF da Gerência Glória/ Cruzeiro/ Cristal.

Abaixo, apresentaremos os dados referentes aos CTA's do Estado. A extração dos dados do Estado é realizada de forma trimestral (abril, maio, junho).

Tabela 60 – Produção dos dados do CTA do Estado

Indicadores	2º Quadrimestre 2012
Requisições	450
Entregas realizadas	365
HIV reagentes	98

FONTE: SIC-TA

Programa NASCER

O Programa NASCER tem como objetivo melhorar a qualidade do atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido, a redução da transmissão vertical do HIV e o controle da sífilis congênita. O programa está inserido na Área Técnica de DST/ AIDS e Hepatites Virais. As ações do programa NASCER estão vinculadas às capacitações em teste rápido e aconselhamento nas gerências Partenon/ Lomba do Pinheiro, Glória/Cruzeiro/Cristal, Restinga/ Extremo Sul, Norte/ Eixo Baltazar e Navegantes/ Humaitá/ Ilhas. Todas estas gerências tiveram seus profissionais capacitados para testar gestantes e parceiros, visando os conceitos principais do programa. Além das gerências, ocorreram capacitações nos Pronto Atendimento de Urgência e Emergência, visando a testagem rápida em gestantes

que realizam o parto nos PAs. O PA da Restinga teve uma proposta diferenciada para a capacitação, considerando o grande número de partos em 2011.

Nas ações do programa está previsto o fornecimento dos insumos de prevenção e para a profilaxia (AZT, inibidor de lactação e fórmula Láctea) para as maternidades cadastradas, UBS e ESF.

Tabela 61 – Criança cadastrada no Programa NASCER

Total de Crianças	2º Quadrimestre		Variação %
	2012	2011	
		248	200

FONTE: Programa Nascer

O aumento de crianças cadastradas deve-se ao processo de descentralização do Teste Rápido Diagnóstico que aumentou a cobertura de acesso ao diagnóstico de gestantes.

Tabela 62 – Insumos distribuídos pelo Programa NASCER

Indicadores	2º Quadrimestre 2012
Número de formulas lácteas dispensadas para UBS e ESF	8882
Número de fórmulas lácteas maternidades	256
Número de AZT injetável utilizado nas maternidades	140
Número de Solução Oral utilizado nas maternidades	67

FONTE: Programa Nascer

Testes de HIV/AIDS Laboratoriais

Tabela 63 – Quantitativo de Testes Laboratoriais

Testes	2º Quadrimestre		Variação %
	2012	2011	
Elisa	29355	29215	0,48
Western Blot	303	152	99,34

FONTE: Tabwin

O Western Blot teve um aumento significativo. Justificamos este aumento pela reorganização do fluxo laboratorial e pela confirmação de diagnóstico do TRD ainda estar em processo de aceitação pelos serviços de saúde.

Testes de HIV/Sífilis – RAP

Tabela 64 – Teste Rápido nas UBS e ESF: PLP/ GCC, NEB E RES

TRPD	HIV	SIFILIS
1348	28	56

FONTE: Gerências Distritais.

Foram realizado 1348 Teste Rápido nas gerências Glória/ Cruzeiro/ Cristal, Restinga/ Extremo Sul, Norte/ Eixo Baltazar e Partenon/ Lomba do Pinheiro. Dos testes realizados, 28 tiveram resultado reagente para HIV (2,07%) e 56 (4,15%) resultados reagentes para Sífilis.

No mês de Agosto foram capacitadas as equipes de saúde da gerência Navegantes/ Humaitá/ Ilhas. Estas equipes estão sendo matriciadas, no sentido de contemplar os objetivos do projeto de descentralização dos testes rápidos nas UBS e ESF.

Tabela 65 – Teste Rápido Diagnóstico no Centro de Saúde Santa Marta

Testes Rápidos	Reagente	Não Reagente
TRPD HIV	105	505
TRPD SIFILIS	62	428

FONTE: Centro de Saúde Santa Marta.

O maior número de testes realizados para HIV e Sífilis no Centro de Saúde Santa Marta, foi realizado no mês de junho, quando ocorreu o projeto itinerante Fique Sabendo.

Projeto Fique Sabendo HIV/ Sífilis

O Fique Sabendo é uma mobilização do Ministério da Saúde de incentivo ao teste rápido de AIDS e sífilis, tendo como objetivo conscientizar a população sobre a importância da realização do exame.

Em Porto Alegre, foi realizado no Largo Glênio Peres e no Parque Farroupilha. Estes locais foram escolhidos pelo grande fluxo de pessoas e pela diversidade sócio-cultural, econômica e sexual. Foram distribuídos 145 testes rápidos de HIV e

Sífilis para população nos 3 dias de ação da campanha. Além dos testes rápidos, tivemos ações educativas em prevenção para população que foi testada e para população que não teve acesso ao teste rápido como diagnóstico. Todos os pacientes com resultado positivo, foram encaminhados para o SAE CSVV ou para o SAE IAPI. Além destes encaminhamentos, aconteceu o monitoramento destas pessoas para as consultas agendadas nos casos reagentes.

Projeto Galera Curtição

Trata-se de um projeto cultural e educativo, realizado pela SMS, com parceria da SMED. Através de um jogo entre escolas municipais e estaduais de ensino fundamental são desenvolvidas ações lúdicas, culturais, educativas e, sobretudo, interativas, levando informações sobre prevenção de DST's e HIV / AIDS, uso de álcool, tabagismo e outras drogas. Além disso, também são abordados temas referentes a gênero, sexualidade, diversidade sexual, raça/ cor/ etnia, utilizando-se a linguagem do jovem para que os mesmos atuem como multiplicadores desse conhecimento. As violências e preconceitos constituem-se como temas transversais, também abordados neste trabalho.

Participam desse projeto, iniciado no mês de agosto, 95 escolas, sendo 41 municipais e 54 estaduais, totalizando também a participação de 380 professores e cerca de 9.500 jovens estudantes do ensino fundamental.

A avaliação do Projeto Galera Curtição é processual, e neste sentido foi criado um site para participação dos professores e alunos, com perfis diferentes de acesso. Na área denominada portal do professor, é disponibilizado materiais de apoio teórico e metodológico que auxiliam os educadores na abordagem dos temas. O Site disponibiliza também um fórum de discussão, onde os professores podem compartilhar suas experiências, questionamentos, sugestões, entre outras informações.

Em relação à avaliação, destaca-se a atuação do educador, que após cada tarefa há o preenchimento de um questionário com questões acerca da execução das tarefas, dificuldades encontradas, pertinência dos materiais disponibilizados. A partir de cada momento avaliativo, programam-se reuniões com os educadores, a fim de sanar as dificuldades apresentadas, que podem tanto ser de ordem de conteúdos propriamente ditos ou de ordem pessoal ao abordar determinadas temáticas.

O projeto tem suas bases fundamentadas nos preceitos do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, criado em 2007 pelos Ministérios da Saúde e da Educação, que se constitui como uma ação interministerial realizada entre os Ministérios da Saúde e da Educação, em conjunto com a UNESCO, UNICEF e UNFPA.

Hepatites Virais

Quadro 42 – Metas anuais constantes na PAS

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º Quadrimestre
5. Investigar 100 % das notificações de casos suspeitos de Hepatite Viral.	Realização da busca ativa nos hospitais, laboratórios e rede de atenção primária;	Realizada.
	Realização da notificação compulsória nos laboratórios.	100% dos casos foram notificados pelos laboratórios.
6. Manter a descentralização do exame de biologia molecular para a Hepatite C em 100% dos serviços de atenção primária em saúde.	Capacitação dos profissionais dos serviços de atenção primária para solicitação de exame de biologia molecular para Hepatite C.	Realizada no 1º quadrimestre. Os serviços da RAP estão solicitando exame de biologia molecular.
Análise das Metas da PAS:		
As metas foram realizadas.		
Meta nº 5: foram investigados 680 notificações de casos suspeitos de hepatite viral (Hepatites A = 51 casos).		
Hepatite B = 102 casos, Hepatite C = (527 casos).		

Tabela 66 – Relação de notificações, investigações e confirmações dos casos de Hepatites Virais

Notificar casos suspeitos de Hepatites Virais no SINAN e com diagnóstico laboratorial por sorologia.PAVS 38 PAS 6 Pacto pela Vida – Prior IV - 13		Meta PAVS/SISPACTO/PAS		2º Quadrimestre		Variação %
				2012	2011	
B	Notificado	80% notificação (PAVS) & 90 % diagnóstico laboratorial (SISPACTO)	PAS: Manter a descentralização do exame de biologia molecular para hepatite C em 100% dos serviços de atenção primária em saúde.	102	57	78,94
	Investigado			102	57	78,94
	Confirmado			102	57	78,94
	% da meta atingida			100%	100%	100
C	Notificado	80% notificação		527	446	18,16
	Investigado			527	446	18,16
	Confirmado			527	446	18,16
	% da meta atingida			100%	100%	100%

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

A Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais dá-se através da busca ativa dos casos junto aos hospitais, laboratórios e da Rede de Atenção Primária em Saúde. Estes dados dependem de muitos fatores, inclusive da procura das pessoas pelos serviços de saúde. Com a abertura do novo Serviço de Atendimento Especializado (SAE) para hepatites virais em 2012, houve um aumento de consultas especializadas e consequente aumento de notificações de casos de hepatites, especialmente de hepatites virais do tipo B, onde o número de notificações praticamente dobrou em relação ao ano anterior.

Com a abertura do SAE e implantação do exame de biologia molecular na atenção básica as unidades de saúde ampliaram o atendimento as hepatites virais.

Produção SAE Hepatites Virais

Tabela 67 – Produção de consultas SAE/ Hepatites Virais

Consultas	Realizado 2º Quadrimestre 2012
Agendados – 1ª consulta	832
Realizados – 1ª consulta	610
Faltosos – 1ª consulta	222
Retornos Agendados (AMB-HPV)	1390
Faltosos de retorno (AMB-HPV)	204

FONTE: SAE/Hepatites Virais

Houve uma diminuição nas faltas aos retornos agendados no HMIPV, com uma tendência a estabilização havendo inclusive o aumento do número total de consultas, mesmo com a exoneração de dois especialistas. Em relação às primeiras consultas (CMCE), em termos de quantitativo ofertado e realizado, houve uma diminuição das consultas realizadas no mês de julho, justificado por um número grande de faltas, sem, no entanto, ter sido estabelecido um padrão para que se possa fazer uma análise mais crítica.

A parametrização destas consultas está de acordo com a quantidade de ofertas real e bloqueios na agenda. Não pode ser realizada variação, pois o SAE Hepatites Virais foi inaugurado este ano.

Projeto Fique Sabendo Hepatites Virais

A ação Fique Sabendo Hepatites Virais ocorreu no dia nacional das hepatites virais. Foi realizado neste dia testagem rápida para Hepatite B e C e Imunização para hepatite B. Analisando os dados, obtemos o resultado de 302 pessoas testadas, sendo destas, 30 resultados reagentes. Todos os casos reagentes foram encaminhados para o SAE Hepatites Virais. Na imunização de Hepatite B, tiveram 840 pessoas imunizadas. As pessoas imunizadas para Hepatite B estão sendo chamadas pela equipe de vigilância para a segunda dose da vacina. Destaca-se que o dado para análise das variáveis está sendo realizado através do software de análise estatística SPSS 16.0. Este software analisa os dados, cruzando as variáveis para achar significância na amostra.

10.1.2 Leptospirose

Tabela 68 – Casos de leptospirose notificados e investigados

Notificar e investigar casos de Leptospirose PAS 10		Meta PAS	2º Quadrimestre		Variação %
			2012	2011	
Casos	Notificado	Investigar 100% dos casos	25	34	-26,47
	Investigado		25	34	-26,47
	% Investigado		100,00	100,00	-
	Confirmado		4	8	-50,00
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

FONTE: EVDT/CGVS/SINAN NET

Embora a meta tenha sido atendida, é importante ressaltar que nem todos os casos de agosto estão encerrados (a coleta de sorologia se dá a partir do sétimo dia após o início dos sintomas e deve ser repetida, em alguns casos). Da mesma forma, os casos positivos somente são encerrados após a ação de desratização feita pela Equipe de Zoonoses.

Vigilância da Leptospirose e Controle de Roedores

Tabela 69 – Dados da vigilância de leptospirose e controle de roedores

Leptospirose e Controle de Roedores	2º Quadrimestre		Variação
	2012	2011	%
Vigilância da Leptospirose -Inquéritos	4	14	-71,43
Vigilância Mordedura de Rato	2	9	-77,78
Desratizações	780	661	18,00
Desratizações Comunitárias	5	5	-
Visitas Domiciliares	342	525	-34,86

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

As ações de vigilância da leptospirose e o controle de roedores são realizados de forma contínua e permanente ao longo do ano pela NVRV. Os casos de leptospirose e de mordedura de rato desencadeiam ações a partir de sua notificação à Equipe. As desratizações são solicitadas através do sistema Fala Porto Alegre, 156. Desratizações comunitárias são solicitadas por equipes da ESF, Centros Administrativos Regionais ou Associações de Moradores. As visitas domiciliares são realizadas durante as desratizações comunitárias. A diminuição de casos de leptospirose e mordedura de rato provavelmente está associada a fatores climáticos, com uma diminuição e irregularidade de chuvas com a consequente redução de alagamentos. Já a redução de visitas domiciliares se deveu a realização de desratizações comunitárias em comunidades menores.

10.1.3 Sarampo/ Rubéola

Tabela 70 – Investigação oportuna dos casos notificados de Sarampo e Rubéola

Metas anuais constantes na PAS				
Previsto 2012		2º Quadrimestre		Observações específicas
		2012	2011	
1. Encerrar 100% das notificações de casos suspeitos e investigados doenças exantemáticas. (EVDT)	Notificados	7	29	Um caso importado de sarampo no mês de maio de 2011.
	Investigados	7	29	
	Descartados	7	28	
PAVS 95 e PAVS 96 (Investigar em até 48h e encerrar por diagnóstico laboratorial)		100%	100%	

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET

10.1.4 Vírus Influenza

Tabela 71 – Número de coletas preconizadas e realizadas na rede sentinela para influenza

Realizar avaliação de desempenho da rede sentinela de INFLUENZA PAVS 35		Meta PAVS	2º Quadrimestre		Varição %
			2012	2011	%
Coletas	Nº coletas de amostras preconizadas	5/coletas por semana	160	160	-
	Nº coletas realizadas		84	88	-4,55

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Neste segundo quadrimestre tivemos a desistência da unidade sentinela do Hospital Mãe de Deus, que funcionava de forma voluntária e parceira, sem contratualização, portanto, a produção é somente da sentinela do HNSC que atingiu o preconizado.

10.1.5 Meningite

Tabela 72 – Relação dos casos notificados e investigados em relação ao diagnóstico laboratorial

Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningites bacteriana por meio das técnicas de cultura contra imunoeletroforese e látex PAVS 100		Meta PAVS	2º Quadrimestre		Varição
			2012	2011	%
Meningite Bacteriana	Notificado e investigados	40% com diagnóstico laboratorial	19	26	-26,92
	Casos confirmados de Meningite Bacteriana		19	26	-26,92
	Nº. absoluto Diag. Lab. (cultura, CIE látex)		14	18	-22,22
	Percentil atingido (diag.laboratorial/casos confirmadosx 100)		73,68	69,23	6,43
	% da meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

O dado referente a 2012 pode sofrer alteração visto que há investigações de casos de meningite, com início dos sintomas em agosto/ 2012, ainda não concluídas e informadas no SINAN.

10.1.6 Tuberculose

Quadro 43 – Metas anuais constantes na PAS

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
19. Diagnosticar 80 % dos casos estimados de tuberculose.	Avaliação de 1% da pop local com baciloscopia de escarro (estimativa de prevalência de Sintomáticos Respiratórios – SR);	Meta: 4.698 pessoas Atingido: 5.843 pessoas, 124,4% da meta.
	Pactuação com os serviços de saúde indicadores de avaliação de SR;	Pactuação com 34 ESF das GD LENO, RES, Centro e Ilha dos Marinheiros.
	Realização de diagnóstico precoce dos casos de tuberculose bacilífera, priorizando a busca de casos nas populações de maior vulnerabilidade;	Capacitação para a busca ativa de sintomáticos respiratórios; Implementação de diagnóstico de tuberculose no SAE do Centro de Saúde Vila dos Comercários.
	Adequação da área física do Laboratório Central do CSVC, conforme Portaria Ministerial 1914/11 para NB3 (Nível de Segurança Biológica), para ampliação da realização de baciloscopias e de culturas para micobactérias;	Em fase de planejamento com empresa contratada. Por orientação do MS está adequada a implementação da NB2, a exemplo do LACEN-RS.
	Implantação da Cultura para micobactérias em meio líquido;	Em fase de análise.
	Readequação da equipe do laboratório com recursos humanos necessários para realização de baciloscopias (01 bioquímico e 01 auxiliar de laboratório, exclusivos) e para cultura (02 bioquímicos e 01 auxiliar de laboratório, exclusivos);	A equipe do laboratório de tuberculose conta com 3 bioquímicos exclusivos e 2 técnicos de laboratório. Aguarda a entrada de 2 técnicos de laboratório no próximo quadrimestre.
	Disponibilização de cultura para micobactérias, segundo as atuais recomendações MS;	Realizada.
	Capacitação e atualização das equipes da ESF, UBS, CS E PAs para busca de SR diagnóstico de TB;	Capacitação da UBS IAPI e das USF da GD RES e LENO.
	Descentralização do diagnóstico;	Realizado para USF da GD RES e LENO.
	Registro da notificação no SINAN dos casos de TB identificados nas emergências e grupos mais vulneráveis;	Implementada nos grupos mais vulneráveis. Nas emergências está sendo aguardada a finalização do processo de informatização.
Avaliação dos contatos dos pacientes bacilíferos, segundo as recomendações do MS, priorizando a	Realizada pelas unidades de tratamento de tuberculose com a realização de teste tuberculínico a todos, Rx de tórax e baciloscopia de	

	avaliação de crianças e grupos mais vulneráveis;	escarro, quando indicados.
	Implantar postos de coleta de escarro por GD, com transporte diário para o laboratório.	Realizada.
20. Iniciar tratamento em 100% dos casos diagnosticados de tuberculose em 2012.	Criação de Centros de Referência em TB, com equipe específica, para cada Gerência Distrital;	Inclusão de uma médica de família e comunidade no CRTB LENO no CSBJ.
	Capacitação das equipes da ESF e descentralização do tratamento de TB com Esquema Básico para pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera, exceto para portadores de coinfeção TB x HIV;	Realizado para USF da GD RES e LENO.
	Fluxos de atendimento de TB na rede esclarecidos, garantindo a vinculação do paciente na rede ambulatorial após a alta das UPAS e de internação hospitalar.	Previsão de implantação da linha cuidado em tuberculose no ano de 2013.
21. Aumentar a taxa de cura de casos novos pulmonares bacilíferos de 64% para 68%.	Capacitação dos profissionais das UBS e CS para TDO compartilhado e busca de faltosos ao tratamento;	Realizada para USF da GD RES e LENO.
	Realização de tratamento com Esquema Básico, através de Tratamento Diretamente Observado - TDO, a todos pacientes bacilíferos residentes em áreas de atuação das USF e aos portadores TBMR (Tuberculose Multiresistente) em qualquer unidade de saúde;	Realizado para USF da GD RES e LENO. O MS adotou a sigla TBDR-Tuberculose Droga Resistente para a identificação de todas as categorias de resistências aos tuberculostáticos, sendo TBMR uma delas. O TDO para portadores de TBDR é realizado em todas as unidades da rede.
	TDO às populações de maior vulnerabilidade: portadores do HIV/Aids, indígenas, população negra, população prisional, população em situação de rua, dependentes químicos e outros transtornos mentais;	Realizada.
	Disponibilização de Vale Transporte - VT, lanche e/ou cesta básica mensal ao paciente durante o TDO;	Fornecido VT para todos os pacientes. O lanche e a cesta básica estão em processo de planejamento.
	Realização de busca ativa ao paciente faltoso em todas as unidades da rede ambulatorial.	Realizada.
22. Redução da taxa de abandono de 17% para 15% para pacientes que iniciarem tratamento até dezembro de 2012.	Idem as ações da meta 21	

23. Reduzir a taxa de óbito de tuberculose de 8% para 7% para pacientes que iniciarem tratamento até dezembro/2012.	Idem as ações da meta 21.	
24. Reduzir o nº de casos de meningites tuberculosas para zero casos entre menores de 4 anos.	Idem as ações da meta 21.	
	Vacinar RN com BCG no primeiro mês de vida conforme norma técnica do PNI;	Realizada. Vide Saúde da Criança página 276
	Incidir prioritariamente sobre as populações mais vulneráveis.	Realizada, através do Programa Nacional de Imunizações em todas os serviços de saúde.
Análise das Metas da PAS Meta 19: O resultado geral de descoberta de casos novos, todas as formas clínicas, no Município, para o segundo quadrimestre de 2012, foi de 90% da meta, 428 pacientes registrados dos 476 esperados. As metas de 20 a 24 são de avaliação anual.		

Considerações

1. A meta de diagnóstico de casos novos de tuberculose é de 80% dos casos estimados a cada quadrimestre, não havendo diferença entre os períodos. O cálculo da estimativa de casos é feito através do método de incremento de casos do Ministério da Saúde.

Para avaliação mais apropriada da incidência, seria melhor avaliar sempre o ano anterior, onde o banco de dados estaria mais completo. A avaliação epidemiológica da tuberculose, nas esferas estadual e federal, até mesmo pela Organização Mundial de Saúde, é realizada sobre os dados do ano anterior.

O resultado geral de descoberta de casos novos, todas as formas clínicas, no Município, para o segundo quadrimestre de 2012, foi de 90% da meta, 428 pacientes registrados dos 476 esperados.

Tabela 73 – Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre, 2º quadrimestre / 2012.

GD	2º Quadrimestre		Variação %	Meta 2012*	% Meta
	2012	2011			
CENTRO	68	82	-17	70	97
LENO	63	75	-16	66	95
NEB	60	60	0	54	111
NHNI	34	43	-21	38	89
GCC	35	54	-35	48	73
RES	33	25	32	28	118
SCS	40	45	-11	54	74
PLP	95	133	-29	141	67
TOTAL	428	517	-17	476	90

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Base de dados de 09/09/2012. Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

* 80% dos casos esperados para o quadrimestre.

Os casos do 2º quadrimestre de 2012 ainda estão ingressando no sistema de informação, razão pela qual não se pode afirmar que houve redução do número de casos no período.

No segundo quadrimestre de 2012, o resultado geral de descoberta de casos novos, pulmonares bacilíferos, com exame de escarro positivo, portanto disseminador da doença, foi de 85% da meta, 191 pacientes registrados dos 224 esperados.

Tabela 74 – Número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, entre residentes de Porto Alegre, 2º quadrimestre/2012.

GD	2º Quadrimestre		Variação %	Meta 2012*	% Meta
	2012	2011			
CENTRO	22	41	-46%	33	67
LENO	26	37	-30%	31	84
NEB	24	31	-23%	26	92
NHNI	10	15	-33%	18	56
GCC	22	29	-24%	22	100
RES	14	12	+17%	14	100
SCS	25	26	-4%	25	100
PLP	48	71	-32%	66	73
TOTAL	191	262	-27%	224	85

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Base de dados de 09/09/2012. Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

* 80% dos casos esperados para o quadrimestre

No segundo quadrimestre do ano de 2011 foram registrados 51% dos casos registrados no primeiro quadrimestre. Em 2012 esta tendência se repetiu, com o

registro, até o momento, de 48% dos casos registrados no primeiro quadrimestre de 2012.

Entre as Gerências Distritais, somente a GD Restinga Extremo Sul apresentou aumento no registro de casos, em 17%, diagnosticando 50% dos casos previstos para aquela região no período. Nas demais Gerências houve redução no registro de casos neste quadrimestre quando comparado com o segundo quadrimestre de 2011, assim como quando comparado com o primeiro quadrimestre de 2012. Podemos inferir que o aumento da descoberta de casos na GD Restinga/Extremo Sul é resultado do processo de capacitação e descentralização do tratamento de tuberculose realizado no mês de maio.

2. A ação anual de avaliação de Sintomáticos Respiratórios (SR), conforme método de cálculo de estimativa de casos do Ministério da Saúde é de 1% da população geral, 14.094 pessoas/ano. Para o quadrimestre, considera-se como meta 1/3 destes, 4.698 pessoas.

Hoje não existe sistema de informação no Brasil que forneça este dado. No RS, o LACEN/RS estabeleceu um sistema próprio de informação onde são repassados relatórios mensais de todos os laboratórios públicos de Porto Alegre, incluindo os hospitalares, onde são apresentados somente dados numéricos, sem identificação de pessoas, exceção dos casos pulmonares positivos. Neste relatório é calculado o número de SR através dos números de baciloscopias de diagnóstico de 1ª amostra.

Foi estimado pela Equipe do Laboratório e a Direção do Hospital Sanatório Partenon que 80% das baciloscopias de diagnóstico de 1ª amostra representam pessoas residentes em Porto Alegre.

Foi pactuado com o LACEN/RS que cerca de 70% dos exames de baciloscopia de diagnóstico de 1ª amostra realizadas pelos Hospitais representam pessoas residentes em Porto Alegre.

Todas as baciloscopias de diagnóstico de 1ª amostra realizadas pelos Laboratórios do CS Vila dos Comerciantes e do Presídio Central de Porto Alegre representam pessoas residentes em Porto Alegre.

Na tabela abaixo apresentamos os dados de baciloscopias de diagnóstico de 1ª amostra realizada por cada um dos laboratórios públicos e o número de SR residentes em Porto Alegre que foram avaliados no quadrimestre.

No 2º quadrimestre/12 foram avaliados 5.843 SR, representando 124,4% da meta (4.698 pessoas).

Na análise do dado, devem-se fazer duas considerações. Primeiro, trata-se de dados estimados, pois não existe, em todo o país, sistema de informação que forneça dados fidedignos do número de SR avaliados através de baciloscopia de escarro. A meta de avaliação de SR pode estar sub estimada, pois ainda são utilizados métodos de cálculo baseados em dados antigos e uniformes para todo o país. Atualmente está sendo desenvolvida pesquisa para avaliação da prevalência de SR em Porto Alegre, pela UFRJ e MS, o que trará respostas adequadas à realidade local, podendo alterar, em muito, a estimativa de SR a serem avaliados.

Quadro 44 – Número de Sintomáticos Respiratórios (SR) avaliados, residentes em Porto Alegre, no 2º quadrimestre/12

Laboratório	Nº Total se Baciloscopia de Diagnóstico de 1ª Amostra	% Estimado de Residentes em Porto Alegre	Nº de Sintomáticos Respiratórios Avaliados
CS Vila dos Comerciantes	1.775	100%	1.775
Presídio Central	562	100%	562
H Sanatório Partenon	654	80%	523
GHC	1.426	70%	998
HCPA	1.243	70%	870
H Vila Nova	736	70%	515
H Santa Casa	467	70%	327
H PUC	390	70%	273
Total	7.253	-	5.843

FONTE: Informe Mensal de Baciloscopias / LACEN/RS

3. A análise da incidência de tuberculose por raça/cor somente é possível ser realizada para a população total do Município, uma vez que não estão disponíveis os dados por Gerência Distrital, e estão apresentados nas tabelas abaixo.

Tabela 75 – Número de casos novos de tuberculose todas as formas e coeficiente de incidência por raça/cor, entre residentes em Porto Alegre, 2º quadrimestre/2012.

IBGE 2010	Pop POA	2º Quadrimestre 2012	Incidência / Raça (/100.000)	2º Quadrimestre 2011	Incidência / Raça (/100.000)
Branca	1.116.659	294	26,3	344	30,8
Negra	285.301	128	44,9	170	59,6
Indígena	3.308	03	90,7	01	30,2
Total	1.409.351	427	30,3	517	36,7

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

Quadro 45 – Número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera e coeficiente de incidência por raça/cor, entre residentes em Porto Alegre, 2º quadrimestre/2012

IBGE 2010	Pop POA	2ºQuadrimestre 2012	Incidência Raça (/100.000)	2ºQuadrimestre 2011	Incidência Raça (/100.000)
Branca	1.116.659	114	10,2	169	15,1
Negra	285.301	73	25,6	90	31,5
Indígena	3.308	2	60,5	1	30,2

Observa-se uma incidência de tuberculose muito superior na população da raça negra e indígena quando comparada à raça branca. Esta é a realidade da tuberculose em todo o país e define estas como populações mais vulneráveis e, portanto, prioritárias para o Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT), com o desenvolvimento de ações específicas para estas populações.

4. No segundo quadrimestre teve início o processo de descentralização do tratamento para tuberculose para a rede de ESF do Município.

Em Maio foram capacitados as Equipes de Saúde da Família da Gerência Distrital Restinga / Extremo Sul e das Ilhas dos Marinheiros e em Agosto as Equipes da Gerência Leste / Nordeste e ESF Santa Marta, totalizando 271 profissionais e 34 ESF capacitados.

Quadro 46 – Serviços capacitados no Manejo Clínico da Tuberculose no 2º quadrimestre/12

Mês	Serviços capacitados para tratamento de tuberculose	Total de serviços da rede com PMCT* implantado	Cobertura do PMCT
Maio / 12	12 ESF GD REST / 01 ESF Ilha dos Marinheiros	35 serviços	15,1%
Agosto / 12	19 ESF GD LENO / 01 ESF Sta Marta / 01 ESF REST	56 serviços	24,1%

FONTE: Coordenação do PMCT/CGAPSES/SMS/PMPA

*PMCT: Programa Municipal de Controle da Tuberculose

5. No mês de Junho, a Equipe da UBS IAPI foi sensibilizada e capacitada para diagnóstico de tuberculose, com a participação de 91 profissionais, 74 da rede e 17 terceirizados.

10.1.7 Dengue

Tabela 76 – Relação dos casos notificados, investigados e confirmados de dengue.

Notificar e investigar imediatamente casos de dengue clássico, suas formas graves, óbitos e taxa de letalidade por dengue. PAVS 21 Pacto pela Vida – prior IV – 8 PAS 9		Meta PAVS/ SISPACTO/ PAS	2º Quadrimestre		Variação %
			2012	2011	
Casos	Notificado	NP	32	78	-58,27
	Investigado		32	78	-58,27
	Confirmado		10	8	25,00
	% da meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-
Casos Graves PAVS 21	Notificado	100%	0	0	-
	Investigado		-	-	-
	Confirmado		0	0	-
	% da meta atingida		-	-	-
Óbitos/Letalidade PAVS 21 Pacto pela Vida prior IV -8 PAS 9	Notificado	Investigação 100% - PAVS e 1,9 % de letalidade (SISPACTO) e PAS manter taxa abaixo de 1%	0	0	-
	Investigado		-	-	-
	Confirmado		0	0	-
	% da meta atingida		-	-	-

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Vigilância e Controle do Vetor da Dengue (*Aedes Aegypti*)

Realização de Pesquisa Vetorial Especial (PVE)

A Pesquisa Vetorial Especial é realizada quando é repassada ao NVRV a notificação de um caso suspeito de dengue pela EVDT. Em períodos não-epidêmicos, a PVE é realizada rotineiramente nos casos suspeitos de dengue. Em períodos epidêmicos, a PVE é realizada quando se trata de caso importado ou que está em área sem circulação viral. Em 2012, foram registradas menos notificações do que em 2011. O número de PVEs em 2012 foi relativamente menor, pela maior utilização do teste de dengue NS1, que redundou em rápida definição da positividade ou não dos casos suspeitos.

Tabela 77– Acompanhamento de casos notificados e PVEs realizadas

Casos	2º Quadrimestre		Varição%
	2012	2011	%
Notificados	33	84	-60,71
Com PVE	11	14	-21,43
Sem PVE	22	70	-68,57

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

As ações de prevenção e controle do mosquito vetor da dengue são realizadas de forma contínua e permanente ao longo do ano pelo NVRV com o objetivo de monitorar a densidade das formas larvárias do vetor, orientar a população para evitar situações de acúmulo de água e realizar o controle mecânico e químico, quando necessário.

Abaixo, o quadro explicitando a produtividade do Laboratório de Entomologia Médica do NVRV, em relação à demanda do Controle Operacional da Dengue.

Tabela 78– Produção do Laboratório de Entomologia Médica – Dengue

Laboratório de Entomologia Médica	2º Quadrimestre		Varição
	2012	2011	%
Número total de amostras	346	912	-62,06
Número de espécimes de <i>Ae. aegypti</i>	1.149	3.064	-62,50
Número de espécimes de <i>Ae. albopictus</i>	102	521	-80,42
Número de espécimes de outras espécies	762	1.960	-61,12

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

O número de exemplares identificados reduziu significativamente, em 2012, devido a dois fatores: Não houve a realização do LIRAA em maio, pois a data foi substituída nacionalmente para março. Como os agentes de endemias foram contratados em maio de 2011 por um período de dezoito meses, seu período aquisitivo de férias foi completado em maio de 2012. Como maio e a primeira quinzena de junho são períodos críticos para a transmissão da dengue, programamos as férias da maioria dos agentes para o mês de julho, que por ser o mês mais frio do inverno tem historicamente o menor número de casos importados de dengue e baixíssima atividade do vetor, mantendo uma equipe mais numerosa para os períodos onde o risco de transmissão da doença se faz presente.

Tabela 79– Visitas domiciliares – controle de vetores – Somente dengue

Imóveis inspecionados	2º Quadrimestre		Varição%
	2012	2011	%
Residenciais	40.110	56.901	-29,51
Comerciais/ outros	9.194	12.338	-25,48
Terrenos baldios	626	1.016	-38,39
Total (PAVS 340.000 imóveis no ano)	49.921	71.404	-30,09
Fechados/ recusados	31.534	46.323	-31,93
Depósitos eliminados	31.840	18.636	70,85
Bairros visitados*	25	52	-51,92

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

Apesar do número de visitas terem sido menor nesse quadrimestre, o número de depósitos eliminados foi substancialmente maior, refletindo a ênfase nas ações de controle mecânico de recipientes que possam acumular água.

Realização do Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti* (LIRAA)

No segundo quadrimestre não foi realizado nenhum LIRAA. Conforme orientação do Ministério da Saúde, a partir de 2012 serão realizados três levantamentos no ano, em janeiro, março e outubro. Os meses de inverno não se configuram como indicadores significativos da densidade de mosquitos, por esse motivo não se recomendou a realização dos levantamentos de índice.

Controle Químico

As ações de controle químico são empregadas quando há risco de transmissão, ou seja, presença de um caso confirmado importado e do mosquito vetor em uma mesma área, ou quando a transmissão viral já está ocorrendo, com casos autóctones.

Tabela 80– Aplicações de Inseticida

Aplicações de Inseticida (nº de imóveis)	2º Quadrimestre		Varição	Observações específicas
	2012	2011	%	
Peridomiciliar	994	615	61,63	
A partir da via pública	0	3.484	-	Ausência de casos autóctones 2012

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

10.2 Ações e Serviços em Vigilância Sanitária

Quadro 47 – Metas anuais constantes na PAS 2012

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
12. Investigar 100% de casos suspeitos de raiva em razão de morcegos caídos ou adentrados em residências.	Mapeamento e reconhecimento de área.	Rotina de trabalho da equipe.
	Criação de fluxo de informação interna e externa sobre procedimentos realizados sobre suspeita de raiva.	Os procedimentos realizados fazem parte do processo de trabalho da equipe, o fluxo está sendo elaborado para informação interna e externa.
13. Realizar bloqueio vacinal anti-rábico em cães e gatos em 100% dos casos de positividade de raiva em morcegos, herbívoros, cães ou gatos.	Vacinar 100% dos cães e gatos em um raio de (300 metros em área urbana e 500 metros em área rural) para cada caso positivo;	Rotina de trabalho da equipe.
	Mapeamento e reconhecimento de área.	Rotina de trabalho da equipe.
30. Licenciar e fiscalizar 100% das empresas que solicitarem autorização de Funcionamento de Empresa, de acordo com o protocolo de fiscalização.	Inspeção das empresas existentes, por ocasião da renovação do alvará de saúde;	Rotina de trabalho da equipe.
	Atendimento das reclamações sobre empresas que comercializam saneantes ilegalmente;	Rotina de trabalho da equipe.
	Inspeção todas as empresas que encaminharem solicitação de autorização de funcionamento de empresa da ANVISA;	Rotina de trabalho da equipe.
	Inspeccionar toda empresa que solicitar alteração de endereço na AFE;	Rotina de trabalho da equipe.
	Renovação do licenciamento das empresas existentes no município.	Rotina de trabalho da equipe.
31. Inspeccionar 50% de serviços de imagem (mamografia) em funcionamento.	Avaliação Documental e inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial;	Rotina de trabalho da equipe.
	Inspeção dos serviços de imagem em funcionamento;	Rotina de trabalho da equipe.
	Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe.
32. Inspeccionar 100% dos serviços de radioterapia que solicitarem alvará inicial de saúde e demais solicitações.	Avaliação documental e inspeção Sanitária em 100% das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações.	Rotina de trabalho da equipe.
	Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe.

33. Inspeccionar 100% dos serviços de quimioterapia que solicitarem alvará inicial de saúde.	Avaliação documental e inspeção sanitária nas solicitações de alvará inicial;	Rotina de trabalho da equipe.
	Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe.
34. Inspeccionar 100% dos laboratórios clínicos hospitalares.	Avaliação documental e inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;	Rotina de trabalho da equipe.
	Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe.
35. Inspeccionar 100% de hospitais gerais.	Avaliação documental e Inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;	Rotina de trabalho da equipe.
	Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe.
36. Inspeccionar 100% dos hospitais infantis.	Avaliação documental e inspeção sanitária em das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;	Rotina de trabalho da equipe.
	Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe.
37. Inspeccionar 100% de hospitais maternidade.	Avaliação documental e Inspeção sanitária, das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;	Rotina de trabalho da equipe.
	Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe.
38. Inspeccionar 100% de serviços de hemocentro.	Avaliação documental e inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações.	Rotina de trabalho da equipe.
39. Inspeccionar 100 % de serviços de núcleo de hemoterapia.	Avaliação documental e inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;	Rotina de trabalho da equipe.
	Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe.
40. Inspeccionar 100% de serviços de unidade de coleta e transfusão.	Avaliação documental e inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;	Rotina de trabalho da equipe.
	Atendimento das reclamações	Rotina de trabalho da equipe.
41. Inspeccionar 100% de serviços de centro de triagem laboratorial de doadores.	Avaliação documental e inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;	Rotina de trabalho da equipe.
	Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe.
42. Inspeccionar 100% de cozinhas hospitalares.	Avaliação documental;	Rotina de trabalho da equipe.
	Inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;	Rotina de trabalho da equipe.
	Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe.

43. Investigar 100% dos surtos alimentares notificados.	Investigação epidemiológica e inspeção sanitária, em 100 % dos surtos notificados;	Rotina de trabalho da equipe.
	Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe.
44. Inspeccionar 100% das Estações de Tratamento de Água do DMAE.	Inspeção de área física e de boas práticas nas sete ETAs;	Rotina de trabalho da equipe.
	Avaliação documental.	Rotina de trabalho da equipe.
45. Fiscalizar 100% das solicitações de licença para funcionamento das estações de Rádio Base.	Inspeção em 100% dos pedidos de instalação.	Rotina de trabalho da equipe.
	Participação dos grupos técnicos que emitem parecer sobre ERB's (câmara técnica de ERB's do COMAM e CAUAE).	Rotina de trabalho da equipe.
46. Implantar a Vigilância em saúde ambiental em 33% das comunidades indígenas.	Realização de visitas nas comunidades;	Não realizado nesse quadrimestre.
	Levantamento das necessidades em saúde ambiental das comunidades indígenas.	Não realizado nesse quadrimestre.
47. Inspeccionar 100% de serviços de Agência transfusional de doadores.	Avaliação documental e inspeção sanitária, das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;	Rotina de trabalho da equipe.
	Encaminhamento para investigação das reclamações recebidas.	Rotina de trabalho da equipe.
48. Manter a fiscalização dos ambientes livres do tabaco em 100% das inspeções nos ambientes de interesse a saúde.	Vistoria nos estabelecimentos de ambientes de interesse a saúde.	Rotina de trabalho da equipe.
Análise das Metas da PAS		
As metas de vigilância sanitária são metas realizadas rotineiramente.		

10.2.1 Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe de Vigilância em Serviços e Produtos de Interesse à Saúde – EVSPIS

Núcleo de Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde – NVPIS

O Núcleo de Vigilância de Produtos realiza ações de regulação e fiscalização nos estabelecimentos que comercializam produtos de interesse à saúde no atacado e no varejo em Porto Alegre. Busca a adequação destes estabelecimentos às normas sanitárias municipais, estaduais e federais, visando a proteção e manutenção da saúde da população. Abrangendo, dessa forma, áreas como Medicamentos/ Insumos Farmacêuticos, Produtos Para a Saúde (Correlatos), Cosmética/ Produtos de Higiene e Saneantes Domissanitários.

Realiza, também, inspeção para Certificação de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição em distribuidoras e importadoras de Produtos para Saúde.

Não houve nenhuma apreensão de produtos nesse quadrimestre.

Tabela 81– Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas na NVPIS

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta PAVS/ SISPACTO/ CIB	2º Quadrimestre		Variação
			2012	2011	%
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	22	26	- 15,38
	Atendidas		25	13	92,30
	% atendidas em relação às recebidas		113,64 %	50%	127,26
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		15	18	- 16,67

FONTE: Banco de dados do NVPIS/CGVS

*Dados a partir do segundo trimestre de 2011

Fiscalizações e atendimento a denúncias

O recebimento de denúncias e demais solicitações de fiscalização é realizado através do Sistema Fala Porto Alegre, pelo telefone 156 e, também, diretamente na CGVS.

Em cumprimento a Resolução CIB 250-07, a partir do 2º semestre de 2011 iniciou-se o acompanhamento com o CEVS nas indústrias de saneantes e cosméticos, realizando inspeções para liberação do alvará de saúde, que no Estado tinham todos vencimento para 31 de março de 2012.

As empresas encaminham as solicitações de alvará inicial, Relatório de Inspeção que acompanham os documentos para obtenção da AFE junto a ANVISA e também as renovações de alvará.

Tabela 82 – Dados de fiscalização

Indicador	2º Quadrimestre		Varição
	2012	2011	%
Número de vistorias / inspeções realizadas	236	121	95,04%
Nº Notificações Lavradas	62	33	87,87%
Nº Autos de Infração Exarados	10	15	- 33,33%
Interdições / suspensão de Atividades	0	6	-

Fonte: Banco de dados NVPIS/ CGVS/ SMS

Quadro 48 – Meta constante na PAS da Equipe de Serviços de Interesse à Saúde - EVPIS

Cadastrar, inspecionar e licenciar as indústrias de cosméticos e saneantes e reembaladoras. N 11 PAS 30	Meta Pactuada	2º Quadrimestre		Varição
		2012	2011	%
Nº indústrias	Fiscalizadas	Licenciar e fiscalizar 100% das empresas que solicitarem autorização de funcionamento do comércio de Saneantes (distribuidoras, importadoras, exportadoras e transportadoras), que solicitarem alvará sanitário e se houver denúncia.	22	*
	Licenciadas		7	*

Fonte: Banco de dados do NVPIS/CGVS

* Esta atividade não havia sido repassada ao município

As empresas ainda estão com dificuldade de se adequar documental e estruturalmente. Somente, as que estão totalmente adequadas à legislação estão recebendo o alvará sanitário.

As empresas Controladoras de Pragas fazem parte de um universo informal de prestação de serviço, o que tem tornado a fiscalização das mesmas um processo gradual de orientação e regularização.

O NVPIS está credenciando e cadastrando as Unidades Públicas Dispensadoras do medicamento a base de Talidomida, conforme RDC 11/2011 ANVISA.

Quadro 49 – Cadastro, inspeção e licenciamento de indústrias.

Cadastrar, inspecionar e licenciar as indústrias de cosméticos e saneantes e reembaladoras. N 11 CIB 250/07		Meta Pactuada	2º Quadrimestre		Varição
			2012	2011	%
Nº indústrias	Fiscalizadas	Licenciamento e fiscalização de 100% da indústria de Saneantes e cosméticos (que solicitarem alvará sanitário e/ ou se houver denúncia.	14	*	-
	Licenciadas		2	*	-

FONTE: Banco de dados do NVPIS/CGVS

* Esta atividade não havia sido repassada ao município

Tabela 83 – Cadastro, inspeção, monitoramento e licenciamento das drogarias.

Cadastrar, monitorar e inspecionar, e licenciar as drogarias N 542 CIB 250/07		Meta CIB	2º Quadrimestre		Varição
			2012	2011	%
Nº drogarias	Inspecionadas	Inspeccionar 20% das drogarias.	40	45	-11,11
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		108	108	-
	% meta atingida		36,9%	41,51%	-11,11
Nº reclamações / denúncias	Recebidas	Atender 70% das reclamações recebidas	9	0	-
	Atendidas		9	0	-
	% atendidas em relação às recebidas		100,00	0	-
	% meta atingida		Meta atingida	0	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		6,3	0	-

FONTE: Banco de dados do NVPIS/CGVS

Tabela 84 – Cadastro, inspeção, monitoramento e licenciamento das farmácias de manipulação

Cadastrar, inspecionar, monitorar e licenciar as farmácias de manipulação. N 150 CIB 250/07		Meta CIB	2º Quadrimestre		Variação
			2012	2011	%
Nº farmácias de manipulação	Inspecionadas	Inspeccionar 30% das Farmácias de Manipulação	7	21	-82,93
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		45	45	-
	% meta atingida		15,55	46,67	-66,68
Nº reclamações / denúncias	Recebidas	Atender 100% das reclamações.	3	0	-
	Atendidas		3	0	-
	% atendidas em relação às recebidas		100%	0	-
	% meta atingida		100%	0	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		3	0	-

FONTE: Banco de dados do NVPIIS/CGVS

Tabela 85 – Cadastro, inspeção e licenciamento dos Serviços de Nutrição Parental (Farmácia Hospitalar com preparo de nutrição)

Cadastrar, inspecionar e licenciar - Serviços de Nutrição Parenteral (farmácia hospitalar com preparo de nutrição) N2 CIB 250/07		Meta CIB	2º Quadrimestre		Variação
			2012	2011	%
Nº Serviços	Inspecionadas	Inspeccionar 100% serviços de nutrição parenteral (farmácia hospitalar).	2	0	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		2	0	-
	% meta atingida		100%	0	-
Nº reclamações / denúncias	Recebidas	Atender 100% das reclamações.	0	0	-
	Atendidas		0	0	-
	% atendidas em relação às recebidas		0	0	-
	% meta atingida		0	0	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		-	-	-

FONTE: Banco de dados do NVPIIS/CGVS

Tabela 86 – Cadastro, inspeção e licenciamento de Serviços de Nutrição Parental (Farmácia Hospitalar)

Cadastrar, inspecionar e licenciar – Serviços de Nutrição Parenteral (farmácia hospitalar) N 21 CIB 250/07		Meta CIB	2º Quadrimestre		Varição
			2012	2011	%
Nº drogarias	Inspecionadas	Inspeccionar 100% serviços de nutrição parenteral (farmácia hospitalar).	0	8	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		21	21	-
	% meta atingida		Meta não atingida	38,09%	-
Nº reclamações / denúncias	Recebidas	Atender 100% das reclamações	0	0	-
	Atendidas		0	0	-
	% atendidas em relação às recebidas		0	0	-
	% meta atingida		0	0	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		-	-	-

FONTE: Banco de dados do NVPIS/CGVS

*Nesse período, os dados eram computados em conjunto ao núcleo de serviços

Tabela 87 – Cadastro, inspeção e licenciamento de distribuidoras

Cadastrar, inspecionar e licenciar as distribuidoras e transportadoras de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos. N 76 CIB 250/07		Meta CIB	2º Quadrimestre		Varição
			2012	2011	%
Nº distribuidoras e transportadoras	Inspecionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	28	9	211,11%
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		76	76	-
	% meta atingida		36,84%	11,84	211,11%

FONTE: Banco de dados do NVPIS/CGVS

Quadro 50 – Cadastro, inspeção e licenciamento de importadoras e fracionadoras

Cadastrar, inspecionar e licenciar as importadoras e fracionadoras de insumos farmacêuticos e medicamento. CIB 250/07		Meta CIB	2º Quadrimestre		Varição
			2012	2011	%
Nº distribuidoras e transportadoras	Inspeccionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidos	0	*	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		-	*	-
	% meta atingida		-	*	-

FONTE: Banco de dados do NVPI/CGVS

*Esta atividade não havia sido repassada ao município

Quadro 51 – Cadastro, inspeção e licenciamento de empresas controladoras de pragas

Cadastrar, inspecionar e licenciar as empresas controladoras de pragas N 2 CIB 250/07		Meta CIB	2º Quadrimestre		Varição
			2012	2011	%
Nº empresas	Inspeccionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	3	0	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		2	0	-
	% meta atingida		150%	0	-

FONTE: Banco de dados do NVPI/CGVS

Há cadastrado com alvará emitido apenas três empresas controladoras de pragas. As inspeções realizadas referem-se além das empresas já licenciadas cadastradas) a outras que estão em processo de regularização sanitária, sendo necessárias inspeções iniciais e reinspeções.

Núcleo de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde – NVSIS

A Equipe de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde realiza ações de regulação e fiscalização nos estabelecimentos assistenciais de saúde, localizados em Porto Alegre. Busca a adequação destes estabelecimentos às normas sanitárias municipais, estaduais e federais, visando à proteção e manutenção da saúde da

população. Estão contidos no universo de ação desta equipe os estabelecimentos nos quadros abaixo.

Fiscalizações e atendimento a denúncias

Tabela 88 – Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas na EVSIS

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. (CIB 250)		Meta PAVS/SISPACTO / CIB	2º Quadrimestre		Varição
			2012	2011	%
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas na CGVS	70% de atendimento das reclamações	74	74	-
	Recebidas por processo/ofício		34	10*	240,00
	Total recebidas		108	84	28,57
	Atendidas		128	47	172,34
	% atendidas em relação às recebidas		118,52	55,95	111,83
	% meta atingida		Meta atingida	Meta não atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		76	59	28,81

FONTE: Banco de Dados EVSIS/CGVS.

Os dados foram calculados em relação às médias dos trimestres de 2011.

* Dados de julho e agosto, quando este item foi inserido.

O recebimento de denúncias e demais solicitações de fiscalização é realizado através de denúncia direta na CGVS, do Ministério Público, da Delegacia de Polícia de Proteção ao Idoso e do Sistema Fala Porto Alegre (telefone 156).

Neste quadrimestre, o número de reclamações atendidas supera o de recebidas, pois reclamações recebidas no final do 1º quadrimestre foram atendidas no 2º quadrimestre.

Tabela 89 – Dados de fiscalização

Indicador	2º Quadrimestre		Varição
	2012	2011	%
Número de vistorias / inspeções realizadas	781	659	18,51
Nº Notificações Lavradas	443	260	70,38
Nº Autos de Infração Exarados	29	17	70,59
Interdições / suspensão de Atividades	4	3	33,33

FONTE: Banco de dados EVSIS/ CGVS/ SMS

O número de vistorias realizadas refere-se, além de atendimento a denúncias, a solicitações de alvará de saúde e ao atendimento das pactuações. Neste número estão incluídas todas as vistorias, incluindo as de retorno (para inspecionar as adequações à legislação sanitária para as quais os estabelecimentos foram notificados) e as de acompanhamento dos serviços. O total de vistorias de 2011 contempla, ainda, as vistorias da Equipe de Vigilância de Produtos de Saúde, lançadas no mesmo banco de dados, quando as duas equipes atuavam em conjunto.

Quadro 52 – Metas constantes no PAS da Equipe de Serviços de Saúde - EVSIS

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	Realizado 2º Quadrimestre 2012	
33. Inspeccionar 100 % dos serviços de quimioterapia. (EVSIS) N 27 PAVS 34 E SANITÁRIA CIB 250/07	10	
34. Inspeccionar 100% dos laboratórios clínicos hospitalares. (EVSIS) N 16 PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	3	
35. Inspeccionar 100% dos hospitais gerais, inclusive com unidades de internação pediátrica e obstetra.. (EVSIS) N 13 PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	7	

FONTE: Banco de Dados EVSIS/CGVS

Segue lista de hospitais, seguindo esta conceituação, existentes em Porto Alegre:

Quadro 53 – Hospitais de Porto Alegre

Hospitais Gerais	Hospitais Especializados
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre	HCR – Hospital Cristo Redentor
HSL/PUCRS – Hospital São Lucas da PUC/RS	ICFUC – Instituto de Cardiologia
HMV – Hospital Moinhos de Vento	HE – Hospital Espírita
HMD – Hospital Mãe de Deus	HP – Hospital Petrópolis
HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição	HBO – Hospital Banco de Olhos

ISCOMPA – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	HPS – Hospital Pronto Socorro
HDP – Hospital Divina Providência	HSP – Hospital São Pedro
HED – Hospital Ernesto Dornelles	HBP – Hospital Beneficência Portuguesa
HVN – Hospital Vila Nova	HSP – Hospital Sanatório Partenon
HBM – Hospital Brigada Militar	HF – Hospital Fêmeina
HPB– Hospital Parque Belém	HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
HPA– Hospital Porto Alegre	
HGE– Hospital Geral do Exército	

Além da pactuação da área materno infantil, onde são avaliadas as áreas de Centro Obstétrico, UTI Neonatal, UTI Pediátrica, a Equipe de Serviços de Saúde também está priorizando outras áreas críticas da assistência hospitalar, incluindo Bloco Cirúrgico (BC), Centro de Material e Esterilização (CME) e UTI Adulto. Estes setores envolvem atendimento e/ou processo de trabalho muito elaborado e complexo, necessitando de uma atenção especial da vigilância em saúde.

Quadro 54 – Metas constantes na PAS da Equipe (continuação)

Metas anuais constantes no PAS		Observações específicas
Previsto 2012	Realizado 2º Quadrimestre 2012	
36. Inspeccionar 100% dos hospitais infantis com e sem UTI neonatal e pediátrica. (EVSIS) N 3 PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	0	
37. Inspeccionar 100% dos hospitais maternidade com e sem UTI materna inspeccionados. (EVSIS) PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	NA	
38. Inspeccionar 100% dos serviços de hemocentro. (EVSIS) N 1 PAVS 36 e SANITÁRIA CIB 250/07	1	
39. Inspeccionar 100% dos serviços de núcleo de hemoterapia. (EVSIS) N 07 PAVS 36 e SANITÁRIA CIB 250/07	3	Existem atualmente 07 Núcleos de Hemoterapia no município de Porto Alegre, sendo ao todo 22 serviços de hemoterapia: 01 Hemocentro, 01 Unidade de coleta e Transfusão, 12 Agências Transfusionais, 07 Núcleos

40. Inspeccionar 100% dos serviços de unidade de coleta e transfusão. (EVSIS) N 1 PAVS 36 e SANITÁRIA CIB 250/07	0	de Hemoterapia e 01 Centro de Triagem Laboratorial de Doadores.
41. Inspeccionar 100 % dos serviços de Centro de triagem laboratorial de doadores. (EVSIS) N1 PAVS 36 e SANITÁRIA CIB 250/07	1	
47. Inspeccionar 100% dos serviços de Agência transfusional de doadores. (EVSIS) N 12 PAVS 36 e SANITÁRIA CIB 250/07	5	

FONTE: Banco de Dados EVSIS/CGVS
NA: Não se aplica

Quadro 55 – Outras metas pactuadas pela EVSIS não contempladas plenamente na PAS

Indicador	Meta Pactuada	2º Quadrimestre		Observações específicas
		2012	2011	
Inspeccionar os Estabelecimentos de Longa Permanência para Idosos.(ILPI) N 114 (EVSIS) PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	Cadastrar, Inspeccionar e licenciar 70% das solicitações que entrarem no ano.	84	42	Neste quadrimestre a rotina e os fluxos de inspeções foram reorganizados após a Equipe haver firmado parceria com o MP. Nos dois primeiros quadrimestres do ano foram realizadas inspeções em 134 estabelecimentos, superando o cadastro inicial. Houve aumento da demanda de processos de Alvará de Saúde e de processos de defesas de auto de infração, aumentando a tramitação de documentos internos. Está sendo priorizado, a partir deste momento, a análise e liberação dos processos de Alvarás de Saúde.
Inspeccionar os serviços de alimentação em creches/escolas infantis. N 600 (EVSIS) PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	Atender 70% das solicitações recebidas que entrarem na equipe e inspeccionar 20% das já cadastradas anualmente.	140	80	Em relação às escolas de educação infantil, as áreas vistoriadas referem-se à totalidade dos ambientes, incluindo cozinha, berçário, salas de recreação, despensa, lavanderia, setor administrativo e área externa. Os riscos relacionados a esses estabelecimentos referem-se, prioritariamente, a toxinfecção alimentar e traumas relacionados com quedas. Houve reorganização na equipe, com um fiscal de outra área auxiliando nas vistorias e disponibilização de veículos extras

				para atender às demandas do Setor de Regularização dos Estabelecimentos de Educação Infantil - SEREEI /SMED, que solicitou um grande número de inspeções.
Inspeccionar os serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança no mínimo 1x ao ano. N 2 (EVSIS) PAVS 9 e SANITÁRIA CIB 250/07	Inspeccionar 100% dos hospitais anualmente (UTI Neo, UTI Pediátrica e Centro Obstétrico) Atender 100% das reclamações recebidas	0	0	
Inspeccionar os serviços de hospitais especializados N 9 (EVSIS) PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	Inspeccionar 70 % dos serviços hospitalares especializados anualmente (CME, BC, UTI)	03	0	Excluem-se os hospitais especializados no atendimento materno-infantil do quadro 42 (HMIPV e HF). Foi incluído na tabela de hospitais especializados o Hospital Sanatório Partenon, alterando o N para 9.
Inspeccionar 100% dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva (Diálise) SATÉLITE. N 5 (EVSIS) PAVS 37 e SANITÁRIA CIB 250/07	Inspeccionar anualmente 100% dos já cadastrados e que solicitem alvará inicial.	0	*	A partir do alerta recebido em 22/03/2012 pela EVQA, da presença de cianobactérias do gênero Planktothrix , no manancial Lago Guaíba, em contagem de células superior a 20.000 células/mL, todos os 15 serviços de diálise foram novamente notificados, receberam orientação técnica e normas para manutenção/ controle dos Sistemas de Tratamento de água para Diálise. Este acompanhamento dos serviços durou até junho de 2012, pois os alertas do DMAE se repetiram devido a concentração do manancial resultante da estiagem que vivemos este ano, em particular, que manteve a presença de cianobactérias maior normal. Este ano, foram priorizadas ações de fiscalização em decorrência do aumento de pirogenias em três serviços (um hospitalar, um intra hospitalar e dois satélites) e, de soroconversão para Hepatite C em dois dos serviços (um hospitalar e um satélite).
Inspeccionar 100% dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva (Diálise) INTRAHOSPITALARES. N 4 . (EVSIS) PAVS 37 e SANITÁRIA CIB 250/07		01		
Inspeccionar 100% dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva (Diálise) HOSPITALARES N 6 (EVSIS) PAVS 37 e SANITÁRIA CIB 250/07		03		

FONTE: Banco de Dados NVSIS/CGVS

*No ano de 2011, foram considerados em conjunto, totalizando 06 serviços no segundo quadrimestre.

Núcleo de Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde – NVESES

Fiscalizações e atendimento a denúncias

O recebimento de denúncias e demais solicitações de fiscalização é realizado através do Sistema Fala Porto Alegre, pelo telefone 156.

Tabela 90 – Dados de fiscalização

Indicador	2º Quadrimestre		Variação
	2012	2011	%
Número de vistorias / inspeções realizadas	30	30	-
Nº Notificações Lavradas	33	37	-10,81
Nº Autos de Infração Exarados	3	ND	-
Interdições / Suspensão de Atividades	1	0	100,00

FONTES: Banco de dados NVESES/CGVS/ SMS

ND: dado não disponível

Tabela 91 - Inspeção de Serviços de Mamografia

Inspeção de serviços mamografia. PAVS Sanitária PAS 31 CIB 250/07		Meta Pactuada	2º Quadrimestre		Variação
			2012	2011	%
Nº serviços SUS N 11	Inspeccionadas	Inspeção de 100% de serviços mamografia SUS	6	5	20,00
	% meta atingida		*	*	-
Nº serviços Particular N 43	Inspeccionadas	Inspeção de 50% de serviços de mamografia PARTICULAR.	8	4	100,00
	% meta atingida		*	*	-

FONTES: Banco de Dados NVESES/CGVS

*Meta anual

As vistorias são realizadas para atendimento de denúncias, rotina anual ou para liberação de alvará de saúde. Nas inspeções, verifica-se o cumprimento das legislações vigentes, como a RDC 050/02, Portaria 453/98, Portaria 3.523/98, dentre outras, que incluem itens como: testes de qualidade da imagem, laudo radiométrico e de fuga de cabeçote e procedimentos operacionais, adequação da área física, controle de infecção, ventilação e qualidade do ar, lixo infectante, prevenção de incêndio, acessibilidade, entre outros.

Quadro 56 – Inspeção de Serviços de Radioterapia

Inspeção de serviços de radioterapia. N 5 PAS 32 PAVS Sanitária CIB 250/07		Meta Pactuada	2º Quadrimestre		Varição
			2012	2011	%
Nº serviços 5	Inspeccionados	Inspeção de 100% de serviços de Radioterapia	2	2	-
	% meta atingida		*	*	-

FONTE: Banco de Dados NVESIS/CGVS

*Meta anual

Quadro 57 – Inspeção de Serviços de Medicina Nuclear

Inspeccionar os serviços de Medicina Nuclear no mínimo 1x ao ano. N 11 (Engenharia) PAVS Sanitária CIB 250/07		Meta Pactuada	2º Quadrimestre		Varição
			2012	2011	%
Nº serviços 11	Inspeccionados	Inspeccionar 100% das solicitações de alvará inicial e 50% das demais solicitações	5	2	150,00
	% meta atingida		*	*	-

FONTE: Banco de Dados NVESIS/CGVS

*Meta anual

São considerados aspectos de alto risco e de relevância para a fiscalização: contaminação por agentes físicos (radiação ionizante) dos pacientes, dos trabalhadores, dos familiares e do ambiente; contaminação biológica de pacientes e de trabalhadores; manejo das situações de urgência e de emergência, capacitação da equipe, protocolos, equipamentos, medicamentos e produtos, condições das estruturas físicas do serviço (dimensões e áreas mínimas e distribuição das atividades nos espaços adequados) e controle rigoroso nos procedimentos para terapia e diagnóstico com segurança para pacientes e trabalhadores segundo as normas vigentes (CNEN – Comissão Nacional de Energia Nuclear, ABNT, PORTARIAS DO MS, ANVISA, etc.)

Tabela 92 – Inspeção e licenciamento de Serviços de Radiodiagnóstico

Inspeccionar e licenciar serviços de radiodiagnóstico médico N 79 CIB 250/07		Meta Pactuada	2º Quadrimestre		Varição
			2012	2011	%
Nº serviços 79	Fiscalizados	Inspeccionar 100% das solicitações de alvará inicial e 20% das demais solicitações.	30	30	-
	Licenciados		20	15	33,33
	% meta atingida		*	*	-

FONTE: Banco de Dados NVESIS/CGVS

*Meta anual

Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe de Vigilância de Alimentos – EVA

Tabela 93 – Relação de denúncias recebidas e atendidas pela EVA

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07		Meta PAVS/ SISPACTO/ CIB	2º Quadrimestre		Variação
			2012	2011	%
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	842	152	453,95
	Atendidas		260	184	41,30
	% atendidas em relação às recebidas		30,88	121,06	-74,49
	% meta atingida		Meta não atingida	Meta atingida	-
	Meta a atender		589	106	455,66

FONTES: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS
Medição do indicador anual.

Fiscalizações Sanitárias: processos, denúncias, reclamações, plano de ação da equipe para segmentos de risco.

Houve um aumento significativo do número de inspeções realizadas, em relação ao mesmo período do ano anterior, apesar do baixo percentual de atendimento demonstrado no quadro acima.

Tabela 94 – Dados de fiscalização

Indicador	2º Quadrimestre		Variação
	2012	2011	%
Número de vitorias / inspeções realizadas	1.316	1.089	20,84
Nº Notificações Lavradas	494	330	49,70
Nº Autos de Infração Exarados	190	129	47,29
Interdições / suspensão de Atividades	36	13	176,92

FONTES: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

As denúncias vinculadas a Equipe de Alimentos são recebidas via e-mail, pelo 156 Fala Porto Alegre, pessoalmente na sede da CGVS.

Erros no recebimento da denúncia ainda são um complicador para o atendimento da meta. Por exemplo, endereços equivocados e ou incompletos, com identificação que não possibilitem a localização do estabelecimento ou da irregularidade, levando a dificuldade de consulta no nosso banco de dados e muitas vezes a dupla fiscalização no mesmo local, com perda de tempo e deslocamento desnecessário de agentes fiscais, associado ao fato de que a capacidade humana é menor do que a demanda, colaborando para que a meta de atendimento das reclamações muitas vezes não seja atingida.

Atualmente, a EVA considera que a denúncia é atendida quando o estabelecimento sofre a primeira vistoria, visando verificar a veracidade da informação passada e buscando a correção da mesma, quando necessário.

Dentre as diversas ocorrências atendidas, pode-se citar os estabelecimentos que não possuem alvará de saúde ou de localização, irregularidades sanitárias, como armazenamento inadequado de matérias-primas, temperaturas de conservação dos alimentos incorretas, venda de produtos fora da validade, falta de qualificação por parte dos manipuladores, falta de higiene no local e nos manipuladores, estrutura precária, dentre outros.

Devido à diminuição do efetivo da fiscalização (21 fiscais em 2004 e 11 fiscais em 2012), as denúncias podem demorar mais do que o preconizado para serem atendidas e solucionadas. Tem-se, ainda, um agravante que é o fato de que quando o fiscal chega ao local, não se detém apenas ao objeto da denúncia, mas verifica outras situações de risco, como ausência de controle de temperaturas, todas as etapas de produção, armazenamento e distribuição dos alimentos, origem e procedência de matérias primas, condições de transporte e armazenamento dos alimentos, buscando garantir a inocuidade dos alimentos desde a sua origem até o consumo final.

É importante salientar que tem se objetivado atender as reclamações/denúncias que chegam a EVA com uma primeira vistoria/ ação fiscal no local denunciado, no máximo, em 10 dias do recebimento, tendo como critério de prioridade a avaliação de risco sanitário.

Quadro 58 – Quantidades de alimentos apreendidos e inutilizados / quadrimestre

2º quadrimestre	
2012	2011
12.781Kg	5.476Kg
2.403 unidades	2.629 unidades
380 litros	351litros

FONTE: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

Quadro 59 – Metas constantes na PAS da EVA

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	Realizado 2º Quadrimestre 2012	
42. Inspeccionar 100% das cozinhas hospitalares. Nº 25 PAVS SANITÁRIA CIB 250/07 (EVA)	3	
43. Investigar 100% dos surtos alimentares notificados (DTA). CIB 250/07 (EVA)	18	O surto por DTA é uma síndrome caracterizada quando duas ou mais pessoas, após a ingestão dos mesmos alimentos e/ou água, manifestam o mesmo sintoma. Sendo os mais comuns: náuseas, vômitos cólicas, diarreia, dores de cabeça e febre, os quais são decorrentes de bactérias patogênicas ou suas toxinas.

FONTE: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

Surtos de DTAs

Segue um relato com análise sobre as notificações de surtos de origem alimentar no 2º quadrimestre de 2011 e 2º quadrimestre 2012.

No 2º quadrimestre de 2012: foram notificados dezenove surtos, mas foram investigados dezoito, em função que um dos surtos notificados que teria ocorrido em uma residência, devido a salsicha comprada em supermercado da capital, por incompatibilidade de horários, não foi possível entrar em contato com o reclamante para obter mais dados. Dos dezoito investigados onze foram em restaurante, um em residência, cinco em lancherias, um em cozinha industrial e um em creche. O número total de pessoas envolvidas foi de seiscentas e cinqüenta e sete, com oitenta e sete doentes. Até o presente momento os surtos ainda estão sob investigação e não foram fechados. Tal motivo se deve ao fato que aumentou o número de notificações de surtos, as análises bromatológicas enviadas ao Laboratório LACEN levam cerca de trinta dias para serem informadas, e o recebimento dos laudos clínicos dos manipuladores em média de quarenta e cinco dias. Além do que o surto tem interface com outra equipe, que é responsável pela parte epidemiológica, pois a equipe realiza a parte da vigilância sanitária e o fechamento depende de todos os dados.

No 2º quadrimestre de 2011 foram notificados sete surtos e seis investigados, sendo um em supermercado, um em escola, dois em restaurantes e três em cozinhas industriais. O número total de pessoas envolvidas foi de cento e cinquenta, sendo que trinta e nove doentes. Entre os agentes causais, foram identificadas as bactérias *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens* e *salmonella* e os alimentos envolvidos foram massa yakisoba, leite esterilizado integral, massa quatro queijos, salgados diversos com recheios de galinha e salsicha. Com um dos agentes identificado, a bactéria *Escherichia coli*, não foi possível identificar o alimento envolvido.

A grande diferença do número de notificação de surtos, e denúncia/reclamações em geral de 2012, quando comparada com 2011, deve-se ao fato de maior divulgação na mídia do trabalho realizado pela Equipe, o que fez com que as pessoas ficassem mais atentas e cautelosas e notificassem com mais frequência.

Também é importante ressaltar que em todo o estabelecimento que ocorreu um surto foi realizada vistoria para verificar se estava adequado às normas sanitárias, ficando sob monitoração pela equipe por três meses, ou por quanto tempo for necessário até a adequação do mesmo.

Tabela 95 – Inspeção de restaurantes

Inspeccionar 20% (600) de Restaurantes e Similares no mínimo 1x ao ano. N 3.000 (estimado) PAVS 43 e SANITÁRIA CIB 250/07	Meta Pactuada	2º Quadrimestre		Varição%
		2012	2011	%
Estabelecimentos Vistoriados	20% dos estabelecimentos cadastrados/ estimados	865	709	22,00

FONTE: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

Tabela 96 – Inspeção de cozinhas industriais

Inspeccionar 50% (50) de cozinhas industriais no mínimo 1x ao ano. N: 100 PAVS Sanitária CIB 250/07	Meta Pactuada	2º Quadrimestre		Varição
		2012	2011	%
Estabelecimentos Vistoriados	50% das cozinhas industriais cadastrados/ estimados	35	37	-5,41

FONTE: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

Considerando o risco sanitário e a importância que ocupa no panorama da cidade, ações neste segmento são prioridades da equipe, uma vez que tem impacto direto tanto no número de pessoas afetadas e, conseqüentemente, na capacidade de atendimento da rede, como na produção e economia do município, uma vez que atinge tanto o trabalhador do setor como os comensais.

Tabela 97 – Inspeção em super e hipermercados

Inspeccionar as áreas consideradas de risco – de supermercados e hipermercados. N 84 CIB 250/07	Meta Pactuada	2º Quadrimestre		Varição
		2012	2011	%
Estabelecimentos Vistoriados	30% dos super/hipermercados estimados/ cadastrados	24	22	9,09

FONTES: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

O segmento de super e hipermercados, considerando o número de reclamações, também merece uma ação mais efetiva e regular, uma vez que, em um mesmo lugar, diversas atividades de risco, como peixaria, açougue, rotisseria, padaria e cozinha industrial, atende um grande número de pessoas, tanto consumidores como colaboradores. Ao verificar se estão aplicando e conhecendo as boas práticas, evita-se que tanto a população como os funcionários fiquem expostos a surtos de DTAs e tenham acesso a produtos seguros sanitariamente.

Tabela 98 – Inspeção em escolas

Inspeccionar 20% Escolas de Ensino Fundamental Municipal e Estadual que manipulam e servem alimentos. N Municipal 56 N Estadual 160 CIB 250/07	Meta Pactuada	2º Quadrimestre		Varição
		2012	2011	%
Estabelecimentos Vistoriados	20% (43) das Escolas de Ensino Fundamental estimados/ / cadastrados.	18	3	500,00

FONTES: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

A Equipe de Vigilância de Alimentos (EVA) ocupa lugar de destaque, buscando a prevenção, redução e correção dos agravos que possam vir a contribuir para o desencadeamento das DTAs. O trabalho realizado pela Equipe na

investigação e prevenção de surtos de toxinfecções alimentares é referência para o Brasil inteiro.

Entre as ações desenvolvidas pela EVA, pode-se destacar: a investigação neste quadrimestre de dezoito surtos de DTAS, fiscalizações em eventos de massa como a Feira da Economia Solidária, Dia da Cidadania, entre outros, onde são dadas orientações para os expositores antes e durante a implantação das praças de alimentação, tendo atuação pró-ativa no local, visando à prevenção de riscos. Também são realizados trabalhos educativos junto aos freqüentadores dos eventos.

Como desde 2008 a Equipe não realiza a Palestra sobre Boas Práticas de Alimentação, devido à determinação da Portaria Estadual 78/ 2009 e a RDC 216 da ANVISA/ 04 que instituiu a obrigatoriedade de um Curso em Boas Práticas em Serviços de Alimentação homologado e dado por instituições devidamente credenciadas junto a Secretaria Estadual da Saúde, são freqüentes as solicitações de capacitações por instituições e algumas empresas, as quais são realizadas, com o objetivo de orientar, revisar e conscientizar sobre a importância das boas práticas em serviço de alimentação. Foram ministradas dez palestras no período.

A Equipe teve participação efetiva num treinamento para Atuar em Eventos de Massa dado pela 1ª CRS e no Projeto Piloto para Copa do Mundo 2014, promovido pela ANVISA, na Expointer 2012, no Parque de Exposições Assis Brasil, em Esteio.

A EVA tem o papel de fiscalizar a qualidade e segurança dos alimentos produzidos, distribuídos e consumidos no município de Porto Alegre, além de realizar um serviço de orientação ao segmento de comércio de alimentos, seja por meio do correio eletrônico, por telefone ou mesmo nas dependências da própria equipe na CGVS.

Demonstrativo das ações desenvolvidas pela Equipe de Vigilância de Zoonoses – EVZ

Núcleo de Vigilância de População Animal – NVPA

Quadro 60 – Metas contempladas na PAS para o NVPA

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	Realizado 2º Quadrimestre 2012	
12. Investigar 100% de casos suspeitos de raiva em razão de morcegos caídos ou adentrados em residências. PAVS 84 (NVPA)	08	Todas as amostras de morcegos recebidas pelo NVPA foram encaminhadas ao laboratório para diagnóstico de raiva. 75% das amostras foram procedentes da Gerência Centro, 12,5% da Gerência Partenon/Lomba do Pinheiro e 12,5% da Glória/Cruzeiro e Cristal.
13. Realizar Bloqueio vacinal antirrábico em cães e gatos em 100% dos casos de positividade de raiva em morcegos, herbívoros, cães ou gatos. (NVPA)	01	O Bloqueio Vacinal, num raio de 300m, ocorreu por uma amostra originada do Bairro Rio Branco. Das amostras de morcegos encaminhadas para diagnóstico de raiva, duas foram positivas, nesse quadrimestre. Uma delas foi do mesmo endereço (bairro Centro) que originou bloqueio vacinal antirrábico de cães e gatos no quadrimestre passado num raio de 300m, conforme orientação CEVS/SES e MS. A ação foi realizada por cinco equipes, tendo colaboração de técnicos e funcionários da CEVS/SES.
46. Implantar Vigilância em saúde ambiental em 33% das comunidades indígenas. (NVPA)	0	Não foi realizada nenhuma visita ou orientação em aldeias indígenas nesse quadrimestre. Existem em Porto Alegre nove aldeias indígenas, sendo seis Kaingang, duas Guarani e uma Charrua.

FONTE: Banco de dados NVPA/CGVS/SMS

Quadro 61 – Metas não contempladas na PAS pelo NVPA

Metas não contempladas na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	Realizado 2º Quadrimestre 2012	
Nº de amostras caninas e felinas enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva NP LE 13193-09 (NVPA) PAVS 81	48	As amostras caninas foram procedentes das gerências: RES 05; PLP 12; GCC 03; LENO 05; C 01; NEB 02; NHNI 03; não identificados 03*. As amostras felinas foram procedentes das gerências: PLP 04; LENO 02; GCC 02; C 01; NEB 02; RES 01; não identificado 01*. Todos os resultados foram negativos para raiva.

FONTE: Banco de dados NVPA/CGVS

* As amostras caninas e felinas são recolhidas na SEDA, nem sempre é possível fazer a identificação da procedência.

Tabela 99 – Relação das atividades realizadas pelo NVPA sem metas pactuadas.

ATIVIDADE	2º Quadrimestre		Variação	Observações específicas
	2012	2011	%	
Nº de Inquéritos de mordeduras	66	89	-25,84%	56 animais foram observados no domicílio
Nº de cães vacinados para RAIVA – NVPA	212	0	-	As vacinas realizadas pelo NVPA foram realizadas durante bloqueio vacinal antirrábico
Nº de cães vacinados para RAIVA – SEDA	131	0	-	
Nº de gatos vacinados para RAIVA – NVPA	99	0	-	As vacinas realizadas pelo NVPA foram realizadas durante bloqueio vacinal antirrábico
Nº de gatos vacinados para RAIVA – SEDA	0	0	-	
Ações comunitárias realizadas	145	11	1.218,18 %	As ações são referentes a reuniões comunitárias e palestras, ação comunitária com antiparasitário e visitas domiciliares realizadas por técnicos.
Nº de aplicações de antiparasitário em cães e gatos (controle parasitário) – NVPA	0	1044	- 100,00%	As Ações de controle parasitário desenvolvidas pelo NVPA são realizadas durante trabalhos comunitários executados pelo setor
Nº de aplicações de antiparasitário em cães e gatos (controle parasitário) – SEDA	1025	0	-	
Microchipagens realizadas – SEDA	1183	242	388,84%	Até 2º quadrimestre 2011 pelo NVPA
No de amostras de animais enviadas para exame sorológico de LEPTOSPIROSE				Esta atividade não está implementada no setor.
No de amostras enviadas para exame sorológico de LVC	72	202	-64,36%	Foram encaminhadas amostras de todos os animais notificados como suspeitos
Nº de Orientações dadas para LVC	57	106	-46,23%	Orientações aos proprietários dos animais coletados

Tungíase sanitárias dadas – Orientações	2	0	-	Comunidades trabalhadas
Tungíase Parasitários específicos – Controle nos animais	2	0	-	Aplicação de antiparasitário (ivermectina) para controle do parasito nos cães.
Vistorias técnicas zoossanitárias	16	14	14,29%	
Ações fiscais zoossanitárias	675	740	-8,78%	
Ações fiscais Estabelecimento Veterinários – liberação alvará	17	1	1600,00%	Ação de vistoria para fornecimento de alvará sanitário
Nº Notificações Lavradas	82	75	9,33%	
Nº Autos de Infração Exarados	4	11	-63,64%	
Interdições / suspensão de Atividades	0	0	-	
Castração de cães e gatos realizadas – SEDA	1355	65 (NVPA)	-	Esta atividade é de competência da SEDA desde setembro/2011

FONTE: Banco de dados NVPA/EVZ/CGVS
*Realizado pelo NVPA

Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores – NVRV

Vigilância do Vetor da Doença de Chagas – Realizar pesquisa de Triatomíneos.

Atualmente, há quatro Postos de Informação de Triatomíneos (PITs) em Porto Alegre instalados estrategicamente, em áreas de mata nativa: na UBS Belém Novo, na ESF Ponta Grossa, na ESF Paulo Viaro e na ESF Pitinga. A meta pactuada foi à visita mensal de cada PIT.

Visando divulgar a possibilidade de ocorrência de barbeiros nas residências próximas das áreas de mata e orientar medidas de prevenção da doença de Chagas, 374 visitas domiciliares foram realizadas, no período de maio a agosto, pelos agentes de saúde das ESFs supracitadas, nessas áreas de risco.

No 2º Quadrimestre de 2012, exemplares de barbeiros não foram coletados em Porto Alegre.

Tabela 100 – Pesquisa de Triatomíneos

Realizar pesquisa de Triatomíneos. (NVRV) PAVS 85	Meta Pactuada	2º Quadrimestre		Varição
		2012	2011	%
Nº de visitas	1 visita PIT/ mês	16	16	-

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

Vigilância e estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose (LTA e LV).

Em relação a Leishmaniose Tegumentar América (LTA), no segundo quadrimestre de 2012, não houve notificação de casos humanos da LTA. Por isso, não foram realizadas coletas de flebotomíneos para corroboração de casos.

No que diz respeito à Leishmaniose Visceral (LV) Canina, foram realizadas capturas de flebotomíneos, com três armadilhas luminosas, tipo CDC (desenvolvida pelo Centro de Controle de Doenças de Atlanta), em duas noites consecutivas dos meses de maio a agosto de 2012 (totalizando 8 capturas, 24 amostras e 545 flebotomíneos), objetivando monitorar área com comprovação de casos em 2010 e incriminar as espécies vetoras. Até o presente momento, no município de Porto Alegre, não foi encontrada a espécie de flebotomíneo *Lutzomyia longipalpis*, principal vetor da LV no Brasil.

Tabela 101 – Vigilância de Flebotomíneos

Realizar vigilância e estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose (LTA e LV) . (NVRV) PAVS 80	Meta Pactuada	2º Quadrimestre		Variação
		2012	2011	%
Nº de capturas	Em 100 % dos casos confirmados	8	9	-11,11

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

Fiscalizações e atendimento a denúncias

O recebimento de denúncias e demais solicitações de fiscalização é realizado através do Sistema Fala Porto Alegre, pelo telefone 156.

Quadro 62 – Dados de fiscalização

Fiscalizações	2º Quadrimestre	
	2012	2011
Número de Vistorias Técnicas	308*	721
Nº de Notificações	90*	136
Nº de Autos de Infração	14*	20

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

* Número menor que o efetivamente realizado, em função de o Sistema Fala Porto Alegre estar com dificuldades no momento para produzir relatório contemplando todas nossas atividades, não representando a realidade nem a variação entre os períodos.

Demonstrativo das ações desenvolvidas pela Equipe de Vigilância de Águas – EVQA

Tabela 102 – Relação das reclamações recebidas e atendidas pela EVQA

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta CIB	2º Quadrimestre		Variação
			2012	2011	%
Nº.de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	353	324	8,95
	Atendidas		340	365	-6,85
	% atendidas em relação às recebidas		96,32	112,65	-14,50
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	Meta atingida
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		247	255	-3,14

FONTE: Banco de dados da Equipe de Vigilância da Qualidade da Água – EVQA/CGVS

Reclamações atendidas

Entende-se que as reclamações atendidas são aquelas finalizadas no mesmo período, mas que podem ter ingressado (recebidas) na equipe em períodos anteriores, uma vez que as demandas, conforme sua complexidade, possuem diferentes tempos e processos no seu atendimento. Por isso, os números destes indicadores não são iguais, podendo preponderar um ou outro em cada período. Cada reclamação exige em média duas vistorias com prazo de 15 dias cada.

A equipe também realiza atendimentos prestando orientações técnicas e informações via e-mail, telefone ou pessoalmente.

O dado referente à variação não é válido para avaliar a produtividade da equipe, já que a demanda é imprevisível e tem origem na população.

Tabela 103 – Dados de fiscalização

Indicador	2º Quadrimestre		Variação
	2012	2011	%
Número de vistorias/inspeções realizadas	556	472	17,80
Nº Notificações Lavradas	110	194	-43,30
Nº Autos de Infração Exarados	20	9	122,22

FONTE: Banco de dados da Equipe de Vigilância da Qualidade da Água - EVQA/CGVS

Notificações

No total de notificações lavradas foram incluídas as orientações técnicas, que somam 42 no 2º quadrimestre de 2012 e 84 no mesmo período de 2011.

Quadro 63 – Inspeção das ETAS do DMAE

Inspeção das Estações de Tratamento de Água do DMAE N 7 PAS 44 CIB 250/07		Meta Pactuada	2º Quadrimestre		Variação
			2012	2011	%
Nº ETAS	Inspeccionadas	Inspeção de 100% das Estações de Tratamento de Água do DMAE, por ano.	0	0	-
	% meta atingida		-	-	-

FONTE: Banco de dados da Equipe de Vigilância da Qualidade da Água - EVQA/CGVS

No cronograma municipal do SISÁGUA as inspeções nas sete ETAs ocorrem entre outubro e dezembro.

Quadro 64 – Outras metas pactuadas pela EVQA não contempladas plenamente na PAS

Indicador	Meta Pactuada	2º quadrimestre 2012	Observações específicas
Nº. de análises de cloro residual livre, turbidez e bacteriológicas para fins de vigilância e monitoramento da qualidade da água realizada. (EVQA) SISPACTO – PACTO DE GESTÃO 33	1908/ano - 50% (954) de realização de análises	838	Estas análises respondem à exigências da Portaria MS/GM – 2.914/2011, que prevê análise sistemática de diversos parâmetros físico-químicos e microbiológicos, para verificar e garantir a potabilidade da água.
Envio de relatório semestral (2 ao ano) com informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIAGUA, conforme modelo padronizado pela CGVAM e adaptado pela DVAS/CEVS/SES/RS (EVQA) PAVS 64	1 relatório semestral (2 anuais)	1	Os relatórios semestrais do Vigiágua são enviados nos meses de Janeiro e Julho de cada ano.
Nº de relatórios mensais de controle da qualidade da água dos SAA cadastrados, recebidos e digitados no SISAGUA	Alimentar em 50% os dados no SISÁGUA	4	O número de relatórios mensais de controle da qualidade da água não está associado a uma atividade da equipe de águas, a responsabilidade do envio desses relatórios à Vigilância é do DMAE. O DMAE costuma enviar todos os

conforme Portaria nº 518/2004 (EVQA) PAVS 65			relatórios conforme preconizado no Vigiágua.
--	--	--	--

FONTE: Banco de dados da Equipe de Vigilância da Qualidade da Água - EVQA/CGVS

Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador – EVSAT

Tabela 104 – Relação das reclamações recebidas e atendidas pela EVSAT

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta CIB	2º Quadrimestre		Variação
			2012	2011	%
Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	93	18	416,67
	Atendidas		77	18	327,78
	% atendidas em relação às recebidas		82,79	100	-17,21
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	Meta atingida
	N – nº. atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		75	13	476,92

FONTE: Banco de dados EVSAT/ CGVS/ SMS

Tabela 105 – Dados de fiscalização

Indicador	2º Quadrimestre		Variação
	2012	2011	%
Número de vistorias/inspeções realizadas	77	1	7.600%
Nº Notificações Lavradas	7	0	-
Nº Autos de Infração Exarados	0	0	-
Nº Processos de licenciamento analisados	2	2	-

FONTE: Banco de dados EVSAT/ CGVS/ SMS

Quadro 65 – Metas da Programação Anual de Saúde de ações e serviços realizados pela EVSAT

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	2º Quadrimestre 2012	
45. Fiscalizar 100% das solicitações de licença para funcionamento das estações de Rádio base. (EVSAT)	06	100% das viabilidades de ERB'S analisadas.
48. Manter a fiscalização dos ambientes livres de tabaco em 100% das inspeções nos ambientes de interesse à saúde. (EVSAT)	02	100% denúncias atendidas.

FONTE: Banco de dados EVSAT/ CGVS/ SMS

10.3 Doenças e agravos não transmissíveis

O tabagismo, doença causada pelo uso do tabaco, é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares. O uso do tabaco é líder global entre causas de mortes evitáveis. A exposição passiva ao tabaco também é associada ao mesmo grupo de doenças. As maiores frequências de fumantes foram encontradas, entre homens, no Município de Porto Alegre em 24,6% e entre mulheres em 20,9% (VIGITEL, 2011).

A Secretaria Municipal de Saúde, através do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, vem atuando de forma a diminuir o índice de fumantes ativos e passivos através de ações como o “Tratamento do Fumante” realizado nas unidades de saúde; como a Educação Permanente realizada através de capacitações para todos os funcionários da SMS interessados em atuar no programa, como planejamento de ações nas escolas e sensibilização dos funcionários para “Unidades Livres do Tabaco”.

10.3.1 Programa de Controle do Tabagismo

Quadro 66 - Metas anuais constantes na PAS

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
60. Manter 100% dos Serviços de Saúde da SMS com o programa "Unidades Livres do Tabaco" implantado.	Monitoramento do processo e dos resultados do Programa de Controle do Tabagismo;	Realizado contato com gerências distritais, verificando quais serviços de controle do tabagismo estão ativos, visando a atualização do cadastro CNES (119).
	Definição de, no mínimo, um profissional de referência do Programa em cada serviço;	Iniciada coleta de dados junto às gerências para verificação da existência ou não de profissionais de referência do programa em cada serviço.
	Orientação aos profissionais da área da saúde referente ao "Programa de Controle do Tabagismo".	Estão sendo reavaliadas pela SMS as capacitações para Tratamento do Fumante, que eram realizadas somente para profissionais de nível universitário. Em andamento ações permanentes em educação para todos os trabalhadores da saúde interessados em atuarem no programa.
61. Ampliar o número de unidades cadastradas (no serviço 119 do CNES) com Programa de Controle do Tabagismo ativo aos moldes do INCA, de 24 para 70 (66%) até 2013.	Acompanhamento e avaliação dos relatórios trimestrais de produção;	Os relatórios trimestrais são avaliados. Em andamento ações permanente em educação para reordenamento do fluxo das planilhas.
	Realização de visitas nos serviços orientando os fluxos;	Os serviços integrantes do programa estão sendo convidados para encontros onde são avaliados os fluxos.
	Medicação proveniente do MS disponibilizada em todas as Farmácias Distritais conforme fluxo estabelecido.	Disponibilizada medicação para todas as Farmácias Distritais.
<p>Análise das Metas da PAS Em relação às metas 60 e 61, verifica-se a necessidade de estímulo aos trabalhadores da saúde, chamando-os para ações na educação permanente, revendo o que já foi feito e o que deverá melhorar nos serviços de saúde. A educação permanente tem como alguns de seus objetivos, relembrar, melhorar, rever, retomar, os processos existentes para após avaliá-los e em conjunto com os trabalhadores envolvidos criar formas e formatações de novas ações.</p>		

Fonte: CGAPSES/ Programa de Controle do Tabagismo.

Segue tabela de dados comparativos dos trimestres de 2012 e 2011 com a respectiva análise:

Tabela 106 – Atendimentos realizados no 2º trimestre 2012/ 2011

	2º Trimestre				Variação	
	2012		2011		2012/2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pacientes atendidos	560		462		98	21,21
Pacientes sem fumar	167	29,82	182	39,39	-15	-8,24

FONTE: CGAPSES/ Programa Controle Tabagismo.

O relatório é apresentado trimestralmente, conforme orientação INCA. No 2º trimestre de 2012 foram atendidos 560 pacientes, destes 167 (29,82%) deixaram de fumar. Já no 2º trimestre de 2011, dos 462 pacientes atendidos, 182 (39,39%) deixaram de fumar.

Identificado sub-registro das informações procedentes de algumas unidades de saúde. Os dados não registrados comprometem o recebimento de medicamentos procedentes do Ministério da Saúde. Visando qualificar os registros programada Ação de Educação Permanente em setembro do corrente ano, conseqüentemente reduzindo os sub-registros.

A Assistência Farmacêutica realizou a compra de 20.000 comprimidos de “cloridrato de bupropiona” para atender as demandas.

10.4.1 Programa Bolsa Família

Tabela 107 – Relação percentual das famílias beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF) acompanhadas pela atenção básica

Percentual de famílias com perfil saúde, beneficiárias do programa bolsa família, acompanhadas pela atenção básica. SISPACTO 22		Meta SISPACTO	1º Semestre		Variação
			2012	2011	%
%Famílias beneficiárias	Nº. famílias a serem acompanhadas	30% das famílias cadastradas pela PAS beneficiárias do PBF acompanhadas	29.816	27.580	8,10
	Nº. famílias Acompanhadas		16.387	13.575	20,71
	% da meta atingida		55,00	48,10	14,35

FONTE: Banco dados PBF/CGVS

*Os dados desse indicador são de análise semestral, havendo variação de cadastros entre um semestre e outro.

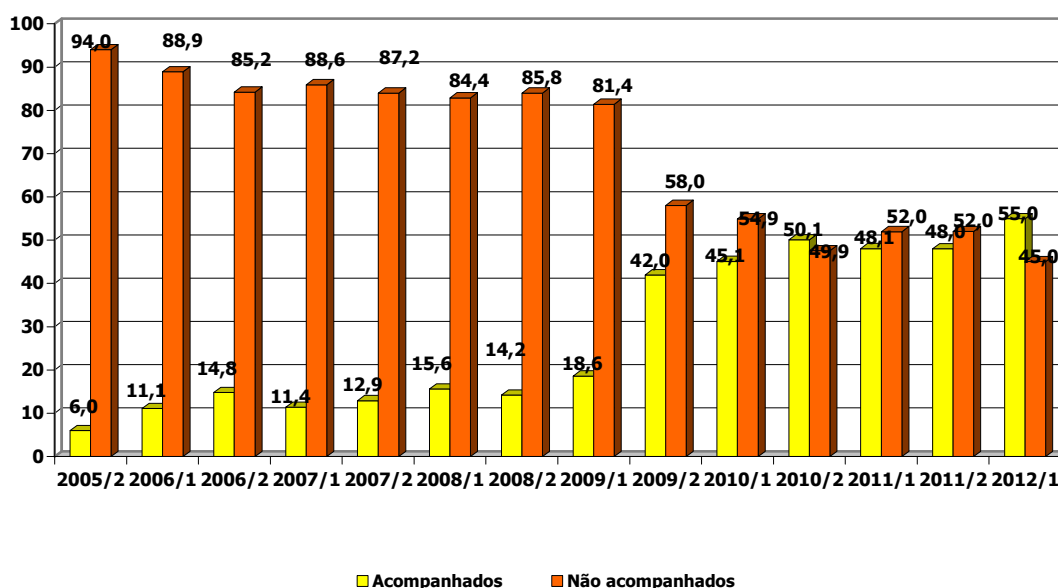


Gráfico 5 - Percentual das famílias beneficiárias, totalmente acompanhadas, pelo Programa Bolsa Família, por ano /vigência, Porto Alegre, 2005-2012/1ª semestre

O resultado de acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no 1º semestre de 2012 foi de 55%, representando um aumento de 6,9% em relação ao 1º semestre de 2011.

O BOLSA FAMÍLIA é um programa de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza, com renda per capita de até R\$ 140 mensais, que associa à transferência do benefício financeiro o acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social. O Programa Bolsa Família tem interface com a SMS uma vez que um dos critérios para a manutenção do benefício é o acompanhamento das famílias nas condicionalidades da saúde. Essa taxa indica a quantidade de famílias com registro de informações de acompanhamento de saúde no Sistema de Caderno informativo sobre o Índice de Gestão Descentralizada do PBF – IGD Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em relação ao total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família para acompanhamento na saúde (crianças de zero a seis anos, mulheres grávidas ou amamentando).

O IGD (Índice Geral de Descentralização) do município é calculado com base em quatro variáveis com informações específicas do município: a) Taxa de cobertura de cadastros: indica a quantidade de famílias com cadastro válido (com todas as informações obrigatórias corretamente preenchidas e com a informação do número do CPF ou do título eleitoral do Responsável pela Unidade Familiar e de algum documento para os demais membros da família), em relação à estimativa de famílias

de baixa renda do município com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo; b) Taxa de atualização de cadastros: indica a quantidade de famílias que tiveram seus dados cadastrais atualizados nos 24 meses anteriores à última atualização ou inclusão da família no Cad único, em relação à estimativa de famílias de baixa renda do município com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo; c) Taxa de crianças com informações de frequência escolar: indica a quantidade de crianças e adolescentes com informações de frequência escolar acompanhadas pelo Sistema de Frequência Escolar do MEC, em relação ao total de crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos de idade que pertencem a famílias beneficiárias do Bolsa Família, e, d) Taxa de famílias com acompanhamento das condicionalidades de saúde, já descrita.

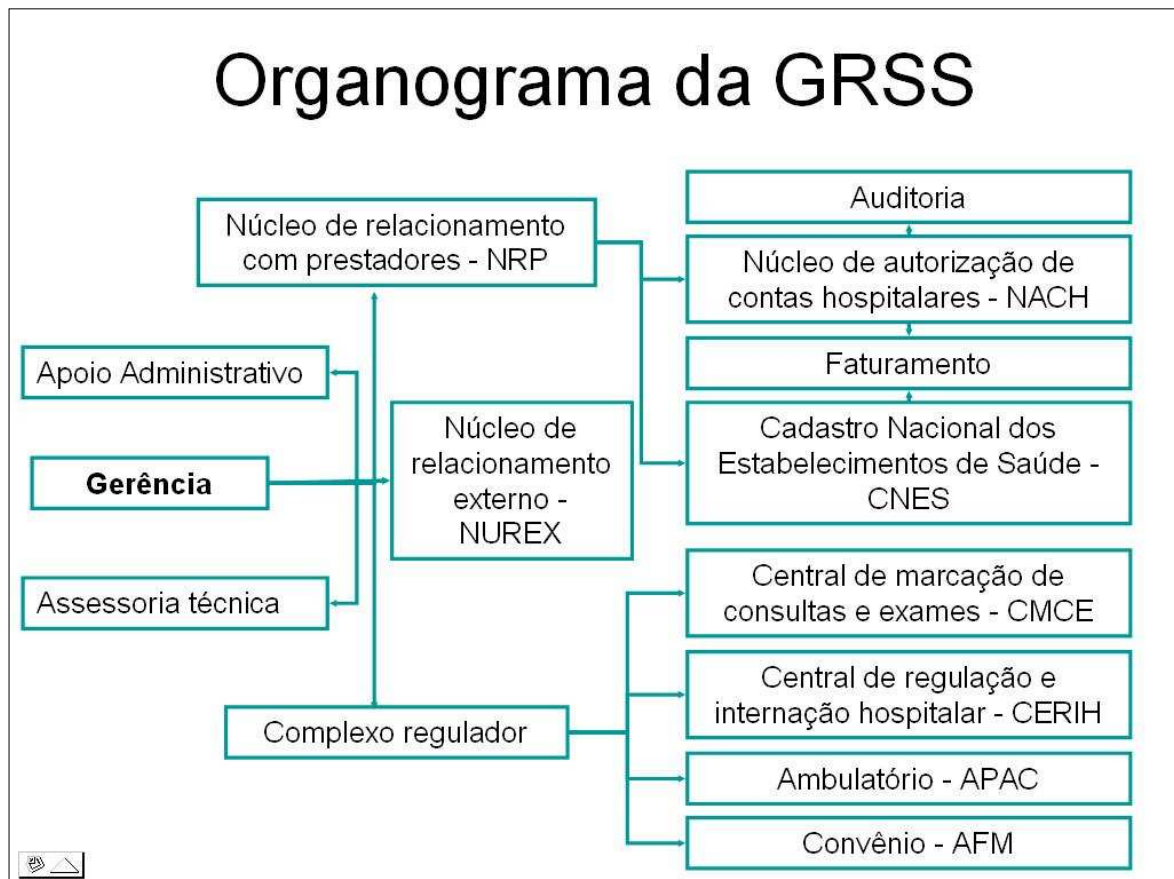
O Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família é um índice que varia de zero a um e avalia a qualidade e a atualização das informações do Cadastro Único e a assiduidade e integridade das informações sobre o cumprimento das condicionalidades das áreas de educação e saúde por parte das famílias beneficiárias. O IGD tem como objetivo avaliar mensalmente a qualidade da gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único em cada município e a partir dos resultados identificados e oferecer apoio financeiro para que os municípios melhorem sua respectiva gestão. Com base nesse indicador, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome repassa recursos aos municípios para incentivar o aprimoramento da qualidade da gestão do Programa Bolsa Família em nível local e contribuir para que os municípios executem as ações sob sua responsabilidade.

Ressalta-se que a administração dos recursos provenientes do IGD é de competência e responsabilidade no município de Porto Alegre da FASC.

11 REGULAÇÃO DO SUS

A Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde é a unidade, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, responsável por regular os fluxos dos usuários nos serviços de saúde disponíveis, tanto para a população local como também para a população referenciada de outros municípios para Porto Alegre. Conta, atualmente, com os serviços de regulação hospitalar (CERIH), regulação

ambulatorial e exames especializados (CMCE), Comissão de Saúde, Núcleo de Relacionamento e Contratos com os Prestadores (NRP), Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Núcleo de Avaliação e Controle Hospitalar (NACH), Núcleo de Relacionamento Externo (NUREX), Núcleo de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APACS), Setor de Auditoria, Faturamento e Apoio Administrativo.



As principais estratégias da GRSS destacadas no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 estão sendo acompanhadas conforme o proposto na Programação Anual de Saúde 2012 (PAS 2012). Veja, a seguir, o quadro que analisa as metas da 9ª (nona) diretriz do PAS 2012:

Quadro 67 - Metas anuais constantes na PAS

Metas PAS 2012	Realizado no 2º Quadrimestre	Observação Específica
<p>121. Regular, através de um Sistema Informatizado, 90% das internações em leitos de UTI – SUS</p>	<p>46% dos prestadores que possuem leitos de UTI estão regulados no sistema informatizado.</p>	<p>O Sistema Informatizado de regulação das internações hospitalares ainda encontra-se em fase de expansão nos prestadores SUS do município. Os prestadores que ainda não possuem os leitos de UTI regulados no SI estão aguardando a integração entre os sistemas próprios e o utilizado pela SMS (AGHOS). -Ingressaram 8 novos médicos e 2 novas enfermeiras. -Aguarda-se o ingresso de mais dois médicos.</p>
<p>122. Regular, através de um Sistema Informatizado, 90% das internações hospitalares oriundas das emergências.</p>	<p>69,2% dos prestadores que possuem emergência SUS estão informatizados.</p>	<p>- O Sistema Informatizado para a regulação das internações oriundas das emergências foi implantado na SMS; - Os reguladores e demais profissionais (internos e externos) envolvidos neste processo foram capacitados para atender a este formato de regulação; - Os prestadores que ainda não possuem as internações oriundas das emergências reguladas no SI estão aguardando a integração entre os sistemas próprios e o utilizado pela SMS; - Ingressaram 8 novos médicos e 2 novas enfermeiras. -Aguarda-se o ingresso de mais dois médicos. - Neste momento estudam-se os critérios que serão estabelecidos para o ingresso de pacientes nos leitos de retaguarda. -Começaram os leitos de retaguarda nos Hospitais Beneficência Portuguesa, PUC e Hospital Parque Belém, visando o não fechamento das emergências.</p>
<p>123. Regular, através de um Sistema Informatizado, 90% das internações hospitalares.</p>	<p>64,7% dos prestadores hospitalares que possuem leitos SUS estão regulados por SI.</p>	<p>- O Sistema Informatizado para a regulação das internações hospitalares foi implantado na SMS; - Os reguladores e demais profissionais (internos e externos) envolvidos neste processo foram capacitados para atender a este formato de regulação; - Os prestadores que ainda não possuem as internações hospitalares regulados no</p>

		<p>SI estão aguardando a integração entre os sistemas próprios e o utilizado pela SMS;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os prestadores que não possuem sistemas próprios de regulação interna estão utilizando o sistema adotado pela SMS, não necessitando neste caso de integração; <p>central de regulação de internações.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os fluxos de internação hospitalar já foram definidos pela SMS e a medida que inicia-se a regulação hospitalar num novo prestador ocorrem reuniões para o alinhamento dos mesmos.
<p>124. Alcançar a proporção de 50% de internações de caráter eletivo.</p>	<p>20 % de internações com caráter eletivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estima-se que com o avanço da regulação nas consultas especializadas, bem como nas emergências, ocorrerá ampliação do acesso da população ao atendimento desejado, aumentando a proporção de internações de caráter eletivo e diminuindo a procura pelas emergências; - Estamos discutindo critérios mais rígidos para o bloqueio de agendas de consultas especializadas ofertadas pelos prestadores hospitalares e centros de saúde, resultando no aumento da oferta para a população; - Na apresentação das contas hospitalares com caráter eletivo ao NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) exige-se o número da regulação gerado através da consulta especializada; - Na apresentação das contas hospitalares com caráter de urgência, quando não justificado o acesso por este critério ocorre o bloqueio do pagamento.
<p>125. Regular, através de um Sistema Informatizado, 95% das primeiras consultas especializadas.</p>	<p>100% da oferta de consultas médicas especializadas iniciais estão reguladas no SI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Na solicitação de internação com caráter eletivo ao CERIH (Central de regulação de internação hospitalar) exige-se o número da regulação gerado através da consulta especializada para que seja autorizada; - Na apresentação das contas hospitalares com caráter eletivo ao NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) exige-se o número da regulação gerado através da consulta especializada; - Aguarda-se a integração entre os sistemas próprios dos prestadores e o sistema utilizado pela SMS para que se possa controlar a efetividade das consultas realizadas e a ociosidade das mesmas.

<p>127. Regular, através de um Sistema Informatizado, 50% das interconsultas e reconsultas hospitalares.</p>	<p>0% das interconsultas e reconsultas hospitalares reguladas no SI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A regulação das interconsultas e reconsultas hospitalares somente será possível após a integração entre os sistemas próprios dos prestadores e o sistema utilizado pela SMS. Estima-se que após a conclusão da integração no âmbito da internação, iniciarão os testes para o módulo das consultas até o final de 2012; - Na apresentação das contas hospitalares com caráter eletivo ao NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) exige-se o número da regulação gerado através da consulta especializada.
<p>128. Reduzir para 5% os bloqueios de agendas pelos prestadores conforme estabelecido na contratualização.</p>	<p>7,23% de bloqueios de agendas pelos prestadores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Está estabelecido em contrato com os prestadores a meta de no máximo 5%/ano de bloqueio das agendas; - Mensalmente os bloqueios solicitados são analisados pela CMCE (Central de marcação de consultas e exames); - Foram definidos critérios para a autorização ou recusa dos bloqueios solicitados pelos prestadores; - Quando ocorre a autorização de um bloqueio, exige-se que o prestador remaneje a oferta para outro período; - Prioriza-se junto aos prestadores a distribuição dos bloqueios por motivos de férias ao longo do ano, evitando-se a redução da oferta nos períodos de Janeiro, Fevereiro e Julho.
<p>129. Contratualizar 92,3% dos prestadores de serviços hospitalares não próprios.</p>	<p>100% de prestadores de serviços hospitalares não próprios contratualizados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Somente não está contratualizado o Hospital Parque Belém, mas negociações estão sendo realizadas para a conclusão do mesmo; - Realizam-se reuniões com a presença dos segmentos necessários para o estabelecimento de planos operativos dos prestadores; - Discuti-se com o gestor a necessidade do aumento dos recursos financeiros para a renovação e contratualização dos prestadores; - Aguarda-se o ingresso de novos servidores para compor o quadro do NRP (Núcleo de relacionamento com os prestadores), afim de que possa ser agilizado os processos de renovação dos contratos não vigentes.
<p>130. Contratualizar 50% dos prestadores de serviços ambulatoriais não próprios.</p>	<p>31% dos prestadores de serviços ambulatoriais não próprios estão contratualizados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Somente os prestadores de serviços ambulatoriais não próprios vinculados aos prestadores hospitalares contratualizados possuem contrato; - Atualmente, os serviços ambulatoriais não próprios e não vinculados aos prestadores hospitalares aguardam a conclusão do processo de chamamento público que viabilizará a contratação; - Aguarda-se o ingresso de novos

		servidores para compor o quadro do NRP (Núcleo de relacionamento com os prestadores).
131. Reduzir em 20% o tempo médio de espera para o agendamento das primeiras consultas especializadas da rede primária de saúde através da CMCE.	Não mensurável.	<ul style="list-style-type: none"> - Neste momento o SI não possibilita a mensuração deste dado. Já foi solicitada a empresa a inclusão deste relatório, mas ainda não foi implementado. Mesmo existindo a possibilidade de mensuração, o dado não seria real, tendo em vista que ainda existe demanda reprimida nos centros de saúde que ainda não foram incluídas no SI, devido ao volume e a falta de servidores nestes locais. Mutirões para esta finalidade já foram organizados pela CAPSES; - Estamos realizando reuniões de negociação com os prestadores para que os mesmos tenham conhecimento da necessidade do aumento da oferta de consultas em determinadas especialidades com demanda reprimida; - Atua-se na redução do número de bloqueio das agendas ofertadas pelos prestadores; - Estamos participando juntamente com o estado da elaboração da PPI (Programação pactuada e integrada), para que sejam estabelecidas as referências estaduais para Porto Alegre.
132. Reduzir o tempo médio de espera para igual ou menor que 45 dias no agendamento dos exames especializados de pacientes atendidos na rede de atenção primária de saúde	Não mensurável.	<ul style="list-style-type: none"> - Neste momento o SISREG não possibilita mensurar o tempo médio de espera para o agendamento dos exames especializados; - Estamos realizando o planejamento da transição dos agendamentos de exames do SISREG para o SI da SMS, o que possibilitará a mensuração deste dado e a criação de estratégias para a redução do mesmo; - Estamos realizando reuniões de negociação com os prestadores para que os mesmos tenham conhecimento da necessidade do aumento da oferta de exames especializados que possuem maior demanda; - Protocolos clínicos estão sendo pensados para a priorização do agendamento de exames que possuem maior demanda pela atenção primária.
133. Revisar 95% das contas hospitalares de alto custo ingressantes no NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) dentro do mês de competência.	100% das contas de alta complexidade foram avaliadas sob o ponto de vista médico e administrativo.	<ul style="list-style-type: none"> - As contas são encaminhadas ao NACH e inicialmente são classificadas sob o ponto de vista de complexidade (avaliação administrativa). Após, são conferidos os dados informados para a CERIH no momento do ingresso do paciente no prestador e confrontados com a prova documental enviada (avaliação médica); - Aguarda-se o ingresso de novos servidores no NACH, para que possa ser

		<p>realizada uma análise mais detalhada das contas recebidas, tanto da média como da alta complexidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reuniões semanais são realizadas para definir as estratégias de implantação do SI da SMS no NACH, o que viabilizará a pré-autorização dos procedimentos eletivos principais e secundários solicitados pelos prestadores. Ainda é necessário como ações o aumento do número de autorizadores, a informatização do NACH e a autorização prévia dos procedimentos eletivos.
<p>134. Bloquear 80% do pagamento das contas hospitalares sem a devida regulação.</p>	<p>100% de bloqueio de pagamento de contas hospitalares sem a devida regulação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - As contas de caráter eletivo sem a devida regulação têm o seu pagamento bloqueado pelo NACH no momento da apresentação da conta; - O CERIH realiza o cancelamento das solicitações de internações eletivas sem a devida regulação dos prestadores que possuem seus leitos hospitalares no SI; - Reuniões semanais são realizadas para definir as estratégias de implantação do SI da SMS no NACH, o que viabilizará a autorização prévia dos procedimentos eletivos principais e secundários solicitados pelos prestadores; - Os autorizadores e demais profissionais (internos e externos) envolvidos neste processo serão capacitados para atender a este formato de regulação quando iniciar a implantação do SI da SMS no NACH.
<p>135. Acompanhar 100% dos contratos com prestadores, através da Comissão de acompanhamento.</p>	<p>44% dos contratos com prestadores acompanhados conforme portaria que define as CPACs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - As CPACs (Comissão permanente de acompanhamento de contratos) já foram nomeadas; - Os prestadores que não estão contemplados nos 44% de acompanhamento ainda não tiveram as suas reuniões agendadas, porém os membros nomeados do segmento da SMS já realizaram os relatórios necessários; - Os contratos deverão ser acompanhados trimestralmente pelas CPACs através de reuniões com os componentes nomeados (Segmentos SMS, SES, corpo docente, corpo discente, representante hospitalar e usuário) em datas pré-definidas pelos mesmos.
<p>136. Atualizar regularmente 100% a base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde da demanda de cadastros no CNES.</p>	<p>100% de estabelecimentos e de profissionais cadastrados e atualizados no CNES e exportados ao MS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Base atualizada e exportada ao MS mensalmente dentro do prazo das competências; - A base do CNES é importada para o SI da SMS mensalmente, a fim de atualizar os dados referentes aos estabelecimentos de saúde e profissionais; - A base referente aos estabelecimentos hospitalares é atualizada pelos próprios

		estabelecimentos e enviada mensalmente a SMS através de fluxo pré-estabelecido. Quando solicitado pelo gestor, vistorias são realizadas para aferir os dados informados.
137. Reduzir o absenteísmo das consultas e exames especializados em 10%.	Não mensurável.	<ul style="list-style-type: none"> - Este dado somente será mensurável após a integração dos sistemas de regulação próprios dos prestadores hospitalares com o SI da SMS, o qual deverá ocorrer até o final de 2012; - Através desta informação será possível atuar na redução do absenteísmo utilizando recursos de comunicação da consulta agendada através de torpedo SMS; - Para reduzir o absenteísmo pensa-se em estratégias como solicitar a confirmação do comparecimento na consulta, a fim de aproveitá-las para outros pacientes em caso de desistências.

Quadro 68 - Regulação nos prestadores hospitalares de Porto Alegre.

Prestadores	UTI regulada no SI	Emergência regulada no SI	Internações hospitalares no SI
Vila Nova	Sim	Sim	Sim
Espírita	Não se aplica	Sim	Sim
Banco de Olhos	Não se aplica	Sim	Sim
Beneficência	Sim	Não se aplica	Sim
Cristo Redentor	Não	Não	Não
Clínicas	Não	Sim	Sim
Fêmina	Não	Não	Não
Presidente Vargas	Sim	Sim	Sim
Conceição	Não	Não	Não
Parque Belém	Sim	Não se aplica	Sim
Porto Alegre	Não se aplica	Não se aplica	Sim
São Pedro	Não se aplica	Não	Não
Partenon	Não	Não se aplica	Não
São Lucas	Sim	Sim	Sim
Pronto Socorro	Sim	Sim	Sim
Cardiologia	Sim	Sim	Não
Santa Casa	Sim	Sim	Sim

FONTE: Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde.

A tabela acima descreve os resultados informados nas metas 121, 122 e 123 por prestador hospitalar de Porto Alegre.

11.1 Auditorias, Vistorias e Supervisões realizadas:

Análise mensal dos relatórios de homônimos, de divergências, e bloqueio das AIHs de todos os prestadores hospitalares que possuem faturamento SUS.

* Auditoria das AIHs de todos os prestadores hospitalares que possuem faturamento SUS bloqueadas por esta equipe.

* Auditoria semanal de todas as contas de pacientes internados em leitos complementares por falta de vagas na rede SUS.

* Auditoria diária das contas demandadas pelo NACH e NRP de todos os prestadores hospitalares que possuem faturamento SUS.

* Auditoria das queixas oriundas da Ouvidoria da SMS relacionadas a todos os prestadores SUS de Porto Alegre.

* Auditoria Analítica no Hospital Cristo Redentor – Traumatologia/Rx (constatadas inconsistências no que se refere ao correto armazenamento de dados referentes a OPMs).

Comparativamente ao levantado pelo DENASUS em 2009, pode-se constatar uma sensível melhora no correto armazenamento de dados nos prontuários dos pacientes daquele hospital no que se refere ao tipo de procedimento analisado. Essa melhora demonstra a eficácia do tipo de controle realizado por aquele órgão. É, no entanto, mister que haja ainda um maior rigor no sentido de fiscalizar, quando da autorização da AIH, a correta apresentação dos laudos pré-operatórios nos casos de politraumatizados.

* Auditoria Operativa AACD – Denúncia de cobrança de órteses e próteses ambulatoriais de pacientes atendidos no estabelecimento.

Na amostra analisada, não foram encontrados casos que fundamentassem a denúncia. Caso haja a indicação precisa do fato que originou aquela representação, será realizada nova auditoria.

* Auditoria Operativa Parque Belém – Cobrança Administrativa.

Foi realizada, inicialmente, a Auditoria Analítica de todas as contas relacionadas e enviadas pelo prestador. Usou-se como referência a listagem enviada pelo hospital, espelho da AIH anexado junto aos prontuários, mesmo daqueles em que não havia ainda numeração de AIH, dados do ACH e do banco de dados do SIHD. Conclusão: Do valor total de R\$ 339.662,54 que está sendo cobrado pelo prestador, o valor auditado foi de R\$ 236.809,80.

- * Auditoria Operativa Hospital Divina Providência – Cobrança Administrativa.
Foi realizada Auditoria Analítica e Operativa de laudos de 3 processos, onde o valor total de cobrança pelo prestador foi de R\$ 4200,04 e o valor auditado foi de R\$ 4200,04
- * Auditoria Operativa Hospital Porto Alegre – Cobrança Administrativa.
Foi realizada Auditoria Analítica e Operativa de um prontuário de um paciente atendido pelo Hospital Porto Alegre. O valor cobrado pelo prestador foi R\$1344,00 e o valor auditado foi de R\$ 1344,00.
- * Auditoria Analítica/Operativa APACs de pacientes falecidos.
Foi identificada a cobrança de APACS em pacientes que já haviam falecido nos seguintes prestadores analisados: PUC, Santa Casa, Parque Belém e Banco de Olhos. Totalizando o valor de R\$ 53.112,86 a ser restituído ao gestor.
- * Auditoria Operativa LMC (Leucemia Mielóide Crônica) – em planejamento.
Procedimentos de quimioterapia da Leucemia Mielóide Crônica. Tem como resultados esperados a freqüência e valor dos nove procedimentos de quimioterapia da LMC e quer calcular o volume de recursos financeiros que migrou mês a mês com a compra de *Mesilato de imatinibe* pelo Ministério da Saúde.
- * Auditoria Operativa Oncologia – em planejamento.
Tem como objetivo verificar a veracidade dos dados das APACS oncológicas nos principais serviços do Município, bem como comprovar a realização dos procedimentos cobrados e sua qualidade no atendimento.
- * Auditoria Operativa em Hemodiálise – em planejamento.
Tem como objetivo controlar e verificar todos os serviços de Hemodiálise que prestam atendimento ao SUS, atentando ao controle das APACs e qualidade do atendimento prestado.

Castramento de estabelecimentos de saúde:

A equipe responsável pelo Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES está encaminhando a adequação dos dados constantes em base com os dados obtidos por intermédio das vistorias. Meta solicitada pela equipe e autorizada pelo secretário da saúde.

Além disso, a Rede Cegonha está em fase inicial de implantação, na etapa de *Contratualização Municipal pela Comissão Permanente de Acompanhamento de*

Contrato - CPAC, desenhando a Rede Cegonha no Município. Já foram realizadas as vistorias no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

11.2 Regulação de Serviços Ambulatoriais Especializados de Média e Alta Complexidade:

Quadro 69 - Oferta de consultas iniciais reguladas pela CMCE.

Descrição	2º Quadrimestre	
	2012	2011
Oferta total (sem bloqueios realizados)	35.471 em Centros de Saúde	Dado Indisponível
	126.996 em Hospitais	106.929 em Hospitais
Total	162.467	--
Oferta real (com bloqueios realizados)	27.166 em Centros de Saúde	Dado Indisponível
	117.817 em Hospitais	101.695 em Hospitais
Total	144.983	--

FONTE: Sistema Informatizado SMS/POA.

Do total da oferta de consultas especializadas, 100% das consultas dos Centros de Saúde e 55% da oferta hospitalar de consultas são exclusivas para moradores de Porto Alegre. Na tabela 3, está dividida a oferta total, o total e o percentual de bloqueios das agendas hospitalares pactuadas (55% para Porto Alegre), dos centros de saúde (100% para Porto Alegre) e das agendas hospitalares exclusivas (100% para Porto Alegre, exemplo: agendas de mutirão).

Tabela 108 - Oferta, bloqueios e percentual de bloqueios das agendas ofertadas.

	Maio			Junho			Julho			Agosto			Total do 2º Quadrimestre		
	Oferta Total	Blo queio	Freq. Rel.	Oferta Total	Blo queio	Freq. Rel.	Oferta Total	Blo queio	Freq. Rel.	Oferta Total	Blo queio	Freq. Rel.	Oferta Total	Blo queio	Freq. Rel.
CS	9216	1784	19,36	8364	2156	25,78	8962	2608	29,10	8929	1757	19,68	35471	8305	23,41
Hospitais	27978	1751	6,26	25796	1483	5,75	35114	2826	8,05	38108	3119	8,18	126996	9179	7,23
Agenda Exclusiva	321	0	0,00	398	8	2,01	1112	27	2,43	2512	0	0,00	4343	35	0,81
Total	37515	3535	9,42	34558	3647	10,55	45188	5461	12,09	49549	4876	9,84	166810	17519	10,50

FONTE: Sistema Informatizado da SMS/POA.

Os exames que compõem a oferta disponibilizada através do SISREG (Sistema de Regulação fornecido pelo MS) regulados através da CMCE são arteriografia, audiometria, cateterismo cardíaco, cintilografia, colonoscopia, densitometria óssea, ecocardiograma, ecografia, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, endoscopia digestiva alta, estudo eletrofisiológico, ressonância magnética, holter, mamografia, potencial evocado auditivo e tomografia.

Quadro 70 - Oferta de exames.

Descrição	2º Quadrimestre	
	2012	2011
Oferta de exames	34.780	Dado Indisponível

FONTE: SISREG.

No 1º quadrimestre foi informada a oferta de exames referentes a apenas um mês de agenda. Neste quadrimestre o dado compreende 4 meses de oferta.

O programa utilizado para a regulação dos exames (SISREG), não permitiu a visualização do histórico da oferta de exames de 2011. Esse programa tem apresentado, nos últimos meses, muitas falhas, por isso intensifica-se o planejamento de regulação dos exames que estão no SISREG (inicialmente) no sistema informatizado adotado pela SMS, afim de que possa ocorrer uma regulação mais efetiva e transparente.

Para outubro de 2012 está planejado o início da migração dos exames do sistema SISREG para o sistema Aghos.

11.2.1 Regulação da Produção Hospitalar

A regulação da produção hospitalar inclui a descrição e análise da produção hospitalar conforme definido em contratualização, bem como o às internações hospitalares realizadas no período analisado. No primeiro quadrimestre, além da produção hospitalar analisada, a GRSS qualificou a capacidade instalada da CERIH (Central de Regulação das Internações Hospitalares), ampliando o quadro de servidores com mais três médicos reguladores. No segundo quadrimestre ingressaram 8 novos médicos e 2 novas enfermeiras. Ainda aguarda-se o ingresso de mais dois médicos.

Desde o 2º semestre de 2011 iniciou-se, de forma rigorosa, a regulação dos serviços de saúde pela GRSS. Com a regulação, pacientes que consultavam irregularmente nos hospitais e geravam internações, bem como os pacientes de outros municípios e de outros estados que internavam em Porto Alegre, aumentando a produção dos hospitais, deixaram de fazê-lo. Logo, houve um impacto óbvio na produção das instituições que levarão algum tempo para normalizarem sua produção. Também em 2012 implantou-se o novo sistema informatizado de regulação, sistema este ao qual os hospitais estão se adequando, o que também contribui para a diminuição temporária da produção. Apesar disso, se a produção do 1º quadrimestre de 2011 for comparada a do 1º quadrimestre de 2012, identificar-se-á um aumento na produção de hospitais como o Hospital de Clínicas, Presidente Vargas, São Lucas da PUCRS, Beneficência Portuguesa, Parque Belém, Espírita, Vila Nova, Instituto de Cardiologia e a Unidade São Rafael.

Tabela 109 - Faturamento hospitalar dos prestadores próprios e não próprios de Porto Alegre.

HOSPITAIS	2º Quadrimestre					
	2012			2011		
	R\$	Quantidade de proced.	Nº de proced. contratado	R\$	Quantidade de proced.	Nº de proced. contratado
Hospital Conceição	R\$ 17.784.607,49	13.834	12232	R\$ 22.581.334,12	17.281	12232
Hospital Fêmina	R\$ 4.250.332,13	4.679	4796	R\$ 4.032.089,87	4.500	4796
Hospital Cristo Redentor	R\$ 3.817.197,25	2.324	2604	R\$ 1.897.680,81	1.272	2604
Hospital de Clínicas	R\$ 20.277.077,43	13.239	10400	R\$ 26.610.306,51	15.336	10400
Sanatório Partenon	R\$ 703.699,47	357	-	R\$ 655.482,00	347	-
Hospital São Pedro	R\$ 358.841,74	317	-	R\$ 366.843,00	338	-
Hospital de Pronto Socorro	R\$ 3.024.234,04	2.612	-	R\$ 3.089.205,99	2.640	-
Hospital Presidente Vargas	R\$ 1.778.516,58	1.831	-	R\$ 1.551.147,44	1.540	-
Hospital São Lucas da PUCRS	R\$ 13.222.411,04	6.132	5492	R\$ 13.507.639,48	5.935	5491
Hospital Banco de Olhos	R\$ 299.137,83	116	1522	R\$ 205.544,77	93	220
Hospital Divina Providência	R\$ 15.487,16	17	5028	R\$ 12.575,98	12	5028
Hospital Benef. Portuguesa	R\$ 1.411.459,68	960	1660	R\$ 1.327.754,87	1.023	1612
Hospital Parque Belém	R\$ 2.148.241,09	1.212	-	R\$ 1.911.788,29	1.004	2284
Hospital Espírita	R\$ 1.090.093,78	1.191	-	R\$ 998.013,22	1.126	1200
Irmandade Santa Casa	R\$ 21.966.650,78	8.295	7959	R\$ 19.673.239,11	8.242	8444
Hospital Vila Nova	R\$ 2.918.225,79	4.895	4566	R\$ 3.493.437,96	5.012	6319
Instituto Cardiologia	R\$ 10.194.894,29	1.853	1 948	R\$ 11.874.811,94	1.968	1948
Unidade São Rafael	R\$ 211.291,97	209	200	R\$ 188.482,91	196	200
Hospital Porto Alegre	-	-	-	R\$ 7.112,00	6	192
TOTAL	R\$ 105.472.399,54	64.073	58407	R\$ 113.984.490,27	67.871	62970

FONTE: TabWin e Plano Operativo dos prestadores

Justifica-se a baixa produção do HCPA no primeiro quadrimestre de 2011 por dificuldades operacionais bilaterais de controle, avaliação e auditoria das contas hospitalares deste Prestador, com soluções já implantadas ao longo de 2012, baseadas no manual de avaliação de contas hospitalares preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em relação à diminuição da produção do 1º quadrimestre de 2012 em relação aos Planos Operativos (PO), além dos já citados, deve-se atentar que as internações, de um modo geral, diminuem neste período do ano, devido ao absenteísmo em consultas e em cirurgias, pelo período de férias. Mesmo assim, hospitais como o São Lucas da PUC e a Unidade São Rafael, mantiveram sua produção conforme os seus respectivos PO.

Embora se visualize uma produção abaixo do contratualizado, considerando os fatores que provavelmente influenciaram estes números, há de se observar que apesar disso o Hospital São Lucas da PUCRS ultrapassou em 8% a meta do contrato, o Hospital Conceição atingiu 88,3%, o Instituto de Cardiologia 93%, a Santa Casa 87 %, o Espírita 93,4 % e a Unidade São Rafael alcançou 96% da produção acordada. A média de cumprimento dos PO no 1º quadrimestre de 2012 dos hospitais contratualizados foi de 79%. O objetivo da GRSS é que até o último trimestre de 2012 a média de produção hospitalar seja de pelo menos 95% com os todos os hospitais devidamente regulados.

11.2.2 Internações Hospitalares por Grupos de Especialidades

O conjunto de internações realizadas no primeiro quadrimestre de 2012 sofreu decréscimo se comparado com o mesmo período do ano anterior. Esse fato justifica-se pelo período de menor incidência de internações por causas respiratórias, se comparado com outros períodos do ano e a uma ampliação de acesso e reestruturação do modelo de atenção primária e dos serviços de emergência no município.

O aumento do número de internações de UTI Neonatal, UTI Adulto e por Trauma sugerem um aumento da gravidade dos casos que necessitam de internação. De maneira inversa, a diminuição de internações em UTI Pediátrica, em Pediatria, em Clínica Médica, Psiquiatria e por Ordens Judiciais, bem como o aumento nulo de

internações em infectologia, podem sugerir a diminuição no agravamento dos casos específicos destinados a esses tipos de leitos.

Tabela 110 - Regulação de internações hospitalares em urgência (Pronto -Atendimentos e outras cidades)

Descrição	2º Quadrimestre				Varição
	2012		2011		2012/2011
	Nº	%	Nº	%	%
UTI Neonatal	451	4,03	510	7,58	-11,57
UTI Pediátrica	489	4,37	508	7,55	-3,74
UTI Adulto	1330	11,88	1266	18,81	-5,06
Infectologia	260	2,32	199	2,96	30,65
Psiquiatria	2903	25,94	1713	25,45	96,47
Clínica Médica	3539	31,62	2155	32,16	64,22
Pediatria	1315	11,75	995	14,78	32,16
Traumatologia	905	8,09	392	5,82	130,87
Ordens Judiciais	73	0,73	82	1,2	-10,98
Total	11192	100	6730	100	66,00

FONTE: CERIH/SMS e Sistema Informatizado da SMS/POA.

Conclui-se que o incremento de 66% na regulação de serviços de saúde, por meio do processo de informatização do Sistema Municipal de Saúde, ampliou consideravelmente a capacidade de regulação e consequente gestão dos processos que envolvem a oferta de consultas e internações pela SMS.

Regulamos 22.680 urgências intra-hospitalares (exemplo: emergência da Santa Casa para a Santa Casa), contra 20.222 em 2011.

Regulamos também 7636 eletivas, contra 6506 em 2011.

Ainda temos outros dados a serem considerados: registramos 11.131 regulações pelo sistema de autorizações antigo (CERIH), contra 11.267 em 2011. Esse tipo de regulação se justifica com a necessidade de finalizar a implantação da Informatização em alguns hospitais da rede.

Total de regulações: 52.639 em 2012

Total de regulações: 44.725 em 2011

12 HOSPITAIS PRÓPRIOS

12.1 Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

Missão do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas:

Oferecer assistência de alta complexidade, com qualidade, humanismo e ética, articulada com a rede de saúde, às mulheres, crianças e adolescentes, bem como desenvolver atividades de ensino e pesquisa, visando transformar-se em centro de excelência e referência para Porto Alegre e Região Metropolitana.

Características Do Hospital:

Instituição 100% SUS, voltada para a área materno-infantil, com atendimento de média e alta complexidade em Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Psiquiatria feminina. Atendimento ambulatorial e internação. Vários programas especiais nesse perfil de atendimento, tais como:

- Pré-Natal de Alto Risco e Hospital-Dia - para gestantes hipertensas e diabéticas;
- Programa de Medicina Fetal;
- CRAI – Centro de Referência em Atendimento Infante-Juvenil;
- SRTN - Serviço de Referência em Triagem Neonatal;
- PAIGA – Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente;
- Programa de Acompanhamento dos Distúrbios da Deglutição;
- Atendimento às Vítimas da Violência;
- CMIPF - Centro Municipal Integrado de Planejamento Familiar;
- Distúrbios da Eliminação;
- CRIE – Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais;
- TANU – Triagem Auditiva Neonatal.

Como monitoramento e avaliação do funcionamento e produtividade do Hospital de Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) serão descritos e analisados o quadro

das metas da PAS 2012, referentes às metas 84, 85, 96-101, bem como a tabela de indicadores de desempenho, produtividade e gestão de pessoas no período. As metas da PAS 2012 e os indicadores de desempenho têm como objetivo acompanhar o alinhamento do Hospital ao seu perfil de estabelecimento de saúde – hospital especializado na saúde das mulheres, crianças e adolescentes.

Abaixo, o quadro 71 apresenta a meta 85 atingida, as metas 84,96,98-101 parcialmente atingidas e a meta 85, não atingida. Todas estas metas referem-se à 5ª Diretriz da PAS 2012 - “Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial especializada, das urgências e hospitalar”.

Quadro 71 – Avaliação das metas do HMIPV constantes no PAS

Metas anuais constantes no PAS		Observações Específicas
Previsto 2012	Realizado 2º quadrimestre	
84. Implantar a fase III do SRTN – Sistema de Referência em Triagem Neonatal	Adequação de área física realizada. Fluxos montados. Realizado credenciamento do MS para Fase III do Serviço de Triagem Neonatal Contratação de empresa para os testes de biologia molecular realizada Fase III instalada	Falta completar quadro de servidores para adequação ideal do Serviço. Deverá ingressar um farmacêutico bioquímico e 1 assistente administrativo para completar o quadro de RH para Fase III.
85. Implantar um serviço de diagnóstico e tratamento fonoaudiológico ao paciente disfágico no município.	Serviço implantado.	

<p>96. Implantar a Rede Cegonha para atendimento de 100% das gestantes de alto risco até 2013.</p>	<p>Projeto arquitetônico de reforma de área física do CO/HMIPV – em fase final Projeto arquitetônico para criação da UTI Adulto Nível II – em fase final Submetida proposta de Reforma da UTI Neo ao Projeto Rede Cegonha do MS, para recurso financeiro Submetida proposta de Ambiência do Alojamento Conjunto ao projeto Rede Cegonha do MS, para recurso financeiro Submetida ao projeto Rede Cegonha do MS proposta de reforma para Casa da Gestante, Bebê e Puérpera em uma das casas desapropriadas Levantamento de necessidades de RH Levantamento de materiais e equipamentos</p>	<p>Validação interna e submissão ao controle social, tão logo finalizem os projetos. Posterior submissão ao GS, CMS, CGVS e SMA</p>
<p>97. Adequar a UTI Pediátrica para nível III, com capacidade plena de 10 leitos até 2013</p>	<p>Levantamento de necessidades de RH Levantamento de materiais e equipamentos</p>	<p>Projeto em elaboração Validação interna e submissão ao controle social, tão logo finalizem os projetos. Posterior submissão ao GS, CMS, CGVS e SMA.</p>
<p>98. Reformar a área física do ambulatório do HMIPV, para manter 100% dos atendimentos a crianças vítimas de violência em espaço adequado e humanizado ao perfil do Centro de Referência em Atendimento Infante Juvenil (CRAI)</p>	<p>Levantamento de necessidades de RH Levantamento de materiais e equipamentos Projeto arquitetônico e memorial descritivo para reforma do CRAI em fase final</p>	<p>Validação interna e submissão ao controle social tão logo finalize o projeto; Posterior submissão ao GS, CMS, CGVS e SMA.</p>

<p>99. Ampliar a oferta de leitos de internação hospitalar de HMIPV de 97 para 150 leitos até 2013. Aumentar de 97 para 125 leitos em 2012.</p>	<p>Levantamento de necessidades de RH Levantamento de mobiliário e equipamentos – em elaboração - Elaboração do projeto de modernização do parque tecnológico e mobiliário - em elaboração Unidade de Internação Psiquiátrica – obra concluída em funcionamento Unidade de Internação Pediátrica com capacidade plena durante a Operação Inverno. Unidade de Alojamento Conjunto – pintura e reforma hidráulica em fase de conclusão Unidade Internação da Mulher – aguarda intervenção (pintura e reforma)</p>	<p>Após término dos projetos, solicitar ingresso de RH e encaminhar aquisições e substituição de mobiliário</p> <p>Internação Ginecológica em funcionamento pleno. Internação Psiquiátrica em funcionamento pleno, 24 leitos. Alojamento Conjunto em fase final das obras, 50% dos leitos bloqueados. Internação Pediátrica com funcionamento pleno, prorrogadas 50% dos contratos emergenciais da Op. Inverno, o que permitirá manter 21 leitos abertos até outubro. Depois, retornaremos a 14 leitos.</p>
<p>100. Implantar um Centro de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis – CAMMI – no HMIPV até 2012.</p>	<p>Consultórios para atendimento médico (funcionamento em área temporária) Projeto arquitetônico em fase final de elaboração Zerada a demanda reprimida do atendimento inicial na hepatologia da rede de atenção primária Iniciado etapa diagnóstica por biópsia hepática Realizado adaptação de consultório para administração dos medicamentos Iniciada realização de endoscopias digestivas altas</p>	<p>Falta completar quadro de servidores para instalação completa do Serviço. Aguardamos liberação dos técnicos de enfermagem, enfermeiros e farmacêuticos exclusivos do programa. Deve ser contratada empresa para realização da obra. Aguarda-se aprovação do projeto.</p> <p>Profissional nomeado que havia iniciado as biópsias hepáticas se exonerou. Aguardamos nomeação de outro profissional (não há garantia de que sabe realizar o procedimento)</p>

<p>101. Ampliar e o atendimento em -4 especialidades no HMIPV:</p>	<p>Otorrino cirúrgica – adquirido microscópio cirúrgico, nomeado profissional (encontra-se em licença gestante) Reconstituição mamária: adquiridas próteses, profissional habilitado, atividade em andamento Oncologia Clínica: nomeado profissional</p> <p>Ecografia mamária: aguarda recursos humanos</p>	<p>Dificuldades e empecilhos à consecução dessa meta: otorrinolaringologista nomeada para essa função encontra-se em licença gestante até o final do ano;</p> <p>oncologia: deverá ser construído projeto, profissional nomeada deverá assumir a realização do projeto; necessidade de prever área física, equipamentos, enfermeiro e farmacêutico habilitados e especializados.</p> <p>ecografia mamária: necessita adaptação de área física e acréscimo de ecografista Após projeto, submeter ao controle social, a seguir ao GS, CMS e CGVS.</p>
---	---	---

A tabela 111 mostra a capacidade instalada do hospital em relação às unidades de internação estabelecendo comparação entre o segundo quadrimestre de 2012 em relação ao mesmo período de 2011. Houve redução do número de leitos no alojamento conjunto devido à reforma da unidade e na casa da gestante (em vista do bloqueio de duas salas que estão aguardando reforma). Houve aumento de 05 leitos na unidade de psiquiatria em relação a 2011, tendo sido atingido o número potencial de leitos da unidade em 2012. Os leitos da Internação Pediátrica, Sala de Observação Pediátrica e UTI Pediátrica estão operando em capacidade plena devido à vigência da Operação Inverno. Os leitos da UTI Neonatal estão muito próximos da capacidade plena, porém está se trabalhando com contratação da Operação Inverno.

Tabela 111 - Capacidade instalada do Hospital.

Unidades	Nº Potencial de leitos	2º Quadrimestre		Variação
		2012	2011	%
Alojamento Conjunto – 8º andar	28	14	22	-36
Casa da Gestante – 7º andar	10	7	11	-36
Centro Obstétrico – 10º andar	7	7	7	-
Ginecologia Internação – 7º andar	18	18	18	-
Pediatria – 4º andar	38	38	38	-
Psiquiatria – 5º andar	24	24	19	26
Sala de Observação Pediátrica – SOP	20	20	20	-
Sala de Recuperação – 11º andar	11	11	10	10
UTI Neonatal – 9º andar	24	22	20	10
UTI Pediátrica – 3º andar	10	10	10	-

FONTE: AMB - HMIPV

A tabela 112 mostra o número de atendimentos realizados pelo HMIPV por atividade assistencial comparando o segundo quadrimestre de 2012 com o mesmo período de 2011. Pode ser verificado um aumento significativo (127%) no número de procedimentos cirúrgicos e de procedimentos de apoio diagnóstico (105%) em 2012, em comparação com 2011. Contudo, houve uma redução de 22% no número de internações e de 36% nos atendimentos na emergência pediátrica. Durante o mês de maio, e até 15 de junho deste ano, a Unidade de Internação Pediátrica esteve fechada, por dois motivos: 1º. A ala da Unidade Psiquiátrica (5º andar) estava em reforma, e a única ala capaz de abrigar pacientes psiquiátricas era a da Internação Pediátrica, que passa a maior parte do ano com 14 leitos, e só atinge sua capacidade plena (38 leitos) no inverno, às custas de contrato emergencial de técnicos de enfermagem. O número de profissionais de enfermagem na pediatria estava bastante restrito. Assim, desde o final de 2011, a Psiquiatria estava no local da Internação Pediátrica, e esta havia sido unificada com a Emergência Pediátrica, no térreo. O número total de leitos destas duas áreas ficou inicialmente em 10 (por deficiência de RH), e progressivamente subia a 13 ou 15. Isso perdurou até 15 de junho, quando, finalmente, a Internação Pediátrica foi reaberta, com sua capacidade plena de 38 leitos, e a Emergência Pediátrica voltou a ter 20 leitos de Observação (SOP), durante o restante do inverno.

Tabela 112 - Demonstrativo do número de atendimentos* realizados, por atividade assistencial.

Unidades		2º Quadrimestre		Varição
		2012	2011	%
Ambulatório	Nº de atendimentos	39.022	38.035	2,60
Bloco Cirúrgico**	Nº de atendimentos	367	162	126,54
Internações	Nº de atendimentos	2.068	2668	-22,49
Emergência Pediátrica	Nº de atendimentos	4.576	7.204	-36,48
Triagem Obstétrica	Nº de atendimentos	1.185	1.467	-19,22
Serviços Apoio Diagnóstico	Nº de atendimentos	153.784	75.003	102,04
Total	-	201.002	124.539	61,40

FONTEs: Programa Estatística Geral AMB/SIHO

Tabwin – grupo 02 – procedimentos com a finalidade de diagnóstico*.

* atendimentos - considerar exames radiodiagnósticos, laboratoriais e outros, consultas médicas, procedimentos médicos e de enfermagem e outros.

** Considerados todos os procedimentos cirúrgicos realizados em Bloco Cirúrgico: obstétricos, pediátricos, ginecológicos, odontológicos, cirurgia geral, eletroconvulsoterapia, colonoscopia

A tabela 113 mostra o número de atendimentos hospitalares realizados pelo HMIPV por serviço comparando o segundo quadrimestre de 2012 com o mesmo período de 2011. Pode ser verificada redução no número de partos normais e de cesáreas, em 2012, em comparação com 2011. Temos tido cronicamente situação de superlotação da neonatologia, em função de não conseguirmos abrir a totalidade dos leitos, por carência de profissionais de enfermagem. Assim, frequentemente somos obrigados a restringir as internações obstétricas, o que explica a redução dos partos. Contudo, houve aumento significativo (79%) de outros procedimentos cirúrgicos em 2012. Houve redução do número de internações, exceto das psiquiátricas em 2012. A redução ocorreu por conta de dois fatores: 1º. Dificuldades em compor o quadro de anestesistas, o que obrigou a um menor número de cirurgias maiores; estimulando-se as cirurgias de menor porte, muitas vezes com anestesia local ou cirurgias mais rápidas. 2º. A situação da pediatra já foi comentada na Tabela 2. Houve aumento significativo (131%) do número de exames laboratoriais realizados em 2012.

Tabela 113 - Demonstrativo de atendimentos hospitalares realizados, por serviço.

Serviços		2º Quadrimestre		Variação N/%
		2012	2011º	
Centro Obstétrico	Partos normais	165	261	-37
	Cesarianas *	161	201	-20
Bloco Cirúrgico - cirurgias/ Procedimentos	Ginecológicas **	172	281	-39
	Pediátricas (0 a 12 anos)	89	104	-14
	Outras	497	277	79
Internações	UTI Neonatal	131	142	-8
	UTI Pediátrica (até 12 anos)	93	151	-38
	Alojamento conjunto***	616	827	-26
	Internação Pediátrica (até 12 anos)	475	630	-25
	Internação psiquiátrica	86	82	5
	Internação adulto mulheres****	401	503	-20
	Sala de Observação Pediátrica	772	1.001	-23
Outros	Exames laboratoriais	137.851	59.798	131
	Exames radiodiagnósticos	3.331	3.102	7
	Diagnóstico por Imagem (Ecografia)	2.768	3.066	-10
	Hemoterapia	Transf = 188	Transf = 194	-3
		Reserva cirurg =170	Reserv cirurg = 183	-7
		Exs Hospital = 1043	Exs Hospital = 1086	-4
		Exs Ambu = 443	Exs Ambu = 296	50
		Total = 1844	Total = 1759	5
Exames diagnósticos em Especialidades	2.444	2.815	-13	

FONTE: Programa Estatística Hospitalar AMB/SIHO, Boletim de movimentação hospitalar(BMH) e TABWIN.

** O nº de procedimentos cirúrgicos, continua abaixo do desejado, em virtude das dificuldades nas escalas de anestestistas para o Bloco Cirúrgico.

*** Somados mães e respectivos recém nascidos

Incluídas internações na ginecologia, cirurgia geral e casa da gestante.

As tabelas 114 e 115 apresentam os atendimentos em serviços especializados do HMIPV comparando o segundo quadrimestre de 2012 com o mesmo período de 2011. Pode ser verificado que houve aumento do número de acolhimentos em 2012 no CRAI. Ainda, aumentaram as consultas em psicologia e serviço social. Houve aumento

significativo de pacientes periciados (135%) e de consultas em pediatria (66%) em 2012. Pode ser observado um aumento global de 59% no número total de atendimentos no CRAI em 2012. Em contraste, relativo a triagem auditiva neonatal houve redução de 28% no total de atendimentos em 2012 quando comparado a 2011. Esta diminuição no atendimento ocorreu devido ao equipamento usado para triagem auditiva ter ficado aguardando conserto desde março até final de maio de 2012.

Tabela 114 - CRAI - Centro de Referência em Assistência Infante Juvenil

CRAI	2º Quadrimestre				Variação
	2012		2011		
	N	%	N	%	N/%
Acolhimento POA	276	40	224	43	23
Acolhimento Interior	403	60	293	57	37,5
Total *	679	100	517	100	31
Consulta em Psicologia	764	24	607	30	26
Consultas em Serviço Social	679	21	517	26	31
Pacientes Periciados (DML)	946	30	403	20	135
Consultas em Pediatria	789	25	476	24	66
Total de Atendimentos	3178	100	2003	100	59

FONTE: CRAI – HMIPV

* Cada acolhimento compreende 2 consultas: de Psicologia e de Serviço Social

Tabela 115 – TANU - Triagem Auditiva Neonatal

TANU			
Nº Exames	2º Quadrimestre		Variação
	2012	2011	%
UTI Neonatal	75	115	-34,8
Alojamento Conjunto	226	393	-42,9
Ambulatório	117	76	53,9
Consultorias pediatria	2	1	100
Total	420	585	-28,2
TANU/ nascimentos	82,21%	96,75%	-15%

FONTE: Equipe da TANU – HMIPV

A tabela 116 mostra o serviço de referência em triagem neonatal comparando o segundo quadrimestre de 2012 com o mesmo período de 2011. Houve importante redução no tempo de coleta para realização da triagem neonatal em 2012 (aumento de 6113 pacientes, 32% de acréscimo, que coletaram exames em menos de 07 dias em relação a 2011), sendo que a maioria (69%) dos pacientes teve coleta em menos de 07 dias, refletindo uma melhora nos fluxos de acesso e processos de trabalho.

Tabela 116 – Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN)

Indicadores		2º Quadrimestre		Varição
		2012	2011º	%
Exames Laboratório TN	nº de recém nascidos	36.023	35.955	68/1
Hemoglobinopatias triadas (doentes)	nº de recém nascidos	13	10	3/30
	nº de pais/ família	967	1014	-47/-5
Tempo de coleta	nº de pacientes < 7 dias	24.980 (69,3%)	18.867 (52,5%)	6113/32
	nº de pacientes > 7 dias	11.043 (30,7%)	17.088 (47,5%)	-6045/-35
Fenilcetonúria	nº de triagem neonatal	6	2	4/200
	nº de controles	78	67	11/16
Hipotireoidismo Congênito	nº de triagem neonatal	21	23	-2/-9
	nº de controles	633	574	59/10
Anemia Falciforme	nº de triagem neonatal	13	10	3/30
	nº de controles	123	95	28/29
Tempos Médios decorridos TN	da coleta ao resultado labor.	6 dias	6 dias	-
	da coleta à 1ª consulta	22 dias	23 dias	-1/-5
Fibrose Cística	nº de triagem neonatal	4	Não era realizado	-
	nº de triagem neonatal	10	Não era realizado	-

FONTE: Equipe SRTN - HMIPV

A tabela 117 mostra a procedência dos pacientes atendidos no HMIPV comparando o segundo quadrimestre de 2012 com o mesmo período de 2011. Houve aumento de 14% no número de atendimentos de outros municípios em 2012. A Tabela 8 mostra a procedência dos pacientes internados no HMIPV comparando o segundo quadrimestre de 2012 com o mesmo período de 2011. Houve redução no número de internações, tanto de munícipes quanto de procedentes de outros municípios.

Tabela 117 - Procedência dos atendimentos ambulatoriais no HMIPV

		2º Quadrimestre				Variação
		2012		2011		
		Nº	%	Nº	%	%
Procedência	Município de POA	23.500	62,4	23.920	65,7	-2
	Outros municípios	14.187	37,6	12.463	34,3	14
Total		37.687	100	36.383	100	4

FONTES: Programa Procedência do AMB/SIHO*.

Tabela 118 - Procedência das internações no HMIPV

		2º Quadrimestre				Variação
		2012		2011		
		Nº	%	Nº	%	%
Procedência	Município de POA	1.330	66,2	1.833	68,2	-27
	Outros municípios	679	33,8	854	31,8	-20
Total		2.009	100	2.687	100	-25

FONTE: Programa Procedência do AMB/SIHO*.

As **Tabelas 9 e 10** mostram os indicadores de desempenho pactuados para o HMIPV comparando o segundo quadrimestre de 2012 com o mesmo período de 2011. Houve aumento na produção geral diária em 2012, destacando-se o aumento significativo (62%) de procedimentos ambulatoriais. Contudo, houve redução do número de atendimentos de emergência e de internações em 2012. Cabe ressaltar que houve redução significativa (17%) na mortalidade institucional em 2012.

Tabela 119 – Indicadores Gerais de Produtividade

Indicadores	Unidade de medida	2º Quadrimestre						Variação
		2012			2011			
		Nº	Meta Pactuada	% meta	Nº	Meta Pactuada	% meta	%
Boletins de atendimentos/dia	Nº boletins de atendimentos efetivamente atendidos/dia	33.210/ 123dias =270	280	96	23.840/120 dias =198	280	70	+36
Produção Geral/dia	Número de atendimento geral efetivo/dia	39.022/ 123 dias =317	250	126	31.011/120 dias =258	250	103	+23
Procedimentos Ambulatoriais	Número de procedimentos ambulatoriais realizados	206.674	122.600	168	127.708	122.600	104	+62
Absenteísmo	Percentual de absenteísmo nas consultas ambulatoriais	17,25	24	72	18,12	24	75	-5
Atendimentos Emergência/dia (Em.Ped+T.O.)	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	5.761/ 123 dias =47	60	78	8671/ 123 dias =70	60	116	-33
Cirurgias/dia	Número de cirurgias realizadas/dia	758/87 dias úteis =8,7	18	48	662/87 dias úteis =7,6	18	42	+14
Taxa de Ocupação Geral	Indica o grau de utilização do leito (%)	89	70	127	89	70	127	0
Taxa de Ocupação UTI Pediátrica	Indica o grau de utilização do leito (%)	111	70	158	112	70	160	-1
Taxa de Ocupação UTI NEO	Indica o grau de utilização do leito (%)	95	70	135	92	70	131	+3
Internações Hospitalares	Número de Internações hospitalares realizadas	2.009	2.360	85	2.687	2.360	114	-25
Exames Radiodiagnósticos/dia	Número de exames radiodiagnósticos realizados/dia	3.331/123 dias =27	25	108	3.102/123 dias =25	25	100	+8
Aleitamento Materno	Percentual de crianças que receberam LM na primeira hora de vida.	69,6	60	116	55,1	60	92	26

FONTE: Programa Estatística Geral AMB/SIHO e TABWIN, ASSEP E ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO DO HMIPV.

Tabela 120 - Indicadores Gerais de Qualidade

Indicadores	Unidade de medida	2º Quadrimestre 2012			2º Quadrimestre 2011			Variação(%)
		Nº	Meta Pactuada	% meta	Nº	Meta Pactuada	% meta	
Média de Permanência	Tempo médio de permanência internações hospitalares	6,51	3,5	186	6,41	3,5	183	2
Taxa de Ocupação	Indica o grau de utilização do leito (%)	89	70	127	89	70	127	0
Mortalidade Institucional	Nº óbitos ocorridos em pacientes atendidos em unidades de internações e emergência	15	13	115	18	13	138	-17
Infecção Hospitalar	Nº de infecções ocorridas em Pacientes	60	100	60	61	100	61	-1,6
Consultas ambulatoriais	nº de consultas realizadas nos ambulatórios	31.299	30.600	102	27.110	30.600	89	15
Dietas Distribuídas	nº de dietas distribuídas	17293	17300	100	20569	17300	118	-15
Refeições Distribuídas	nº de refeições distribuídas	7025	8000	88	8316	8000	104	-15

FONTE: TABWIN e BMH, CCIH, Serviço de Nutrição do HMIPV, Comitê de Aleitamento Materno do HMIPV
Diminuição do número de dietas e de refeições em decorrência da diminuição das internações (pacientes e acompanhantes)

Na tabela 121 pode ser verificada a força de trabalho por tipo de vínculo apresentando comparação entre o segundo quadrimestre de 2012 em comparação com o mesmo período de 2011. Houve contratação de 140 profissionais efetivos municipais, porém houve redução de 32 profissionais federais. No balanço entre contratações e desvinculações, houve acréscimo real de 33 profissionais em 2012 no HMIPV. Na tabela 122, podem ser analisados parâmetros de gestão de pessoas. Houve importante acréscimo de acompanhamento funcional em 2012 em comparação a 2011.

Tabela 121 – Força de trabalho do HMIPV por tipo de vínculo.

Profissionais		2º quadrim 2012		2º quadrim 2011		Variação
		N	%	N	%	%
Efetivos	Municipal	602	66	462	52,4	140/30,3
	Estadual	25	2,7	24	2,7	1/4
	Federal *	163	18	195	22,1	-32/-16
Contratados	FUGAST**	0	0	0	0	-
Contratados Lei 7.770/96	Processo seletivo emergencial	0	0	87	9,9	-87/-100
	Operação Inverno	11	1	0	0	11/100
Estagiários Remunerados	Nível Superior	7	0,7	7	0,8	-
	Nível Médio	106	11,6	106	12	-
Total		914	100	881	100	3,7

FONTE: RH-HMIPV

Com o ingresso de servidores nomeados, tivemos variação positiva de 30% no efetivo municipal.

* Diminuição por aposentadorias

** Demissão coletiva em março 2011

Tabela 122 – Força de trabalho permanente, por nível de cargo*.

Nível de Cargo	2º quadrimestre 2012		2º quadrimestre 2011		Variação N/%
	Nº	%	Nº	%	
Superior	385	48	332	49	53/16
Médio	347	43	282	41	65/23
Elementar	69	9	67	10	2/3
Total *	801	100	681	100	120/18

FONTE: RH – HMIPV

* Excluindo temporários e estagiários

Tabela 123 - Acompanhamento funcional – Indicadores para Desenvolvimento de R.H.

	Período		Período		Variação
	2º Quadrimestre 2012		2º Quadrimestre 2011		2012/2011
	N	%	N	%	N/%
Relotação de setores	3	0,8	6	4,7	-3/-50
Processos de delimitação / readaptação.	0	0	3	2,3	-3/-100
Desligamento do HMIPV	4	1	1	0,8	3/300
Gestão de conflitos	6	1,7	6	4,7	0/-36
Acompanhamento funcional	47	13	13	10	34/261
Estágio probatório	258	72	92	72	166/180
Assess.institucional a equipes/setores	7	2	5	4	2/40
Assessoria a Gerentes	14	4	2	1,6	12/600
Preparação Aposentadoria	11	3	0	0	11/100
Participação na Comissão Municipal de Eventos	3	0,8	0	0	3/100
Estágio básico supervisionado da Psicologia da UFCSPA	1	0,3	0	0	1/100
Reuniões Estágio Probatório com GEAF / SMA.	2	0,5	0	0	2/100
Total	NA	NA	NA	NA	NA

FONTE: Equipe de Desenvolvimento - Setor de RH/HMIPV

NA: não se aplica

- Os dados de Acompanhamento Funcional por cargo não são cumulativos. Ocorreu ingresso de novos servidores a cada quadrimestre, e também a continuidade de indicação de Acompanhamento Funcional para alguns servidores. Afastamento da Psicóloga da Equipe de Desenvolvimento, em Licença Prêmio, de 01.08.2012 a 15.08.2012.

Tabela 124 - Acompanhamento funcional – por cargo

	Período		Período		Varição
	2º quadrimestre 2012		2º quadrimestre 2011		2012/2011
	Nº	%	Nº	%	%
Assistentes Administrativos	02	4,2	3	11,1	-33
Técnico de Enfermagem	13	27,7	15	55,5	-13
Auxiliar de Enfermagem	05	10,7	3	11,1	67
Técnicos de Nível Superior	19	40,4	5	18,5	280
Operacionais	02	4,2	1	3,7	100
Estagiários de Nível Médio	06	12,8	0	0	-
Total	47	100	27	100	74

FONTE: Equipe de Desenvolvimento - Setor de RH HMIPV

Ainda, relativo a gestão de pessoas e desenvolvimento de recursos humanos, na tabela 125 podem ser analisados dados relativos a atividades de educação permanente em saúde e na tabela 126 o número de servidores capacitados estratificados por cargo.

Tabela 125 - Demonstrativo do nº de eventos de educação permanente realizados ***

Eventos	Período		Período		Varição
	2º quadrimestre 2012		2º quadrimestre 2011		2012/2011
	Nº	%	Nº	%	%
Cursos	10	5	1	0,8	900
Seminários	129	64	94	77	37
Oficinas	01	0,5	-	-	-
Palestras	06	3	5	4	20
Congressos	47	23	22	18	113
Escola de Gestão Pública	08	4	-	-	-
Total	201	100	122	100	65

FONTE: ASSEP- HMIPV

Obs: *** incluídas todas as atividades dos programas de residência médica do HMIPV

Tabela 126 - Quantitativo de servidores capacitados, por nível de cargo.

Eventos	Período		Período		Varição
	2º quadrimestre 2012		2º quadrimestre 2011		2012/2011
	Nº	%	Nº	%	N
Superior	739	72	436	71	69
Médio	247	23	152	25	62
Elementar	-	-	-	-	
Sub-total	986	-	588		68
Estagiários	48	5	22	4	118
Total	1034	100	610	100	69

FONTE: ASSEP – HMIPV

Na tabela 127 estão apresentados dados da Ouvidoria do HMIPV, mas destaca-se que os dados referentes a ouvidoria iniciaram a serem compilados a partir do segundo quadrimestre de 2011.

Tabela 127 – Ouvidoria do HMIPV.

Ouvidoria		2º Quadrimestre				Varição	Reclamações mais frequentes:
		2012		2011		%	
		Nº	%	Nº	%	%	
156	concluídas	08	100%	09	100%	-11	<ul style="list-style-type: none"> - Prontuário não localizado para a consulta; - Atraso do médico para a consulta; - Grosseria no atendimento do profissional médico ou estagiário (guichê); - Falha na comunicação/compreensão entre estagiário e usuário; - Falha na comunicação/compreensão entre médico e paciente; - Dificuldade e demora na marcação de consulta pelo novo sistema; - Paciente atrasou e médico não esperou para consulta no ambulatório; - Falta de anestesista causando cancelamento de cirurgias;
	pendentes	00	00	00	00	-	
	Total	8	100%	09	100%	-11	
Presencial	concluídas	34	100%	38	100%	-10	
	pendentes	0	-	0	-	-	
	Total	34	100%	38	100%	-10	
Total	concluídas	42	100%	47	100%	-	
	pendentes	0	-	0	-	-	
Total Geral		42	100%	47	100%	-11	

FONTE: Ouvidoria HMIPV

Considerações:

Foi entregue em 31 de agosto de 2012 a reforma elétrica iniciada em 2011. Encerrada a reforma das fachadas do Bloco A, e encontra-se em andamento a reforma das fachadas do Bloco C. A Unidade de Internação Psiquiátrica (5º andar) foi remodelada e reativada no seu local original, sendo reinaugurada em abril de 2012, e agora se encontra com a capacidade plena de 24 leitos ativos. Foi feita pintura e reforma parcial na Internação Pediátrica, para que fosse retomada para a Operação Inverno, com sua capacidade plena de 38 leitos. Encontra-se em fase final a reforma do Alojamento Conjunto, no 8º andar, motivo pelo qual a Unidade se encontra com bloqueio temporários da metade de seus leitos.

Estamos com contrato emergencial de técnicos de enfermagem na Pediatria, por conta da operação Inverno. Após a saída dos servidores de vínculo Fugast, ainda não conseguimos completar todos os postos necessários, como é o caso da UTI Neonatal, Centro Obstétrico e Emergência Pediátrica.

A situação da deficiência de anestesistas está parcialmente amenizada pela contratação emergencial de empresa médica terceirizada, que iniciou suas atividades no HMIPV em 01 de agosto de 2012, em substituição à Cooperativa que aqui se encontrava. O novo contrato vem contemplando as expectativas.

12.2 Hospital de Pronto Socorro

Como monitoramento e avaliação do funcionamento e produtividade do Hospital de Pronto Socorro (HPS) Municipal, serão descritos e analisados o quadro das metas da PAS 2012, referentes às metas 74 a 78, bem como a tabela de indicadores de desempenho, produtividade e equipamentos adquiridos no período. As metas da PAS 2012 e os indicadores de desempenho têm como objetivo acompanhar o alinhamento do Hospital ao seu perfil de estabelecimento de saúde – hospital especializado em causas externas com ênfase no trauma agudo.

Abaixo, o quadro 128 apresenta as metas 75 e 77 atingidas, as metas 74 e 78, parcialmente atingidas e a meta 76, não atingidas. Todas estas metas referem-se à 5ª Diretriz da PAS 2012 - “Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial especializada, das urgências e hospitalar”. Relativo a meta 74, neste quadrimestre, foi reduzido em 7,6% o atendimento de baixa complexidade e de

pacientes crônicos no HPS. Meta 75, apesar de contarmos com leitos contratualizados na rede privada, através da SMS/PMPA, a regulação dos leitos pela CERIH/SMS são realizados em sua maioria para pacientes de que necessitam permanência hospitalar dentro das medianas habituais, os de longa permanência tem freqüentemente permanecido internados no HPS, aguardando transferências. Se aumentarmos a transferência de pacientes para leitos de longa permanência na rede de saúde, até o final de 2012, esta meta será estipulada. Meta 76, processo em tramitação, tendo sido a primeira licitação deserta e a segunda, que ocorreu em agosto, contando com empresa vencedora para a execução das reformas. Após os tramites legais através do processo nº 001021249.12.1 será providenciada a Ordem de Início dos trabalhos. Meta 77, esta meta está sendo acompanhada de forma acumulada, desde o primeiro quadrimestre/12. Meta 78 - foi concluído o processo de desapropriação e pagamento de uma das casas. As demais aguardam tramitações legais da mesma ordem.

Tabela 128 – 5ª Diretriz: Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial especializada.

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Realizado 2º quadrimestre	Observações específicas
74. Reduzir em 10% o atendimento de pacientes de baixa complexidade e de pacientes crônicos no HPS	Meta parcialmente alcançada	Reduzimos em 7,6% o atendimento de baixa complexidade
75. Reduzir em 10% o total de pacientes de unidade de internação cuja permanência exceda 20 dias	Meta alcançada	A taxa de permanência diminuiu em 0,4% conforme tabela de indicadores de desempenho 2º quadrimestre/2012
76. Concluir 80% a obra da sala de recuperação e bloco cirúrgico	Meta não alcançada	Processo licitatório em tramitação com empresa vencedora para execução da obra
77. Concluir 20% da obra da urgência e emergência	Meta alcançada	Concluído 35,1% da obra da urgência e emergência
78. Adquirir 02 casas na Av. José Bonifácio para qualificação e adequação do HPS	Meta alcançada parcialmente	Aquisição do imóvel da Av. José Bonifácio 745

FONTE: PAS-SMS-2012 e Hospital de Pronto Socorro.

As tabelas 129 e 130 mostram o número de atendimentos e a procedência dos pacientes atendidos no HPS, respectivamente. Pode ser observado que não houve variação significativa no número efetivo de atendimentos ou procedência dos pacientes

atendidos no HPS no segundo quadrimestre de 2012 em comparação com o mesmo período de 2011.

Tabela 129 – Total de pacientes atendidos, período 2012.

	Período		Variação	
	2º quadrimestre 2012	2º quadrimestre 2011	2012/2011	
	Nº	%	Nº	%
Total de boletins emitidos	56526	51282	5244	10,23
Total de boletins efetivamente atendidos	50581	51282	-701	-1,37
Total	56526	51282	5244	10,23

FONTE:: Sistema de Informações Hospitalares - SIHO

Tabela 130 - Procedência do paciente atendido no HPS , período 2012.

Procedência	Período		Variação	
	2º quadrimestres 2012	2º quadrimestre 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Porto Alegre	48408	50096	-1688	-3,37
Outros Municípios	8118	7409	709	9,57
Total	56526	57505	-979	-1,70

FONTE: Sistema de Informações Hospitalares - SIHO

A tabela 131 mostra os atendimentos por unidades no HPS. A seguir serão feitas algumas considerações relativas aos atendimentos ambulatoriais:

- persistem solicitações excessivas de exames de radioimagem e de laboratório, e, para redução destas solicitações estão sendo adequados protocolos, POPs e fluxos para estabelecer diretrizes mais efetivas. Contudo, cabe ser ressaltado que o HPS cumpre importante papel na realização de exames de imagem para a rede de saúde regional, na avaliação de pacientes provenientes de outros equipamentos de saúde, sendo referência de maior complexidade no atendimento de urgência e emergência;

- houve redução no número de atendimentos de oftalmologia, devido à falta de profissionais nesta especialidade. Estão sendo realizados todos os esforços pela gestão local e central, mas houve o esgotamento da lista de chamada de concursados e está sendo providenciada a realização de novo concurso público para suprimento das vagas;

- percebe-se um aumento dos atendimentos relacionados ao perfil definido para a vocação do HPS, discutida pela Gestão Municipal e pelo Conselho Municipal de Saúde, como pode ser verificado nas especialidades apontadas na tabela 129;

- no item referente a “outros”, foram computadas:

- acolhimento (classificação de riscos) ainda em implementação no quadrimestre em análise;

- exames externos: onde são computados exames admissionais de servidores, extemporâneos que fazem boletim para coleta de exames de laboratoriais;

- boletins emitidos para pacientes atendidos pelo SAMU;

- serviço social: prática adotada para registros desse serviço no boletim de atendimento, originando faturamento.

Tabela 131 - Demonstrativo dos atendimentos realizados por unidades período 2012.

Setor ¹	Período		Variação	
	2º quadrimestre 2012	2º quadrimestre 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Buco	2043	2062	-19	-0,92
Cardio	416	409	7	1,71
Cirurgia	1557	1372	185	13,48
Gesso	19760	17735	2025	11,42
Neuro	1515	1567	-52	-3,32
Oftalmo	5516	6246	-730	-11,69
Otorrino	4318	4449	-131	-2,94
Plástica	1008	886	122	13,77
Politraumatizados	780	648	132	20,37
SAE2	13226	13564	-338	-2,49
SAE6 (baixa complex.)	14667	15884	-1217	-7,66
Outros	1077	597	480	80,40
Sub Total	65883	65379	504	0,77
Procedimentos Apoio Diagnóstico				
ECG	369	298	71	23,83
Ecografia	581	472	109	23,09
LAB	1834	1843	-9	-0,49
Radiologia	23656	22531	1125	4,99
Tomografia	2117	1878	239	12,73
Sub Total	28557	27022	1535	5,68
Total	94440	92401	2039	2,21

FONTE: Sistema de Informações Hospitalares - SIHO

Na tabela 132, estão apresentados os indicadores de desempenho do HPS no segundo quadrimestre de 2012 em comparação com mesmo período de 2011. Para análise da taxa de ocupação do 2º quadrimestre de 2012, deve ser ressaltado que o número de leitos nos meses de julho e agosto foi de 125, devido a Enfermaria de Neurocirurgia ter passado de 26 leitos para 11 leitos em função de reformas no setor. Houve redução na taxa de ocupação de leitos e na média de permanência dos pacientes internados indicando qualificação de processos assistenciais e melhor giro de leitos. Houve aumento do número de pacientes na UTI por dia evidenciando atendimento de pacientes com maior perfil de gravidade/complexidade, adequado à vocação do HPS.

Tabela 132 - Indicadores de Desempenho - 2º Quadrimestre

Indicador	Unidade de medida	Período		Variação	
		2º quadrimestre 2012	2º quadrimestre 2011	2012/2011	
		Nº	Nº	Nº	%
Taxa de ocupação leitos / dia	Nº pacientes internados pelo nº de leitos. Total 140 leitos	82,95	94,75	-11,80	-12,45
Média de Permanência	Dias de Permanência	6,50	6,90	-0,40	-5,80
Boletins de atendimentos efetivamente atendidos/dia	Nº boletins atendimentos efetivamente atendidos /dia	459,56	467,52	-7,96	-1,70
Cobertura do atendimento para Porto Alegre	Índice percentual de atendimentos oriundos de Porto Alegre	85,64	87,12	-1,48	-1,70
Produção Geral/dia	Número de atendimentos gerais efetivos/dia	771,37	756,25	15,12	2,00
Atendimentos Sala Emergência/dia	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	442,96	447,98	-5,02	-1,12
Cirurgias/dia	Número de cirurgias realizadas /dia	8,97	8,98	-0,01	-0,11

Pacientes na UTI/dia ²	Número de Pacientes UTI/dia	30,63	28,90	1,73	5,99
Exames Radiodiagnósticos/dia	Número de exames radiod. realizados / dia	410,77	403,89	6,88	1,70
Exames patologia clinica/dia	Número de exames patologia clinica realizados /dia	664,48	594,90	69,58	11,70
Média de dietas enterais	Número de dietas distribuídas/pacientes/dia	180	189	-9	-4,76
Média de dietas distribuídas/ Pacientes	Número de dietas distribuídas/pacientes/dia	542	624	-82	-13,14
Média de refeições distribuídas/Comensais	Nº de refeições distribuídas por comensais	1377	1430	-53	-3,71
Repasse financeiros PMPA ³	Índice percentual repassado ao hospital	35,80	31,59	4,21	13,33
Repasse financeiros FMS	Índice percentual repassado ao hospital	9,74	14,08	-4,34	-30,82
Execução de projetos do plano diretor do HPS	Número de projetos implantados - valor inteiro.	1	1	0	0
Ensino e pesquisa	Nº de publicações em meios de divulgação - valor Inteiro	1	0	1	100

FONTE: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO

² UTIs de Trauma, Clínica, Pediátrica, Queimados e Cardiológica.

³ Valores empenhados com referência no Orçamento Anual .

Nas tabelas 133, 134, 135 e 136 podem ser analisados dados sobre a força de trabalho por tipo de vínculo e cargos no HPS, no segundo quadrimestre de 2012 em comparação ao mesmo período de 2011. Pode ser verificado aumento no número de

profissionais efetivos com vínculo municipal, eram 1407, em 2011, e são 1501 profissionais, em 2012, tendo sido contratados 94 profissionais em 2012. Ainda, foram contratados 32 profissionais terceirizados em 2012. Assim, foram incorporados, em 2012, 125 profissionais no HPS. As contratações foram, na sua maioria, de técnicos de enfermagem, médicos e enfermeiros.

Tabela 133 - Quantitativo da força de trabalho, por tipo de vínculo, período 2012.

Vínculo		Período		Variação	
		2º quadrimestre 2012	2º quadrimestre 2011	2012/2011	
		Nº	Nº	Nº	%
Efetivos	municipal	1501	1407	94	6,68
	estadual	5	6	-1	-16,67
	federal	4	4	0	0,00
	subtotal	1510	1417	93	6,56
Contratados	FUGAST	0	0	0	0,00
	terceirizados	107	75	32	42,67
	subtotal	1617	1492	125	8,38
Estagiários Remunerados	NS e NM	31	31	0	0,00
Total		1648	1523	125	8,21

FONTE: Recursos Humanos HPS

Tabela 134 - Distribuição da força de trabalho da HPS, por cargos de nível superior.

Cargos	Período		Variação	
	2º quadrimestre 2012	2º quadrimestre 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Administrador	5	5	0	0,00
Arquiteto	2	2	0	0,00
Arquivista	1	1	0	0,00
Assistente Social	9	9	0	0,00
Bibliotecário	1	1	0	0,00
Cirurgião Dentista	13	12	1	8,33
Enfermeiro	101	88	13	14,77
Engenheiro	1	2	-1	-50,00
Farmacêutico	14	14	0	0,00
Fisioterapeuta	8	8	0	0,00
Médico	346	310	36	11,61
Nutricionista	6	6	0	0,00
Professor	1	1	0	0,00
Psicólogo	3	3	0	0,00
Total	511	462	49	10,61

FONTE: Recursos Humanos

Tabela 135 - Distribuição da força de trabalho do HPS por cargos de nível médio.

Cargos	Período		Variação	
	2º quadrimestre 2012	2º quadrimestre 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Agente de Fiscalização	1	1	0	0,00
Ass. Adm. Hospitalar	13	13	0	0,00
Ass. Administrativo	53	54	-1	-1,85
Aux. De Serv. Social	3	3	0	0,00
Aux. De Laboratório	21	20	1	5,00
Aux. De Serv. Técnicos	3	3	0	0,00
Aux. De Enfermagem	253	277	-24	-8,66
Eletrotécnico	3	3	0	0,00
Técnico em Nutrição	3	3	0	0,00
Técnico em Radiologia	58	55	3	5,45
Técnico em Enfermagem	185	138	47	34,06
Total	596	570	26	4,56

FONTE: Recursos Humanos –

Tabela 136 - Distribuição da força de trabalho do HPS, por cargo- NE.

Cargos	Período		Variação	
	2º quadrimestre 2012	2º quadrimestre 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Apontador	3	2	1	50,00
Ascensorista	3	3	0	0,00
Atendente	14	14	0	0,00
Aux. De Serviços Gerais	16	15	1	6,67
Aux. De Cozinha	15	16	-1	-6,25
Aux. Eletromecânico	1	1	0	0,00
Carpinteiro	1	2	-1	-50,00
Contínuo	2	2	0	0,00
Costureiro	2	2	0	0,00
Cozinheiro	7	7	0	0,00
Eletricista	8	7	1	14,29
Instalador	2	1	1	100,00
Maquinista	4	4	0	0,00
Marceneiro	1	1	0	0,00
Mecânico	2	2	0	0,00
Motorista	6	4	2	50,00
Operador de Rádio	0	0	0	0,00
Operário	13	13	0	0,00
Operário CLT	12	12	0	0,00

Operário Especializado	12	10	2	20,00
Pedreiro	1	2	-1	-50,00
Pintor	2	2	0	0,00
Recepcionista	6	6	0	0,00
Soldador	1	1	0	0,00
Telefonista	10	10	0	0,00
Total	144	139	5	3,60

FONTE: Recursos Humanos

A tabela 137 mostra dados relativos a Educação Permanente em Saúde, no HPS, no segundo quadrimestre de 2012 em comparação com o mesmo período de 2011.

Tabela 137- Demonstrativo do nº de servidores capacitados por cargo.

Cargos	Período		Variação	
	2º quadrimestre 2012	2º quadrimestre 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Nível Superior	362	299	63	21,07
Nível Médio	217	226	-9	-3,98
Elementar	15	30	-15	-50,00
Estagiários	64	65	-1	-1,54
Total	658	620	38	6,13

FONTE: Direção Científica -HPS

As tabelas 137 e 138 mostram a listagem de Equipamentos Adquiridos e Entregues no HPS no segundo quadrimestre de 2012.

Quadro 72 - Demonstrativo dos equipamentos adquiridos e entregues no HPS no segundo quadrimestre de 2012.

Descrição	Unidade	Quantidade	Solicitante/ Destino – Projeto/Justificativa	Valor Empenho	Entrega 2º quadrimestre/2011
Adaptador para esterno com proteção na ponta para serra alternante para perfurador Synthes	pç	1	BC	2.998,28	13/07/2011
Adaptador para serra alternante para perfurador Synthes	pç	1	BC	9.061,46	13/07/2011
Agitador mecânico com haste de 60 cm aprox., indicado para agitar até 60 L de líquidos	pç	1	Farmácia	5.400,00	01/07/2011

Armário baixo - Arquivo metálico com 4 gavetas com fechadura	PÇ	2	BC	1.350,00	08/06/2011
Armário para vestiário,10 portas	un	41	Uso Geral	32.390,00	15/08/2011
Cadeira alta (tipo p/caixa)	pç	3	BC	867,00	08/06/2011
Estante baixa ou móvel para material CME	pç	1	CME / BC	943,00	24/05/2011
Fritadeira a gás	pç	1	SND	4.990,00	10/05/2011
Gaveteiro		8	Sala de recuperação pós anestésica	5.504,00	01/08/2011
Impressora térmica de impressão de código de barras	pç	1,00	Banco de Sangue	2.917,00	05/07/2011
Lâmpada de fenda aumento 2x, filtro azul cobalto com mesa motorizada	pç	1	Oftalmo	11.390,00	05/05/2011
Laringo compl.cab.norm.4lâm.ret adulto	pç	6	UTIS	1.980,00	14/06/2011
mesa gerencial		2	Para sala de recuperação pós anestésica	2.180,00	01/08/2011
Monitor de pressão digital ET 129	pç	1	Coord. Áreas Intensivas	6.715,00	14/06/2011
Motor cirúrgico elétrico c/ caneta cirúrgica	pç	1	Buco Facial	12.000,00	13/06/2011
Oxímetro ET 023	pç	1	UTI Pediátrica	5.600,00	15/05/2011
Prato térmico inox com 3 divisões	pç	20	SND	4.500,00	03/08/2011
Sistema de videolaparoscopia ET 170	cj	1	Projeto da Cirurgia Geral.	220.000,00	17/08/2011
Total				330.785,74	

FONTE: Direção HPS

Quadro 73 - Demonstrativo dos equipamentos adquiridos e entregues no HPS no segundo quadrimestre de 2012.

Descrição	Un	Quantidade	Solicitante/ Destino - Projeto/Jus tificativa	Valor Empenhad o	Entrega 2º Quadrimes tre/12
Cama hospitalar elétrica sem balança ET 211	pç	3	UTIS	45.000,00	21/08/2012
Estufa com circulação de ar	pç	1	Farmácia	2.580,00	20/06/2012
Goteiras	pç	10	Traumato	7.590,00	26/06/2012
Aparelho de fax com telefone	pç	1	CIHDOTT/P SICOL./UTI Trauma	390,00	01/06/2012
Bipap	pç	2	Anestesia	25.600,00	06/06/2012
Impressora	PC	1	Direção, contratos, informática	1.640,00	03/07/2012
Impressora	PC	3	Direção, contratos, informática	5.700,00	03/07/2012
Impressora para papel A3	un	1	Engenharia para impressão de projetos	1.647,00	31/05/2012
Mesa para plenária		2	Engenharia	550	29/07/2012
Processadora para revelação química ET RX	pç	1	RX	33.999,99	02/05/2012
Sofá-cama hospitalar	pç	6	Farmácia UTI pediátrica RX, CIHDOTT/P SICOL./SS/ UTI Trauma	7.962,00	05/06/2012
Cama hospitalar elétrica sem balança ET 211-contrapartida Qualisus	pç	1	UTIS	15.000,00	21/08/2012
Câmara conservação -3 p/ guarda de sangue liberado na sala de estoque e 1 p/ sangue bloqueado	ET-202	1	UCT	15.077,00	17/07/2012
Impressora		2	UCT	2300	14/06/2012
Microcomputadores		9	UCT	13626	14/06/2012
Total				178.661,99	

FONTE: Direção HPS

13 ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E TRANSPORTE DE PACIENTES

A Coordenadoria Geral do Sistema Municipal das Urgências, neste 2º quadrimestre consolidou as suas ações a partir da integração com vários setores da Secretaria Municipal de Saúde. Implementou ações de acompanhamento e monitoramento: do componente hospitalar por meio indicadores de acesso e qualidade dos serviços de Emergências dos hospitais; da regulação de acesso aos serviços de urgência junto Central de Regulação de Leitos do Município; e, da avaliação da linha de cuidado municipal para atenção às doenças cardiocerebrovasculares.

As metas pactuadas para o 2º quadrimestre de 2012 estão discriminadas no quadro abaixo.

Quadro 74 - Metas anuais da CMU pactuadas para o 2º quadrimestre de 2012.

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Ações no 2º quadrimestre
79. Reduzir o tempo médio de Atendimento Pré-hospitalar primário (APH primário) das bases com atendimento com tempo resposta acima de 12 minutos em 20% o tempo resposta até 2013.	Implantação de GPS nas ambulâncias;	Completada instalação sendo ajustada entre ambulâncias operacionais e reserva.
	Aumentar número de ambulâncias para atendimento;	Não foi possível pela indisponibilidade de RH motoristas.
	Aumento de RH;	Aumentado número de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Aguardando liberação de motoristas.
	Qualificação tecnológica do SAMU incluindo a telemedicina com ECG vídeo monitoramento e boletim de atendimento eletrônico via <i>tablet</i> ;	-Implementada a telemedicina para ECG -Boletim de atendimento via <i>tablet</i> em fase de implementação.
	Implantação da nova sede do SAMU;	Prédio sendo adaptada para ocupação de forma parcial.
	Integração do Software do SAMU com a inforede.	Softwares em processo de integração.
80. Ampliar a cobertura pelo SAMU, por equipes de suporte básico, passando de 13 para 16 equipes na cidade até 2013.	Ingresso de RH;	O número nomeado foi suficiente somente para completar equipes atuais e parcialmente a Baixa Complexidade
	Capacitação dos novos profissionais nomeados.	Os profissionais são capacitados à medida em que ingressam no serviço
81. Ampliar o número de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na cidade, passando de 4	Início da construção das UPAS;	UPA Farrapos - Terrenos em processo de desapropriação pela SMF. Previsão de início das obras em 2012.
		UPA Azenha Partenon- Aguarda liberação do

para 8 unidades até 2013.		terreno pelo Governo do Estado e pelo governo Federal. Previsão de início das obras em 2012. UPA Zona Sul - Terrenos em avaliação técnica para encaminhamento a desapropriação. Previsão de início das obras em 2013.
	Assinatura do Convênio com o GHC para gerenciar a UPA Moacyr Scliar incluindo RH;	Assinatura do termo de compromisso em setembro de 2012.
	Início das atividades da UPA Moacyr Scliar;	Início das atividades em 28 de setembro de 2012.
	Conclusão do projeto de reforma do PACS.	Foi contratada a empresa para apresentar o projeto até janeiro de 2013 e, posteriormente, será realizada licitação.
82. Ampliar o serviço de transporte de baixa complexidade, como unidade de apoio para a central de regulação de urgência (SAMU), ampliando de 4 (quatro) para 5 (cinco) ambulâncias em pleno funcionamento até 2013.	Organização do serviço;	Serviço organizado e em funcionamento desde 2011.
	Ingresso de RH (Técnicos de Enfermagem e condutores);	Ingresso de 21 Técnicos de Enfermagem que atuam na baixa Complexidade. Ainda não tem o número suficiente de condutores para manter 5 equipes funcionando.
	Central reguladora e organizadora ligada ao SAMU;	Atividades foram iniciadas em dezembro de 2011.
164. Ampliar de 1 para 7 os núcleos de educação permanente nos serviços de urgência da SMS.	Efetivação das ações do NEU em todos os serviços de urgência;	Reuniões ordinárias dos NEPs dos serviços de urgências de 15 em 15 dias.
	Estruturação dos Núcleos de educação permanente nos serviços de urgência;	Estão ativos os NEPs nos PAs Bom Jesus, Cruzeiro do Sul, Lomba do Pinheiro, Restinga e Plantão de Emergência em Saúde Mental do IAPI, além do NEP do SAMU que já estava em atividade. Aguardam oficialização por portaria.
	Aquisição de materiais e equipamentos para as capacitações;	Aquisição de 02 bonecos adultos e dois bonecos crianças para simulação de urgências. Falta dispor de área física para o NEU.
	Capacitação específica para a rede de urgências seguindo as políticas de saúde do MS;	Compartilhando saberes e articulando a rede de urgência - "Semana de Enfermagem" em maio de 2012 - "Sustentabilidade e enfermagem uma conversa possível?" NEP / PACS – 50 participantes - "Empoderamento da Enfermagem e sua Relação com o Usuário" - NEP / PA Bom Jesus – 50 participantes - "Cuidando do Cuidador: Novas Perspectivas" NEP PA Lomba do Pinheiro - Construindo estratégias e ações de saúde em grandes eventos

	Manutenção de cursos de Suporte básico e avançado para as equipes da rede de urgências;	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação para Triagem de Múltiplas Vítimas START 2012 – Simples Triagem Rápido Tratamento (07/05) – 40 participantes - Capacitação para Triagem de Múltiplas Vítimas -START 2012 – Simples Triagem Rápido Tratamento 11/05/2012- 58 participantes - Exercício simulado: Participação da EXEAC – Exercício da Emergência da Aeronáutica-38 participantes
	Capacitação dos profissionais da rede de urgência no Protocolo de Classificação de Risco de 5 níveis de Manchester	Foram realizados 03 grupos de capacitações com total de 75 profissionais capacitados.
	Qualificação do acolhimento às necessidades de saúde mental;	Planejamento para apresentação de um dos protocolos da linha cuidado
	Sensibilização e capacitação para implantação das linhas do cuidado na rede de urgências.	Os Grupos de Trabalho responsáveis pelas linhas de cuidado tem se reunido com representantes dos serviços para elaboração dos protocolos e monitoramento daqueles já implementados
<p>Análise das Metas da PAS</p> <p>A média do tempo resposta do SAMU neste 2º quadrimestre de 2012 foi de 16'39" representando redução de 5,9% em relação ao 1º quadrimestre de 2012. A tendência deste indicador é diminuir a medida que vão sendo implementadas ações de suporte nos atendimentos. A implantação do serviço de baixa complexidade favoreceu otimizar os atendimentos do SAMU direcionados aos pacientes de alta complexidade. A implantação dos NEPs em todos os serviços possibilitou avanço na qualificação dos profissionais na rede de atenção em urgência e qualificação da assistência através da construção de linhas de atenção.</p>		

A estruturação do cuidado aos usuários com condições agudas de saúde dentro da perspectiva de linhas de atenção representa uma estratégia de qualificação da assistência. Tal impacto de qualificação pode ser verificado através da análise dos resultados de monitoramento da linha de atenção ao AVC e IAM. O quadro 74 apresenta dados comparativos nos meses de janeiro a junho entre os anos 2011 e 2012 dos óbitos por Doenças do Aparelho Cardiovascular, mostrando a redução das mortes das doenças Isquêmicas do Coração e Cerebrovasculares, o que pode representar o impacto da qualificação assistencial alcançado pela implantação das linhas de cuidados destes agravos em setembro de 2011 em Porto Alegre.

Tabela 138 – Distribuição do número e proporção das Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) e variação dos percentuais, no período de janeiro a junho, entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Óbitos no período de janeiro a Junho	2012		2011		Varição 2012 e 2011
	N	%	N	%	%
I20-I25 -> Doenças Isquêmicas do Coração	450	8,8	533	10,0	-12,2%
I60-I69 -> Doenças Cerebrovasculares*	384	7,5	417	7,8	-4,3%
Doenças do Aparelho Circulatório	1362	26,6	1582	29,7	-10,5%
¹ Total de óbitos	5115		5318		-3,8% ²

¹Total de óbitos = a soma de todos os óbitos ocorridos de janeiro e junho por todas as doenças

²Varição do número absoluto dos óbitos

* Excluídas as seqüelas

13.1 Pronto – Atendimento (PAS)

As tabelas 139, 140 e 141 representam os atendimentos e desistências nos PAs no 2º quadrimestre dos anos de 2012 e 2011 e permitem a análise comparativa nas modalidades relacionadas ao total de atendimentos médicos na clínica e pediatria. Esse período representa os meses de maio, junho, julho e agosto que correspondem à estação de inverno onde incide com maior frequência às infecções respiratórias sazonais, em 2012, houve aumento significativo da incidência de casos de infecção pelo vírus H1N1.

É possível verificar nas tabelas 139, 140 e 141 que, no somatório de todos os PAs, houve aumento nos atendimentos e desistências em relação ao 2º trimestre de 2011, provavelmente provocado pelo impacto da incidência de quadros gripais, particularmente pelo vírus H1N1, em 2012. A tabela 139 mostra que o percentual de desistências do somatório dos PAs foi de 11,1% em 2012, com um aumento de 7,8% no comparativo com o 2º quadrimestre de 2011, mostrando uma melhora nesse indicador em relação a variação observada do 1º quadrimestre de 2012 (que foi de 14,3% no 1º quadrimestre). Os PAs Cruzeiro do Sul, Restinga e Lomba do Pinheiro quando avaliados isoladamente, apresentam queda das desistências na variação do 2º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011 como mostram as tabelas 139, 140 e 141.

O PA Bom Jesus, neste quadrimestre, apresentou alteração na configuração do indicador relacionado à desistência com aumento na proporção de 116,5% em relação ao total de atendimentos médicos no somatório da clínica e pediatria. Também houve acréscimo na clínica e pediatria (114,8% e 252,2%, respectivamente) quando avaliados isoladamente. Esse acréscimo pode ser atribuído ao aumento de casos muito urgentes (aumento de 382,4% dos casos classificados como laranja), talvez associados ao atendimento de casos de gripe pelo vírus H1N1 na forma grave, principalmente de pacientes procedentes dos municípios de Viamão e Alvorada. A priorização do atendimento de casos mais graves, neste cenário de aumento significativo de casos graves (+382,4%), pode ter impactado no tempo de espera dos pacientes de classificação de risco pouco urgentes (verdes e azuis) que, por terem de aguardar mais pelo atendimento, podem ter desistido mais do atendimento (aumentado da proporção de desistência de 60,6%).

Especificamente aos atendimentos da pediatria do PA Bom Jesus, onde se observa maior impacto no comparativo entre os quadrimestres de 2012 e 2011, foi comprovado que dos 458 pacientes que desistiram do atendimento no mês de junho, 320 foram em 6 dias, período de 25/06 a 30/06, que foi o momento do auge da Gripe A, representando um número de atendimentos superior à capacidade instalada, o que não é comum na pediatria. A capacidade instalada na sala de observação da pediatria é de cinco leitos e, nesse período, o número de pacientes internados na pediatria foi de 11 crianças, inclusive com pacientes no corredor.

Também houve picos de atendimentos relacionados à gripe pelo vírus H1N1 nos meses de maio e julho, em menor número, mas que efetivamente contribuíram para aumentar as desistências dos pacientes pouco urgentes. Todavia, é importante enfatizar que a proporção de desistências em 2012 na pediatria no 2º quadrimestre do PA Bom Jesus foi inferior a 10%, mostrando que a repercussão maior foi nos atendimentos da clínica de pacientes mais graves como mostra a tabela 2. Na análise conjunta das tabelas 2 e 4 fica evidenciado o aumento de atendimento de pacientes considerados muito urgentes (laranjas), no qual teve uma variação entre os dois anos superior a 300%. Ainda, cabe ser ressaltado que em maio de 2012 houve redução

temporária dos atendimentos clínicos adultos na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, que aumentou a demanda de atendimentos na rede de saúde e, particularmente no PA da Bom Jesus, por proximidade regional.

Do mesmo modo, a tabela 8 mostra que o Grau de Risco Global do PA Bom Jesus aumentou de 2,2 em 2011 para 2,3 em 2012 confirmando que houve maior número de atendimentos de pacientes mais graves neste serviço.

Nesta avaliação dos atendimentos médicos dos PAs não estão incluídos os relacionados a traumatologia e odontologia oferecidos pelo PACS que representam uma média de 2000 e 1500 atendimentos mensais, respectivamente.

Tabela 139 - Distribuição do número de TOTAL (clínica e pediatria) de atendimentos e desistências nas Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo do 2º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Atendimento Geral	2º Quadrimestre						Variação	
	2012			Ano 2011			2012/2011	
	Nº At	Nº Desist	¹ Desist (%)	Nº	Nº Desist	¹ Desist (%)	At	Desist
PACS	36395	4208	10,4	28.339	4.563	13,9	28,4%	-25,2%
PA Bom Jesus	25871	6884	21,0	25449	2746	9,7	1,7%	116,5%
PA Lomba do Pinheiro	26798	1566	5,5	22674	2306	9,2	18,2%	-40,2%
PA Restinga	26384	1778	6,3	24001	1881	7,3	9,9%	-13,7%
Total	115.448	14.436	11,1	100.463	11.496	10,3	14,9%	7,8%

FONTE: SIHO/AMB

¹ Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

Tabela 140 – Distribuição do número de atendimentos e desistências em CLÍNICA MÉDICA das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo do 2º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Atendimento Clínica	2º Quadrimestre						Variação	
	2012			Ano 2011			2012/2011	
	Nº At	Nº Desist	¹ Desist (%)	Nº	Nº Desist	¹ Desist (%)	At	Desist
PACS	22918	3523	13,4	18.448	4.018	17,9	24,2%	-25,1%
PA Bom Jesus	13109	5753	30,5	15137	2507	14,2	-13,4%	114,8%
PA Lomba do Pinheiro	16166	1041	6,0	13828	1847	11,8	16,9%	-49,2%
PA Restinga	15330	1113	6,8	14237	1189	7,7	-6,4%	-11,7%
Total	67523	11430	14,5	61650	9561	13,4	19,5%	8,2%

FONTE: SIHO/AMB

¹ Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

Tabela 141 – Distribuição do número de atendimentos e desistências em PEDIATRIA das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo do 2º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Atendimento Pediatria	2º Quadrimestre						Variação	
	Ano 2012			Ano 2011			2012/2011	
	Nº At	Nº Desist	¹ Desist (%)	Nº At	Nº Desist	¹ Desist (%)	At	Desist
PACS	13477	685	4,8	9.891	545	5,2	36,3%	-7,7%
PA Bom Jesus	12762	1131	8,1	10312	239	2,3	23,8%	252,2%
PA Lomba do Pinheiro	10632	525	4,7	8846	459	4,9	20,2%	-4,1%
PA Restinga	11054	665	5,7	9764	692	6,6	13,2%	-13,6%
Total	47925	3.006	5,9	38.813	1.935	4,7	23,5%	25,5%

FONTE: SIHO/AMB

¹ Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

13.1.1 Perfil de Classificação de Risco nos Prontos-Atendimentos

A implantação de protocolo de classificação de risco validado de cinco cores, no PA Bom Jesus, completou um ano em junho de 2012. As evidências demonstram que esse método de classificação de risco é mais seguro e criterioso na identificação de casos graves, como mostra a tabela 4, onde apresenta aumento significativo dos pacientes muito urgentes (cor laranja), em 2012, como já foi mencionado anteriormente.

Em 2011, por ocasião da implantação desse protocolo, o sistema de informação ainda não contemplava a cor laranja e por esse motivo houve sub-registro desse nível de gravidade, que posteriormente foi ajustado. Em contrapartida, houve diminuição significativa de pacientes classificados como menos graves, principalmente, dos “não urgentes” (azuis). Estes resultados são esperados, uma vez que a literatura mostra que, quando são implementados protocolos de classificação de risco validados em cinco cores, ocorre um aumento na proporção de classificação de pacientes como mais complexos ou mais graves, reduzindo a subjetividade no julgamento de risco da condição de saúde dos usuários e aumentando a segurança no reconhecimento de condições com maior potencial de gravidade.

Em 2012, com o aporte de recursos humanos, existe programação para implantação de protocolo validado de cinco níveis, nos PAs da Cruzeiro do Sul e Lomba do Pinheiro. Para tanto, foram capacitados 75 profissionais provenientes de todos os PAs e da rede hospitalar conveniada.

Atualmente, nos demais PAs (Lomba do Pinheiro, PACs e Restinga) que tem a classificação de risco implementada utilizando-se protocolos empíricos, em quatro níveis de estratificação de risco, chama atenção que no PACS houve aumento significativo dos pacientes “não urgentes” (azuis). Esta análise fica prejudicada pelo fato supra referido, de que a classificação de risco não atende a um protocolo validado e, portanto, tem baixa reprodutibilidade. Possivelmente, o aumento de pacientes classificados como azuis no PACS, tenha refletido o impacto da síndrome gripal do vírus H1N1 nesse período.

Tabela 142 – Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Bom Jesus (PABJ), segundo Classificação de Risco (CR) do 2º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – PA Bom Jesus**	2º Quadrimestre				Varição
	Ano 2012		2011		2012/2011
	Nº	%	Nº	%	%
Emergência – Vermelho	38	0,2	83	0,4	-50,0%
**Muito Urgente – Laranja	1908	8,2	360	1,7	382,4%
Urgente – Amarelo	3971	17,0	3540	16,4	3,7%
Pouco Urgente – Verde	16585	71,1	16605	77,1	-7,8%
Não Urgente –Azul	827	3,5	940	4,4	-20,5%
Total com CR	23329	100,0	21528	100,0	

FONTE: SIHO/AMB

**O protocolo de Classificação de Risco do Manchester foi implantado em junho de 2011 com a inclusão da cor laranja. O sistema de informação não contemplava a cor laranja e por esse motivo houve sub-registro dessa cor.

Tabela 143 – Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), segundo Classificação de Risco (CR) do 2º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – PACS *	2º Quadrimestre				Varição
	2012		2011		2012/2011
	Nº	%	Nº	%	Nº
Emergência - Vermelho	22	0,1	38	0,2	-50,0%
Urgente - Amarelo	1912	6,9	1475	7,7	-10,4%
Pouco Urgente - Verde	22774	82,3	17632	91,7	-10,3%
Não Urgente -Azul	2957	10,7	82	0,4	2575,0%
Total com CR	27667	100,0	19.227	100,0	

FONTE: SIHO/AMB

*O PACS ainda não implantou o protocolo de Classificação de Risco em 5 cores

Tabela 144 – Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (PALP), segundo Classificação de Risco (CR) do 2º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – PALP*	2º quadrimestre				Varição
	2012		2011		2012/2011
	Nº	%	Nº	%	%
Emergência – Vermelho	11	0,1	19	0,1	0,0%
Urgente – Amarelo	1547	8,6	670	3,8	126,3%
Pouco Urgente – Verde	16266	90,8	16601	95,3	-4,7%
Não Urgente –Azul	82	0,5	129	0,7	-28,6%
Total com CR	17906	100,0	17421	100,0	

FONTE: SIHO/AMB

*O PALP ainda não implantou o protocolo de Classificação de Risco em 5 cores

Tabela 145 – Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Restinga (PARES), segundo Classificação de Risco (CR) do 2º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – PARES*	2º Quadrimestre				Varição
	2012		2011		2012/2011
	Nº	%	Nº	%	%
Emergência – Vermelho	229	0,9	325	1,4	-35,7%
Urgente – Amarelo	4040	15,3	3566	14,9	2,7%
Pouco Urgente – Verde	20399	77,3	18608	77,5	-0,3%
Não Urgente –Azul	1716	6,5	1502	6,3	3,2%
Total com CR	26384	100,0	24001	100,0	

FONTE: SIHO/AMB

* O PA Restinga não utiliza o Protocolo de Classificação de Risco em 5 cores

Tabela 146 – Distribuição da Classificação de Risco (CR) segundo o Grau de Risco Global (GRG) por Pronto Atendimento (PA) do 2º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Grau de risco global*	2012	2011
PACS	2,0	2,1
PA Bom Jesus	2,3	2,2
PA Lomba do Pinheiro	2,1	2,0
PA Restinga	2,1	2,1

***Grau de Risco Global (GRG)** = Σ das pontuações na Classificação de Risco (1 a 5) x nº de pacientes em cada categoria / total de pacientes classificados.

13.2 – Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM)

Em relação aos atendimentos de urgência/emergência em Psiquiatria, foram analisados os dados referentes aos Pronto-Atendimentos de Saúde Mental do PACS e IAPI e comparados o 2º quadrimestre dos anos de 2012 e 2011.

No Plantão de Emergência em Saúde Mental do PACS (PESM-PACS) houve aumento dos atendimentos em 10,9% no 2º quadrimestre de 2012, quando comparado com 2011 (tabela 147) e diminuição da proporção das desistências em 44%. Em relação aos menores de 18 anos houve um decréscimo de 43,2% nos atendimentos nessa faixa etária.

Em relação as principais causas de atendimento dos pacientes que permanecem em sala de observação, 51,5% têm diagnóstico de Dependência Química, 28,3% de Esquizofrenia e 17,5% de Transtorno de Humor Bipolar. É possível observar que os atendimentos para Esquizofrenia aumentaram em mais de 100% em relação ao 2º quadrimestre de 2011. Estes percentuais são calculados utilizando como denominador o total de atendimentos na sala de observação, pois o sistema de informação somente permite registrar o CID-10 nos pacientes internados no PA.

Chama atenção que no PACS a proporção de transferências para internação hospitalar diminuiu em 16,6%. Essa situação pode estar associada à seleção de critérios quanto à doença, idade, sexo e comorbidades que as instituições de internação para saúde mental estabeleceram e, por isso dificulta as transferências dos pacientes que não contemplam essas condições, principalmente em relação aos pacientes com diagnóstico em Dependência Química. Por outro lado, há que se considerar as

características próprias da doença, onde a melhora da sintomatologia pode ocasionar a alta consentida de pacientes internados na sala de observação.

No Plantão de Emergência em Saúde Mental do IAPI (PESM –IAPI), o número de atendimentos aumentou em 15,2%, com percentual menor de 1,0% nas desistências (tabela 148). Verifica-se a mesma tendência de redução de atendimentos de menores de 18 anos (-5,6%) o que pode indicar a melhora da cobertura em saúde mental nessa faixa etária na rede de atenção primária.

As principais causas de atendimento são: Depressão com 19,4%, Dependência Química com 15,1% e Transtorno de Humor Bipolar (THB) com 14,0%. O THB não configurava como uma das três principais causas de atendimento no PESH/IAPI, o que não permite a comparação com o ano de 2011. No entanto, é possível verificar que a proporção de atendimentos em Dependência Química diminuiu em mais de 50% em relação ao 2º quadrimestre de 2011.

O percentual dessas doenças são calculados usando como denominador o total de atendimentos, pois todos os pacientes atendidos são codificados com a CID-10, tanto em nível ambulatorial com nas internações o que impossibilita comparação com os atendimentos do PACS que tem registro de CID-10 somente de pacientes em sala de observação que aguardam internação.

Em relação às transferências PESH/IAPI verifica-se um percentual de 100% internações, possivelmente facilitadas pela tipologia do paciente, na sua maioria, com diagnóstico de Depressão. Isto ocorre porque a sintomatologia dessa doença não altera durante o período de espera para internação, diferentemente do que ocorre com pacientes de Dependência Química onde a variação dos sintomas ocorre em maior frequência e pode necessitar de suporte clínico horizontal. Em parte, essa situação justifica a dificuldade de transferências no PESH/PACS que acumula maior número de pacientes que necessitam de suporte clínico concomitante e de interfaces sociais importantes.

Tabela 147 – Distribuição do número do total de atendimentos e desistências em Psiquiatria, menores de 18 anos, temas específicos da Sala de Observação e comparativo no PACS do 2º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Psiquiatria PACS	Período		Varição
	Ano 2012	Ano 2011	2012/2011
	Total de boletins emitidos	4880	4663
¹ Desistências (%)	4,2	7,5	-44,0%
Total Paciente Atendidos	4676	4215	10,9%
% de Pacientes < 18 anos atendidos	4,2	7,4	-43,2%
Total Paciente em SO	1426	1365	4,5%
% de Pacientes que permanecem em SO	30,5	32,4	-5,9%
Tempo Médio de Permanência SO/ dias	2,3	2,1	7,1%
² % Dependência Química em SO	51,5	41,7	23,5%
² % de Esquizofrenia em SO	28,3	12,9	119,4%
² % Transtorno de Humor Bipolar (THB) em SO	17,5	10,1	73,3%
% de Transferências para Internação Hospitalar	75,6	90,6	-16,6%

FONTE: SIHO/AMB

1 Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

2 Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia / Total de pacientes atendidos na SO PESH/PACS

Tabela 148 – Distribuição do número do total de atendimentos e desistências em Psiquiatria, menores de 18 anos, Sala de Observação, principais causas de atendimento e comparativo no PESH-IAPI, do 2º quadrimestre dos anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

PESH-IAPI	Período		Varição
	Ano 2012	Ano 2011	2012/2011
	Total de boletins emitidos	3502	3062
¹ Desistências (%)	0,8	0,8	0,0%
Total Paciente Atendidos	3502	3039	15,2%
% de Pacientes < 18 anos atendidos	8,5	9,0	-5,6%
Total Paciente em SO	1123	941	19,3%
% de Pacientes que permanecem em SO	32,1	31,0	3,6%
Tempo Médio de Permanência SO / dias	1,25	1,00	25,0%
² % Depressão/ total atendimentos	19,4	20,2	-3,9%
² % DQ / total atendimentos	15,1	32,9	-54,0%
² % THB/ total atendimentos	14,0	*	-
% de Transferências para Internação Hospitalar	100,0	96,9	3,2%

FONTE: Hospital Mãe de Deus

1 Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

2 Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Depressão = Total de pacientes atendidos por DQ, THB e Depressão/ Total de pacientes atendidos no PESH/IAPI

*No ano de 2011 o THB não configurava entre as três primeiras causas de atendimento

13.3 Serviço e Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

O SAMU - Porto Alegre é o serviço pré-hospitalar móvel de urgência da Secretaria Municipal de Saúde, que faz atendimento a todos os tipos de agravos agudos (pediátricos, traumáticos, clínicos, obstétricos e psiquiátricos) acionados por meio de um número gratuito 192, onde o médico regulador, após coleta de dados sobre o chamado, decide qual melhor resposta que poderá ser dada, desde o envio de ambulância de suporte avançado (UTI móvel) passando por ambulâncias de suporte básico (tripuladas por técnico de enfermagem e condutor) até uma orientação médica por telefone.

Para análise dos serviços prestados pelo SAMU 192, foram avaliados a proporção dos atendimentos realizados, segundo o perfil das ligações recebidas, o tipo de agravo dos pacientes e o tipo de resposta do regulador, comparando o 2º quadrimestre dos anos de 2012 e 2011.

A tabela 11 mostra o perfil de ligações ocorridas no 2º quadrimestre dos anos de 2012 e 2011. No ano de 2012 houve aumento de 24,5% no total de ligações ao SAMU, sendo os trotes a principal causa de ligações. No entanto apresentaram redução de 16,1% entre os anos de 2012 e 2011 no 2º quadrimestre. O aumento de “informações” pode, talvez, refletir uma tendência positiva de busca de informações acerca do acesso a rede SUS, seja por maior divulgação de reestruturação de serviços, seja pela implementação gradual da regulação informatizada de acesso na Rede.

Tabela 149 - Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações e comparativo do 2º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Perfil atendimentos do SAMU	2º quadrimestre				Variação
	Ano 2012		Ano. 2011		2012/2011
	Nº	%	Nº	%	%
Trotes	34795	24,1	33292	28,7	-16,1%
Regulação	28653	19,9	25905	22,4	-11,2%
Interrompida	16840	11,7	7393	6,4	83,0%
Engano	28834	20,0	20153	17,4	14,9%
Atendida	13655	9,5	14342	12,4	-23,5%
Informações	17427	12,1	12561	10,8	11,4%
Fora Abrangência	673	0,5	1185	1,0	-54,4%
Chamando	2044	1,4	479	0,4	242,7%
Repetida	1354	0,9	569	0,5	91,1%
Total de Ligações	144275	100,0	115879	100,0	¹ 24,5%

FONTE: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH): 1º trimestre 2010 versão 1 e 1º trimestre 2011 versão 2
 1 Percentual da variação entre os números absolutos do total de ligações dos anos 2012 e 2011

Classificação das ligações quanto a tipologia e estado:

- 'Trote': Quando o solicitante liga tentando aplicar um trote no SAMU.
- 'Regulação': Quando a ligação é transferida da TARM para a fila de regulação do médico regulador para decisão sobre envio ou não de recursos e orientações.
- 'Interrompida': Quando uma ligação é interrompida durante a abertura de um chamado pela TARM.
- 'Engano': Quando o solicitante liga equivocadamente para o SAMU.
- 'Atendida': Quando a TARM atende a ligação e fecha o chamado sem classificar a ligação.
- 'Informações': Quando o solicitante liga pedindo informações.
- Fora de abrangência: Quando o solicitante liga para um atendimento fora da área de cobertura do SAMU.
- 'Chamando': Quando o solicitante liga, o telefone toca e o solicitante desliga antes da TARM atender a ligação.
- 'Repetida': Quando o solicitante liga para uma solicitação que já existe outra ligação para o mesmo caso.

A tabela 150 mostra o atendimento do SAMU estratificado pelas causas de atendimento. O atendimento clínico foi a principal causa de atendimento, seguido de trauma, e não houve variação importante no período. Manteve a redução do número de transportes (-13,9%), reflexo da implantação do transporte de baixa complexidade. Em relação aos atendimentos psiquiátricos houve um pequeno acréscimo de 2,9%, enquanto que os atendimentos obstétricos tiveram aumento de 9,0%. No 2º quadrimestre de 2012 não se verificou falta de registro do tipo de atendimento, o que demonstra um quadro favorável no processo de trabalho..

Tabela 150 - Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a causa, e comparativos do 2º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Tipo atendimento SAMU	2º Quadrimestre				Varição
	2012		2011		2012/2011
	Nº	%	Nº	%	%
Caso Clínico	5539	46,0	5.011	44,0	4,4%
Traumático	4389	36,4	4.024	35,3	3,1%
Transporte	868	7,2	953	8,4	-13,9%
Obstétrico	225	1,9	195	1,7	9,0%
Não Registrado	0	0,0	257	2,3	-100,0%
Psiquiátrico	1030	8,5	946	8,3	2,9%
Orientação	0	0,0	0	0,0	0,0
Total de APHr	12051	100,0	11.386	100,0	0,0%

FONTE: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH): 1º trimestre 2010 versão 1 e 1º trimestre 2011 versão 2

O coeficiente de mortalidade dos atendimentos pré-hospitalares no quadro 2 mostra que não houve variação significativa neste indicador, apresentando 31,4 óbitos para cada 1000 atendimentos em 2012 com redução 4,6% em relação ao 2º quadrimestre de 2011. A implantação do transporte de baixa complexidade, ao assumir a assistência a uma parte dos pacientes menos graves, possibilitou ao SAMU aumentar a disponibilidade de acesso para atendimento a pacientes mais graves, com tempo de resposta menor. A redução de 13,9% de chamados para transporte confirma essa situação na tabela 150.

Quadro 75 - Distribuição dos coeficientes de mortalidade dos Atendimentos Pré Hospitalares (APH) realizados pelo SAMU no 2º quadrimestre dos anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Ano	APH	Óbitos	*Coeficiente
	Nº	Nº	‰
2012	12.051	378	31,4
2011	11.386	375	32,9

FONTE: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH): 1º trimestre 2010 versão 1 e 1º trimestre 2011 versão 2*Óbitos para cada 1000 atendimentos

A tabela 151 mostra a distribuição da força de trabalho por cargo e evidencia que houve acréscimo de 03 médicos, 06 enfermeiros, 14 técnicos de enfermagem e 03 motoristas.

Tabela 151 - Distribuição da força de trabalho do SAMU, por cargo, 2º QUADRIMESTRE/ 2012.

Cargos	Período		Variação 2012/2011	
	2º Quadrimestre		Nº	%
	2012	2011		
	Nº	Nº		
Administrador	2	2	0	0,00
Ascensorista	1	1	0	0,00
Auxiliar de Enfermagem	31	35	-4	-11,43
Enfermeiro	30	24	6	25,00
Economista	1	0	1	100,00
Mecânico	1	2	-1	-50,00
Médico	57	54	3	5,56
Motorista	76	73	3	4,11
Operador de Rádio	2	2	0	0,00
Técnico em Enfermagem	58	21	37	176,19
Técnico em Enfermagem Contrato Emergencial	0	23	-23	-2300,00
Total	259	237	22	9,28

FONTE: Banco de Dados do RH-HPS.

13.4 Serviços Hospitalares de Emergência

Em 16 de julho de 2012, a Coordenação Municipal de Urgências implementou reuniões quinzenais regulares para monitoramento dos serviços de emergência hospitalares com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar a atenção aos usuários com condições agudas de saúde na rede de saúde municipal. Foram convidados para

as reuniões representantes dos hospitais que tem serviço de emergência ou que foram contemplados com leitos de retaguarda para pacientes com condições agudas de saúde, da GRSS, do SAMU, do CMS e da Coordenação Estadual de Urgências.

As reuniões são conduzidas para o monitoramento e qualificação dos Serviços de Emergência do SUS, em Porto Alegre, abordando temas relativos ao atendimento de urgência e emergência (U/E) nos serviços hospitalares:

- A configuração da atenção aos agudos apresenta dois eixos: baixa gravidade – aproximadamente 80% e alta/média gravidade – 20%. Os dois eixos têm a mesma legitimidade. Precisamos gerir a assistência de U/E atendendo a este perfil de necessidades. O eixo de baixa gravidade deve impactar pouco sobre a superlotação da emergência e precisa ser atendido e referenciado para outros equipamentos de saúde na rede, principalmente os pronto-atendimentos. O eixo de média/alta gravidade deve ser resolutivo e articular o cuidado para dentro do hospital ou de outros pontos de atenção de média/alta complexidade na rede de saúde. A superlotação dos serviços de emergência decorre do acúmulo de pacientes internados “fora de área” no setor e tem, no fortalecimento da gestão clínica, uma eficiente estratégia de enfrentamento. A gestão de leitos, próprios do hospital, ou articulados com outros hospitais da rede, é uma estratégia efetiva para redução da superlotação.

- As emergências precisam priorizar o atendimento a pacientes com condições agudas de saúde, evitando a “urgencialização” de casos eletivos. Para tanto, torna-se necessário a consolidação de fluxos mais efetivos e resolutivos para a entrada de pacientes eletivos nos hospitais e nos centros de especialidades. A “urgencialização” da internação de pacientes sem necessidades agudas, via emergência, pode agravar a superlotação do setor.

- A organização da rede se dá a partir da integralidade da assistência com ação transversal dos diversos níveis de complexidade do sistema concomitante com a regionalização da atenção à saúde.

- A organização da rede visa à qualificação do acesso aos serviços de saúde de forma equitativa, ágil e oportuna por meio do acolhimento com classificação do risco, qualidade, resolutividade e articulação na transição do cuidado de um ponto de atenção para outro, garantindo a continuidade do cuidado conforme necessidades do usuário.

- As prioridades de atenção deverão ser estabelecidas com a estruturação das linhas de cuidados com maior impacto na morbi-mortalidade regional.

- Em Porto Alegre, as principais causas de óbito são as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas. Por essa configuração epidemiológica foram implementadas as linhas de cuidados referentes às doenças neurovasculares e cardiovasculares, que apresentam resultados positivos. Falta, ainda, implementar o atendimento ambulatorial para os casos de acidente cerebrovascular isquêmico transitório (AIT) – em fase final de pactuação de fluxos. Estão em processo de conclusão as linhas de cuidado relacionadas ao trauma, saúde mental e AIDS e, em processo inicial, as doenças neurológicas clínicas (além do AVC). Precisamos elaborar e pactuar, em curto prazo, linha de cuidado para pacientes terminais, uma vez que este perfil de pacientes tem impactado fortemente nas internações nas emergências hospitalares e superlotação do setor.

- O mapa de serviços da Rede U/E é composto de 05 serviços de pronto atendimento em Porto Alegre (Lomba do Pinheiro, PACS, Restinga, Bom Jesus e UPA Moacyr Scliar). Está prevista a construção de mais 03 UPAs (Azenha, Navegantes e Zona Sul). A UPA Moacyr Scliar iniciou funcionamento em 28 de setembro de 2012, as demais, tem previsão para o início das obras para o ano de 2013. Também compõe a rede U/E o SAMU, atuando na regulação e atendimento prehospitalar, e GRSS, na regulação das internações de urgência e na transição do cuidado para Ambulatórios Especializados e atenção primária. O acesso a consultas na atenção primária está sendo reestruturado para permitir agendamentos de casos de saúde agudos de baixa gravidade nas consultados do dia. O plano de atenção regional às urgências do Município foi aprovado pelo ministério da Saúde em maio de 2012 e viabiliza investimentos para a ampliação e qualificação da rede de serviços para atenção à U/E no Município. Atendendo a normatização da portaria 2395 estão sendo abertos leitos de retaguarda clínicos em parceria com diversos hospitais da rede de Porto Alegre. Estes leitos receberão incentivo significativo, mas deverão atender aos requisitos da portaria.

- A abertura de novos leitos em Porto Alegre deve totalizar 454 leitos até o final de 2012, e em 2013, está prevista abertura de mais leitos. São leitos de UTI, de longa permanência, de retaguarda clínicos (atendendo aos requisitos da portaria 2395, que

inclui regulação plena, taxa de ocupação média e tempo médio de permanência) e especializados.

- Nas emergências, 90% da procura é espontânea com média diária de atendimentos de adultos, na rede de saúde, de aproximadamente 3600 consultas e de aproximadamente 180 internações diárias, via emergência. Para organizar essa demanda há necessidade de um sistema regulador para aumentar efetividade da rede permitindo identificar a necessidade assistencial do paciente, respeitando a tipologia dos leitos e hospitais da rede, para fortalecermos o cuidado em rede, articulado conforme vocações e linhas de cuidado, gerando economia de escala na rede de saúde.

- A regulação informatizada possibilita equidade e organização do acesso à porta mais qualificada para a necessidade do usuário em termos de temporalidade e de intensidade de cuidados.

- Para melhorar a transição do cuidado, qualificando à assistência, é necessária o fortalecimento da Gestão de Leitos, tanto por meio da criação e empoderamento dos núcleos internos de regulação dos hospitais, quanto pela interface deste núcleos com a central de regulação de leitos do município. Estas demandas necessitam de qualificação conforme as necessidades de cuidado do paciente e tipologia dos leitos. Este grupo tem como um de seus objetivos elaborar e pactuar protocolos e diretrizes de atenção e regulação que normatizem os critérios de composição da rede de atenção municipal às urgências regional.

- A gestão de leitos, atendendo as portarias 1600 e 2395, a CMU realizará o monitoramento das emergências hospitalares por meio de acompanhamento da situação diária das emergências hospitalares para estruturação e regulação da linha de atenção às urgências na rede de saúde.

- Os indicadores diários que devem ser acompanhados pelos serviços hospitalares de emergência são:

Quadro 76 – Modelo do formulário do monitoramento do componente hospitalar dos Serviços de Emergência

Hospital:		
Mês:	Dias do mês	total
Número de atendimentos diários;		
Tempo médio de espera até o atendimento médico, estratificado por risco;		
Emergência - Vermelho		
Muito Urgente - Laranja		
Urgente – Amarelo		
Pouco Urgente - Verde		
Não Urgente –Azul		
Número de pacientes em observação há menos de 24 horas;		
Número de pacientes há mais de 24 horas na Emergência;		
Número diário de novas internações via emergência;		
Número diário de pacientes transferidos para as unidades de internação do hospital;		
Número de óbitos na emergência;		

Devendo ser em preenchidos nos serviços diariamente e enviados semanalmente a CMU/SMS para compilação, análise e discussão nas reuniões quinzenais.

Em 30 de julho foram apresentados os primeiros dados do monitoramento por meio dos indicadores das emergências dos hospitais. Até o dia 27 de setembro de 2012 foram realizadas seis reuniões, conforme o cronograma pactuado (abaixo). Nas reuniões foram apresentados os dados relativos ao monitoramento das emergências nos meses de julho e agosto de 2012. Cabe ressaltar que o sistema de informações de vários serviços de emergência apresenta deficiências importantes e que, em vista disto, a regularidade e qualidade das informações ficou prejudicada.

Foi proposto que as reuniões terão um momento para avaliação dos indicadores e apresentação de questões operacionais relativas aos leitos de retaguarda e dos serviços de emergência, um segundo momento para discussão de diretrizes relativas aos temas propostos (conforme cronograma abaixo) e uma breve visita guiada ao serviço de emergência de cada hospital.

Quadro 77 - Cronograma das reuniões

Data	Pauta	Local
30/07	Apresentação e discussão dos primeiros dados do monitoramento.	CMU/SMS
13/08	Portarias 2395 e 1600 e Vocação do serviço de U/E	Hospital ICFUC
27/08	Classificação de risco	Hospital HCR
10/09 ocorreu dia 12/9	Sítios assistenciais por eixos de gravidade	SMS
27/09	Discussão sobre encaminhamentos do encontro do dia 12/9	SMS
11/10	NIR – gestão interna de leitos Regulação de leitos na Rede de Saúde	Hospital
25/10	Lista de qualificação de necessidades assistenciais para pacientes em observação/internados na Emergência	SMS
8/11	Transição do cuidado	Hospital
22/11	Sistema de informação e registros assistenciais e administrativos: impacto na qualificação do cuidado	SMS
6/12	Linhas de cuidado como estratégia de organização e qualificação dos fluxos assistenciais no hospital e na rede – ferramenta de regulação e monitoramento	Hospital
20/12	Pactuação sobre relatório do componente hospitalar da CMU e rede de atenção municipal às urgências	SMS

Abaixo, a tabela 78 mostra os dados relativos aos indicadores monitorados nos serviços de emergência hospitalar em julho e agosto de 2012. Não dispomos de dados comparativos uma vez que estes dados não eram monitorados anteriormente.

Quadro 78 - Indicadores do monitoramento dos serviços de emergência hospitalar no período de julho e agosto de 2012.

Hospitais	Numero de Atendimentos (média diária)		Classificação de risco - (tempo médio/minutos)		Observação < 24h (média diária)		Observação >24h (média diária)		Internação via emergência (média diária)		Número de transferências para as unidades de internação (média diária)		Acúmulo de Pacientes na emergência (média diária)		Óbitos (média diária)	
	Jul	ago	jul	ago	jul	ago	jul	ago	jul	ago	Jul	ago	jul	ago	Jul	ago
HCPA	148	156	11	10	69	29,5	81,9	45,8	23,6	22	23,6	22	58,3	23,8	1,4	1,0
			33	31												
			89	96												
			108	81												
			163	103												
HNSC	490	524	0	0	32,5	34,6	86	101	41	43	29	30	57	71	1,5	1,1
			0	0												
			40	51,5												
			107	125												
			118	128												
PUC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S.CASA	-	14	-	-	-	-	-	2	-	13	-	14	-	-	-	-
ICFUC	131	145	0	0	53	63,3	13	16,8	15,6	14,1	11,6	12,5	4	4,3	1	0,5
			45	45												
			45	45												
			2,5	2,5												
			3,0	3,0												
HVN	349	414	0	0	17,4	17,6	-	-	21,8	43,4	-	-	-	-	-	-
			NA	NA												
			55	69												
			78	90												
			161	158												
HBP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HPB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HPS	404	445	-	-	-	-	-	-	15,2	17,8	-	-	-	-	0,7	0,4
HCR	228	253	-	-	6,5	4,3	8	9	12,1	3,8	7,1	11,1	0,9	0	0,1	0,3

FONTE: CMU a partir dos dados enviados pelos hospitais

HCPA: Hospital de Clínicas; HNSC: Hospital Nossa Senhora da Conceição; PUC: Pontifícia Universidade Católica; S.Casa: Santa Casa de Misericórdia; ICFUC: Instituto de Cardiologia; HVN: Hospital Vila Nova; HBP: Hospital Beneficência Portuguesa; HPB: Hospital parque Belém; HPS: Hospital de Pronto Socorro; HCR: Hospital Cristo Redentor. NA: não se aplica. (-) sem dados.

A análise dos dados permite algumas considerações:

- torna-se fundamental a qualificação do sistema de informações de monitoramento dos serviços de emergência, tanto para o acompanhamento do gestor municipal, quanto para a própria gestão pelo hospital;
- muitos serviços ainda não dispõem de classificação de risco por protocolo validado em cinco níveis;
- o número médio diário de atendimentos nos serviços hospitalares de emergência, nos meses de julho e agosto de 2012, foi de 279 pacientes/dia, similar a média de atendimentos nos serviços de pronto-atendimentos, que foi de 240 pacientes/dia no segundo quadrimestre de 2012 .
- o número médio de pacientes internados fora de área nas emergências hospitalares suplanta o número médio de migração dos pacientes para as unidades de internação dos próprios hospitais, gerando acúmulo de pacientes represados nas emergências.
- é necessário o fortalecimento das estratégias para transição do cuidado dentro dos hospitais, sendo necessário implantar em cada hospital o NIR – núcleo interno de regulação.

Em reunião com consultores do Programa Saúde Toda Hora do Ministério da Saúde nos dias 01/08 e 02/08/12, no Centro Administrativo do Estado, foram apresentadas questões relativas ao acompanhamento do componente hospitalar do plano de ação da rede de atenção às urgências, aprovado para Porto Alegre e Região Metropolitana. Foram reforçados aspectos relativos aos quesitos para acompanhamento dos indicadores referentes aos leitos clínicos de retaguarda das urgências apontados na portaria 2395.

A SMS/Porto Alegre apresentou a iniciativa de acompanhamento do componente hospitalar da rede urgência e emergência municipal, através de reuniões regulares da secretaria executiva do componente hospitalar da Coordenação Municipal de Urgências e monitoramento de indicadores dos serviços hospitalares de emergência. Foi ressaltado, pelos consultores, a importância deste acompanhamento, para facilitar o monitoramento, também pelo Ministério da Saúde, da execução local das pactuações do plano de ação das urgências.

14 FINANCIAMENTO DO SUS

Com a implantação do SARGSUS, o MGS (monitoramento gestão em Saúde), o relatório de gestão, anexo II, seria também quadrimestral. Porém, se a PROCERGS, não conseguir implantar todas as alterações necessárias realizando apenas algumas adequações. O setor financeiro ficou aguardando a conclusão dos ajustes que não ocorreu. Tendo em vista estes fatores o relatório financeiro será entregue com atraso. A SES entende o atraso, e que este deve ser entregue tão logo fosse concluído.

Conforme orientação de Fundo Estadual de Saúde o relatório de gestão " anexo II", neste ano, será trimestral.

15 DESEMPENHO DOS INDICADORES NO CICLO DE VIDA

15.1 Desempenho dos indicadores por Ciclo de Vida – Criança

Área Técnica de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, atua em consonância com a Área Técnica da Saúde da Criança, com a Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, e com as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2010-2013. Estas metas e ações têm o propósito de garantir à criança e ao adolescente à atenção integral à saúde, encarregando-se pela promoção, proteção e recuperação da saúde de crianças e adolescentes, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Segue quadro com as metas da PAS relacionadas ao cuidado de saúde da criança e do adolescente para o ano de 2012, conforme a quadro:

Quadro 79 - Metas anuais constantes na PAS

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
2. Aumentar a cobertura da vacina Sabin (3ª dose) de 86.43% para 95% em crianças menores de um	Realização de busca ativa;	Fomentou-se realização de busca ativa, fundamentalmente junto às Equipes de Saúde da Família, e Unidades Básicas de Saúde, através
	Realização de busca ativa de faltosos de vacinação menores de um ano;	

ano.		das ações de educação permanente vinculadas ao Calendário Anual de Educação Permanente da CGAPSES, ações propostas pela CGVS, e iniciativas próprias das Gerências Distritais. O PMAQ-AB contribuiu para de forma positiva para realização das discussões junto às equipes de saúde da família.
	Capacitação dos profissionais dos serviços de controle de infecção dos hospitais para a notificação;	Ação não realizada.
	Evitar oportunidades perdidas de vacinação e registrar corretamente as vacinas, na carteira de vacinação, no fichário e no boletim mensal de doses aplicadas;	Realizado nos serviços da APS ampla regularização da situação nos registros vacinais, complementando-se o Calendário Vacinal, na Carteira de Vacinas das Crianças em atraso, durante Campanha Multivacinação, ocorrida em Agosto de 2012.
	Revisão da população e área de atuação de cada Unidade para realizar cálculo da cobertura vacinal adequadamente;	Realizada redimensionamento nas Unidades de Saúde da Família ampliadas, assim como na população da Unidade de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde de onde fora advinda a população remanejada. No Caso, USF Núcleo Esperança e UBS Restinga.
	Ampliação do nº de locais de vacinação nas Campanhas Nacionais contra a Poliomielite e envolver todos os segmentos da SMS;	Realizada pelas Gerências Distritais que ampliaram os postos de vacinação, optando por locais de grande circulação populacional.
	Realização e divulgação diferenciada com bussdoor, cartazes, mídia, panfletagem na semana anterior a campanha nos principais centros de compra e carro de som percorrendo vários bairros da cidade divulgando o dia da Campanha.	Realizada em parceria com ASSECOM em toda a cidade.
3. Aumentar a cobertura da vacina da hepatite B de 86,9% para 89,9% para crianças menores de um ano de idade.	Realização de busca ativa mensal dos faltosos de vacinação;	Já descrito no realizado da meta anterior.
	Evitar oportunidades perdidas de vacinação;	
	Registros qualificados das vacinas, na carteira de vacinação, no fichário e no boletim mensal de doses aplicadas;	Fomentou-se o planejamento para atualização junto as Responsáveis Técnicas de enfermagem das 8 Gerências Distritais. Planejada e articulada com a CGPAPSES a realização de Ação de Educação Permanente da CGVS, programada para ocorrer em Outubro de 2012.

	Ampliação das ESF;	Ampliação das Equipes de Saúde da Família Jardim da FAPA (2ª equipe), e Timbaúva (3ª equipe), pertencentes à GD LENO. Ampliação da Equipe de Saúde da Família Santo Alfredo (4ª Equipe), pertencente à GD PLP; Ampliação da Equipe de Saúde da Família Castelo (3ª equipe), pertencente à GD Restinga / Extremo Sul;
	Contratação de técnicos de enfermagem exclusivos para a sala de vacina nas UBS;	Incluso nas nomeações de técnicos de enfermagem.
	Atualização permanente dos profissionais da Rede Básica de Saúde sobre Sala de Vacina (conforme Normas PNI/MS);	Fomentou-se o planejamento para atualização junto as Responsáveis Técnicas de enfermagem das 8 Gerências Distritais. Planejada e articulada com a CGPAPSES a realização de Ação de Educação Permanente da CGVS, programada para ocorrer em Outubro de 2012.
	Revisão da população e área de atuação de cada Unidade para realizar cálculo da cobertura vacinal adequadamente.	Realizada redimensionamento nas Unidades de Saúde da Família ampliadas, assim como na população da Unidade de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde de onde fora advinda a população remanejada. No Caso, USF Núcleo Esperança e UBS Restinga.
4. Aumentar a cobertura da vacina tetravalente, aos doze meses de idade, de 84,89% para 90%.	Ampliação do nº de serviços de APS com suas respectivas salas de vacinas;	Realizada entrega e inauguração da Unidade de Saúde da Família Núcleo Esperança composta por 2 equipes de ESF e 1 Equipes de Saúde Bucal tipo II, pertencente à Gerência Distrital Restinga /Extremo Sul e vinculada ao convênio entre SMS e HMV.
	Realização de busca ativa mensal dos faltosos de vacinação;	Fomentou-se realização de busca ativa, fundamentalmente junto às Equipes de Saúde da Família, e Unidades Básicas de Saúde, através das ações de educação permanente vinculadas ao Calendário Anual de Educação Permanente da CGAPSES, ações propostas pela CGVS, e iniciativas próprias das Gerências Distritais. O PMAQ-AB contribuiu para de forma positiva para realização das discussões junto às equipes de saúde da família.
	Evitar oportunidades perdidas de vacinação;	Realizado nos serviços da APS ampla regularização da situação nos

		registros vacinais, complementando-se o Calendário Vacinal, na Caderneta de Saúde das crianças em atraso, durante Campanha Multivacinação, ocorrida em agosto de 2012.
	Registros qualificados das vacinas, na carteira de vacinação, no fichário e no boletim mensal de doses aplicadas;	Fomentou-se o planejamento para atualização junto às Responsáveis Técnicas de enfermagem das 8 Gerências Distritais. Planejada e articulada com a CGPAPSES a realização de Ação de Educação Permanente da CGVS, programada para ocorrer em Outubro de 2012.
	Contratação de técnicos de enfermagem para as UBS;	Realizada nomeação e posse de 28 técnicos de enfermagem, sendo realizada a lotação nas Unidades Básicas de Saúde pertencentes as 8 Gerências Distritais. Para GD LENO 02, GD GCC 07, GD NEB 03, GD SCS 07, GD PLP 07, GD Centro 02;
	Ampliação das ESF;	Ampliação das Equipes de Saúde da Família Jardim da FAPA (2ª equipe), e Timbaúva (3ª equipe), pertencentes à GD LENO. Ampliação da Equipe de Saúde da Família Santo Alfredo (4ª Equipe), pertencente à GD PLP; Ampliação da Equipe de Saúde da Família Castelo (3ª equipe), pertencente à GD RES;
	Revisão da população e área de atuação de cada Unidade para realizar cálculo da cobertura vacinal adequadamente;	Realizada redimensionamento nas Unidades de Saúde da Família ampliadas, assim como na população da Unidade de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde de onde fora advinda a população remanejada. No Caso, USF Núcleo Esperança e UBS Restinga.
	Atualização permanente dos profissionais da Rede Básica de Saúde sobre Sala de Vacina (conforme Normas PNI/MS).	Fomentou-se o planejamento para atualização junto as Responsáveis Técnicas de enfermagem das 8 Gerências Distritais. Planejada e articulada com a CGPAPSES a realização de Ação de Educação Permanente da CGVS, programada para ocorrer em Outubro de 2012.
14. Reduzir a sífilis congênita de 13.6/1.000 NV para 13/1.000) NV, com equidade segundo raça/cor.	Descentralização da entrega do resultado de exames;	Realizada participação da Coordenação da CGAPSES em parceria com a GRSS/CGVS/ ASSEJUR para realização do Chamamento Público que contratará laboratórios para realização de coleta de exames entrega de resultados de forma descentralizada.

	Ampliação da busca ativa de gestantes faltosas no pré-natal;	Respondida no relatório da Área Técnica de Atenção à Saúde da Mulher.
	Implementação das reuniões de regionalização da assistência obstétrica;	
	Estímulo a presença do parceiro nas consultas de pré-natal, instituindo a rotina de rastreamento de sífilis, HIV e hepatites virais;	
	Contratação de RH para as UBS;	Realizada nomeação e posse de 28 técnicos de enfermagem, sendo realizada a lotação nas Unidades Básicas de Saúde pertencentes às 8 Gerências Distritais. Para GD LENO 02, GD GCC 07, GD NEB 03, GD SCS 07, GD PLP 07, GD Centro 02; Foram nomeados e empossados 13 Enfermeiros sendo: GD GCC 03, GD NEB 06, GD PLP 02, GD SCS 02. Também foram nomeados e empossados: 14 Pediatras para: GD SCS 02, GD RES 02, GD PLP 03, GD NEB 03, GD LENO 01, GD GCC 03 para composição de Unidades Básicas e NASCAS. Foram nomeados e empossados também: 20 Ginecos Obstetras, sendo GD GCC 03, GD NEB 05, GD NHNI 02, GD PLP 02, GD RES 03, GD LENO 02, GD SCS 03, sendo lotados em Unidades Básicas de Saúde e 01 com carga horária parcial em Centro de Especialidades. Foram nomeados e empossados ainda: 09 Psiquiatras para composição nas Equipes de Matriciamento, NASF's, NASCA's e Ambulatórios de Saúde Mental.
	Avaliação da incidência da Sífilis Congênita por Gerência Distrital;	Esta avaliação é medida anualmente.
	Implantação do teste rápido da Sífilis para gestantes nos serviços da atenção primária junto ao pré-natal.	Respondida no Relatório da Área Técnica de Atenção à Saúde da Mulher e DST/AIDS.
26. Investigar em todos os serviços saúde da atenção primária 100% dos óbitos infantis.	Descentralização da investigação dos óbitos infantis para os serviços de saúde conforme Portaria Ministério da Saúde;	Todos os óbitos infantis foram notificados às US de referência de acordo com o endereço registrado na Declaração de Óbito, sendo solicitado o preenchimento de Ficha de Investigação de Óbito Infantil. A partir de setembro de 2012, o processo, até então coordenado pela EEV/CGVS, será gerenciado pela AT da Saúde da Criança.

	Monitoramento da implantação da análise crítica do óbito Infantil.	A implantação da análise crítica de todo óbito infantil pela AT da Saúde da Criança deverá ocorrer a partir de setembro de 2012.
54. Efetivar 70% das metas pactuadas nos componentes I, II e III do Termo de Compromisso Municipal para o PSE.	Assessoria dos profissionais das escolas vinculadas ao PSE, para a execução das atividades previstas no Termo de Compromisso Municipal;	Durante o quadrimestre foram mantidas as reuniões mensais do GTI-M do PSE, com articulação das ações da SMED e SMS para a efetivação do PSE. Realizadas reuniões com SEDUC. Foram realizadas ações de educação permanente para os técnicos das USs e os professores de Educação Física para a realização das avaliações antropométricas. Foram adquiridos antropômetros, balanças e fitas métricas para a realização das avaliações antropométricas nas escolas. Desenvolvimento das atividades planejadas pelo Programa Galera Curtição. Participação das reuniões da Rede de Atendimento à Criança e ao Adolescente.
	Qualificação e sensibilização das Gerências Distritais e Unidades de Saúde sobre os componentes do termo de Compromisso Municipal;	Durante o quadrimestre foram realizadas reuniões mensais com os coordenadores do PSE nas GDs. Foi desenvolvido e distribuído instrumento informatizado para facilitar o diagnóstico nutricional. Realizada distribuição de Escalas de Snellen e ação de educação permanente em triagem visual na GD Centro.
	Execução, monitoramento e avaliação dos componentes I (Avaliação Clínica e Psicossocial), II (Promoção e Prevenção da Saúde e III (Educação permanente).	Foi implantado o sistema informatizado de registro das atividades do PSE.
56. Reduzir a mortalidade infantil em 0,2 por 1.000 NV, com equidade segundo raça/cor.	Realização de busca ativa das gestantes faltosas no pré-natal;	Respondida no Relatório da Área Técnica de Atenção à Saúde da Mulher.
	Captação precoce das gestantes até 14 semanas de gestação;	
	Ampliação do diagnóstico intra-uterino de doença e malformações;	
	Garantia de exame de ecografia obstétrica para todas as gestantes durante o PN;	
	Garantia da realização dos exames previstos na rotina pré-natal para as gestantes	

	atendidas na rede;	
	Avaliação e tratamento odontológico das gestantes;	Respondida no Relatório da Área Técnica de Atenção à Saúde da Mulher e Saúde Bucal.
	Orientação aos familiares sobre cuidados e segurança do recém-nascido;	Foram distribuídas Cadernetas de Saúde da Criança para todas as maternidades.
	Ampliação do acesso ao pré - natal com realização do teste rápido de diagnóstico de gestação nas USs;	
	Ampliação do acesso aos métodos contraceptivos;	Respondida no Relatório da Área Técnica de Atenção à Saúde da Mulher.
	Ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento de fatores relacionados ao trabalho de pré - termo: ITU, HPP (progesterona);	
	Avaliação de qualidade da assistência neonatal;	Não foi realizada. Está planejada a análise de "near miss" neonatal após o fechamento da base de dados do SINASC e do SIM de 2011. A partir dos próximos meses todos os óbitos infantis deverão ser auditados pela GRSS.
	Qualificação do acesso aos exames da rotina pré-natal.	Respondida no Relatório da Área Técnica de Atenção à Saúde da Mulher.
57. Aumentar a taxa de Aleitamento Materno Exclusivo AME na 1ª consulta do RN acompanhado pelo programa PRÁ-NENÊ para 83%.	Incentivo a alimentação saudável;	-Roda de conversa da estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; -Elaboração de material institucional dos Dez Passos da Alimentação saudável; -Participação da AT em Oficina de Gastronomia Funcional; -Participação em Seminário do PSE;
	Produção de material institucional;	-Confecção de materiais gráficos para ações de promoção à Saúde, junto a ASSECOM: Folder de alimentação complementar saudável para crianças amamentadas e não amamentadas; Folder dos Dez Passos da alimentação saudável para crianças menores de 2 anos, crianças de 2 a 10 anos, adolescentes, adultos e idosos; -Em processo de elaboração do Folder para Obesidade, Hipertensão e Dislipidemia; -Sistematização dos formulários de orientações nutricionais para obesidade, diabetes, hipertensão, dislipidemias e plano alimentar;
	Realização de campanhas e eventos alusivos à promoção do AME;	-Evento alusivo ao Dia Municipal da Amamentação -1º de agosto na Usina do Gasômetro: Oficina com Gestantes e Nutrizes com Roda de Amamentação e

	<p>Oficina de lembrancinhas; Monumento das cuias com bebê gigante em frente ao Ministério Público; Confecção de faixas alusivas ao Dia Municipal da Amamentação com o tema Amamentar hoje é pensar no futuro; Divulgação em TV e rádio sobre benefícios da amamentação durante a semana mundial do AM.</p> <p>-Participação em evento alusivo a SMAM, em parceria com SES no Ministério Público;</p>
Fortalecimento e ampliação da rede Amamenta Brasil;	<p>-01 Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno no CS Modelo;</p> <p>-Reunião mensal de tutores da Amamenta Brasil;</p> <p>-Reuniões do GT de implantação do Comitê Municipal de AM;</p> <p>-Representação da Rede Gaúcha de Bancos de Leite Humano;</p> <p>-Aquisição de materiais para implantação do Posto de Coleta de Leite Humano na UBS Restinga;</p> <p>-Aquisição de material permanente para implantação de equipes no Espaço Aconchego Mãe-Bebê;</p>
Fortalecimento da regionalização do parto garantindo referência e contra-referência;	
Articulação junto às maternidades de estratégias de manutenção do AME na sala de parto, no alojamento conjunto e na internação neonatal;	A está Realizado encontros semestrais com pela área Técnica Saúde da Mulher as Maternidades e as US de referência para o Pré-natal e Parto;
Aumento da oferta de consultas de pré-natal, puerpério e puericultura;	Ingresso de Pré - Natalistas na APS e implantação do teste rápido de gravidez em todos os serviços de saúde;
Capacitação de 100% das nutricionistas da SMS no SISVAN e responsáveis;	Ação ainda não realizada;
Implantação do SISVAN através do sistema AGHOS;	A implantação do SISVAN está condicionada a implantação do prontuário eletrônico.
Qualificação dos registros no SIAB-PMAQ;	<p>Os indicadores de AM no SIAB e o PMAQ informam AME em crianças até o 4º mês de vida;</p> <p>O Ministério da Saúde e a OMS preconizam AME até o 6 meses e complementado com alimentos complementares adequados até os dois anos de vida ou mais;</p>
Realização de Educação	-Roda de Conversa da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação

	Permanente em saúde.	Complementar Saudável (ENPACS); na UBS Restinga e UBS Panorama; - Oficina de trabalho em AM na UBS Modelo; -Oficina de Inserção dos profissionais da APS no NASF, alusivo ao dia do nutricionista, em 31 de agosto. -Tutoria para monitoramento das equipes inseridas na Amamenta Brasil; - Participação de 76 servidores da GD Restinga, em PCLH (Posto de Coleta de Leite Humano) na capacitação da Santa Casa de Misericórdia;
58. Aumentar a taxa de Aleitamento Materno Exclusivo em crianças aos 4 meses de vida acompanhadas pela ESF de 72,5% para 80% até 2013.	Idem as ações da meta 57.	Idem ao realizado das ações da meta anterior. Esta meta começará a ser medida a partir da implantação do novo SIAB pelo MS, previsto para o final do ano de 2012.
64. Ampliar a cobertura da triagem auditiva neonatal universal de 82,3% para 85% dos nascimentos pelo SUS.	Organização de uma rede de saúde auditiva neonatal com avaliação anual por serviço;	Ação ainda não realizada (parceria com GRSS).
	Implantação do Pra Nenê informatizado com campo específico para a TANU;	Participação nas reuniões da Inforede para a inclusão das questões relacionadas à puericultura.
	Divulgar sobre a TANU no pré-natal.	Ação não realizada (parceria Atenção Básica, Saúde da Criança, Saúde da Mulher).
67. Aumentar para 30% a taxa de primeira consulta do acompanhamento de recém-nascido em até sete dias de vida.	Aumento e qualificação do acompanhamento pré-natal;	Respondida no Relatório da Área Técnica de Atenção à Saúde da Mulher.
	Ampliação da ESF;	Atenção Básica/CGAPSES
	Qualificação da contra referência da puérpera na alta hospitalar;	Área Técnica de Atenção à Saúde da Mulher.
	Ampliação das atividades de grupo na US;	Fomentada realização de grupos, no âmbito da estratégia Saúde da Família, através do PMAQ-AB.
	Aumento do nº de 1ª consultas programáticas;	
	Busca ativa precoce dos puérperas faltosas;	Participação nas reuniões da Inforede para a inclusão das questões relacionadas ao acolhimento do recém-nascido nas USs.
Implantação da estratégia da Primeira Semana de Saúde Integral.		
68. Aumentar de 57,6% para 60% a proporção de coleta de teste de triagem neonatal no período de 3 a 7 dias de vida.	Implantação da Primeira Semana Integral com definição de protocolo assistencial da criança e da mãe: Pré-nene. Atividades, acolhimento;	Participação nas reuniões da Inforede para a inclusão das questões relacionadas ao acolhimento do recém-nascido nas USs.

	Padronização das orientações fornecidas no pré-natal e na maternidade;	Parceria entre Saúde da Criança, SRTN, AT de Atenção à Saúde da Mulher e maternidades. Ação não realizada.
	Aumento de RH (técnicos de enfermagem e enfermeiros);	Realizada nomeação e posse de 28 técnicos de enfermagem, sendo realizada a lotação nas Unidades Básicas de Saúde pertencentes às 8 Gerências Distritais. Para GD LENO 02, GD GCC 07, GD NEB 03, GD SCS 07, GD PLP 07, GD Centro 02; Foram nomeados e empossados 13 Enfermeiros sendo: GD GCC 03, GD NEB 06, GD PLP 02, GD SCS 02.
	Ampliação da coleta hospitalar dos recém-nascidos internados.	Parceria entre AT de Atenção à Saúde da Criança, SRTN. Foi realizado monitoramento das coletas ocorridas nas maternidades, porém não realizada nenhuma ação específica pela AT da Saúde da Criança.
120. Reduzir índices abaixo de 14,8% a proporção de nascidos vivos de mães com idade menor de 19 anos, com equidade segundo raça/cor.	Divulgação da diretriz clínica do planejamento familiar para trabalhadores da saúde;	Área Técnica de Atenção à Saúde da Mulher.
	Garantia de Atenção Básica abastecimento de todos os métodos contraceptivos conforme a diretriz clínica;	Parceria entre Saúde da Mulher, Assistência Farmacêutica, DST/AIDS.
	Implementação das ações de PF ao PSE;	Parceria entre Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, DST/AIDS. Foi incluída a temática da educação sexual e reprodutiva nas atividades desenvolvidas pelo Programa Galera Curtição. Distribuição de Preservativos adequados aos adolescentes.
	Implementação das ações de acolhimento de adolescentes de ambos os gêneros nos serviços de saúde;	Realizado Ação de Educação Permanente sobre a Adolescência 5 GDs: SCS, RES, LENO, GCC e NHNI.
	Implementação das ações educativas de planejamento familiar para adolescentes de ambos os gêneros nos serviços de saúde;	Realizado Ação de Educação Permanente sobre a Adolescência 5 GDs: SCS, RES, LENO, GCC e NHNI.
	Qualificação dos servidores para Atenção Básica abordagens adequadas aos adolescentes nos serviços;	Realizado Ação de Educação Permanente sobre a Adolescência 5 GDs: SCS, RES, LENO, GCC e NHNI.
	Realização de diagnóstico das regiões e US com maior índice de gestação na adolescência;	Dado avaliado anualmente pelo SINASC.
	Definição dos serviços prioritários para intervenção	Em discussão nas Equipes de Monitoramento

junto à comunidade em geral; Capacitação dos profissionais;	Avaliação/CONSOLIDASUS.
Fortalecimento das ações para a realização de consultas para menores de idade sem a presença do responsável;	Foi incluída a temática da educação sexual e reprodutiva nas atividades desenvolvidas pelo Programa Galera Curtição.
Estabelecimento de acolhimento específico para meninos e meninas nas unidades de saúde;	Distribuição de Preservativos adequados aos adolescentes.
Diminuição de oportunidades perdidas de atenção à saúde da população jovem (escolas, festas, etc);	Realizado Ação de Educação Permanente sobre a Adolescência 5 GDs: SCS, RES, LENO, GCC e NHNI.
Fortalecimento dos métodos contraceptivos para adolescentes.	As ações referentes a distribuição dos métodos contraceptivos estão descritas item 15.2.2 Saúde da Mulher. No período também foi realizada a distribuição de preservativos adequados aos adolescentes.

FONTE: CGAPSES/ Área Técnica de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente.

15.1.1 Ciclo de vida da Criança por região da cidade 0-9 anos

Tabela 152 - Meta 68 PAS 2012 – Proporção de coleta de teste de triagem neonatal no período de 3 a 7 dias (%)

Gerência Distrital	2º Quadrimestre 2012	2º Quadrimestre 2011	Varição %
Centro	73,1	59,0	+24,0
NHNI	69,7	66,7	+4,5
NEB	71,2	62,8	+13,3
LENO	76,1	70,7	+7,7
GCC	75,5	61,0	+23,8
SCS	78,0	63,6	+22,6
PLP	78,7	70,0	+12,4
RES	71,4	65,3	+9,4
Porto Alegre	74,8	63,8	+17,3

FONTE: SRTN/HMIPV/SMS/PMPA.

A proporção de coleta do teste do pezinho (triagem neonatal) no período considerado ideal (3 a 7 dias de vida) apresentou elevação superior a 17,3% no segundo quadrimestre de 2012 em relação a segundo quadrimestre de 2011. Todas as GDs atingiram 70% de coleta entre 3 e 7 dias. Esse indicador permite avaliar o momento do início do acompanhamento do recém-nascido nas Unidades de Saúde e pode refletir o grau de acesso à atenção primária e a sensibilidade das famílias à

questão da importância do acompanhamento precoce das crianças. Nas coletas realizadas nas maternidades houve aumento em 2012 (75,4%) na proporção de coletas no período ideal, superior ao resultado de 2011 (54,0%).

Tabela 153 - Meta 64 PAS 2012 -Taxa de cobertura da triagem auditiva neonatal (número de Emissões Otoacústicas Evocadas -Procedimento: 02.11.07.014-9 e de Potencial Evocado Auditivo – 02.11.07.027-0) dividido pelo número de AIH de partos ocorridos em Porto Alegre

	2º Quadrimestre 2012	2º Quadrimestre 2011	Varição %
Porto Alegre	107,0	72,7	+47,3

FONTE: SIA e SIH/Datasus.

Em 02/10/2012, data da consulta ao SIH, havia um número reduzido de AIH de partos do mês de agosto de 2012 tabulados no sistema, muito inferior ao número de Emissões Otoacústicas Evocadas encontradas no SIA no mesmo período. Como resultado, a cobertura de triagem auditiva neonatal no primeiro quadrimestre foi de 107%.

Tabela 154- Meta 57 PAS 2012 -Taxa de aleitamento materno exclusivo na primeira consulta do recém-nascido (%).

Gerência Distrital	2º Quadrimestre 2012	2º Quadrimestre 2011	Varição %
Porto Alegre	83,7	80,0	+4,6

FONTE: PPN/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

Tabela 155 - Meta 58 PAS 2012 - Taxa de aleitamento materno exclusivo e misto em crianças menores de 4 meses acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família (%)

	2º Quadrimestre 2012	2º Quadrimestre 2011	Varição %
Aleitamento materno exclusivo			
Maio	76,3	74,4	+2,5
Junho	73,5	72,0	+2,1
Julho	74,5	73,1	+2,0
Agosto	74,6	75,0	-0,6
Aleitamento materno misto			
Maio	23,7	25,6	-7,4
Junho	26,5	28,0	-5,3
Julho	25,5	26,9	-5,5
Agosto	25,4	25,0	+1,8

FONTE: SIAB.

Houve aumento da proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo na primeira consulta do recém-nascido no Programa Pra-Nenê de 2012 em relação a 2011. Os dados do 2º quadrimestre de 2012 são parciais. Em 2012 houve também aumento no aleitamento exclusivo aos 4 meses nas crianças acompanhadas pelas Equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Tabela 156 - Meta 2 PAS 2012 – Cobertura da vacina Sabin (3ª dose) de 86,43% para 95% em crianças menores de um de ano

	2º Quadrimestre 2012	2º Quadrimestre 2011	Variação %
Porto Alegre	80,74	81,16	-0,5

FONTE: NI/ECE/CGVS/SMS/PMPA.

Tabela 157- Meta 3 PAS 2012 - Cobertura da terceira dose da vacina contra Hepatite B (%)

	2º Quadrimestre 2012	2º Quadrimestre 2011	Variação %
Porto Alegre	86,52	83,17	+4,0

FONTE: NI/ECE/CGVS/SMS/PMPA.

Tabela 158- Meta 4 PAS 2012 - Cobertura da terceira dose da vacina Tetravalente (%)

	2º Quadrimestre 2012	2º Quadrimestre 2011	Variação %
Porto Alegre	86,52	83,17	+4,0

FONTE: NI/ECE/CGVS/SMS/PMPA.

Tabela 159 - Cobertura vacinal BCG (%)

	2º Quadrimestre 2012	2º Quadrimestre 2011	Variação %
Porto Alegre	90,02	91,14	-1,2

FONTE: NI/ECE/CGVS/SMS/PMPA.

Tabela 160- Cobertura Vacinal da tríplice viral a partir de 1 ano

	2º Quadrimestre 2012	2º Quadrimestre 2011	Variação %
Porto Alegre	103,04	107,22	-3,9

FONTE: NI/ECE/CGVS/SMS/PMPA.

As coberturas vacinais em menores de 1 ano mantiveram-se estáveis em 2012, com aumento das vacinas Tetravalente e contra Hepatite B. Os dados são parciais sendo utilizados como denominador o número de nascidos vivos de 2011.

Tabela 161 - Meta 14 PAS 2012 - Número de casos de sífilis congênita

Gerência Distrital	2º Quadrimestre 2012	2º Quadrimestre 2011	Variação %
Porto Alegre	77	88	-12,5

FONTE: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMPA.

A redução dos casos de sífilis congênita no 2º quadrimestre de 2012 em relação ao mesmo período de 2011 pode estar relacionada ao tempo necessário para busca, investigação e digitação no SINAN, considerando a tendência ascendente observada nos últimos anos.

Tabela 162- Taxa de internações por asma (CID J45 e J46) em menores de 5 anos de idade (/1.000)

	2º Quadrimestre 2012	2º Quadrimestre 2011	Variação %
Porto Alegre	5,3	6,4	-18,3

FONTE: SIH/Datasus e IBGE.

Tabela 163- Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (CID J00 a J 22) em menores de 5 anos de idade (/1.000)

	2º Quadrimestre 2012	2º Quadrimestre 2011	Variação %
Porto Alegre	15,6	20,7	-24,6

FONTE: SIH/Datasus e IBGE

As diferenças nas taxas de internação hospitalar por asma e por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos entre 2012 e 2011 refletem o atraso na alimentação da base de dados de 2012 do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e número incompleto de AIHs no momento da consulta para a elaboração desse relatório. Por esse motivo, e devido a sazonalidade das doenças respiratórias ao longo do ano, esses indicadores deveriam ser apresentados e analisados anualmente.

Tabela 164 - Meta 67 PAS 2012 - Aumentar de 20% para 50% a taxa de primeira consulta do acompanhamento de recém-nascido em até sete dias de vida até 2013

Gerência Distrital	2º Quadrimestre 2012	2º Quadrimestre 2011	Variação %
Porto Alegre	25,9	21,6	+19,9

FONTE: PPN/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

Houve aumento da proporção de crianças que iniciaram o seu acompanhamento no segundo quadrimestre de 2012 em relação ao mesmo período de 2011, contudo a parcialidade dos dados do Programa Pré-Nenê deste ano são parciais pode interferir neste resultado.

15.2 Ciclo de vida do Adolescente por região da cidade 10-19 anos

Tabela 165 Número de consultas de profissionais de nível superior e em saúde mental (psicólogo e psiquiatra) de adolescentes (10 a 19 anos)

Profissional	2º Quadrimestre 2012	2º Quadrimestre 2011	Varição %
Nutricionista	6.003	2.168	+176,9
Enfermeiro	24.180	22.676	+6,6
Psicólogo	4.309	3.533	+22,0
Assistente social	1.305	1.624	-19,6
Médico	76.177	73.729	+3,3
Psiquiatra	4.581	3.606	+27,0

FONTE: SIA/Datasus

Procedimentos: 0301010030, 0301010048, 0301010064, 0301010072, 0301010056.

De forma geral, houve significativo aumento no número de consultas por profissional de nível superior entre 2012 e 2011 para a população adolescente, refletindo a organização e ampliação da atenção à saúde dos adolescentes nas Gerências Distritais.

15.2 Adulto

15.2.1 Saúde do Trabalhador – CEREST

Quadro 80 - Metas anuais constantes na PAS

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
29. Implantar 1 Unidade Sentinela notificadora de agravos de saúde no HPS.	Reuniões de planejamento para implantação da Unidade Sentinela entre CEREST, Direção do HPS e CEVS/RS.	03 reuniões.
	Trabalho conjunto para ajustar metodologias de funcionamento	Em execução.
	Capacitação dos servidores do HPS para o registro dos dados necessários no AGHOS	Não realizado
70. Implantar o fluxo de notificações e ações em Saúde do Trabalhador em 2 Gerências Distritais de Saúde. (EVSAT)	Definição do fluxo de atenção à Saúde do Trabalhador – ST nas Urgências de POA, inclusive com definição dos dados no Sistema de Informatização	05 ações
	Realização de 01 seminário para toda a rede de saúde;	Não realizado
	Realização de reuniões de capacitação;	Não realizado
119. Implantar o Fluxo de Notificações e ações para crianças e adolescentes em situação de trabalho em 03 Gerências Distritais.	Oficializar a coordenação de Saúde do Trabalhador;	Oficializado o CEREST como Unidade de Trabalho subordinada ao GS (incluem-se diversas ações de planejamento e execução), conforme Decreto nº 17.898
	Acompanhamento e monitoramento da notificação nas GD já capacitadas.	Realizado através dos indicadores das notificações realizadas
119. Implantar o Fluxo de Notificações e ações para crianças e adolescentes em situação de trabalho em 03 Gerências Distritais.	Levantamento de casos de Trabalho Infantil – TI em 01 GD(LENO), através de dados da FASC.	Realizado o Levantamento de 92 famílias (compreendendo 204 crianças)
	Acompanhamento e monitoramento nas GDs com notificação implantada.	Realizado através dos indicadores de notificação.

Análise das Metas da PAS

A Saúde do Trabalhador, neste quadrimestre, envolveu a definição do CEREST como estrutura própria no organograma da SMS, o que aumentou a abrangência das competências municipais e regionais, assim como as atribuições conforme a Portaria da RENAST/MS. A reestruturação permitiu a redefinição de metas e estratégias, pois as ações de capacitações não atingiram o resultado esperado referente ao aumento do número de serviços com ações e notificações em saúde do trabalhador. Investiu-se em ações mais diretas com as Coordenações, principalmente com a Coordenação das Urgências, através da construção conjunta do fluxo de atenção em ST nos Serviços de Urgência Municipais, e definição das questões pertinentes à ST no Prontuário Eletrônico das Urgências.

FONTE: Banco de dados EVSAT/ CGVS/ SMS

Quadro 8143 – Metas pactuadas pela EVSAT não contempladas plenamente na PAS

Indicador	Meta Pactuada	quadrimestre 2012	quadrimestre 2011	Variação %	Observações Específicas
Notificar os agravos à saúde do trabalhador constantes na Portaria GM/MS 777/04 para SINAN (EVSAT) PACTO PELA VIDA – Prior. VII ST 23	150	111	108	2,78%	Indicador com variação positiva.
Nº de notificações dos agravos à saúde do trabalhador constantes no SIST-RS. (EVSAT) SISPACTO INDICADORES – RS 15	400/ano	248	169	46,75%	Indicador em crescente evolução, refletindo aumento de notificações.

FONTE: Banco de dados EVSAT/ CGVS/ SMS

As notificações compulsórias são realizadas através das fichas do SINAN nos casos de acidente com material biológico, violência (trabalho infantil), intoxicações exógenas e acidentes graves e fatais. Todos os outros agravos ou doenças têm sido notificados pela ficha do SIST. Em junho de 2012, realizou-se a capacitação dos serviços de saúde do Centro Clínico Gaúcho, Clínica Salute, CASSI do Banco do Brasil, Multimed, Porto Alegre Clínicas, e SESMT da Arena do Grêmio para a notificação de agravos relacionados à saúde do trabalhador pelos dois sistemas pactuados.

Em relação às Unidades Municipais da Rede de Saúde, as que apresentaram notificação positiva neste quadrimestre foram: HPV, PA Bom Jesus, PA Cruzeiro do Sul, PA Lomba do Pinheiro, Unidade de Saúde Diretor Pestana, CEREST e Hospital de Pronto Socorro.

As Unidades não municipais com notificação positiva neste quadrimestre foram: Hospital Ernesto Dorneles, Hospital Divina Providência, Hospital do Exército, Santa Casa Misericórdia, Hospital Moinhos de Vento, Hospital São Lucas da PUC, Hospital Cristo Redentor, Hospital Mãe de Deus, Hospital Nossa Sra. Conceição, Hospital Sanatório Partenon, Ambulatório GKN.

Em relação ao número de notificações pelos Sistemas de Informação (SIST /SINAN), houve uma variação positiva do indicador em relação ao 2º quadrimestre de 2011, relacionado ao aumento das notificações nos Pronto-Atendimentos e em serviços não municipais, pois ainda há pouco registro e notificações em ST na rede de atenção básica. Em relação aos agravos, o maior número de notificações é de acidentes por material biológico.

Observamos que neste quadrimestre superamos as metas de notificação no SIST e SINAN para 2012, atingindo 272 notificações pelo SINAN (indicador 150 notificações/ano) e 537 notificações pelo SIST (indicador 400 notificações/ano).

15.2.2 Saúde da Mulher

Área Técnica de Atenção à Saúde da Mulher, atua em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher do Ministério da Saúde, em conformidade com as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2010-2013, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Estas metas e ações têm o propósito de garantir as mulheres à atenção integral à saúde, com ações de assistência ao pré-natal, redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra a mulher, planejamento familiar, assistência ao climatério, visando os princípios e diretrizes do SUS, e contemplando, a promoção à saúde, e prevenção dos agravos.

Quadro 82 - Metas anuais constantes na PAS

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado
27. Reduzir a razão de mortalidade materna abaixo de 32,1/100 mil/NV.	Identificação de fatores que contribuíram para o óbito materno;	Análise de 100% dos casos de morte materna nas Reuniões do Comitê de Morte Materna que ocorrem mensalmente na SMS.
	Mapeamento dos casos de MM por região da cidade com recorte raça/cor;	Idem realizado da ação anterior.
	Ampliação do nº de consultas de pré-natal;	Espera-se que com a entrada de novos médicos de ESF e ginecologistas haja aumento na cobertura.
	Qualificação dos registros da Declaração de óbito;	Análise de 100% dos casos de morte materna nas Reuniões do Comitê de Morte Materna que ocorrem mensalmente na SMS.
	Publicização dos dados relativos a Mortalidade Materna com recorte de raça/cor;	Relatório Anual de Morte Materna é a publicização dos dados anuais.
	Inserção de dados específicos sobre a saúde da mulher negra nos protocolos de saúde da mulher;	Em processo de construção do protocolo da mulher negra. *Foi constituído um grupo técnico para elaboração do Protocolo das Mulheres Negras. Este grupo reúne-se mensalmente na SMS.
	Ampliação das ações de planejamento familiar.	Distribuição de diafragma a partir do mês de setembro, manutenção da distribuição de preservativos femininos, oferta regular de todos os métodos contraceptivos.
28. Implantar a rotina de rastreamento cardiovascular na rotina de atenção a mulher em 20% das US.	Constituição do Grupo de Trabalho;	Grupo de trabalho constituído pela Área Técnica de Saúde da Mulher e Médico da APS.
	Adaptação do protocolo de doenças Cardiovasculares do DAB (departamento de Atenção Básica do MS) para atendimento as mulheres;	Está sendo elaborado pela Área Técnica de Saúde da Mulher um fluxo para inclusão do rastreamento de doença cardiovascular na consulta os ginecológicas de rotina.
	Capacitação dos profissionais para atendimento conforme protocolo.	Em Planejamento para 2013 capacitação por GD.
	Implementação das ações educativas nos serviços de saúde para divulgação dos riscos das doenças cardiovasculares e medidas	Em Planejamento para 2013 capacitação por GD, junto com a implantação do protocolo.

	preventivas.	
62. Aumentar razão de 0,17 para 0,18 de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos.	Monitoramento da aplicação da diretriz clínica para o rastreamento precoce do CA de mama em 100% dos serviços de Saúde;	Implementada em todos os serviços de saúde através do grupo de monitoramento.
	Monitoramento das metas estabelecidas de mamografias a serem solicitadas por US;	Em acompanhamento através do grupo de monitoramento.
	Promover ações que aumentem a adesão das mulheres para a realização de mamografias.	Planejamento e organização do Evento no Outubro Rosa alusivo a prevenção do câncer de mama e saúde integral da Mulher. Ampliação do horário em alguma US, denominada turno estendido. Realizado atividades aos sábados, em diversos serviços da APS
63. Aumentar a razão entre exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos em relação à população alvo, de 0,14 para 0,16.	Ampliação do nº de consultas ginecológicas por ginecologistas e enfermeiros;	Espera-se que com a entrada de novos médicos de ESF e ginecologistas haja aumento no número de exames a ser analisado nos próximos quadrimestres.
	Estabelecimento de metas de nº de CP coletados por US;	No quadrimestre foi atingida a razão de 0,13.
	Implementação das ações educativas nos serviços de saúde para divulgação da importância da realização do exame e prevenção de doenças.	Realizado planejamento e organização do Evento no Outubro Rosa alusivo a prevenção do câncer de mama e saúde integral da Mulher; Implementado na rede de serviços da APS, nova Diretriz técnica para Rastreamento e prevenção do câncer de útero.
115. Implantar diretrizes clínicas para 100% das equipes que atendem especificamente mulheres em situação de vulnerabilidade afrodescendentes.	Implementação das ações de acolhimento e facilidade de agendamento do exame nos serviços de saúde.	Realizadas ações no terceiro turno e sábados de coleta de CP. A informatização busca facilitar e agilizar o agendamento dos exames.
	Montar GT para elaboração da diretriz clínica;	GT criado com a participação da Área Técnica de Saúde da Mulher, Saúde da População Negra e profissionais da Rede.
	Elaboração das diretrizes clínica;	Em elaboração. participação da AT Saúde da Mulher, Saúde da Pop Negra e profissionais da Rede.
69. Aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de Pré-natal de 73,2% para 74%	Divulgação da diretriz clínica.	Planejamento para 2013.
	Implantação do teste rápido de gravidez;	Implantado em TODAS as GD . Todas realizando o teste rápido sem problemas.
	Ampliação das atividades de grupo/ comunidade;	Orientação para GDs.
	Qualificação do acolhimento garantindo consulta pré-natal precocemente até 120 dias	Implantação do teste rápido de gravidez em TODAS as GDs. Contratação de ginecologistas e médicos de ESF;

da DUM.	
Reuniões anuais com os serviços e hospitais de referência.	Foram realizadas seis reuniões no 1º semestre (Maio e Junho) de 2012.; Planejamento e organização das seis reuniões no 2º semestre. Estas reuniões têm por objetivo a aproximação das maternidades com os serviços de saúde de suas referências com a finalidade de qualificar e humanizar o atendimento às mulheres gestantes.
Criação de mecanismos para monitorar a regionalização obstétrica.	Utilização dos dados do SINASC para verificação dos partosXhospitalXUnidade de saúde, a fim de monitorar a regionalização.
Descentralização gradativa da coleta e dos resultados dos exames para US.	Em andamento o processo de chamamento público para contratualização dos laboratórios de análises clínicas e de imagem que visa atender esta ação.
Garantia de no mínimo uma ecografia obstétrica por gestante	Feito levantamento da necessidade. A oferta anual de 7500, porém a necessidade é de 14.000, conforme Lei Municipal que prevê 2 ecos por gestantes. Busca-se com o chamamento público dos laboratórios de imagem, que deverá acontecer até o final de 2012, resolver essa demanda.
Realização da busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal	Os serviços de saúde realizam as buscas ativas. Na ESF, é, preferencialmente, o agente de saúde quem realiza as VD e em algumas UBS essa prática também está bem incorporada às ações dos profissionais e outras UBS, por falta de recursos humanos, há prejuízo dessa ação.
Investigação do esquema vacinal em todas as gestantes e busca ativa das faltosas.	A análise do esquema vacinal de todas as gestantes atendidas na rede de atenção primária se dará com a implantação efetiva do SISPRENATAL que ainda não foi disponibilizado pelo MS.
Implantação do SISPRENATAL WEB na rede de atenção primária.	Sistema ainda em teste com o DATASUS.
Os resultados obtidos no quadrimestre e a análise a partir das metas estão descritos no corpo do relatório acima.	

FONTE: CGAPSES/ Área Técnica Saúde da Mulher.

Tabela 166 - Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (10-49 anos), mortalidade materna, nascidos vivos no período

Descrição do Item	Período		Variação	
	2º quadrimestre 2012	2º quadrimestre 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Nº absoluto de óbitos de mulheres em idade fértil	192	170	22	13%
Nº absoluto de morte materna	5	1	4	400%
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	100%	100%		
Nº absoluto de nascidos vivos	6.582	6.335	247	4%

FONTE: SIM/CGVS/CMM

Com relação à morte materna, os números apresentados nesse quadrimestre ainda estão sendo investigados pelo Comitê de Morte Materna, podendo sofrer alteração no número absoluto de óbitos.

Observamos um discreto aumento no número de nascidos vivos, e um aumento também no número absoluto de óbitos de mulheres em idade fértil. Esses números poderão ser analisados de forma definitiva no relatório anual.

Do total dos óbitos de mulheres em idade fértil 100% são investigados, atingindo a pactuação.

Tabela 167 Proporção de Recém Nascidos Vivos (RNV) e o Nº de Consultas do PN, período 2012 – 2011.

Descrição do Item	Período				Variação	
	2º quad. 2012		2º quad. 2011		2012/2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RNV de mães que realizaram 7 ou + consultas pré-natal (6 consultas de pré-natal + 1 consulta de puerpério)	4545	70%	4452	70%	93	2%

FONTE: SISPRENATAL E SINASC

Até 2011, esse dado era abastecido pelo SISPRENATAL, mas a partir do início de 2012, como o SISPRENATAL está sofrendo reformulações o dado será buscado no SINASC, até a implantação da nova versão do SISPRENATAL WEB, ainda sem previsão de implantação pelo MS.

O pactuado na PAS 2012 é uma cobertura de 74% das gestantes com consultas de pré-natal realizadas. Os números do II quadrimestre de 2012 estão 4% abaixo do pactuado. Esperamos que com a contratação de, aproximadamente, 20 ginecologistas e novos médicos da ESF esta cobertura aumente nos próximos meses.

Tabela 168 - Recém Nascidos de mães que realizaram 7 ou mais consultas pré-natal por GD.

Gerências Distritais	Indicador	2012	2011	Varição da Cobertura
		2º Quad.	2º Quad.	%
CENTRO	Gestantes com = ou + 7 consultas	699	599	-
	RNN Vivos	841	708	-
	Cobertura	83%	85%	-2%
LENO	Gestantes com = ou + 7 consultas	431	506	-
	RNN Vivos	609	723	-
	Cobertura	71%	70%	1%
GCC	Gestantes com = ou + 7 consultas	393	521	-
	RNN Vivos	558	782	-
	Cobertura	70%	67%	3%
NEB	Gestantes com = ou + 7 consultas	619	551	-
	RNN Vivos	891	829	-
	Cobertura	69%	66%	3%
PLP	Gestantes com = ou + 7 consultas	501	622	-
	RNN Vivos	782	893	-
	Cobertura	64%	70%	-6%
NHNI	Gestantes com = ou + 7 consultas	176	487	-
	RNN Vivos	273	608	-
	Cobertura	64%	80%	-16%
RES	Gestantes com = ou + 7 consultas	585	255	-
	RNN Vivos	821	427	-
	Cobertura	71%	60%	11%
SCS	Gestantes com = ou + 7 consultas	365	546	-
	RNN Vivos	541	779	-
	Cobertura	67%	70%	-3%

FONTE: SINASC/CGVS/SMS

Na maioria das GD, no II quadrimestre de 2012, não houve uma alteração significativa na proporção de gestantes que realizam 7 ou mais consultas de pré-natal. O incremento observado na cobertura de pré-natal da GD Restinga/ Extremo-Sul é

conseqüência da ampliação de equipes da ESF na região, bem como da adoção do turno estendido em algumas unidades. Já a redução de 16% na GD Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas deve-se a falta de profissionais em alguns serviços, situação que está sendo revertida com as novas contratações e nomeações em curso.

Tabela 169 - Demonstrativo do nº de partos realizados, período 2012/2011

Descrição do Item		Período				Variação	
		2º quad. 2012		2º quad. 2011		2012/2011	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total de nascimentos	Hospitais Públicos	4569	70%	4399	70%	170	4%
	Hospitais Privados	1972	30%	1884	30%	88	5%
Nº de partos normais	Hospitais Públicos	2831	62%	2730	62%	101	4%
	Hospitais Privados	275	14%	240	13%	35	15%
Nº de Cesarianas	Hospitais Públicos	1732	38%	1669	38%	63	4%
	Hospitais Privados	1693	86%	1644	87%	49	3%

FONTE: SINASC

A proporção de nascimentos nos hospitais públicos e privados tem se mantido semelhante nos dois quadrimestres analisados, sendo 70% nos hospitais públicos e 30% nos hospitais privados.

No município de Porto Alegre nasceram nesse quadrimestre 47% crianças de parto normal e 53% por cesariana. Ao analisarmos esse índice, separando os hospitais públicos e privados, identifica-se que o maior número de cesarianas são realizadas nos hospitais privados, chegando a 86%, já os hospitais públicos mantêm seu índice entre 30% e 40%, bem semelhante ao preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de, aproximadamente, 35% a 40% para os que atendem alto risco, que é o caso de todas as maternidades SUS de Porto Alegre.

Saúde Sexual e Reprodutiva

Tabela 170 - Procedimentos realizados e contraceptivos utilizados – 2012/2011.

Descrição do Item	Período		Variação	
	2º quadrimestre 2012	2º quadrimestre 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Anticoncepcional Oral				
Noretisterona 0,35 mg (minipilula)	6487	9401	-2.914	-31%
Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg	64643	57777	6866	12%
Levonorgestrel 0,75mg (concepção de emergência)	124	77	47	61%
Anticoncepcional injetável				
Anticoncepcional injetável (uso trimestral)	18.338	1.155	17.183	1488%
Anticoncepcional injetável (uso mensal)	22.675	22.183	492	2%
DIU (dispositivo intra-uterino)	204	352	-148	- 42%
Ligadura de Trompas – código - 0409060186	297 (parcial)	394		
Vasectomia - código – 0409040240 e 040904024-0 -	223 (parcial)	271		

FONTE: Assistência Farmacêutica e TABWIN

É observada uma redução de 31% na distribuição dos contraceptivos orais combinados em relação ao mesmo período do ano anterior, isso provavelmente se justifica pela regularização da distribuição dos contraceptivos injetáveis, em especial o injetável trimestral que teve aumento de 1488%.

Percebe-se um aumento significativo na distribuição de Levonorgestrel 0,75mg (concepção de emergência), em torno de 60%, o que possibilita inferir uma melhora no acesso a esse medicamento.

Os números de laqueaduras tubárias e vasectomias ainda são parciais tendo em vista que atualização desta informação ocorre até 6 meses após o final do período por ser uma informação hospitalar, não permitindo a análise detalhada.

Os dados acima mostram que a política de planejamento familiar prevê a oferta de todos os métodos, sem visar controle de natalidade, portanto é considerada aceitável

esta variação no número de procedimentos realizados e de métodos contraceptivos distribuídos.

Tabela 171- Total de insumos adquiridos/recebidos

Descrição do Item	2º quadrimestre	
	2012	2011
Anticoncepcional oral - Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg	0	73.254 (MS)
Anticoncepcional oral - Noretisterona 0,35 mg (minipilula)	0	0
Anticoncepcional Injetável Trimestral - Medroxiprogesterona (acetato) 150mg /ml,inj	6.000 (SMS)	0
Anticoncepcional Injetável Mensal- Estradiol+Noretisterona 50mg	17.000 (SMS)	27.992 (SMS) 1.250 (MS)
Levonorgestrel 0,75mg (concepção de emergência)	720 (MS)	1.000 (MS)

FONTE: Assistência Farmacêutica

Conforme tabela acima, a SMS, por necessidade, adquire métodos contraceptivos para completar o repasse do Ministério quanto esse é inferior a demanda da população.

Câncer de Colo do Útero

Tabela 172- Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Colo do Útero.

Descrição do Item	2º Quadrimestre		Variação	
			2011/2012	
	2012	2011	Nº	%
Total de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária 25 a 64 anos	18868	20854	-1986	-9%
Razão da coleta CP na faixa etária 25 a 64 anos*	0,13	0,15		
Razão (método novo)**	0,40	0,45		
Total de exames realizados na população de 15 a 69 anos	24684	27.703	-3019	-11%
Razão de exames realizados na população de 15 a 69 anos	0,18	0,20		
Razão (método novo)	0,22	0,25		
Colposcopia	3461	6.277	-2816	45%

FONTE: SISCOLO e TABWIN

A meta pactuada pela PAS 2012 para coleta de CP em mulheres de 25 a 64 anos é a razão de 0,16, no cálculo antigo e 0,45 utilizando o novo método de cálculo do SISPACTO 2012.

No II quadrimestre de 2012 foi atingida a razão de 0,13/0,40. Espera-se que com a contratação de, aproximadamente, 20 ginecologistas e novos médicos da ESF esta cobertura aumente nos próximos meses.

A redução dos exames de colposcopias justifica -se porque nos últimos quatro meses não houve oferta do exame por um dos prestadores. Essa situação já foi encaminhada para ser resolvida junto com a GRSS.

Considerando que a colposcopia deve ser realizada preferencialmente quando o exame de citopatológico está alterado (3-4% dos exames) e em casos com inspeção visual alterada (não mensurável), verifica-se que apesar da redução na realização deste exame está sendo ofertado um número adequado conforme parâmetros do Ministério da Saúde.

A fórmula anteriormente utilizada para calcular a razão anual de coleta de citopatológico era levada em consideração :

$$\text{Razão anual} = \frac{\text{Nº de exames coletados em mulheres de 25 a 64 anos}}{\text{Total da população de mulheres na faixa etária}}$$

No quadrimestre era dividido por 3 população total da faixa etária, para avaliar o número de exames realizados no período avaliado.

A partir deste ano passou a ser considerado o novo método de cálculo da Razão Anual conforme o instrutivo do SISPACTO 2012:

$$\text{Razão anual} = \frac{\text{Nº de exames citopatológicos realizados na faixa etária de 25 a 64 anos}}{1/3 \text{ da População feminina residente na faixa etária}}$$

Para calcularmos a razão atingida no quadrimestre dividi-se o total da população na faixa etária (IBGE 2010) por 3 para avaliar o número de exames realizados no quadrimestre.

$$\text{Razão quadrimestral} = \frac{\text{Nº de exames citopatológicos realizados na faixa etária de 25 a 64 anos}}{1/3 \text{ da População feminina residente na faixa etária}}$$

Câncer de Mama

Tabela 173 - Nº de ecografias mamárias e mamografias realizadas período 2012/2011

Descrição do Item	2º Quadrimestre		Variação	
			2011/2012	
	2012	2011	Nº	%
Mamografias realizadas	17.253	14.307	2946	20%
Razão de mamografias	0,16	0,13		
Mamografias realizadas na faixa etária 50 a 69 anos	9.824	8.054	1770	22%
Razão de Mamografias na faixa etária 50 a 69 anos	0,18	0,15		
Razão (novo método)	0,36	0,30		
Ecografias Mamárias	4.954	4.917	37	0,7

FONTE: TABWIN e SISMAMA

É observado um aumento de 20% no número de MMG realizadas. A população de maior risco, na faixa etária entre 50-69 anos, continua fazendo o maior número de MMG, também com um aumento de 22% dos exames nessa faixa etária.

A meta pactuada pela PAS 2012 para mamografia realizada em mulheres de 50 a 69 anos é a razão de 0,18. No II quadrimestre de 2012 foi atingida a razão de 0,18.

A fórmula utilizada para calcular a razão anual de mamografias realizadas é:

$$\text{Razão} = \frac{\text{Nº de exames mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos}}{\text{Total da População de mulheres na faixa etária}}$$

Para calcularmos a razão atingida no quadrimestre dividimos a população na faixa etária por 3, pois para avaliar o número de exames realizados no quadrimestre:

$$\text{Razão} = \frac{\text{Nº de exames mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos}}{1/3 \text{ das mulheres na faixa etária}}$$

Por decisão da SMS e seguindo o Protocolo de Rastreamento e Detecção Precoce do Câncer de Mama dessa Secretaria, foi mantido o parâmetro da diretriz

clínica de rastreamento precoce do Câncer de Mama de Porto Alegre que considera a realização anual da mamografia nas mulheres de 50 a 69 em Porto Alegre, devido a grande incidência no município. Não será utilizado o cálculo proposto no SISPACTO 2012, pois esse considera que a realização de mamografias bianual nessa faixa etária.

15.3 Saúde do Idoso

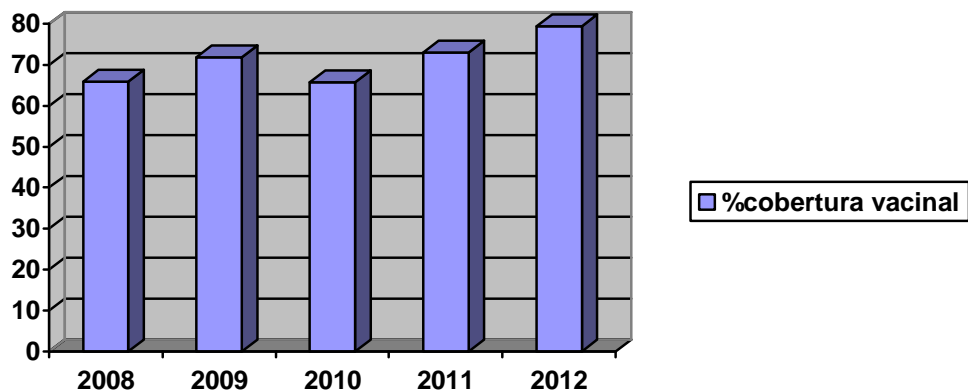
A Área Técnica de Saúde do Idoso possui apenas 03 metas no PAS 2012, duas relacionadas a Doenças e Agravos não Transmissíveis (Fratura de Fêmur e AVCs), e uma relacionada à Política Nacional do Idoso que prevê a criação de Serviços Especializados de Média Complexidade para compor a rede de atenção ao idoso (CAPI).

Considerando-se que o idoso é a personificação da cronificação de agravos sofridos ao longo de sua vida, que determinam uma velhice associada a doenças e limitações, a Área Técnica foi convidada a compor o Grupo de Trabalho relacionado às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), cujo objetivo é a construção de uma política de enfrentamento, centrada prioritariamente na prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde.

Já o Centro de Atendimento à Pessoa Idosa (CAPI) aparece no cenário como um equipamento para incluir a recuperação, manutenção da autonomia e independência da pessoa idosa, assim como, articular a rede nos diferentes níveis de complexidade.

Do ponto de vista das ações estratégicas ligadas a essa população, o período de maio a agosto foi marcado pela prolongada campanha de imunização contra influenza nos idosos e outras populações vulneráveis. A demora no início da campanha e as alterações climáticas que postergaram a chegada do inverno (frio), contribuíram para uma baixa cobertura. Esse fato levou a uma extensão do período da campanha. Apesar dos fatos acima descritos, os casos divulgados pela mídia levaram a uma procura pela vacina nos postos de saúde, levando a um aumento de cobertura (79,43), considerando os últimos anos. Aproximando o município da meta de cobertura almejada de 80%.

Gráfico 6 - Cobertura Vacinal contra Influenza em população com 60 ou mais anos residentes em Porto Alegre no período de 2008 a 2012



FONTE: Núcleo de Imunizações CGVS – 05/09/2012

Quadro 83 - Metas anuais constantes na PAS (Saúde do Idoso)

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
65. Manter índices de internações hospitalares de pessoas idosas por fratura de fêmur menor de 29,6/ 10.000 hab.	Implantação de ações preventivas e educativas sobre alimentação saudável e atividades físicas;	Estimulou-se às ações de caráter preventivo e promocional nos serviços da APS. Em paralelo, deu-se prosseguimento ao processo de elaboração do edital para educadores físicos, sob coordenação da SMA.
	Distribuição e utilização da Caderneta do idoso em 100% das EFS para identificar idosos frágeis e monitorar o número de quedas;	Realizou-se a distribuição de grande número de cadernetas nas gerências, fomentando-se o estímulo ao preenchimento e uso na rotina de cuidados.
	Capacitação de cuidadores;	Ação não realizada. Entretanto na região NHNI incluiu-se no projeto PET /Saúde - IPA o diagnóstico da população idosa da região para nortear as ações junto a esta população, incluindo a qualificação dos cuidadores.
	Implementação de ações intersetoriais;	Participação da área técnica no grupo de trabalho das Doenças e Agravos não Transmissíveis, assim como diálogo com outras áreas técnicas para pensar ações que impactem na melhoria da qualidade de vida e no envelhecimento.

	Implantação do SAD.	Condução do processo sob responsabilidade da CMU.
66. Reduzir o índice de internações por AVC para menos de 85,3 por 10.000/hab em população com mais de 60 anos.	Identificação dos Idosos que apresentem fatores de risco que levam ao AVC;	Ação fortificada com a discussão e do acolhimento e identificação de necessidades, aumentando o acesso e adesão ao serviço.
	Implementação de ações preventivas para os fatores de risco;	Estímulo às ações de caráter preventivo e promocional nas unidades (atividade física, grupo de tabagismo, obesidade, HAS, DM, etc).
	Distribuição e utilização da Caderneta do Idoso em 100% das EFS para identificar idosos frágeis e monitorar a hipertensão arterial e outros fatores de risco;	Distribuição de grande número de cadernetas nas gerências, estímulo ao preenchimento e uso na rotina de cuidados.
	Cadastramento dos pacientes crônicos com garantia de medicamentos;	Manteve-se acesso garantido às medicações de uso continuado, nas Unidades de Saúde. Alguns serviços da APS possuem seus crônicos cadastrados, pretende-se ampliar e qualificar o cadastramento quando da implementação do sistema informatizado.
	Educação para hábitos de vida saudável.	Fomentou-se à realização de grupos de promoção à saúde, junto aos serviços da APS.
86. Criar um Centro de Atendimento a Pessoa Idosa, na região central da cidade.	Reapresentação do Projeto no CMS;	Realizou-se o agendamento para apresentação nos conselhos local e distrital.
	Contratação de RH;	Aguarda-se aprovação do projeto.
	Definição de fluxos para população adstrita;	Revista no novo formato do projeto.
	Compra de equipamentos.	Aguarda-se aprovação do projeto.
Análise das Metas da PAS As metas para saúde do idoso são anuais, trabalha-se com fonte de informação cuja alimentação é muito lenta, pois pressupõe vários passos. Apesar de usarmos o quadrimestre para fins de comparação, ou para prognóstico, os dados não são confiáveis, visto que são parciais. Os dados das ofertas de consultas também não se mostram como fonte fidedigna de informações, pois também são parciais. A Área Técnica de Saúde do Idoso possui apenas 03 metas no PAS 2012, duas relacionadas a Doenças e Agravos não Transmissíveis (Fratura de Fêmur e AVCs), e uma relacionada à Política Nacional do Idoso que prevê a criação de Serviços Especializados de Média Complexidade para compor a rede de atenção ao idoso (CAPI). Considerando-se que o idoso é a personificação da cronificação de agravos sofridos ao longo de sua vida, que determinam uma velhice associada a doenças e limitações, a Área Técnica foi convidada a compor o Grupo de Trabalho relacionado às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), cujo objetivo é a construção de uma política de enfrentamento, centrada prioritariamente na prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde. Já o Centro de Atendimento à Pessoa Idosa (CAPI) aparece no cenário como um equipamento para incluir a recuperação, manutenção da autonomia e independência da pessoa idosa, assim como, articular a rede nos diferentes níveis de complexidade.		

Do ponto de vista das ações estratégicas ligadas a essa população, o período de maio a agosto foi marcado pela prolongada campanha de imunização contra influenza nos idosos e outras populações vulneráveis. A demora no início da campanha e as alterações climáticas que postergaram a chegada do inverno (frio), contribuíram para uma baixa cobertura. Esse fato levou a uma extensão do período da campanha. Apesar dos fatos acima descritos, os casos divulgados pela mídia levaram a uma procura pela vacina nos postos de saúde, levando a um aumento de cobertura (79,43), considerando os últimos anos. Aproximando o município da meta de cobertura almejada de 80%.

FONTE: CGAPSES/ Área Técnica de Saúde do Idoso.

Tabela 174 - Metas da PAS referente a internações hospitalares do Idoso

Descrição do Item	2º Quadrimestre				Variação	
	2012		2011		2012/2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
65. Reduzir o nº de internações hospitalares de pessoas idosas por fratura de fêmur de 29,6 para 25 por 10.000/ hab até 2013.	55	(*)	90	(*)	- 35	- 39%
66. Reduzir o nº de internações por AVC em população com mais de 60 anos para menos de 85,3 por 10.000/hab até 2013.	431	(*)	433	(*)	- 2	- 0,5%

FONTE: TABWIN – 25/09/2012.

(*) Esse indicador é anual, portanto os dados parciais não podem ser calculados.

Com relação às metas do SISPACTO, observamos uma tendência ao declínio das internações por fratura de fêmur em relação ao mesmo período do ano anterior. Já os números de internações por AVC mostram-se constantes, indicando uma manutenção dos indicadores para 2012.

Quadro 84 -Total de consultas médicas realizadas na rede de atenção primária para todas as idades e total (%) de consultas utilizadas pelas pessoas com 60 ou mais anos por Gerência Distrital nos primeiro e segundo quadrimestres de 2012

Gerência Distrital	Total Consultas 1º Quadrimestre	Total Consultas 2º Quadrimestre	Total Consultas Idosos (%) -1º Quadrimestre	Total Consultas Idosos (%) - 2º Quadrimestre
GD Centro	7.241	6.172	1.822 (25%)	1.668 (27%)
GD Glória Cruzeiro Cristal	34.499	30.931	6.645 (19%)	6.260 (20%)
GD Leste Nordeste	13.140	17.037	2.551 (19%)	3.401 (20%)
GD Noroeste HNI	15.585	15.864	4.761 (30%)	5.196 (33%)
GD Norte Eixo Baltazar	16.744	18.254	3.635 (22%)	3.893 (21%)
GD Partenon LombadDo Pinheiro	17.056	20.009	3.066 (18%)	3.621 (18%)
GD Restinga	9.121	8.273	1.595 (17,5%)	1.487 (19%)

Extremo Sul				
GD Sul Centro Sul	13.408	15.532	2.767 (21%)	2.966 (22%)
Total Geral	126.794	130.074	26.842 (21%)	28.492 (22%)

FONTE: TABWIN - 25/09/2012.

A maioria das gerências ofertou um percentual de 20 ou mais por cento de suas consultas para os idosos de acordo com a referência legal. As gerências que ofertaram menos de 20% são as mesmas que possuem uma relação menor entre idosos e população geral. Na região Partenon - Lomba os idosos representam 12 % da população residente e na Restinga – Extremo Sul eles são 11 %.

Do total de consultas médicas especializadas (71.432) no quadrimestre, 13.454 (19%) foram ocupadas pelos idosos.

Do total de primeiras consultas na área de saúde bucal ofertadas pelos serviços próprios da SMS (5.537) no quadrimestre, 701 (13%) foram ocupadas pelos idosos. Considerando todas as consultas básicas da saúde bucal no quadrimestre (24.115), os idosos utilizaram 3.546 (15%). Observou-se um aumento de ofertas de consultas odontológicas no período, assim como um maior percentual de idosos ocupando essas agendas (no primeiro quadrimestre eles representaram 6,1% dos usuários).

16 POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

16.1 Saúde da População Negra

Área Técnica de Atenção à Saúde da População Negra, atua em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra do Ministério da Saúde, e em conformidade com as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2010-2013, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Estas metas e ações têm o propósito de garantir a população negra o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, garantindo-se a equidade a fim de contemplar a inclusão de uma população desfavorecida em aspectos sociais e econômicos.

Programação Anual de Saúde (PAS): A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre tem 5 (cinco) metas relacionadas ao cuidado de Saúde da população negra para o ano de 2012, conforme a quadro:

Quadro 85 - Metas anuais constantes na PAS (Saúde da População Negra)

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
<p>107. Analisar a coleta, processamento e análise de dados com enfoque raça, cor e etnia em 100% dos sistemas de informação.</p>	<p>Qualificar a coleta, processamento e análise de dados com enfoque raça, cor e etnia nos sistemas com os campos já existentes;</p>	<p>A análise do quesito raça/ cor esta sendo elaborada pela AT Saúde da População Negra por agravos, por gerências distritais de saúde, através do banco de dados do SIM, SINAM, bem como, com o cruzamento dos dados com os do IBGE.</p>
	<p>Inclusão do quesito raça, cor e etnia como campo de preenchimento obrigatório no prontuário eletrônico e cadastro de usuários no sistema AGHOS;</p>	<p>A inclusão fora realizada no 1º quadrimestre, no Sistema AGHOS. A AT de Atenção à Saúde da População Negra apresentou a solicitação de inclusão deste dado em reunião de coordenação da SMS, no ano de 2011. Houve deferimento, por parte do Gabinete do Secretário, com o posterior encaminhamento para o setor INFOREDE. A Portaria Municipal 8.470/00 estabeleceu a inclusão dos itens de raça e etnia nos dados cadastrais da população.</p>

	<p>Capacitação dos trabalhadores para a coleta de dados desagregados por raça, cor e etnia.</p>	<p>No 2º quadrimestre foi organizado o Curso Promotor@s em Saúde da População Negra, constituído por 4 módulos, sendo que o 2ª módulo que abordará o tema “quesito raça /cor”, que se realizará em setembro.</p> <p>Realizou-se o planejamento, com previsão para o mês de outubro, do lançamento da Campanha: Qual sua cor /raça e etnia? Esta campanha contará com a produção de material gráfico, como: cartazes, bus door, banner’s, que contenham a informação referente à relevância da auto declaração e da coleta do quesito raça /cor, para análise e avaliação epidemiológica.</p>
<p>108. Implantar ações informativas referentes às doenças mais prevalentes na população das etnias da raça negra e indígena em 100% dos serviços do SUS.</p>	<p>Inclusão nas campanhas publicitárias das doenças mais prevalentes na população das etnias da raça negra e indígena;</p>	<p>Com a organização e planejamento, no 2º quadrimestre do Curso Promotor@s em Saúde da População Negra, que será realizado em Outubro, destacou-se a necessidade de inclusão deste tema para multiplicação e divulgação junto aos profissionais e serviços. Neste sentido, planejou-se também a produção de material específico sobre doenças mais prevalentes na população negra, pela AT de Atenção à Saúde da População Negra.</p>
	<p>Inclusão do tema de forma transversal no calendário de educação permanente da SMS;</p>	<p>A AT de Atenção à Saúde da População Negra insistentemente tem incentivado o diálogo e provocado à discussão junto as demais Áreas Técnicas da CGAPSES para realizar ações conjuntas que contemplem as questões vinculadas a população negra, objetivando com isso a equidade e a garantia da integralidade na atenção à saúde.</p>

	Realização e apoio às ações de mobilização em prol da saúde da população negra, indígena.	A Mobilização Pró Saúde da População Negra ocorrerá no período de 20 de outubro a 20 de novembro, portanto realizou-se no 2º quadrimestre todo o planejamento para organização e atuação de serviços neste sentido.
109. Tratar e acompanhar 100% dos pacientes diagnosticados com Doença Falciforme.	Conclusão do protocolo de fluxo de atendimento em doença falciforme;	Protocolo concluído pelo GT de Doença Falciforme, aguardando publicação, através de Portaria Municipal.
	Implementação da diretriz clínica do MS;	O tratamento específico da Doença Falciforme é realizado nos Hospitais de Referência (HCPA e GHC), uma vez que ambos já seguem a diretriz estabelecida pelo MS, estando em consonância com a Portaria que define o Fluxo para Doença Falciforme em Porto Alegre.
	Capacitação dos profissionais para o atendimento das pessoas com Doença Falciforme.	As capacitações previstas para outubro e novembro foram planejadas e organizadas no 2ª quadrimestre, com a realização de reuniões com a Associação Gaúcha de Doença Falciforme e o Ambulatório de Hematologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
111. Ampliar um Quilombo atendido pela ESF.	Cadastrado das ESF;	Manteve-se no 2º quadrimestre o trabalho de discussão com as equipes. Em relação ao Quilombo Silva, aguarda-se a realização da reunião dos Quilombolas que pautará a inclusão deles junto à USF IAPI, uma vez que há alguns pontos ainda não definidos. Para o Quilombo dos Alpes aguarda-se o Plano de Expansão da Estratégia Saúde da Família. Os Quilombos Areal e Fidelix mantêm-se vinculados a USF Modelo.
	Contratação de RH;	USF IAPI contratada. Em relação à UBS Estrada dos Alpes, aguarda-se o Plano de Expansão da Estratégia Saúde da Família.
	Capacitação das equipes.	As Ações de Educação Permanente estão sendo planejadas para as equipes já contratadas.

115. Implantar diretrizes clínicas para 100% das equipes que atendem especificamente mulheres em situação de vulnerabilidade afrodescendentes.	Montar GT para elaboração da diretriz clínica;	A AT de Atenção à Saúde da Mulher organizou o GT para elaboração do Protocolo de Saúde da Mulher Negra, em parceria com a AT de Atenção à Saúde da População Negra. No 2º quadrimestre, realizou-se a pesquisa e revisão literária referente a aspectos clínicos, incidências e prevalências de agravos em se tratando de mulheres negras.
	Elaboração das diretrizes clínica;	O GT elencou, a partir de pesquisas nacionais e internacionais sobre a temática e priorizou alguns agravos em relação à mulher negra, realizando ainda um estudo para a efetiva elaboração do Protocolo da Saúde da Mulher Negra.
	Divulgação da diretriz clínica.	Aguarda-se finalização da Elaboração do Protocolo, para definição da estratégia de divulgação que será realizada.
<p>Análise das Metas da PAS – 2º quadrimestre relacionadas com o Indicador:</p> <p>A Área Técnica de Atenção à Saúde da População Negra, tem destacado a relevância da análise epidemiológica para o planejamento e a implementação da política nacional de saúde integral da população negra, seguindo o preconizado pela Lei 8.080/90, a epidemiologia é a base para a construção de políticas públicas de saúde. Neste sentido, tem-se fomentado o desenvolvimento, ou aprimoramento de instrumentos e ferramentas que auxiliem na obtenção de informações epidemiológicas referentes à população negra.</p> <p>No que tange ao sistema de informação, qualificou-se a medida que garantiu-se o dado raça /cor, através da definição do campo obrigatório no Sistema AGHOS. Além disso, também está incluído nos sistemas de notificação obrigatória (SIM, SINAM, SINASC, SISPrénatal), o quesito raça /cor, possibilitando uma análise ampliada da situação de saúde da população negra.</p>		

FONTE: CGAPSES/ Área Técnica Saúde da População Negra.

16.2 Saúde dos Povos Indígenas

Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, atua em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas do Ministério da Saúde, e em conformidade com as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2010-2013, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Estas metas e ações têm o propósito de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social e cultural, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos de saúde de maior magnitude e transcendência

entre a população em geral, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à manutenção e afirmação de suas culturas.

Programação Anual de Saúde (PAS): A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre tem 4 (quatro) metas relacionadas ao cuidado de Saúde aos povos indígenas para o ano de 2012, conforme a quadro:

Quadro 86 - Metas anuais constantes na PAS (Saúde dos Povos Indígenas)

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
108. Implantar ações informativas referentes às doenças mais prevalentes na população das etnias da raça negra e indígena em 100% dos serviços do SUS.	Inclusão nas campanhas publicitárias das doenças mais prevalentes na população das etnias da raça negra e indígena;	Não realizada.
	Inclusão do tema de forma transversal no calendário de educação permanente da SMS;	Fomentou-se o debate entre as Áreas Técnicas de Atenção à Saúde da CGAPSES, no sentido de contemplar a visualização e em relação ao recorte raça/cor/etnia na prevalência de agravos, bem como a relevância da transversalidade, quando da constituição de ações de educação permanente. Destaca-se a afirmação realizada na necessidade de focar ações nas populações ao qual evidencia-se tecnicamente, a maior vulnerabilidade.
	Realização e apoio às ações de mobilização em prol da saúde da população negra e indígena.	Não realizada.
	Seleção e contratação dos técnicos e Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento para compor a EMSI;	Realizadas reuniões com as diferentes comunidades indígenas estabelecidas neste município para identificar as necessidades e pactuar processo de seleção para contratação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.
	Elaboração e execução do projeto arquitetônico de ampliação do posto de saúde existente na Aldeia Kaingáng da Lomba do Pinheiro (sede da EMSI);	Encaminhado a ASSEPRO ainda no 1º quadrimestre de 2012, o expediente que solicita a análise para elaboração e execução do projeto arquitetônico. Ainda aguarda-se retorno da ASSEPRO / CGATA.

110. Implantar uma Equipe Multidisciplinar de Saúde da Família Indígena.	Elaboração e execução do Projeto arquitetônico da unidade de atendimento na Aldeia Charrua Polidoro;	Realizada rodada de reuniões com a comunidade Charrua para pactuação, referente a implementação de unidade de atendimento provisória.
	Aquisição de móveis e equipamentos para a sede da EMSI e a unidade de atendimento Charrua;	Considerando que a Unidade ainda não foi implantada, aguarda-se a elaboração do Projeto Arquitetônico para que a partir da constituição da planta, com a previsão de salas e espaços, defina-se as necessidades em relação aos equipamentos permanentes e de consumo, que as equipes utilizarão.
	Aquisição de veículo e contratação de serviço de deslocamento;	Realizada solicitação oficial ao IMESF para contratação de veículo locado que atuará exclusivamente com os profissionais da EMSI.
	Capacitação permanente dos profissionais da EMSI sobre a cultura das etnias Kaingáng e Charrua.	A EMSI ainda não foi contratada.
112. Reduzir para 10/ano, eventos diarréicos em criança indígena menores de 5 anos relacionados com deficiência em saneamento.	Elaboração do projeto de esgotamento sanitário na Aldeia Polidoro;	O Departamento Municipal de Águas e Esgotos elaborou o projeto de Esgotamento Sanitário Provisório na Aldeia Polidoro, já apontado pela Área Técnica como fundamental para prevenção da contaminação das pessoas que compõem à comunidade.
	Execução do projeto de esgotamento sanitário da Aldeia Polidoro.	Ação sob responsabilidade de equipe técnica do DMAE.
113. Atender integralmente os portadores de diabetes e de hipertensão em 100% das comunidades indígenas.	Diagnosticar e atender os diabéticos e hipertensos na Aldeia Kaingáng da Lomba do Pinheiro;	Iniciado o processo de identificação de hipertensos e diabéticos, pelo Agente de Saúde Indígena da USF Panorama responsável por estas aldeias.
	Identificar e atender os diabéticos e hipertensos da Aldeia Charrua Polidoro.	Não realizada, uma vez que ainda não fora realizada a contratação do Agente de Saúde Indígena que integrará à EMSI, responsável pela Aldeia Charrua Polidoro.

Análise das Metas da PAS

A Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas reconhece o avanço promovido para consolidação da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na cidade de Porto Alegre, através do trabalho que vem sendo afirmado e construído pela SMS. Ressaltam-se como prioridades a implantação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e o esgotamento sanitário na aldeia Polidoro do povo Charrua.

O processo de contratação e de instalação da EMSI constitui-se como inovador para SMS, devendo atender aos requisitos e especificidades, como por exemplo, em relação a formação dos profissionais que atuarão na equipe. Por outro lado, a construção deve respeitar diretamente a participação das comunidades indígenas envolvidas, e de forma individual, uma vez que cada comunidade também possui suas especificidades culturais. Neste sentido, no segundo quadrimestre realizou-se uma maior aproximação da Área Técnica com as representações legitimadas pelas comunidades indígenas, promovendo-se a discussão permanentemente das construções que estão sendo propostas.

Em relação a Polidoro Charrua, optou-se pela realização de um projeto de esgotamento sanitário provisório, que fora elaborado e orçado pelo DMAE, como forma inicial de melhoria para prevenção da contaminação de pessoas pertencentes à comunidade, em especial às crianças. A realização deste esgotamento provisório pelo DMAE, prevista para outubro, teve a concordância do projeto pela comunidade e deve-se ao atraso ocorrido na execução do projeto de construção das casas pelo DEMHAB, cujo recurso do programa Minha Casa Minha Vida já esteja disponível na Caixa Econômica Federal para este fim.

A criação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena representará a concretização de uma atenção qualificada e dirigida a uma população específica, afirmando-se, portanto sua necessidade. Há que se considerar, entretanto que os povos indígenas de uma maneira geral possuem necessidades em saúde, demandas muitas vezes imediatas, que estão sendo absorvidas pela rede de serviços da CGAPSES e da SMS, tanto em relação à assistência primária ou especializada, que são atendidas em serviços como: USF Panorama, UBS Lami, UBS Restinga, UBS Tristeza, Pronto Atendimento Partenon / Lomba do Pinheiro, dentre outros.

FONTE: CGAPSES/ Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

16.3 Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

Área Técnica de Atenção à Saúde Prisional, iniciada em 2011, atua em conformidade com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e o Plano Operativo Municipal de Saúde no Sistema Penitenciário.

A secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre possui 03 Equipes de Saúde Prisional - ESP instaladas em 02 Unidades de Saúde Prisional, sendo 02 ESP no Presídio Central de Porto Alegre e 01 ESP na Penitenciária Feminina Madre Pelletier. Estas equipes têm por objetivo organizar, planejar, sistematizar e realizar a atenção à saúde, através de um conjunto de ações que abranja a promoção da saúde, prevenção dos agravos, assim como o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde de forma equânime e integral às pessoas privadas de liberdade.

Programação Anual de Saúde (PAS): A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre tem 1 (uma) meta relacionada ao cuidado de Saúde às pessoas privadas de liberdade para o ano de 2012, conforme quadro apresentado:

Quadro 87 - Metas anuais constantes na PAS (Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade))

Metas anuais constantes na PAS		
Previsto 2012	Ações	Realizado das ações no 2º quadrimestre
114. Atender 100% das pessoas ingressadas no Presídio Central e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier.	Habilitação das três equipes de saúde prisional sendo 2 no Presídio Central e 1 na Penitenciária Feminina Madre Pelletier;	As equipes estão habilitadas conforme CIB/RS 341/11.
	Realizada ações de educação permanente para equipes do PC e da PFMP;	Os profissionais estão participando das ações de educação permanente, uma vez que estão incluindo-se nas ações do Calendário Anual de Educação Permanente da CGAPSES. Estão sendo oportunizados ainda ações promovidas pela SES/RS e ou SUSEPE.
	Elaboração do projeto de criação para mais uma equipe de saúde prisional no PC;	O referido projeto foi elaborado, aprovado pelo CMS e consta no expediente administrativo 001.013282.11.5, que atualmente encontra-se em tramitação na Equipe de Convênios CGAFO.
	Elaboração do projeto de criação do Núcleo de Atendimento em Saúde Prisional – NASP;	Ação não realizada.
	Ampliação de uma equipe no PC;	Aguarda-se retorno do repasse financeiro do Ministério da Saúde com vistas a realizar aditivo ao processo administrativo do Hospital Vila Nova para conseqüente contratação de profissionais para terceira equipe no PCPA.
	Realizar as ações de saúde para mulheres e homens ingressantes no PC e na PFMP.	Por meio de ações como Projeto Porta de Entrada , no PCPA onde todo o ingressante no sistema prisional é acolhido para levantamento de dados, realização de exames e encaminhamento a primeira consulta clínica. Na Penitenciária Feminina Madre Pelletier, também, são realizados levantamento de dados clínicos e ofertados exames por meio do acolhimento, quando ao ingresso de pessoas privadas de liberdade.

Análise das Metas da PAS

As Equipes de Saúde Prisional foram cadastradas junto ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES, em abril de 2012, tendo seus registros de CNES sob o número 6957544 à Equipe de Saúde Prisional Madre Pelletier, sob o número 6957560 a Equipe 1 de Saúde Prisional do Presídio Central e sob o número 6957579 a Equipe 2 de Saúde Prisional do Presídio Central de Porto Alegre.

Contemplou-se nas ações de educação permanente do Calendário Anual de Educação Permanente da CGAPSES, a participação dos trabalhadores das Unidades de Saúde Prisional, disponibilizando-se vagas para qualificação e informação referente a fluxos e rotinas da SMS. A relação direta entre a ação proposta com a prática e vivência dos trabalhadores, em relação aos agravos de maior frequência, estabelecem maior adesão e interesse do trabalhador. Neste sentido, foram propostas ações relacionadas ao diagnóstico de HIV e Sífilis, através da realização do teste rápido, como também ações promovidas por outros setores da SMS, como a INFOREDE em relação à ação de utilização do sistema AGHOS e realização de atividades práticas em materno-infantil, promovida pelo HMIPV. Além disso, em virtude da vinculação funcional dos profissionais que compõe a Equipe ser mista, isto é, servidores da Brigada Militar, SUSEPE e Hospital Vila Nova, fora propiciado também aos trabalhadores, outras atividades de educação permanente executadas pelo Estado do RS. Ressalta-se, que estas ações são fundamentais para implantação de procedimentos e sistemas, como ocorrera com o Teste rápido e o sistema AGHOS, que atualmente são realizados e operados, respectivamente, pelas Equipes de Saúde Prisionais.

Salienta-se a relevância da ampliação de mais uma equipe junto a Unidade de Saúde Prisional do Presídio Central de Porto Alegre, a fim de reforçar e qualificar os atendimentos de Tuberculose, através da contratação de médico infectologista, como também, de profissionais que atuam em saúde mental. Entretanto, aguarda-se manifestação do Ministério da Saúde que até o presente momento não realizou nenhum repasse financeiro referente às equipes, para o município de Porto Alegre, o que desencadeou a solicitação de pronunciamento e participação do ESTADO do RS, responsável pela articulação no repasse de recursos.

Com a limitação do tempo de permanência de pessoas privadas de liberdade de forma provisória ou ingressante no Presídio Central, por determinação do poder judiciário, definiu-se a realização de atendimentos de forma diferenciada, tentando-se acolher as pessoas de forma integral, ofertando a realização de exames e redefinindo fluxos para facilitar a informação da situação de saúde de cada detento. Neste sentido, as equipes passaram a disponibilizar uma cópia do prontuário de cada pessoa privada de liberdade para acompanhá-la, nas transferências até o local em que será cumprida a medida de privação de liberdade.

Ressalta-se a articulação e aproximação das equipes com suas respectivas Gerências Distritais, isto é, Equipe de Saúde Prisional Madre Pelletier com a GD GCC e a Equipe de Saúde Prisional Presídio Central de POA com a GD PLP. Na GD GCC, a coordenação da unidade de Saúde Prisional Madre Pelletier tem participado das reuniões com o colegiado de coordenadores dos serviços da Gerência, o que tem favorecido na multiplicação da informação, no acesso dos profissionais a recursos, como também na consolidação de fluxos e rotinas que envolvem processos de trabalho na SMS. Em relação à Unidade de Saúde Prisional Presídio Central de POA, pertencente à GD PLP, a mesma está sendo atendida em relação as demandas, aos fluxos e alguns serviços da Gerência, entretanto necessita estreitar ainda mais sua vinculação, o que vem ocorrendo, já no início do 3º quadrimestre.

FONTE: CGAPSES/ Área Técnica de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade.

Produção das Equipes de Saúde Prisional

Tabela 175 Produção Comparativa 2º Quadrimestre/12 e 2º Quadrimestre/11 Presídio Central de Porto Alegre PCPA

Áreas	Atendimento/ Situação	2º Quadrimestre		Variação 2012/2011
		2012	2011	
Odontologia	Procedimentos	860	940	- 80
Médica	Clínico	3876	4178	- 302
Mental	Psicossocial	334	1671	- 1337
	Psiquiátrico	606	301	- 305
Tuberculose	Em tratamento	74	*	
	Novos	40	*	
	Alta tratamento	40	*	
DST/Aids	Em tratamento	74	*	
	Novos	13	*	
Hepatites	Diagnosticados	41	*	
Hipertensão	Em tratamento	70	*	
	Novos	44	*	
Diabetes	Em tratamento	299	*	
	Novos	12	*	

FONTE: CGAPSES/ Área Técnica de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade.

Tabela 176 - Produção Comparativa 2º Quadrimestre/12 e 2º Quadrimestre/11 Penitenciária Feminina Madre Pelletier - PFMP

Áreas	Atendimento/ Situação	2º Quadrimestre		Variação 2012/2011
		2012	2011	
Odontologia	Procedimentos	900	716	+ 184
Médico	Clínico	1487	2387	- 900
Mental	Psicossocial	143	775	- 632
	Psiquiátricos	72	249	- 177
Tuberculose	Em tratamento	02	*	
	Novos	00	*	
DST/AIDS	Em Tratamento	18		
	Novos	07		
	ARV	35		
Hepatites	Diagnosticadas	04		
Hipertensão	Em tratamento	59		
	Novos	07		
Diabetes	Em tratamento	04		
	Novos	01		
Ecografia Obstétrica		37		
Mamografias		02		
Citopatológico		264		

Ecografia Mamária		07		
Pré-Natal		98		
Ecografias Transvaginais		04		

FONTE: CGAPSES/ Área Técnica de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade.

Tabela 177 - Produção Comparativa 2º Quadrimestre/12 e 1º Quadrimestre/12 Presídio Central de Porto Alegre - PCPA

Áreas	Atendimento/ Situação	2º Quadrimestre		Variação 2º/1º quadrimestre
		2012	2011	
Odontologia	Procedimentos	860	744	+ 116
Médica	Clínico	3876	3994	- 118
Mental	Psicossocial	334	9	+ 325
	Psiquiátrico	606	343	+ 263
Tuberculose	Em tratamento	74	101	- 27
	Novos	40	59	- 19
	Alta tratamento	40	25	+ 15
DST/AIDS	Em tratamento	74	72	+ 02
	Novos	13	21	- 08
Hepatites	Diagnosticados	41	151	- 110
Hipertensão	Em tratamento	70	270	- 200
	Novos	44	61	- 17
Diabetes	Em tratamento	299	215	+ 84
	Novos	12	47	- 35

FONTE: CGAPSES/ Área Técnica de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade.

Tabela 178 Produção Comparativa 2º Quadrimestre/12 e 1º Quadrimestre/12 Penitenciária Feminina Madre Pelletier - PFMP

EAS	Atendimento/ Situação	2º Quadrimestre		Variação 2º/1º quadrimestre
		2012	2011	
Odontologia	Procedimentos	900	560	+ 340
Médico	Clínico	1487	58	+ 1429
Mental	Psicossocial	143	129	+ 14
	Psiquiátricos	72	17	+ 55
Tuberculose	Em tratamento	02	03	- 01
	Novos	00	02	- 02
DST/AIDS	Em tratamento	18	22	- 04
	Novos	07	11	+ 04
	ARV	35	40	- 05
Hepatites	Diagnosticadas	04	05	- 01
Hipertensão	Em tratamento	59	17	+ 42
	Novos	07	08	- 01

Diabetes	Em tratamento	04	33	- 29
	Novos	01	06	- 05
Ecografia Obstétrica		37	65	- 28
Mamografias		02	09	- 07
Citopatológico		264	231	- 33
Ecografia Mamária		07	07	00
Pré-Natal		98	114	- 16
Ecografias Transvaginais		04	03	+ 01

FONTE: CGAPSES/ Área Técnica de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade.

Análise da Produção das Unidades de Saúde Prisional - USP's

Os dados apresentados nos tabelas 19 e 20 indicam as atividades das equipes de saúde prisional, realizadas em 2012. Inicialmente não havia definição dos dados que seriam analisados, e a produção ambulatorial não apresentava-se de forma individualizada por equipe, o que convergiu para o cadastramento no CNES. Em outubro de 2011, as equipes orientadas passaram a realizar a inclusão no SIA, dos códigos referentes à produção ambulatorial, processo esse conduzido e avaliado pela Área Técnica da CGAPSES. A partir de janeiro de 2012 houve a definição dos dados necessários à análise, monitoramento e apresentação no Relatório de Gestão. Neste sentido, a avaliação do 2º quadrimestre torna-se prejudicada, à medida que não representam fidedignamente as atividades realizadas pelas equipes, ora ainda não qualificadas quanto ao registro à época.

A fim de demonstrar a qualificação dos dados, apresenta-se também um comparativo entre realizado entre o 1º e o 2º quadrimestre de 2012 (tabela 20 e 21).

Presídio Central de Porto Alegre: Em função das transferências para o cumprimento de medida penal, por progressão de regime, cumpridas em outras penitenciárias do Estado, ou por modificação ao regime semi-aberto ou para liberdade, verificou-se a interrupção na continuidade de tratamentos, como no caso dos pacientes diagnosticados e em tratamento de Diabetes e Hipertensão. Estas

transferências representaram um valor superior a 50 indivíduos, com interrupção nos tratamentos, neste quadrimestre.

Salienta-se que variações decrescentes, observadas nos meses subsequentes, devem-se a intervenção do poder judiciário, no Presídio Central, que designou transferências diretas, impedindo novos ingressos frente à superlotação do estabelecimento. Em relação ao trabalho individual das equipes, ressalta-se:

Penitenciária Madre Pelletier: No presente quadrimestre foram definidos os fluxos de atendimento para as mulheres privadas de liberdade, à emergência ginecológica para não gestantes, que acontecerá junto ao Hospital Fêmeina. A regionalização para mamografias também ficou estabelecida, referenciando-se ao Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, com a destinação de 05 mamografias/mês.

A equipe médica da Unidade de Saúde Prisional evidencia que avaliações clínicas e ginecológicas encontram-se em dia, superando um déficit de prestação nos atendimentos junto às mulheres que já cumprem medida de privação de liberdade na penitenciária.

Outro fator a destacar, é substituição da direção da penitenciária, sob a coordenação da SUSEPE, no final do mês de agosto.

Outro fator relevante a se destacar, constitui-se através da proposta que a SMS apresentou, por meio da Área Técnica de Saúde Prisional e o serviço de SAE Hepatites, aos órgãos de Segurança, SUSEPE e Direção do Presídio Central, vislumbrando-se a possibilidade de criação de serviço, para este fim, localizado no presídio central. Esta implantação representaria um ganho fundamental no que tange ao diagnóstico e tratamento de Hepatites Virais, pois a maioria dos indivíduos que apresentam diagnóstico de Hepatite C, quando do ingresso, tendem a não iniciar ou manter, a realização de tratamento, por uma série de circunstâncias que dizem respeito desde a liberação e prioridade de escolta para levar o preso, como a falta de estrutura e fluxos dos serviços de saúde não preparados para o recebimento de usuários com este perfil. Esta dificuldade, por vezes gera constrangimento as

partes envolvidas e a outros usuários, considerando o aparato policial necessário e utilizado. Além disso, as decisões judiciais que definem a liberdade ou a condenação do preso para penitenciária em outros municípios também favorecem para não vinculação destes usuários, influenciando e impactando na eficácia da assistência prestada pela equipe de saúde, que avalia como relevante à implantação do serviço. Aguarda-se posicionamento da Direção em relação ao planejamento inicial, devendo, portanto, ser realizada a tramitação necessária, incluindo a apreciação pelo CMS.

Destaca-se, que no presente quadrimestre não há registro de nenhum óbito entre pessoas privadas de liberdade nos estabelecimentos prisionais.

Salienta-se, ainda, que no mês de agosto o consultório odontológico passou por uma reforma, necessitando, portanto realizar a suspensão de atendimentos, durante o período de 10 dias. Esta reforma teve por objetivo, não somente, a melhoria das instalações, mas também a instalação de dois equipos odontológicos, fornecidas por esta SMS.

17 CONTROLE SOCIAL

Pela Gestão da SMS, a ampliação e o fortalecimento do Controle Social na Saúde é acompanhado no item referente a Humanização, que acompanha os Conselhos implementados nos Serviços SUS em Porto Alegre.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No quadrimestre em análise, o Diário Oficial de Porto Alegre nº 4.322 publicou o Decreto nº 17.898, de 02 de agosto de 2012, que alterou a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), incluindo a renomeação da CGRAPS para CGAPSES e a reorientação do CEREST como estrutura própria no organograma da SMS, aumentando as competências municipais e regionais.

Quanto à Gestão do Trabalho, salienta-se que, a partir desse relatório, será informado o quantitativo de profissionais que atuam na ESF através de convênios com a SMS. Esta decisão reforça e reconhece a necessidade de gestão única do processo de trabalho no SUS em Porto Alegre, considerando a diversidade de atores atuantes, como o IMESF, o GHC, o Divina Providência, a Associação Hospitalar Moinhos de Vento entre outros, em todas as esferas de atenção à saúde.

Foi observado, também, um aumento de 607 cargos no quantitativo de funcionários que atuam na ESF, representando aumento de 119,96% em relação ao segundo quadrimestre de 2011. Houve, também, um incremento de 291 servidores (correspondendo a mais 8,73% servidores no quadro), representando acréscimo de 5,51% se consideradas todas as vacâncias, inclusive a redução de 21,71% dos municipalizados estaduais e federais, no mesmo período.

Para fortalecer a qualificação dos trabalhadores ingressantes, o Equipe de Desenvolvimento instituiu a ação de Integração de Novos Servidores da SMS, proporcionando um acolhimento aos novos colegas visando oferecer um momento de informação sobre a SMS, reflexão, troca de saberes e confraternização, em parceria com outros setores da SMS.

Além de participar no Grupo de Integração de novos servidores, o Núcleo de Humanização atuou em outros trabalhos transversais para a consolidação da Humanização da Rede de Serviços, como a qualificação do Acolhimento nos serviços de APS. Também iniciou o processo de sistematização do Plano Municipal de Humanização, a partir da elaboração dos Planos Regionais de Humanização, bem como mantém o acompanhamento e fortalecimento das ações nos serviços com o enfoque humanização, a partir dos GTH.

Como resposta da população do processo de qualificação da Ouvidoria SUS do Município, houve aumento de 90,8% de demandas recebidas, principalmente por meio do acesso à ouvidoria pelo telefone 156 e pelo atendimento presencial. Foram mais de 3.672 demandas recebidas comparadas com o mesmo período do ano anterior, o que deve subsidiar a gestão de saúde no aperfeiçoamento e melhoria contínua da prestação de serviços do SUS, atuando como mediador entre usuários, trabalhadores e instituições de saúde.

Como resultado da gestão as maiores demandas (atendimento em consultas especializadas e na APS), há atuação constante junto à GRSS (para providências cabíveis junto aos prestadores) e, ao mesmo tempo, a CGAPSES investe no projeto de qualificação e incorporação do acolhimento nos serviços de APS, com o objetivo de diminuir as demandas negativas e ampliar a satisfação dos usuários.

Entre as estratégias de comunicação, está o desenvolvimento dos processos de comunicação interna, junto ao PGQP, com vistas a qualificar as informações circulantes e as formas de comunicação entre os servidores e entre as estruturas de gestão da SMS. Como estratégia de comunicação externa estão a cobertura e execução dos eventos de campanhas de saúde, de lançamentos e/ou entregas de serviços e, principalmente, as pautas positivas na mídia.

No apoio Técnico Administrativo, houve aumento do número de postos de serviços terceirizados, justificados pelo aumento dos serviços disponíveis na SMS, com destaque para os serviços de vigilância, portaria e limpeza. Por meio da Assessoria de Projetos, a SMS entregou três (03) obras de reformas e estava com 10 obras em andamento, com destaque para a UPA Moacyr Scliar, além das 05 obras em licitação. Está em elaboração 14 projetos de obras e 11 projetos complementares, com destaque para a reforma de ampliação da GRSS, da nova sede do SAMU e das UPA Azenha e Navegantes.

As metas da Informatização da SMS vêm sendo atingidas em consonância à velocidade do amadurecimento da rede de saúde, onde muitos processos estão sendo rediscutidos, tanto dentro como fora da SMS, com a rede de prestadores de serviços. Os principais avanços se deram na informatização da regulação dos leitos, onde o crescimento foi de 144%. Os próximos desafios do Projeto de Modernização e

Informatização da Saúde estão centrados na conclusão da informatização do complexo regulador, ao mesmo tempo em que estratégias tais, como melhoria da comunicação com o cidadão, através de envios de torpedos SMS para informar e alertar marcação de consultas e exames, pesquisa de satisfação e redução de filas de espera com a implantação das consultas de retorno nos Centros Especializados, estarão sendo concretizadas.

Na APS, a expansão da ESF prevê a construção de novas unidades e a conversão de Unidades Básicas de Saúde em Unidades de Saúde da Família e neste quadrimestre foi atingido o percentual de 42,3% da população coberta com a ESF. Além destes, houve a inclusão de cinco (05) novas equipes de Saúde Bucal em ESF já existentes.

Todas as ações elencadas na meta 50 continuam sendo estimuladas e fomentadas pela CGAPSES junto às Gerências Distritais, que tem realizado articulação junto às comunidades, de forma intersetorial, e na procura por terrenos e espaços para novas construções. Além disso, com a implementação do IMESF, com a realização do processo seletivo, e o chamamento dos profissionais, as equipes passaram a ser complementadas, ou constituídas, no caso de novas equipes.

As Gerências Distritais permaneceram responsáveis pela implementação dos NASF em suas respectivas regiões, constituindo os espaços que serão utilizados pelas Equipes, adquirindo os equipamentos/mobiliários para estes espaços, e fundamentalmente, realizando articulação com a Comissão de Apoio Matricial junto aos servidores que estão em atividades de educação permanente ou interessados em atuar nos Núcleos. Ressalta-se, a partir deste quadrimestre, a habilitação do NASF GCC junto à 1ª CIR.

A distribuição e regionalização dos serviços especializados ambulatoriais vem sendo qualificadas pelas respectivas áreas para de fato atuarem como referências ambulatoriais em saúde na cidade, como apresentado na distribuição dos CEO e dos SAE, por exemplo. Atualmente, os serviços ofertados nos Centros de Especialidades, nos Ambulatórios Hospitalares de Especialidades e nos SAE já estão no Sistema Informatizado, porém, necessitando qualificar a sua regionalização nos territórios dos DS e das GD, sendo balizadas dentro da lógica de linhas de cuidado. O desafio, para a

qualificação destes serviços, está na ampliação da disponibilidade de serviços conforme a preconização pelas normativas nacionais, as linhas de cuidado definidas e a inclusão de todos de forma regionalizada no Sistema Informatizado.

A qualificação do Sistema Informatizado está ocorrendo, em parceria com o GT Regionalização da SMS, para validar e executar todas referências dentro do Sistema. Essas estratégias objetivam agilizar a disponibilidade dos serviços e o seu acesso, tornando-o mais próximo da população, bem como para que qualifiquem a análise das reais necessidades da população por territórios de DS e GD para a tomada de decisão gestora e do controle social.

Nos serviços de urgência, foram abertos 246 novos leitos hospitalares de retaguarda. Ainda nas urgências, estão em funcionamento 28 leitos para adolescentes com faixa etária de 14 a 18 anos, usuários de álcool e outras drogas, no hospital Parque Belém, bem como houve a decisão do CMS e da gestão para a atenção das crianças e adolescentes em urgência e/ou emergência em Saúde Mental a partir da qualificação do atendimento no Hospital Presidente Vargas, o que inclui infraestrutura para tal.

Destaca-se o trabalho da Equipe de Vigilância de Alimentos (EVA), com a investigação de dezoito surtos de DTAS e na participação efetiva de um treinamento para Atuar em Eventos de Massa dado pela 1ª CRS e no Projeto Piloto para Copa do Mundo 2014, promovido pela ANVISA, na Expointer 2012, no Parque de Exposições Assis Brasil, em Esteio.

No percentual de famílias cadastradas e acompanhadas no Programa Bolsa Família, houve a superação da meta pactuada pelo SISPACTO no 1º semestre de 2012, com alcance de 55% e representando um aumento de 6,9% em relação ao 1º semestre de 2011.

Um dos pontos relevantes foi ação do projeto Fique Sabendo, que teve um resultado positivo na população, tendo em vista o quantitativo de testes realizados com ações pontuais de prevenção. Além desta ação pontual, observamos a crescente de testes realizados no Centro de Saúde Santa Marta no mês de Junho, o período da ação

do projeto Fique Sabendo. Os dados mostraram a importância de ações de prevenção e o impacto fidedigno delas para comunidade.

Ainda com o exposto, a continuidade da implantação do teste rápido e aconselhamento nas UBS e ESF já capacitou 5 gerências distritais, tendo uma cobertura de implantação de testagem como diagnóstico e aconselhamento factível e ético estipulado pelo cronograma de descentralização do teste rápido/ aconselhamento nos serviços de APS.

Ao encontro da ampliação e da equidade de acesso aos serviços do SUS, o incremento na regulação dos leitos de retaguarda às urgências, por meio do processo de informatização, ampliou consideravelmente a capacidade de regulação e consequente gestão dos processos que envolvem a oferta de serviços especializados pela SMS.

No HPS, verificou-se um aumento dos atendimentos relacionados ao perfil definido para a vocação do HPS, discutida pela Gestão Municipal e pelo Conselho Municipal de Saúde. Houve redução na taxa de ocupação de leitos e na média de permanência dos pacientes internados no hospital, indicando qualificação de processos assistenciais e melhor giro de leitos e, aumento do número de pacientes na UTI por dia, evidenciando atendimento de pacientes com maior perfil de gravidade/complexidade, adequado à vocação do HPS.

Já no HMIPV, houve aumento na produção geral diária, destacando-se o aumento significativo de procedimentos ambulatoriais, onde destaca-se os procedimentos cirúrgicos e de procedimentos de apoio diagnóstico. Contudo, observou-se a redução do número de atendimentos de emergência e de internações.

Na atenção às urgências, a CMU fortaleceu ações integrativas com diversos componentes da rede de saúde e ampliou suas ações de acompanhamento e monitoramento de indicadores de acesso e qualidade dos serviços de urgência e emergência na Rede de Saúde Municipal, destacando-se o início do monitoramento dos serviços de emergência hospitalares e da linha de cuidado do IAM e AVC.

A partir dos dados relativos ao monitoramento das emergências nos meses de julho e agosto de 2012, foi possível tecer algumas considerações: é fundamental a qualificação do sistema de informações de monitoramento dos serviços de emergência,

tanto para o acompanhamento do gestor municipal, quanto para a própria gestão pelo hospital; muitos serviços ainda não dispõem de classificação de risco por protocolo validado em cinco níveis; o número médio de pacientes internados fora de área nas emergências hospitalares gera acúmulo de pacientes represados nas emergências; é necessário o fortalecimento das estratégias para transição do cuidado dentro dos hospitais, sendo necessário implantar núcleos internos de regulação.

Sobre a atuação dos Pronto-Atendimentos, foi verificado o aumento dos atendimentos, ao considerar-se o somatório dos atendimentos realizados pelos Pronto-Atendimentos. Contudo, também houve aumento das desistências, provavelmente provocado pelo impacto da incidência de quadros gripais, particularmente pelo vírus H1N1.

Em relação aos atendimentos de urgência/emergência em Psiquiatria, nos Pronto-Atendimentos de Saúde Mental do PACS e IAPI verificamos que houve aumento dos atendimentos e diminuição na proporção das desistências. Ainda, cabe ressaltar que a dependência química foi a principal causa do paciente permanecer em observação no PACS.

Em 2012 houve aumento no total de ligações ao SAMU sendo que as principais causas de atendimento pelo SAMU persistiram os atendimentos clínicos, seguidos de trauma. Foi mantida redução do número de transportes realizados pelo SAMU, reflexo da implantação efetiva do transporte de baixa complexidade.

O CEREST também integrou algumas atividades junto a CMU, onde foi realizado o fluxo de atenção em Saúde do Trabalhador nos Serviços de Urgência Municipais e a definição de algumas questões no Prontuário Eletrônico das Urgências. Além disto, as metas de notificação no SIST e SINAN para 2012 foram alcançadas no quadrimestre. No entanto, ainda há o desafio de ampliação do número de registro das notificações nos serviços de saúde.

Por fim, destaca-se o conjunto de estratégias para qualificar a atenção à saúde (desde a realização da primeira avaliação do PMAQ e a qualificação do acolhimento, até a reorientação da gestão hospitalar, incluindo os leitos de retaguarda às urgências) e também aquelas para fortalecer os processos de gestão (com o curso de avaliação com as Equipes de Monitoramento das Gerências, a revisão dos Fundamentos

Estratégicos e a retomada quinzenal das reuniões de Coordenação da SMS, entre outros).

As estratégias apresentadas continuarão em execução e em consolidação nos próximos quadrimestres, tendo sempre como horizonte a visão institucional da SMS, de ser referência no bem-estar em saúde pela excelência nas ações dos serviços prestados e pelo modelo de gestão pública adotado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. **Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142.** Brasília, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**, 2ª edição. Brasília, 2009.

Brasil. Ministério da Educação – MEC; Ministério do Trabalho e Emprego – **Lei Federal Nº 11.788.** Brasília, 2008.

BRASIL - Ministério da Saúde. **VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** BRASIL, 2010.

BRASIL, 2012 – <http://www.saude.rs.gov.br/dados/Brasil.pdf>.

_____ Conselho Nacional de Saúde Carta Nº 937 - CONEP/ CNS/ MS e seus membros designados pelas portarias Nº 374, Nº 558 e Nº 711, e atual renovação junto à CONEP de 10 de junho de 2010 e Resolução CNS 240/9

_____ Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/RS nº 25/03,2006; Resolução CIB/RS nº 45/07.**

_____ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos e Estimativas 2009.** Brasil, 2009.

_____ **Ministério da Saúde.** Portarias de Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006; nº 699 de 30 de março de 2006; nº 3.085 de 1.º de dezembro de 2006; nº 204 de 29 de janeiro de 2007; e nº 1.229 de 24 de maio de 2007. Nº 204/GM de 29 De Janeiro de 2007. **Portaria de Nº 558, Brasília, 2010.**

_____ **Ministério da Saúde. Portarias de Nº 374.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde.2008

_____ **Ministério da Saúde** Portaria Nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto 2006.

_____ **Ministério da Saúde,** PORTARIA Nº 442 DE 13 DE AGOSTO DE 2004 que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal de Saúde**. Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Decreto Municipal 15.042**. Porto Alegre, 1996.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Decreto Municipal 16.127**, Porto Alegre, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Resolução nº 36/2004**, Conselho Municipal de Saúde, 2004.

_____ **Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul** - Portaria SES nº 09/93. Gerenciamento do Processo de Descentralização no SUS. Rio Grande do Sul, 1993

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Programação Anual de Saúde 2012**.

ANEXO I

Portarias Ministeriais Relacionadas à Atenção Básica

PT/MS/GM nº 533, de 28/03/2012 – DOU nº 62 de 29/03/2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

PT/MS/GM nº 971, de 15/05/2012 – DOU nº 95 de 17/05/2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

PT/MS/SAS nº 457, de 21/05/2012 – DOU nº 98 de 22/05/2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hepatite Autoimune.

PT/MS/SAS nº 459, de 21/05/2012 – DOU nº 98 de 22/05/2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes.

PT/MS/GM nº 1091, de 28/05/2012 – DOU nº 103 de 29/05/2012. Estabelece processo de aquisição centralizada pelo MS de aquisição do medicamento olanzapina, comprimidos de 5 e 10 mg.

PT/MS/GM nº 1103, de 28/05/2012 – DOU nº 103 de 29/05/2012. Estabelece processo de aquisição centralizada pelo MS de aquisição do medicamento rivastigmina, cápsulas de 1,5mg, 3mg, 4,5 mg e 6 mg.

PT/MS/GM nº 1146, de 01/06/2012 – DOU nº 107 de 04/06/2012. Altera e acresce dispositivos à PT/MS/GM nº 971, de 17/05/2012 para ampliar a cobertura da gratuidade no âmbito Farmácia Popular do Brasil.

PT/MS/GM nº 1214, de 13/06/2012 – DOU nº 114 de 14/06/2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS).

PT/MS/GM nº 1215, de 13/06/2012 – DOU nº 114 de 14/06/2012. Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica

(QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

PT/MS/SCTI nº 18, de 25/07/2012 – DOU nº 144 de 26/07/2012. Torna pública a decisão de incorporar o medicamento trastuzumabe no Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento do câncer de mama localmente avançado.

PT/MS/SCTI nº 19, de 25/07/2012 – DOU nº 144 de 26/07/2012.

Torna pública a decisão de incorporar o medicamento trastuzumabe no Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento do câncer de mama localmente avançado.

PT/MS/SCTI nº 20, de 25/07/2012 – DOU nº 144 de 26/07/2012.

Torna pública a decisão de incorporar s inibidores de protease telaprevir e boceprevir no tratamento da hepatite crônica C.

PT/MS/GM nº 68, de 11/01/2012 – DOU nº 9 de 12/01/2012. Institui benefício financeiro para apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré natal e para o local em que será realizado o parto.

RETIFICADA em 13/01/2012 – DOU nº 10.

PT/MS/GM nº 77, de 12/01/2012 – DOU nº 10 de 13/01/2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos na Atenção Básica, para detecção HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agentes, no âmbito da atenção pré natal para gestantes e suas parcerias sexuais.

PT/MS/GM nº 1222, de 13/06/2012 – DOU nº 114 de 14/06/2012.

Autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para Estados e Municípios, referentes aos novos exames do Componente Pré-Natal da Rede Cegonha.

PT/MS/GM nº 1480, de 10/07/2012 – DOU nº 133 de 11/07/2012.

Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Rio Grande do Sul, e aloca recursos financeiros para sua implementação.

PT/MS/GM nº 575, de 29/03/2012 – DOU nº 63 de 30/03/2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS).

PT/MS/GM nº 1239, de 14/06/2012 – DOU nº 115 de 15/06/2012. Dispõe sobre a ampliação do prazo para a atualização do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS) no ano de 2012.

PT/MS/GM nº 1580, de 19/07/2012 – DOU nº 140 de 20/07/2012. Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde e revoga Portarias

PT/MS/GM nº 121, de 25/01/2012 – DOU nº 19 de 26/01/2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso do Crack, Álcool e Outras Drogas.

PT/MS/GM nº 122, de 25/01/2012 – DOU nº 19 de 26/01/2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR).

PT/MS/GM nº 123, de 25/01/2012 – DOU nº 19 de 26/01/2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por município.

PT/MS/GM nº 148, de 31/01/2012 – DOU nº 23 de 01/02/2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

PT/MS/GM nº 349, de 29/02/2012 – DOU nº 42 de 01/03/2012. Altera e acresce dispositivo à PT/MS/GM nº 148 de 31/01/2012, que define normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para Atenção a Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental e com Necessidade Decorrente do Uso de Crack, Álcool e outras Drogas.

PT/MS/SAS nº 160, de 01/03/2012 – DOU nº 43 de 02/03/2012. Estabelece normas para o cadastramento no CNES, das equipes que farão parte do movimento nacional População em Situação de Rua.

PT/MS/GM nº 1615, de 26/07/2012 – DOU nº 145 de 27/07/2012.

Altera o item II do artigo 9º e os art. 12º e 13º da PT/MS/GM nº 148 de 31/01/2012 .

PT/MS/GM nº 793, de 24/04/2012 – DOU nº 80 de 25/04/2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

PT/MS/GM nº 835, de 25/04/2012 – DOU nº 81 de 26/04/2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

PT/MS/GM nº 35, de 10/01/2012 – DOU nº 8 de 11/01/2012. Suspende a transferência

de incentivos financeiros referentes ao número de equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde, nos municípios com irregularidades no cadastro de profissionais no CNES.

PT/MS/SAS nº 703, de 21/10/2011 – DOU nº 204 de 24/10/2011. Estabelece normas para o cadastramento no CNES das novas equipes que farão parte da estratégia saúde da família (ESF). **RETIFICADA** em 22/12/2011 – DOU nº 245 de 22/12/2011. **REPUBLICADA** em 15/02/2012 – DOU nº 33.

PT/MS/GM nº 308, de 27/02/2012 – DOU nº 40 de 28/02/2012. Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes ao número de equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde, nos municípios com irregularidades no cadastro de profissionais no CNES.

PT/MS/GM nº 563, de 29/03/2012 – DOU nº 63 de 30/03/2012. Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes ao número de equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde, nos municípios com irregularidades no cadastro de profissionais no CNES.

PT/MS/GM nº 806, de 25/04/2012 – DOU nº 81 de 26/04/2012.

Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes ao número de equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde, nos municípios com irregularidades no cadastro de profissionais no CNES.

PT/MS/GM nº 819, de 25/04/2012 – DOU nº 81 de 26/04/2012.

Credencia PoA a receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

PT/MS/GM nº 821, de 25/04/2012 – DOU nº 81 de 26/04/2012.

Credencia PoA a receber os incentivos financeiros às estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família.

PT/MS/GM nº 823, de 25/04/2012 – DOU nº 81 de 26/04/2012.

Credencia PoA a receber o incentivo às ações de Saúde Bucal.

PT/MS/GM nº 866, de 03/05/2012 – DOU nº 86 de 04/05/2012. Altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e as regras de classificação da certificação das equipes participantes.

PT/MS/GM nº 978, de 16/05/2012 – DOU nº 95 de 17/05/2012. Define valores de financiamento do Piso de Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e NASF.

PT/MS/GM nº 1105, de 28/05/2012 – DOU nº 103 de 29/05/2012.

Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes ao número de equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde, nos municípios com irregularidades no cadastro de profissionais no CNES.

PT/MS/GM nº 1285, de 22/06/2012 – DOU nº 121 de 25/06/2012. Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes ao número de equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde, nos municípios com irregularidades no cadastro de profissionais no CNES.

PT/MS/GM nº 1341, de 13/06/2012 – DOU nº 126 de 02/07/2012.

Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências.

PT/MS/GM nº 1551, de 17/07/2012 – DOU nº 138 de 18/07/2012.

Define o prazo de envio do Termo de Compromisso para adesão a Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família.

PT/MS/GM nº 1619, de 26/07/2012 – DOU nº 145 de 27/07/2012.

Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes ao número de equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde, nos municípios com irregularidades no cadastro de profissionais no CNES.

PT/MS/GM nº 1804, de 22/08/2012 – DOU nº 164 de 23/08/2012.

Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes ao número de equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde, nos municípios com irregularidades no cadastro de profissionais no CNES.

ANEXO II

CAPACITAÇÕES SMS 2º QUADRIMESTRE 2012

	Nome da Capacitação	Promoção	Nº de participantes	Carga Horária (h/a)	Nº partic. X CH
1	Módulo: Ambulatorial	INFOREDE	41	4	164
2	Módulo: Internação	INFOREDE	34	4	136
3	Módulo: Cadastro	INFOREDE	77	4	308
4	Módulo: Informática Básica	INFOREDE	26	4	104
5	Módulo: AGUBS	INFOREDE	54	4	216
6	Módulo: APAC	INFOREDE	4	4	16
7	Módulo: Gerencial	INFOREDE	24	4	96
8	Módulo: Urgência	INFOREDE	9	4	36
9	Curso de Atualização em Trauma e Emergência: Módulo I Trauma - Módulo II Emergências Clínicas	HPS/Direção Científica	93	20	1860
10	Seminários Avançados em Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada Aguda e Crônica	HPS/Direção Científica	20	10	200
11	Workshop Reanimação Cárdio Pulmonar	HPS/Direção Científica	25	3	75
12	Palestra Fisioterapia	HPS/Direção Científica	10	3	30
13	Treinamento Manuseio ECG	HPS/Direção Científica	60	4	240
14	Revisão Técnicas Radiológicas 9/05/12	HPS/Direção Científica	12	2	24
15	Capacitação SAMU HAOC	HPS/Direção Científica	25	80	2000
16	Apresentação Sistema de Materiais	HPS/Direção Científica	20	3	60
17	Curso Básico de Higienização 01/06/12	HPS/Direção Científica	15	2	30
18	Treinamento - Novos Motorista SAMU	HPS/Direção Científica	25	72	1800
19	Revisão Técnicas Radiológicas 21/05/12	HPS/Direção Científica	12	3	36
20	Treinamento Nutrição Parenteral	HPS/Direção Científica	30	3	90
21	Discussão de óbito (mensal) – 4 no quadrimestre	HPS/Direção Científica	60	6	360

22	Revisão Técnicas Radiológicas 28/06	HPS/Direção Científica	10	2	20
23	Discussão de Caso Cardiológico (quintas-feiras) – 12 no trimestre	HPS/Direção Científica	16	12	192
24	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Uso de Filtros de respirador e Sistema de aspiração fechado- CEI	HPS/NEPEnf	35	0,5	17,5
25	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Administração de Medicação SC	HPS/NEPEnf	6	0,25	1,5
26	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): Novo Diapositivo de Incontinência Urinária	HPS/NEPEnf	50	0,5	25
27	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): : Lavagem das Mãos e Precaução Padrão	HPS/NEPEnf	14	0,6	8,4
28	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): - Lavagem das Mãos e Precaução Padrão	HPS/NEPEnf	12	0,6	7,2
29	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): Lavagem das Mãos e Precaução Padrão	HPS/NEPEnf	10	0,6	6
30	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): Lavagem das Mãos e Precaução Padrão	HPS/NEPEnf	16	0,6	9,6
31	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): Uso de Filtros de respirador e Sistema de aspiração fechado-	HPS/NEPEnf	22	0,5	11

32	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): Postura no Atendimento aos Pacientes e Junto a Equipe	HPS/NEPEnf	18	0,6	10,8
33	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): Postura no Atendimento aos Pacientes e Junto a Equipe	HPS/NEPEnf	10	0,6	6
34	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): Lixo Hospitalar (Lafayette)	HPS/NEPEnf	10	0,5	5
35	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): Assistência de Enfermagem a Pacientes Vítimas de Eletrocussão (Unisinos)	HPS/NEPEnf	7	1	7
36	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): Assistência de Enfermagem nas Úlceras por Pressão (Ulbra)	HPS/NEPEnf	8	1	8
37	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): Uso de Filtros de respirador e Sistema de aspiração fechado- CEI	HPS/NEPEnf	6	0,5	3
38	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): Estudo de Caso: Paciente com AVC isquêmico e Úlceras por Pressão(Universitário)	HPS/NEPEnf	4	0,5	2
39	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): Diretrizes do AHA_ 2010 para Atendimento de PCR (Ulbra)	HPS/NEPEnf	6	1	6

40	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Uso de Filtros de respirador e Sistema de aspiração fechado- CEI	HPS/NEPEnf	11	0,5	5,5
41	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): Manutenção da PICC- Empresa: SAVEDRA	HPS/NEPEnf	7	0,5	3,5
42	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço): Uso de Filtros de respirador e Sistema de aspiração fechado- CEI	HPS/NEPEnf	7	0,5	3,5
43	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) PCR Novas diretrizes	HPS/NEPEnf	11	0,6	6,6
44	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Treinamento SAE – Aquecedor de Fluidos	HPS/NEPEnf	9	0,5	4,5
45	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Aquecedor de Fluidos	HPS/NEPEnf	8	0,5	4
46	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Apresentação sobre Ferimentos (Ulbra)	HPS/NEPEnf	7	1	7
47	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) - Atendimento de enfermagem com base em sinais e sintomas	HPS/NEPEnf	6	1,25	7,5
48	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) - Diluição de Medicamentos (Ulbra)	HPS/NEPEnf	4	1	4

49	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) -- Atendimento de enfermagem com base em sinais e sintomas	HPS/NEPEnf	6	1,25	7,5
50	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Choque Hipovolêmico (Ulbra)	HPS/NEPEnf	5	1	5
51	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Avaliação e Registro da DOR como 5º sinal Vital (IPA)	HPS/NEPEnf	12	1	12
52	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) - Treinamento para enfermeiros - Aplicação Prática do NAS	HPS/NEPEnf	37	2	74
53	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) - Atendimento de enfermagem com base em sinais e sintomas	HPS/NEPEnf	9	1,25	11,25
54	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) - Estudo de Caso (Universitário)	HPS/NEPEnf	5	0,5	2,5
55	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) - Cuidados de Enfermagem ao Paciente com Fratura Exposta (Universitário)	HPS/NEPEnf	6	0,75	4,5
56	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) - Cuidados de Enfermagem ao Paciente com Paraplegia com TRM (SENAC)	HPS/NEPEnf	6	0,75	4,5

57	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Atendimento do Técnico de Enfermagem na Unidade de Neurologia(Universitário)	HPS/NEPEnf	3	0,6	1,8
58	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Treinamento para enfermeiros - Aplicação Prática da Escala de BRADEN	HPS/NEPEnf	22	2	44
59	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Avaliação da Aplicação Prática da Escala do NAS	HPS/NEPEnf	17	2	34
60	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Cuidados na Sala de Oftalmo	HPS/NEPEnf	8	0,5	4
61	Palestra - INSERÇÃO NOVOS ENFERMEIROS - Palestra Sobre SUS	HPS/NEPEnf	15	2	30
62	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) – Fraturas (Universitário)	HPS/NEPEnf	7	0,6	4,2
63	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) CUIDADOS E MANUTENÇÃO DE PICC	HPS/NEPEnf	7	1	7
64	Palestra - POSICIONAMENTO, MOBILIZAÇÕES E TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE ACAMADO	HPS/NEPEnf	66	2	132
65	Discussão quanto a Aplicação do NAS Dia: 16/08/2012	HPS/NEPEnf	15	2	30

66	Curso: DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL	HPS/NEPEnf	12	4	48
67	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) SISTEMA DE AQUECIMENTO DE FLUÍDOS RANGER	HPS/NEPEnf	7	0,5	3,5
68	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Sistema de Aquecimento de Fluidos Ranger	HPS/NEPEnf	7	0,5	3,5
69	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Sistema de Aquecimento de Fluidos Ranger	HPS/NEPEnf	8	0,5	4
70	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Sistema de Aquecimento de Fluidos Ranger	HPS/NEPEnf	5	0,5	2,5
71	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Sistema de Aquecimento de Fluidos Ranger	HPS/NEPEnf	4	0,5	2
72	Capacitação-Educação Permanente (ensino/serviço) Cuidados com Paciente de Buco e Otorrino	HPS/NEPEnf	6	1	6
73	Capacitação-Educação Permanente (ensino/Serviço) Cuidados com Paciente de Buco e Otorrino	HPS/NEPEnf	9	1	9

74	Capacitação-Educação Permanente (ensino/Serviço) Sistema de Aquecimento De Fluidos Ranger	HPS/NEPEnf	4	0,5	2
75	Capacitação-Educação Permanente (ensino/Serviço) Sistema de Aquecimento De Fluidos Ranger	HPS/NEPEnf	4	0,5	2
76	Capacitação-Educação Permanente (ensino/Serviço) Sistema de Aquecimento De Fluidos Ranger	HPS/NEPEnf	3	0,5	1,5
77	Capacitação-Educação Permanente (ensino/Serviço) Sistema de Aquecimento De Fluidos Ranger	HPS/NEPEnf	7	0,5	3,5
78	Treinamento Respirador – Servo-i	HMIPV//ASSEP	45	2	90
79	Semana da Enfermagem	HMIPV//ASSEP	85	20	1700
80	Curso de Cirurgia Ginecológica Minimamente Invasiva	HMIPV//ASSEP	25	8	200
81	Seminário de Psicologia Hospitalar: psicologia hospitalar	HMIPV//ASSEP	15	2	30
82	Seminário de Psicologia: Violência sexual contra crianças e adolescentes	HMIPV//ASSEP	15	2	30
83	Seminário de Psicologia: medidas de proteção	HMIPV//ASSEP	15	2	30
84	Encontro Científico Prematuridade e Parentalidade	HMIPV//ASSEP	53	2	106
85	Educação Continuada UTI Neonatal e Centro Obstétrico	HMIPV//ASSEP	40	4	160
86	Seminário de Psicologia: violência doméstica	HMIPV//ASSEP	15	2	30
87	Seminário de Psicologia: violência sexual contra mulher e aborto legal	HMIPV//ASSEP	15	2	30

88	Implantação de teste rápido de HIV e sífilis e aconselhamento para o HMIPV Módulo I	HMIPV//ASSEP	13	8	104
89	Intervenção Neonatal em mães e bebês expostos a crack e outras drogas utilizando a Neonatal Intensive Care Unit Neurobehavioral Networks scale: dados iniciais da pesquisa e implicações no atendimento clínico	HMIPV//ASSEP	47	2	94
90	Seminário de Psicologia: aleitamento materno	HMIPV//ASSEP	15	2	30
91	Encontro Científico O prontuário como documento do paciente, ferramenta de proteção do profissional, instrumento de pesquisa científica, análise da qualidade do atendimento	HMIPV//ASSEP	85	2	170
92	Curso Básico de Mastologia	HMIPV//ASSEP	23	8	184
93	Seminário de Psicologia: gestação na adolescência	HMIPV//ASSEP	15	2	30
94	Seminário de Psicologia: gestação de alto risco	HMIPV//ASSEP	15	2	30
95	Papel do HMIPV na Rede de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis em Porto Alegre	HMIPV//ASSEP	75	4	300
96	Parto Humanizado CO	HMIPV//ASSEP	49	8	392
97	Seminário de Psicologia: alojamento conjunto – relação mãe e bebê	HMIPV//ASSEP	15	2	30
98	Palestra Asma em saúde pública: é possível tratar os níveis de gravidade em saúde pública?	HMIPV//ASSEP	34	3	102

99	Palestra - Fibrose Cística: conseqüências da implantação da triagem neonatal e novidades dos últimos congressos.	HMIPV//ASSEP	57	3	171
100	Seminário de Psicologia: o psicólogo na UTI neonatal – Luto	HMIPV//ASSEP	15	2	30
101	Pensando um Programa de Estágios Curriculares Obrigatórios no HMIPV	HMIPV//ASSEP	12	6	72
102	Encontro Científico Intervenções na infância: brincar e contar histórias	HMIPV//ASSEP	46	3	138
103	Método Canguru	HMIPV//ASSEP	55	30	1650
104	LIBRAS	HMIPV//ASSEP	20	12	240
105	Compartilhando saberes e articulando a rede de urgência “Semana de Enfermagem” “Sustentabilidade e enfermagem uma conversa possível?”	CMU/NEU	45	8	360
106	Compartilhando saberes e articulando a rede de urgência “Semana de Enfermagem” - Empoderamento da enfermagem e sua relação com o usuário	CMU/NEU	42	8	336
107	Compartilhando saberes e articulando a rede de urgência “Semana de Enfermagem” - Cuidando do cuidador: novas perspectivas	CMU/NEU	14	2	28

108	Compartilhando saberes e articulando a rede de urgência "Semana de Enfermagem" - Construindo estratégias e ações de saúde em grandes eventos	CMU/NEU	37	10	370
109	Capacitação para o Sistema Manchester de Classificação de Risco	CMU/NEU	16	8	128
110	Capacitação para o Sistema Manchester de Classificação de Risco	CMU/NEU	16	8	128
111	Capacitação para o Sistema Manchester de Classificação de Risco	CMU/NEU	22	8	176
112	A integralidade das ações do Serviço Social na construção da rede de urgências	CMU/NEU	32	4	128
113	Capacitação para sala de coleta	CMU/NEU	17	8	136
114	Sensibilização da Atenção Integral À Saúde do Adolescente - Modulo II (GD Restinga; GD Leste Nordeste; Sul Centro Sul; Glória Cruzeiro Cristal)	CGAPSES	85	2	170
115	Atualização das Ações do PSE na APS	CGAPSES	135	4	540
116	Primeira Infância: Uma Visão Multidisciplinar do Desenvolvimento	CGAPSES	80	8	640
117	Curso de Atenção Integral E Redução de Danos em Álcool e Outras Drogas	CGAPSES	105	40	4200
118	Curso de Tratamento a Pessoas com Agravos Decorrentes das Violências	CGAPSES	77	40	3080
119	Inserção de profissionais no NASF	CGAPSES	40	8	320

120	Educação continuada em teste rápido e aconselhamento	CGAPSES	89	12	1068
121	Capacitação para os PAS em teste rápido e aconselhamento (terceira turma mês de maio)	CGAPSES	100	9	900
122	Capacitação em teste rápido e aconselhamento para os médicos e enfermeiros do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	CGAPSES	19	9	171
123	Capacitação em teste rápido e aconselhamento para os médicos e enfermeiros do Hospital Vila Nova	CGAPSES	6	9	54
124	Teste Rápido da Gravidez	CGAPSES	98	2	196
125	Regionalização	CGAPSES	163	4	652
126	A prática da Sondagem Supra-Púbica na Atuação do Enfermeiro da Atenção Primária	CGAPSES	32	2	64
127	Manejo Clínico da Tuberculose / Médicos e Enfermeiros (ESF da GD RES e LENO)	CGAPSES	87	8	696
128	Manejo Clínico da Tuberculose / outros cargos (ESF da GD RES e LENO)	CGAPSES	184	4	736
129	Atenção à Tuberculose (UBS IAPI)	CGAPSES	74	4	296
130	Obesidade Infantil	IC/FUC	72	4	288
131	Alterações Menstruais, Métodos Anticoncepcionais e Manejo da Dor Crônica da APS	IC/FUC	56	4	224
132	Epidemiologia em APS	IC/FUC	52	4	208

133	Exames Complementares no Pré-Natal e Exame Físico no Pré-Natal de Baixo Risco	IC/FUC	64	4	256
134	Incontinência Urinária na Mulher	IC/FUC	91	4	364
135	Patologia Cervical	IC/FUC	75	4	300
136	Dependência Química	IC/FUC	86	4	344
137	Farmacologia para Dentistas – Parte I	IC/FUC	28	4	112
138	Farmacologia para Dentistas – Parte II	IC/FUC	24	4	96
139	Código de Ética Odontológica	IC/FUC	27	4	108
140	Estratégia para Manejo das Alterações Pulpaes no Contexto da ESF	IC/FUC	30	4	120
141	Integração de novos servidores	ED\CGADSS	68	3	204
TOTAL			4530	725,9	33138,85

Capacitações pela EGP/SMA com a participação de servidores da SMS

CURSO	Nº PARTICIPANTES	CARGA HORÁRIA	Partic. X CH
Qualificação dos Avaliadores de Estágios	1	4	4
I Seminário sobre Assédio Moral	16	4	64
II Seminário sobre Assédio Moral	13	4	52
Curso sobre Coordenação de Reuniões	2	8	16
Palestra: administra o tempo, é possível?	16	2	32
Capacitação Médico Pericial do Previmpa	1	16	16
Preparação para Aposentadoria	11	36	396
Ergon: módulo saúde e segurança	2	20	40
Ergon: módulo treinamento	10	2	20
PASS fala sobre... Saúde Mental	17	2	34
PASS fala sobre... Fatores de proteção	25	2	50
PASS fala sobre... Cuidados com a memória	29	2	58
Curso Socialização de Servidores Ingressantes	224	8	1792
Capacitação DOPA Eletrônico	3	4	12
Formação Continuada da EGP: o sentido do trabalho	9	4	36
Gestão de Documentos	1	8	8
Palestra boas-vindas aos servidores ingressantes	70	4	280
Curso sobre matéria orçamentária	2	24	48
I Congresso do PASS: trabalho e saúde	98	8	784
I Seminário Lei de Acesso à Informação	20	4	80
II Seminário Lei de Acesso à Informação	5	4	20
Oficina prática ponto eletrônico	2	4	8
Palestra: para bem receber é preciso conhecer	45	2	90
Ciclo de Palestras PPA: Previdência Pública	14	2	28
Ciclo de Palestras PPA: Envelhecimento	10	2	20
Ciclo de Palestras PPA: A importância de um projeto de vida	1	2	2
Curso para Preposto do Município	3	8	24
Porto Alegre Turística	5	8	40
Capacitação em pessoal estatutário, celetista	2	24	48
Curso de formação e aperfeiçoamento em ...	7	12	84
Palestra exercício físico: afinal, quem precisa?	3	2	6
Oficina Observando Porto Alegre	1	4	4
Palestra Educação Financeira	31	2	62
Gerenciamento de projetos	1	16	16
TOTAL	700	258	4274

**Afastamentos temporários de servidores da SMS para qualificação profissional.
Dados qualitativos comparativos 2º quadrimestres de 2012 e 2011**

Cargos	2º Quadrimestre		Total de CH Liberada	
	2012	2011	2012	2011
Secretário Adjunto	01		24	
Assistente	01		32	
Professor	01	04	24	56
Coordenador		01		16
Biólogo	03	03	140	88
Enfermeiro	26	10	720	192
Médico	127	85	2809	1480
Médico Veterinário	07	03	264	48
Cirurgião Dentista	11	01	306	16
Terapeuta Ocupacional	03	01	84	24
Assistente Administrativo	01		32	
Farmacêutico	06	09	176	272
Técnico de Enfermagem	03		332	
Auxiliar de Enfermagem	03	02	76	48
Nutricionista	02	03	72	88
Arquiteto	01	01	16	32
Psicólogo	05	03	132	88
Fisioterapeuta	09	03	392	88
Assistente Social	05	01	116	16
Administrador	03	01	72	40
Fonoaudiólogo	01	01	130	16
Agente de Fiscalização	02		48	
Auxiliar de Laboratório	01		36	
Auxiliar de Gabinete Odontológico	02		24	
Auxiliar de Consultório Dentário	01		16	
Técnico em Comunicação Social	02		64	
TOTAL	227	133	6137	2632

ANEXO III

Atividades de apoio aos Grupos de Trabalho de Humanização no subsídio à implementação da Política de Humanização em Porto Alegre/RS

Gerência Distrital/CGVS/Hospitais/ Pronto-Atendimento	Descrição/Periodicidade	Nº de participantes do GTH que se envolveram na atividade
Centro	2º Encontro Estadual de Humanização. Reunião Comitê de Humanização da SMS- quinzenalmente	1 participante
	Oficina de Realinhamento Conceitual do Programa Crack, é Possível Vencer. Apoio a linha do cuidado, cogestão, clínica ampliada e ação interinstitucional na prevenção ao consumo de álcool e outras drogas	1 participante
NHNI	Reunião Comitê de Humanização da SMS- quinzenalmente	1 participante GTH
	Reunião Núcleo de Humanização	Todos do GTH
PLP	Reunião Comitê de Humanização da SMS- quinzenalmente	1 participantes do GTH
	Participação do II Encontro de Humanização Dias 16 e 17.08.12.	2 participante GTH
	Oficina de NASF em Porto Alegre promovida pelo departamento de Atenção Básica do MS Dia 31 de agosto 2012 (M e T)	2 participantes do GTH
LENO	Participação do II Encontro de Humanização Dias 16 e 17.08.12.	6 participantes do GTH
	Reunião Comitê de Humanização da SMS- quinzenalmente	1 participante do GTH
SCS	Reunião Comitê de Humanização da SMS- quinzenalmente	1 participante do GTH
GCC	Seminário Estadual de Humanização;	03 participantes do GTH
	Reunião Comitê de Humanização da SMS- quinzenalmente	1 participante do GTH

	Capacitação apoio Matricial;	02 participantes do GTH
NEB	Reunião Comitê de Humanização da SMS-quinzenalmente	1 participante do GTH
RES	Reunião Comitê de Humanização da SMS -quinzenalmente	1 participante do GTH
	Reunião com o Núcleo de Humanização	Todos integrantes do GTH
PA B. Jesus	2ª Encontro Estadual de Humanização	1 participantes do GTH
	Capacitação Teste Rápido Pronto Atendimento - Aconselhamento	2 participantes do GTH
PACS	Reunião Comitê de Humanização da SMS-quinzenalmente	1 participante do GTH
PA Lomba do Pinheiro	Reunião Comitê de Humanização da SMS-quinzenalmente	1 participante do GTH
	Reunião Núcleo de Humanização	Todos integrantes do GTH
HMPV	Reunião Comitê de Humanização da SMS-quinzenalmente	1 participante do GTH
HPS	I Congresso do Programa de Atenção à Saúde do Servidor da PMPA.	2 participantes do GTH
	Reunião Comitê de Humanização da SMS-quinzenalmente	1 participante do GTH
CGVS	Não consta	-

Atividade dos serviços de saúde com enfoque na humanização, por região de atuação dos Grupos de Trabalho em Humanização na SMS/POA, no 2º quadrimestre de 2012.

SERVIÇO	DIRETRIZ	DISPOSITIVO	AÇÕES
PA B. JESUS	Cogestão Acolhimento valorização do trabalho e do trabalhador	GTH Ambiência Clínica Ampliada	Acolhimento c. Classificação de risco com uso de protocolo. Reuniões de equipe. CLS. Garantida a referência e contrarreferência resolução provido o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários. Semana de enfermagem. Ouvidoria.
PA LOMBA DO PINHEIRO	Cogestão valorização do trabalho e do trabalhador Acolhimento	GTH	Foram realizadas reuniões efetivas do GTH com registro em Ata e planejamento de metas.Reunião Geral de Equipe ; de Enfermagem ;para elaboração de Capacitações, POPS, higienização e teste rápido HIV, etc CONSELHO GESTOR PALP CONSELHODISTRITAL DE SAÚDE – PARTENON/LOMBA CGS – três reuniões para discursão do REGIMENTO INTERNO onde contou com a participação do CMS para assessoria, dos Gestores do PALP e representantes dos trabalhadores e usuários. Espaço Oliveira Silveira (Destinado a Atenção Integral da Saúde da População Negra).Tchê Ajudo (Realizar o primeiro acolhimento) EVENTOS /CONFRATERNIZAÇÃO Acolhimento dos novos funcionários vindos da PUC e despedida dos funcionários municipais do PALP que migraram para outras unidades de saúde. Reunião de Assessoria para o GTH Comemoração Dia do Amigo;Comemoração do Dia dos Avós Comemoração do Dia dos Motoristas; Comemoração da Semana da Enfermagem no mês de maio com oficinas e apresentações Participações em eventos : Rede da criança e Adolescente; RS na Paz;II Encontro Estadual de Humanização 2012 . Mural de datas de aniversário dos funcionários. Instalação de televisores no saguão de espera e nas salas de internação adulta e pediátrica. Reformas em algumas áreas físicas. Divulgação das atividades do GTH PALP no Jornal Local (em Anexo) Disponibilidade de Internet para uso do servidor. Campanha do Agasalho

PA CRUZEIRO DO SUL	Cogestão / gestão compartilhada; Acolhimento; valorização do trabalho e do trabalhador	GTH	Reuniões periódicas CLS (conselho Local da Saúde)
HPS	Cogestão/ gestão compartilhada; valorização do trabalho e do trabalhador.	GTH	CLS I Congresso do Programa de Atenção à Saúde do Servidor da PMPA. Encontro Humanização PABJ - Atividade Caminhos da Integração/ Arraial do GTH – Festa Junina
HPMV	Cogestão valorização do trabalho e do trabalhador	GTH	projeto de formação de um grupo vocal institucional, aberto a todos os servidores que tenham interesse em participar. A celebração de datas significativas e a divulgação do GTH institucional, sua formatação e atuação seguem sendo publicizados através do Mural Informativo. levantamento de todas as ações de humanização realizadas pelos diversos serviços e unidades da instituição.
GD CENTRO	Cogestão/ Gestão compartilhada Acolhimento valorização do trabalho e do trabalhador	GHT Escuta qualificada Ambiência	CS Modelo: Espaço Aconchego Participação da Gerente da GDC nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde e ocasionalmente de seu representante. Santa Marta :A equipe está construindo o processo de trabalho e fluxo de modo a garantir que o acolhimento se dê de forma sistemática com espaço de escuta e sem agendamentos por fila. Grupo de Idosos, com diferentes temas é Semanal. Grupo tabagismo é semanal. Gestante é Semanal e Diabéticos e hipertensos tem um encontro Mensal. CRT Nova Vida- Recebe solicitações de avaliação e discussão de casos, produção de <i>planos terapêuticos</i> e consultoria em reabilitação psicossocial da rede básica de toda a cidade. Possui um grupo de familiares e usuários se reunindo quinzenalmente. CAPS I HARMONIA -Acolhimento da demanda referenciada pela Rede Básica para 04 Distritos de Saúde. Oficinas realizadas em nove turnos. O acolhimento no CAPS Centro é realizado por equipe multidisciplinar a partir de encaminhamentos da rede de atenção da região centro. CAPS Centro / oficina G. Renda - As oficinas e grupos no são diários envolvem variados graus de interdisciplinaridade e estão disponíveis para compor muitos <i>planos terapêuticos individuais</i> produzidos e monitorados nas reuniões de Equipe que são

			<p>semanais.</p> <p>CS Modelo - Acolhimento todos os dias pela manhã e tarde na ESF Modelo. Ou seja, há uma ação voltada para resolutividade em relação a todas as demandas que nos chegam diariamente.</p> <p>Consultório de Rua Centro - Serviço em fase de implantação. As Reuniões de Equipe são sistemáticas e estão se dando no sentido de instituir o fluxo dos processos de trabalho de forma humanizada para trabalhadores e usuários. Serviço caracterizado como inerentemente de Busca Ativa.</p>
GD NHNI	Cogestão/ Gestão compartilha da Acolhiment o valorização do trabalho e do trabalhador	GHT Escuta qualificada Ambiência	<p>Reuniões de Equipe</p> <p>CLS</p> <p>CS IAPI: Espaço Aconchego</p> <p>PSF Vila Floresta -Foi realizado uma pesquisa de satisfação com os usuários para reorganizar o acolhimento.A unidade disponibiliza uma equipe multidisciplinar por turno para escutar situações de demanda espontânea denominada equipe acolhedora.</p> <p>CS Navegantes- são promovidos almoços semanais com os trabalhadores. Foram instalados aparelhos de ar condicionados .Na semana de enfermagem proporcionou um evento para os trabalhadores com a presença da delegada do DENARC e a escritora Célia Ribeiro.</p> <p>UBS IAPI - na semana de enfermagem proporcionou um almoço de confraternização para toda a equipe de enfermagem. No mês de agosto realizou reunião com todos os trabalhadores para comunicar o novo organograma da unidade.</p> <p>Com o início das atividades da USF IAPI no CS IAPI está ocorrendo uma parceria entre trabalhadores da USF e UBS facilitando a transição.</p>
GD PLP	Cogestão/ Gestão compartilha da Acolhiment o Clínica ampliada valorização do trabalho e do trabalhador	GHT Escuta qualificada Ambiência	<p>CLS</p> <p>Reuniões de Equipe</p> <p>ESF Viçosa, ESF Lomba do Pinheiro, UBS Panorama, ESF Ernesto Araújo e ESF Santa Helena- Projeto Aconchego .</p> <p>UBS Bananeiras -Pesquisa de satisfação : ação da UBS quanto ao atendimento humanizado e acolhimento e ambiência, através de instrumento elaborado pelo GTH e aplicado junto à coordenação, trabalhador e usuário, para posteriormente trabalhar processos de trabalho da equipe.Reuniões: preparatórias para Projeto de Acolhimento e Implantação da Informatização .Reunião de avaliação e continuidade do processo com toda a Equipe após implantação.Oficinas/grupos: Apresentação da Proposta de Implantação do projeto :”Acolhimento com identificação das necessidades” e Informatização pela Equipe da CGAPSES, Comitê de Humanização, GD PLP e representante do GTH PLP .Apresentação desta Proposta para representantes do CLS, CDS Partenon , CDS Lomba e GTH PL.Expansão de 3º turno para pacientes de sua área de atuação e atendimento</p>

		<p>odontológico para todos os pacientes da Região do Partenon.</p> <p>Implantação do Acolhimento” <i>Acolhimento com identificação das necessidades</i>” e Informatização como 1º Projeto Piloto da SMS.</p> <p>Programa com o Acamados, com visitas periódicas do médica e da enfermeira, com orientação aos cuidadores.</p> <p>ESF Ernesto Araújo:</p> <p>Salas de espera diárias, orientando o funcionamento da Unidade e questionando sugestões da comunidade com relação às rotinas da Unidade.</p> <p>Campanha de multivacinação: além de receber as mães e crianças para realização das vacinas em atraso, foram oferecidos testes rápidos de HIV e Sífilis para toda a comunidade, com aconselhamento pré e pós teste. Realizado em agosto 2012. Educação permanente com a equipe com a participação do CRAS, CREAS e representante do INSS Partenon, orientando sobre benefícios para a comunidade e fluxos para acessá-los. Realizado em agosto.</p> <p>Grupos: junto ao grupo de reciclagem do Morro da Cruz, com o objetivo de orientar sobre o funcionamento da Unidade de Saúde e questionar sugestões e reclamações das participantes do grupo. Realizado em julho (um) e agosto (um). Saúde Mental “Grupo Alegria” realizada em parceria com a ESF Morro da Cruz e Equipe de Matriciamento PLP.</p> <p>Entrega da obra de reforma da unidade, que proporcionou melhorias da ambiência, qualificando o atendimento ao usuário e propiciando melhor condições de trabalho aos trabalhadores.</p> <p>ESF Mª Conceição:</p> <p>ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, num total de 11 encontros no quadrimestre, onde foram desenvolvidas as seguintes temas: Estudo do Caderno da Atenção Básica número 28, “ Atenção em demanda Espontânea”, SÍFILIS Orçamento Participativo, sendo ressaltado a necessidade da presença dos profissionais da Saúde neste movimento auxiliando a comunidade em que se trabalha. Calendário vacinal- Caderneta de vacinas, EPIs e rotinas para registros e realizações de exames.</p> <p>Acolhimento ao usuário enfermo .PSE (Rastreamento nas crianças de IMC/ Medidas antropométricas, hipertensão e diabetes).Discussão e levantamento de necessidades com Redutores de Danos da Equipe de Matriciamento PLP.</p> <p>EVENTOS: A presença do SEDA (secretaria do Direito dos animais) para explanar sobre cuidados veterinários e encaminhamento para castrações, em agosto, direcionado à equipe e população da comunidade .</p> <p>ESF Esmeralda:</p> <p>Festa Julina, com atividades educativas e realizadas coletas de cps, solicitação de mamografias, teste</p>
--	--	--

rápido de hiv, teste rápido de gravidez, cartão sus, saúde bucal, brinquedoteca, brechó e brincadeiras do tema festa julina. Foi realizado também além das brincadeiras, a construção coletiva de brinquedos com material reciclável estimulando a criatividade e a consciência ecológica. Ação conjunta com a Secretaria Especial dos Direitos dos Animais, com mutirão da Comunidade (SEDA) Grupo de Convivência realizado com pacientes deste serviço com o objetivo de desenvolver um convívio social, para estreitar relações de amizade entre as pessoas. Este grupo trabalha com artesanato, constituindo-se também uma fonte de geração de renda. Projeto Plantas contra a Dengue, onde procura-se estimular a participação da comunidade na prevenção da dengue com a distribuição de sementes e de mudas, juntamente com panfletos e orientações sobre o assunto e incentivo à troca de mudas. Expansão do terceiro turno especificadamente para usuários trabalhadores ou cuidadores. Estes são previamente agendados pelos ACS da unidade. Evento Denominado “Trabalho então me cuido” .
Equipe de Saúde Mental PLP:

Empréstimo de livros aos usuários através de sua mini biblioteca – Caráter permanente.

Participação na Comissão Municipal de Saúde Mental do Conselho – Municipal de Saúde – como membros desta comissão.

Participação no 10º Congresso da Rede Unida de 06 à 09 de maio de 2012 no Rio de Janeiro com apresentação de trabalho.

Participação da Equipe e usuários na Comemoração do dia 18 de maio – Luta Antimanicomial – no Parque da Redenção. Participação com exposição de trabalho na 3ª Expotec de 02 à 13/07/12 na Câmara Municipal de Porto Alegre.

Festa Arraial Julino/12, dia 05/07/12, juntamente com CREAS Partenon, em ação intersetorial no território. Inscrição de trabalhos/pinturas de usuários da Equipe no Concurso Arte de Viver – V Concurso Nacional de Pintura e Poesia dia 20/07/12. Concurso realizado pelo Instituto Lado a Lado pela Vida – Trabalho em parceria com a GERAPOA, que gentilmente cedeu 3 kits para a Equipe.

Recepção a alunos do VERSUS acompanhados pela GDPLP na Equipe a na oficina descentralizada na comunidade/vila S. José dia 25/07/12.

Equipe, através da T.O e residente de psicologia do serviço (ESP) realizaram passeio com usuários das oficinas terapêuticas ao Barra Shopping para ver a Exposição “ Gigantes da Era do Gelo”.

Participação da Equipe e usuários no Evento Comemorativo aos 20 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica – produção coletiva de faixa/pintura e visitação a Exposição dos 15 anos da Geração POA na

Usina do Gasômetro dia 09/08/12.

Participação no seminário comemorativo dos 20 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no RS dia 10/09/12 na Assembléia Legislativa.

Participação no Programa PET Saúde na PUC dia 14/08/12 – Subgrupo Rede Cegonha

Campo de residência opcional para ESP – tendo recebido em maio e junho/12 resid. serviço social e em julho e agosto resid. psicologia.

ESF Santa Helena

SÁBADO DO BOLSA FAMÍLIA: DIA 26 de maio de 2012

Resumo das atividades desenvolvidas:

Aferição antropométrica das famílias e das crianças e adolescentes;

Controle de TA e cálculo do IMC das crianças e adolescentes;

Atualização do calendário vacinal das crianças e adolescentes
Consultas médicas e de enfermagem para abordar Saúde da mulher.

Confecção de cartão SUS.

Realizar orientações de escovação com distribuição de escovas.

Distribuição de materiais informativos sobre educação em saúde para estimular a leitura.

Realização de um Brechó, a fim de arrecadar verbas para oficinas e grupos;

Realização de visita domiciliar aos idosos acamados a fim de vacinação da gripe.

PASSEIO IDOSOS E GRUPO DA CAMINHADA NO SÍTIO DO VÔ RANGEL:

Atividades desportivas, recreativas e integrativas com os usuários da unidade e do grupo de caminhadas;

FESTA JULINA: 12/07/2012

Atividades recreativas e integrativas, lúdicas com os usuários da unidade e grupo de caminhada;

PASSEIO A EXPOSIÇÃO DA OFICINA DE

CRIATIVIDADE DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO: 23/07/2012

Atividade recreativa e integrativa realizada com os pacientes do grupo de saúde mental.

CAPACITAÇÕES NA EQUIPE:

- Rede Amamenta;

- Citopatológico de Colo Uterino;

- PMAQ;

- Matriciamento e Rede Babel;

- Cuidado com Idosos;

- Novas Vacinas da rede;

- Controle glicêmico e HGT - novo aparelho

- Capacitação em Teste rápido HIV

UBS PCC:

Pesagem Bolsa Família e realização de Grupos de sala de espera TB

Visitas Domiciliares para Reavaliação dos materiais

		<p>dos acamados</p> <p>Grupo de Idosos Templo Massônico/Associação de Moradores da Rua Batista Xavier</p> <p>Campanha de vacina(coleta CP, teste HIV, mamografia)</p> <p>NASCA PLP</p> <p>Participação da Coordenação de REDE da Região Partenon (reuniões mensais)</p> <p>Participação da Reunião da REDE Partenon (encontros mensais)</p> <p>Apresentação do Programa PSE – Programa de Saúde na Escola, em uma reunião de REDE</p> <p>Participação da reunião de coordenadores do PSE (reuniões mensais)</p> <p>Reunião com as Equipes da Vila Vargas, Esmeralda e Herdeiros sobre o PSE.</p> <p>Reunião com a EEEF Sylvio Torres e a USF Herdeiros sobre o PSE Reunião UBS Panorama sobre o projeto “Atenção a saúde nas creches conveniadas” - estágio de nutrição.</p> <p>Visita e reunião com duas Creches conveniadas da região Lomba do Pinheiro, da área de abrangência da UBS e USF Panorama sobre estágio de Nutrição do projeto “Atenção a saúde nas creches conveniadas”.</p> <p>Reunião com a UBS Bananeiras a respeito do projeto “Atenção a saúde nas creches conveniadas” - estágio de psicologia.</p> <p>Reunião com a UBS Bananeiras e a EEEF Mauricio S Sobrinho a respeito do projeto “Universidade & SUS”- estágio de psicologia</p> <p>Reuniões de inter-consultas semanais, para discussão e acolhimento de casos com as equipes de Saúde da GD PLP, que não participam do Matriciamento, com representantes das equipes de Matriciamento e do CREAS Partenon.</p> <p>Dias 2 terça feira/ mês 1 quarta feira/mês 2 quarta feira/mês 3 quarta feira/mês 4 quarta feira/mês</p> <p>Equipes CREAS Partenon UBS e USF região Partenon, Equipe de matriciamento UBS e USF região Lomba do Pinheiro UBS e USF região Agronomia</p> <p>Reuniões de equipe (semanais) Para construção da proposta de trabalho do NASCA, planejamento, assuntos administrativos, discussão de casos.</p> <p>Participação da reunião com a equipe do CIAPS (mensal)</p> <p>Participação da nutricionista Cristiane Peixoto na capacitação sobre Matriciamento</p> <p>Ingresso de vários profissionais na equipe: Pediatra Julia Stoll, Neuro pediatra Maria Natalia Gomes de Melo, Pediatra e psicanalista Maria Virginia Eggers, psicóloga Luciane Maria Susin e nutricionista Cristiane Jovina Peixoto.</p> <p>ESF Herdeiros:</p> <p>No 2º quadrimestre foram realizadas as seguintes atividades:</p> <p>- Datas comemorativas com realização de salas de</p>
--	--	--

espera, apresentação de filmes em sala de espera, sensibilização nos grupos, distribuição de material educativo :

* 13/04: Dia Mundial da atividade física

* 23/04- Dia da Hipertensão Arterial

* 31/05- Dia Mundial sem tabaco

* 05/06- Dia do Meio Ambiente

* 23/06- Festa de aniversário de 10 anos do posto com inauguração do horta comunitário, inauguração do consultório odontológico e participação da Orquestra Villa Lobos. Entrega da reforma do posto pelo Secretário Marcelo e Prefeito Fortunati. Participação da comunidade no curso do SESI Cozinha Brasil organizado pela equipe com objetivo de promoção da alimentação saudável e econômica.

* 17/07- Dia da Luta Contra o Câncer de Mama

* 26/07- Dia Nacional de prevenção de acidentes de trabalho (atividade realizada para os profissionais da equipe de saúde)

* 06/08- Dia da Amamentação com participação de 3 usuárias puérperas com seus bebês no Dia Municipal da Amamentação

Também realizamos passeios com os grupos de hipertensos e diabéticos no dia 15/05 com o ônibus de turismo de Porto Alegre e com o grupo de alto-astral na Redenção no mês de julho.

Fizemos atividades em parceria com a Secretaria para proteção aos animais de nossa comunidade.

Estamos continuamente buscando a humanização em nosso serviço, através da aproximação e vínculo com os usuários procurando utilizar todos os recursos disponíveis e em parceria com RIS da ESP.

ESF Lomba:

Evento Foi realizado testes de HIV/SIFILIS durante a campanha de vacinação. Sala de espera com orientação sobre saúde e autocuidado.

Grupo de Caminhada em conjunto com a ESF Santa Helena.

UBS Ceres

- Cadastro de Saúde Mental com consulta de Enfermagem para adesão ao tratamento . Total de atendimentos : 158

- Grupo de Pra-nenê

-Visita as famílias cadastradas no Bolsa Família.

- Iniciamos neste quadrimestre o agendamento dos pacientes assim que procurarem o atendimento (sem hora e dia marcado)

UBS São Miguel:

- Grupos de planejamento familiar e Saúde Mental em articulação com a Equipe de Matriciamento,

- Reuniões mensais com a comunidade;

- Reuniões com o Conselho Local de Saúde;

- Salas de espera.

ESF Viçosa

Mudança no sistema de atendimento dos usuários, realizando o acolhimento e os atendimentos médico no dia em que o usuário procura o serviço, não necessitando mais agendamento de consultas médicas, mantendo este agendamento apenas para os programas.

Grupo de caminhada realizado por equipe interdisciplinar duas vezes por semana que teve o início das atividades em agosto.

02 Grupos de adolescentes que acontecem semanalmente e debate vários assuntos por ser grupos de convivência, também realizado por equipe interdisciplinar

Educação continuada nas reuniões de equipe, três vezes por mês, alguns assuntos tratados:

Saúde bucal, tabagismo, vacinas, acolhimento, relação mãe-bebê entre outros. Campo de Residência para residentes da ESP/RIS

ESF Santo Alfredo

1. Evento “Promoção a Saúde da Mulher” com o desenvolvimento de atividades como verificação da pressão arterial, cálculo de IMC, coleta de citopatológico, exame das mamas e solicitação de mamografia e coleta de teste rápido de HIV para público alvo. Foram realizadas ainda oficinas nas sobre DST/AIDS, Saúde bucal, orientação sobre nutrição e planejamento familiar.

2. Atividades de educação permanente desenvolvidas na unidade sobre tabagismo, asma, dengue, drogas, saúde da mulher, shantala para bebês.

Equipe de Matriciamento PLP:

Participação no 10º Congresso da Rede Unida de 06 à 09 de maio de 2012 no Rio de Janeiro com apresentação de trabalho sobre Oficina realizada junto com as ESFs Ernesto Araújo e Morro da Cruz

Participação da Equipe e usuários na Comemoração do dia 18 de maio – Luta Antimanicomial – no Parque da Redenção.

Participação com exposição de trabalho na 3ª Expotec de 02 à 13/07/12 na Câmara Municipal de Porto Alegre.

Roda de Conversa com os alunos do VERSUS sobre Redução de Danos, Matriciamento e Grupo de Caminhada realizada pela Fisioterapeuta da Equipe em conjunto com a ESF Santa Helena e ESF Lomba. passeio com usuários das oficinas terapêuticas ao Barra Shopping para ver a Exposição “ Gigantes da Era do Gelo”.

6. Passeio com pacientes dos diversos grupos de Saúde Mental desenvolvidos por esta equipe na Exposição Bispo do Rosário no Santander Cultural com vista ao processo de inclusão e cidadania dos pacientes em sofrimento psíquico.

Ações de Educação Permanente como: “Manejo clínico com a pessoa idosa“ nas unidades e “Sensibilização sobre a política de RD (redução de danos) nas unidades do Partenon
 Oficina sobre Alongamento e Incontinência Urinária pela realizada pela fisioterapeuta
 Oficinas desenvolvidas na Comunidade como Grupo Alegria em parceria com as ESFs Morro da Cruz e Ernesto Araújo, Grupo Criando e Aprendendo” numa parceria entre Equipe de Matriciamento PLP em parceria com o ILEM (ONG Instituto Leonardo Murialdo)
 “Grupo Repensar” destinado ao acolhimento aos usuários jovens e adultos de substâncias psicoativas, baseado na perspectiva da redução de danos. Grupo realizado pela Equipe de Matriciamento em Saúde Mental PLP semanalmente;
 Grupo de Saúde Mental realizada pela UBS Mapa, Equipe de Matriciamento e Nutrição em Saúde Mental PLP em parceria com o CRAS Lomba;
 Discussão de casos com estabelecimento PTS, entrevistas conjuntas e Vds com as Unidades de Referência.
 Discussão de casos com CREAS Partenon, CREAS Lomba, Ambulatório Melanie Klein e CIAPS do HPSP, CAPS II e I do HCPA, nas redinhas, entre outros.

GD PLP

- Participação da gestão, trabalhadores da saúde e usuários da Lomba do Pinheiro no evento da “Caminharam pela Paz”, realizada em 18 de agosto promovida pelo Fórum de Segurança da Lomba do Pinheiro e RS na Paz. Neste evento, foram realizadas ações educativas em saúde, com distribuição de preservativos e orientações. Participaram também outras parcerias como escolas e CRAS E CREAS da Lomba entre outras organizações civis. Caminhada na Lomba da Polícia com a participação da área Técnica da DST/AIDS/Hepatites e lideranças afro do Partenon.
 - Feira de Saúde promovida pela Pastoral da PUC, GD PLP, ESF Morro da Cruz e Escola Municipal Morro da Cruz.
 - Reuniões com os trabalhadores municipais e municipalizados para avaliar em conjunto as melhores alternativas para remanejamento destes com a conversão da Unidade em Estratégia de Saúde da Família
 - Reuniões com as Comunidades UBS Vila Vargas e Campo da Tuca com vistas a reafirmar a conversão destes serviços em Estratégia da Saúde da Família.
 - Acolhimento aos novos trabalhadores do IMESF.
 - Oficina de Acolhimento aos Novos Ingressantes.

			<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões Comunitárias nas USFs Panorama, USFs São Pedro, UBS Mapa, UBS Ceres com vistas a dirimir conflitos entre equipe e comunidade, reafirmar o controle social na unidade, apresentação do modelo de Atenção entre outros. • Participação no “Seminário de Diagnóstico de Rede Território de Paz Lomba do Pinheiro”, apresentado a rede de serviços de saúde da região. Este evento foi promovido pela RS na PAZ <p>Na perspectiva de Educação Permanente, foi instituído espaço nas reuniões de Coordenadores as rodas de conversa mensais com os seguintes temas abordados: Acesso e Acolhimento, com a apresentação da experiência do 3º turno da ESF Esmeralda e da Implantação do Acolhimento e Informatização da UBS Bananeiras, Amamentação com a experiência da UBS Panorama e ESF Viçosa.</p> <p>GTH PLP: 04 reuniões do GTH, com montagem de instrumento de diagnóstico e aplicação do mesmo na UBS Ceres. Elaboração e discussão sobre a ida a Ceres e avaliação do instrumento utilizado.</p> <p>Planejamento de oficina na UBS Ceres, com vistas a trabalhar os processos de trabalho daquela Equipe.</p> <p>Participação de representantes em reuniões para apresentação da CAPSES sobre o Projeto Acolhimento com identificação das necessidades e Informatização na UBS Bananeiras</p> <p>Participação nas reuniões de Equipe da UBS Bananeiras após implantação do referido Projeto.</p>
GD LENO	Cogestão/Gestão compartilhada da Acolhimento Clínica ampliada Valorização do trabalho e do trabalhador	GTH Escuta qualificada	<p>ESF Wesnesclau Fontoura , Jardim Protásio Alves e UBS Morro Santana - Projeto Aconchego.</p> <p>UBS VILA JARDIM- A US realiza visitas domiciliares com regularidade. Desenvolve o Programa de Saúde Escolar.</p> <p>USF MATO SAMPAIO- A USF realiza busca ativa.</p> <p>USF VILA PINTO- Participação na semana HIP-HOP da Escola Municipal Mariano Beck.- Vacinação no CEJAK.</p> <p>USF JARDIM CARVALHO- Grupo qualidade de VIDA (caminhada e atividades).</p> <p>USF MILTA RODRIGUES- Grupo Idosos (Baile dos Avós); Dia da MULHER; Dia prevenção diabetes; Grupo do Homen.</p> <p>USF LARANJEIRAS- Trabalho nas escolas infantis.</p> <p>CEU-PUC- Festa Junina com os grupos.</p> <p>US SESC- Oficina semanal de Fuxico.</p> <p>US DIVINA PROVIDÊNCIA- Assembléias comunitárias para discutir acolhimento.</p> <p>US BARÃO BAGÉ- Jardim da Unidade, responsabilidade do Grupo de Homens.</p> <p>US CHÁCARA DA FUMAÇA- Caminhada na comunidade, juntamente com outras secretarias, com o</p>

			<p>objetivo de identificar áreas de risco e vulnerabilidade; Mutirão de conservação e conscientização. USF TIMBAÚVA- Trabalho na Escola PSE. USF WENCESLAU FONTOURA- Participação das reuniões de micro rede. Atividades na Escola PSE. Trabalho educativo nas escolas de educação infantil conveniadas. USF JARDIM PROTÁSIO ALVES- Dia Atenção Integral à saúde da gestante e do bebê.</p>
GD SCS	Cogestão/Gestão compartilhada da Acolhimento Clínica ampliada Valorização do trabalho e do trabalhador	GTH Escuta qualificada	<p>Reuniões de equipe CLS Projeto Aconchego : Moradas da Hípica grupos Não consta descrição detalhadas das atividades desenvolvidas por serviços</p>
GD GCC	Cogestão/Gestão compartilhada da Clínica ampliada Valorização do trabalho e do trabalhador	GTH Escuta qualificada	<p>Reuniões de equipe ESF Divisa, PSF Nossa Senhora Das Graças e PSF Jardim Cascata: Projeto Aconchego. CLS UBS Vila dos Comerciantes - grupos /oficinas: Obesos, diabéticos, hipertensos. UBS Primeiro de Maio - Grupo da odondo – flúor USF Cruzeiro do Sul – grupos de gestantes USF Divisa – grupo Hipertensão USF Nª. Sª. Das Graças –grupo Pré-natal USF Orfanotrófio-Grupo sobre alimentação saudável NASCA - grupos com adolescentes CAPS II -Como facilitadores nas unidades- idosos, alimentação saudável, orientação para familiares de acamados</p>
GD NEB	Cogestão/Gestão compartilhada da	GTH	<p>Reuniões de equipe CLS Não consta descrição detalhadas das atividades desenvolvidas por serviços.</p>
GD RES	Cogestão/Gestão compartilhada da Acolhimento Clínica ampliada Valorização do trabalho e do trabalhador	GTH Escuta qualificada Ambiência	<p>CLS Reuniões de Equipe Projeto Aconchego: UBS Restinga Grupos : para abandono do tabagismo, de Asma em crianças, de Redução de Danos, “fuxicoterapia”, com idosos com caminhadas orientadas, de gestantes. Psicoterapia com “portas abertas”, equipe de atendimento à criança em idade escolar (antigo NASCA) e grupo de matriciamento, ainda incompleto mas em atividade e Saúde do Homem , com abertura no turno estendido. Reuniões em diversas unidades para gerenciar</p>

conflitos.

Projeto REMIS (iniciado em abril) em convênio com a Sta. Casa com a vinda de residentes

Projeto VERSUS - onde estudantes de diversas áreas da saúde visitaram, vivenciaram e estudaram a região nos seus diversos níveis de atendimento e portas de entrada bem como a diversidade da região com retorno qualificado sobre o trabalho aqui desenvolvido. Visitaram a aldeia Guarani, a reserva ecológica do Lami e várias unidades, Acompanharam visitas com agentes de saúde e várias outras atividades.

Participação no evento Balanço Geral, onde foi realizado o primeiro teste com o novo cartão SUS.

FASC- Reunião em 17/04 .

Dia da Solidariedade, evento na rua (na Esplanada) num sábado (19/05) com atividades diversas voltadas para a população, incluindo ações de saúde.

Belem Novo e Restinga - Dia Rosa em atenção à saúde da Mulher em 30 de junho em e 28 de julho com diversas ações e oficinas.

Núcleo Esperança - inauguração com 2 equipes de ESF.

Unidade Paulo Viaro - entrega do certificado da Rede Amamenta .

Territórios da Paz na Restinga - Estabelecimento de reuniões periódicas dentro da comunidade.

Olhar Brasil- 2 mutirões de atendimento oftalmológico.

Reunião com o Conselho Tutelar na Gerência para atuação conjunta e realinhamento dos fluxos de atendimento.

Reinauguração da UBS Restinga em 02/07.

Reunião com CRAS para atuação articulada saúde - assistência social.

Reinauguração da UBS Belém Novo em 26/06

Reinauguração da 5ª Unidade.

Várias atividades internas forma realizadas para valorização do trabalhador, ambiência como festa de São João, comemorações de aniversário, chá de fraldas, refeições coletivas, criação de horta comunitária, sala de descanso, diversas salas para reuniões de qualificação, ar condicionado nos consultórios, grafitagem de algumas unidades, etc. Para atender melhor o usuário, principalmente me época de alta demanda, extensão do horário de atendimento até 19 h., terceiro turno em algumas Unidades de Saúde (Belém Novo, Castelo e Chácara do Banco), abertura de Unidades na sábado para coleta de CP e mamografia. Dois mutirões de Dermatologia na UBS Macedônia.

Implantação do teste rápido para HIV, Sífilis.

Realização do Cartão SUS em horários alternativos em fins de semana.

Em todos os encontros discute-se a qualificação

		<p>da informação e do atendimento ao usuário, com acolhimento e clínica ampliada como alternativas para tornar o atendimento mais eficaz.</p> <p>Várias oficinas de qualificação e/ou capacitações ocorreram neste período, com participação dos trabalhadores da região: qualificação para o atendimento à Tuberculose (descentralização), Hepatites virais e Pré-natal, Teste rápido , Aghos , Banco de Leite , Formação inicial de agentes comunitários de saúde(Escola de Saúde Pública),atenção integral em álcool e drogas e redução de danos .</p>
--	--	---

ANEXO IV

ASSECOM AS - PRINCIPAIS NOTÍCIAS VEICULADAS NO QUADRIMESTRE

Maio

1) Inaugurada reforma da emergência do Hospital Vila Nova: Com 400 metros quadrados, a Emergência recebeu novos equipamentos, para oferecer mais qualidade no atendimento e conforto para os usuários. Os pacientes passaram a ser acolhidos de acordo com o protocolo de Manchester, que classifica os casos conforme a gravidade e prioriza a assistência aos pacientes de maior risco.

2) Imunizadas mais de 15 mil pessoas contra gripe na Capital: Entre os dias 5, quando se iniciou a Campanha Nacional de Vacinação contra a Gripe, até 8 de maio, foram imunizadas 15.150 pessoas em Porto Alegre. O número foi equivalente a menos de 10% da meta pretendida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), de vacinar pelo menos 272.502 pessoas. Por isso, foi reforçado junto aos meios de comunicação o apelo para que a população buscasse os postos de saúde para se proteger. Nos primeiros quatro dias, foram vacinados 11.634 idosos de 60 anos ou mais, 1.762 crianças de seis meses a menos de 2 anos, 1.210 profissionais de saúde e 529 gestantes. Entre as crianças, 1.027 foram vacinadas contra a gripe pela primeira vez.

3) Entregue reforma da Unidade de Saúde Básica Tronco: O atendimento às mais de 7,2 mil famílias cadastradas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Tronco foi qualificado com a reforma, iniciada em novembro do ano passado e entregue em 8 de maio de 2012, pelo prefeito José Fortunati e o secretário municipal de Saúde, Marcelo Bósio. O prédio recebeu caixa d'água e cobertura na entrada da unidade para abrigar os usuários que aguardam atendimento, além de novos equipamentos e mobiliário. A obra era uma demanda resgatada do Orçamento Participativo 2006/2007.

4) Prefeitura inaugura Base do Samu no Morro Santana: Para ampliar a cobertura de urgência e emergência na Capital, foi entregue dia 15 mais uma Base do Samu, localizada na rua Doutor Heitor Pires, bairro Morro Santana. Com a nova unidade, a cidade passou a contar com 12 equipes de suporte básico descentralizadas. A unidade

Morro Santana serve de apoio principalmente à Região Leste, somando-se à cobertura que já vinha sendo feita pelas Bases do Samu Bom Jesus e Centro Vida (Região Norte-Eixo Baltazar).

5) Campanha combate a infecção hospitalar: Neste ano, no Hospital de Pronto Socorro (HPS), a atividade alusiva ao 15 de maio, Dia Nacional do Combate à Infecção Hospitalar, foi sobre o álcool 70% - um produto utilizado como aliado na prevenção de infecções. O álcool 70% (misturado a 30% de água) é indicado como excelente desinfetante e antisséptico, por ter ação ampla e rápida contra germes. A proposta no HPS foi incentivar o uso, já rotineiro, no ambiente hospitalar, com a aplicação de álcool gel sobre as superfícies nos ambientes de assistência e para a frequente higienização das mãos durante o trabalho.

6) Ampliada a oferta de serviços de Saúde no bairro Camaquã: Uma ampla reforma e o novo gabinete odontológico da Unidade de Saúde da Família (USF) São Gabriel foram entregues à comunidade do bairro Camaquã no dia 17 pelo prefeito José Fortunati e o secretário de Saúde, Marcelo Bósio. Participaram também da cerimônia líderes do Orçamento Participativo e moradores da região. A reforma incluiu pinturas interna e externa, eliminação de infiltrações, revisão elétrica geral e substituição de piso e telhado. Além da restauração, foram adquiridos novos equipamentos e mobiliário. A unidade foi redimensionada para receber gabinete odontológico e uma equipe de saúde bucal.

7) Prefeitura entrega reforma de Unidade de Saúde na Restinga: Foram entregues dia 18 as obras de reforma e ampliação do prédio da Unidade de Saúde da Família Quinta Unidade, na Vila Restinga, que recebeu também novos equipamentos e mobiliário. A obra atendeu a demandas do Orçamento Participativo definidas nos anos de 2007 e 2009 e resgatadas no Plano de Investimento 2011. Estão beneficiadas 8 mil pessoas da região da Quinta Unidade e do Portal dos Pinheiros da Restinga.

8) Dia da Solidariedade atende 10 mil moradores da Restinga: Cerca de 10 mil moradores da Restinga participaram dia 19 (um sábado), da programação do **Dia da Solidariedade, conforme** estimativa do Comitê da Solidariedade, entidade

organizadora do evento. Junto com parceiros e poder público, a proposta foi unir esforços na prestação de serviços às comunidades. Na 10ª edição, foi a primeira vez que as atividades pelo Dia da Solidariedade se realizaram na Esplanada da Restinga.

9) Reforma amplia serviços de Saúde da Unidade Ernesto Araújo: Dia 22, foram entregues as obras da Unidade de Saúde da Família (USF) Ernesto Araújo, no bairro São José, pelo secretário Marcelo Bosio, que destacou a aproximação dos serviços com a população. Foi ressaltado pelo secretário que o bom exemplo de integração demonstrado ali deve ser construído em todos os serviços, junto com a agregação de novas tecnologias, para facilitar e melhorar a qualidade dos atendimentos.

10) Prefeitura lança campanha de combate ao uso de drogas: Chamar a atenção dos jovens para o valor da vida foi o mote da campanha “Eu não dependo de droga nenhuma”, lançada na manhã de 23 de maio, no Paço Municipal. Foi uma iniciativa desenvolvida em parceria entre as secretarias municipais da Juventude (SMJ) e Saúde (SMS), para atuar na prevenção da dependência química, destacando atitudes positivas longe das drogas. Foram promovidos ciclo de palestras, blitzes em bares e casas noturnas e ações em todas as escolas da Capital.

11) Assembleias do OP fazem 637 cadastros do cartão SUS: Durante as assembleias do Orçamento Participativo deste ano, entre 19 de abril e 22 de maio, na Assembleia Legislativa, e o Dia da Solidariedade, promovido na Restinga, em 19 de maio, 637 pessoas aproveitaram o serviço de cadastramento do cartão SUS oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde. Foi entregue aos usuários o novo modelo de cartão biométrico, com identificação por imagem.

12) Cruzeiro do Sul recebe Unidade Básica de Saúde reformada: Cerca de 15 mil pessoas foram beneficiadas com a reforma da Unidade Básica de Saúde Cristal. As obras para qualificar o atendimento na região foram entregues dia 24 de maio pelo prefeito José Fortunati e o secretário Marcelo Bosio.

13) Ação marca Dia Mundial sem Tabaco e contra o câncer bucal: A Secretaria Municipal da Saúde promoveu ações de prevenção e educação, no dia 31 de maio, para assinalar o Dia Estadual de Luta Contra o Câncer Bucal e o Dia Mundial sem Tabaco. Foi distribuído material informativo e educativo na Esquina Democrática, onde

também foi montado um espaço para exames clínicos de prevenção ao câncer bucal. Com o tema “Você é daqueles que ainda acham que fumar é uma coisa legal?”, os pôsteres entregues à população chamaram atenção para as 4,7mil substâncias nocivas presentes no cigarro. Por meio de questionário, os interessados puderam ainda avaliar o grau de dependência de nicotina e o risco individual de contrair o câncer bucal – doença que está associada não apenas ao fumo, mas também ao consumo elevado de álcool e à exposição solar.

Junho

A entrega de leitos hospitalares para suporte aos atendimentos de urgência e emergência pelo SUS, que começou a ser feita pela Secretaria Municipal de Saúde em junho, foi o grande destaque do mês, com ampla repercussão nos veículos de comunicação:

1) Prefeitura garante 354 leitos a mais para o SUS e reestrutura emergências

O Plano de Ação para a Rede de Atenção às Urgências de Porto Alegre e da Região Metropolitana - desenvolvido em parceria entre os governos municipal, estadual e federal e anunciado pela Secretaria Municipal de Saúde em 25 de junho - garantiu mais 354 leitos para o SUS na rede hospitalar da Capital. Os novos leitos são para apoio às emergências e fazem parte de um total de 1.077 a serem implantados pelo município até o final de 2013. Neste ano, serão investidos R\$ 18,6 milhões, a partir de recursos federais.

2) Hospital Beneficência Portuguesa ganha 36 novos leitos: Em 28 de junho, a Prefeitura de Porto Alegre formalizou a entrega de 36 leitos clínicos ao Hospital Beneficência Portuguesa, para ampliar e qualificar o apoio ao apoio aos atendimentos de emergências hospitalares pelo SUS.

3) Hospital Parque Belém recebe novos leitos: Um total de 35 novos leitos clínicos e outras 10 unidades de UTI foram entregues ao Hospital Parque Belém. Além dessas novas vagas destinadas ao SUS, no Centro de Dependência Química foram

qualificados 28 leitos para tratamento de adolescentes, sendo que o número de vagas no setor, que era de 50, passou para 60. Ainda neste semestre a UTI terá mais 10 leitos novos, 20 leitos qualificados e 14 leitos de longa permanência recuperados. Também foi anunciado que até o final deste ano o hospital contará com um setor de pronto atendimento com capacidade para 20 leitos de observação.

4) Vacinação contra a Poliomielite: No Dia Nacional de Vacinação contra a Poliomielite, 16 de junho, foi lançada a campanha de imunização para crianças de zero a 4 anos, na Unidade Básica de Saúde São Cristóvão, onde também foi entregue a obra de reforma do prédio. A campanha, que se encerraria em 6 de julho, foi prorrogada até o início da última semana do mês, em razão do baixo índice de procura pela vacina. A meta em Porto Alegre era imunizar no mínimo 95% da população infantil na faixa etária recomendada, ou seja, 83.907 crianças. Até 5 de julho, haviam sido vacinadas 84,76%.

5) Oficinas capacitam população para primeiros socorros: Por meio da Coordenação Municipal de Urgências e do Samu, a Secretaria Municipal de Saúde realizou no sábado de 2 de junho, na Base do Samu Morro Santana, a primeira de uma série de oficinas itinerantes de primeiros socorros dirigida às comunidades de diferentes regiões da cidade. A ideia é oferecer informações sobre o atendimento do Samu, a missão do serviço e a forma de acioná-lo. Outro objetivo é explicar às pessoas o que fazer enquanto aguardam a chegada da equipe de socorro.

6) Nova unidade de saúde beneficia 7 mil pessoas na Restinga:

Mais de 7 mil pessoas passaram a ser atendidas na nova Unidade de Saúde da Família Núcleo Esperança, no bairro Restinga, inaugurada dia 4 de junho. Mantida em parceria com o Hospital Moinhos de Vento, a unidade funciona com duas equipes de Saúde da Família, composta por dois médicos, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem e oito agentes de saúde da família, um auxiliar administrativo e um higienista. A equipe de Saúde Bucal é formada por um dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico em saúde bucal.

7) Prefeitura convoca mais 276 servidores na área da Saúde

A fim de qualificar o atendimento ao cidadão e avançar no processo de informatização das unidades de saúde, a prefeitura contratou 276 novos servidores. As nomeações foram anunciadas pelo prefeito José Fortunati dia 5 de junho, quando também foi assinado o edital de convocação dos profissionais estatutários selecionados em concursos públicos realizados pelo município.

8) Convênio permitirá implante cerebral pelo SUS

De forma inédita no Estado, os pacientes do SUS que são portadores de doença de Parkinson terão acesso ao implante de estimulador cerebral profundo. Conforme foi anunciado, serão repassados aproximadamente R\$ 835 mil ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre por meio de convênio firmado em 5 de junho. O acordo foi assinado no Centro Administrativo do Estado, pelo prefeito José Fortunati, o secretário estadual da Saúde, Ciro Simoni, o secretário municipal da Saúde, Marcelo Bosio, e o presidente do Hospital de Clínicas, Amarílio Vieira de Macedo Neto.

9) Teste do pezinho pelo SUS avança em diagnósticos e tratamentos

O Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) comemorou o Dia Nacional da Triagem Neonatal neste ano, em 6 de junho, com importante avanço na realização do teste do pezinho em recém-nascidos. O hospital é o único no Rio Grande do Sul que faz o exame pelo SUS, desde 2001. A partir de 1º de junho, incluiu a investigação de

fibrose cística nos testes. Também conhecida como mucoviscidose, a doença afeta principalmente os sistemas respiratório e gastrointestinal de bebês. Com esse acréscimo, o Serviço de Referência de Triagem Neonatal (SRTN) do HMIPV ingressou na Fase 3 do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Em breve, serão acrescentados outros testes ao programa de triagem neonatal, que estão com implantação em fase de estudo.

10) Lançada em Porto Alegre campanha de teste rápido de Aids: A Secretaria Municipal de Saúde lançou na véspera do Dia dos Namorados a campanha “Em qualquer relação..., camisinha”. Consultório móvel, show musical, malabares e distribuição de material informativo e camisinhas movimentaram o Largo Glênio Peres e a Usina do Gasômetro, onde foram também realizados testes rápidos para diagnóstico de HIV e sífilis.

11) Ações marcam o Dia Mundial de Combate ao Trabalho Infantil: A Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST/POA), distribuiu pôsteres e cartazes nos serviços da rede de saúde de Porto Alegre, dentro das ações alusivas ao Dia Mundial e Nacional de Combate ao Trabalho Infantil – que transcorre em 12 de junho. Servidores usaram durante todo o dia camisetas com referência ao tema, produzidas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT).

12) Unidades de saúde são certificadas pela Rede Amamenta: Seis unidades de saúde municipais receberam nesta a Certificação das Equipes de Saúde da Rede Amamenta Brasil (do Ministério da Saúde) por terem alcançado níveis satisfatórios de aleitamento materno entre as mães atendidas. A solenidade de entrega ocorreu no auditório do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, com a presença de 53 servidores das seis unidades certificadas.

13) Nova unidade de saúde Rubem Berta abre vacinação contra pólio: Na mesma solenidade em que foi lançada a Campanha de Vacinação contra a Poliomielite, dia 16

de junho, foram entregues as obras de reforma da Unidade Básica de Saúde São Cristóvão, no bairro Rubem Berta. O prédio foi totalmente restaurado e teve a área física aumentada de 248 metros quadrados para 358 metros quadrados. A obra possibilitou a construção de novos consultórios, mais espaço para a sala de odontologia (que ganhou duas novas cadeiras de atendimento) e instalação de salas para grupos, de reuniões, de esterilização, de limpeza de materiais e de nebulização, entre outras benfeitorias.

14) Saúde municipal apoia ativismo feminino contra Aids: Um grupo de 19 mulheres vivendo com HIV/Aids no Rio Grande do Sul, em Santa Catarina e no Paraná participou em Porto Alegre, entre os dias 18 e 22 de junho, da 6ª Oficina do Projeto Saber para Reagir em Língua Portuguesa. O encontro, apoiado pela Secretaria Municipal de Saúde e realizado no Hotel Deville Aeroporto, teve como proposta fortalecer o ativismo e o controle social das políticas públicas para combater desigualdades entre mulheres e homens e ampliar o acesso de mulheres vivendo com HIV/Aids a serviços de prevenção, tratamento e apoio em países onde a língua oficial é o português.

15) Comunidade da Agronomia recebe Unidade de Saúde reformada: A Unidade de Saúde da Família (USF) Herdeiros comemorou dez anos, dia 23, com festa de confraternização e entrega de reforma, ampliação e adaptação da área física para instalação de um gabinete odontológico. O prédio, onde é atendida uma população de aproximadamente 3,5 mil pessoas, teve a área ampliada de 184 metros quadrados para 229 metros quadrados e ganhou um anexo para abrigar a nova sala de grupos, construído com recursos buscados junto ao Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci).

16) Unidade Básica de Saúde Belém Novo ganha novas instalações: Os moradores do Extremo Sul da Capital receberam a Unidade Básica de Saúde Belém Novo totalmente reformada. Além da recuperação estrutural do prédio, a área foi ampliada em quase 100 metros quadrados, com investimento total de R\$ 353 mil do município. A

obra foi entregue em solenidade com a presença de lideranças comunitárias e profissionais da saúde.

17) Caminhada pela Vida reúne mais de 900 pessoas contra drogas: A 19ª Caminhada pela Vida reuniu na manhã do domingo de 24 de junho, no Parque da Redenção, mais de 900 pessoas em adesão à causa da Semana Gaúcha de Prevenção ao Uso Abusivo de Drogas Lícitas e Ilícitas. Entre os caminhantes, estiveram ex-usuários de substâncias psicoativas que hoje trabalham em projetos desenvolvidos por instituições e organizações não-governamentais para auxiliar dependentes químicos a se livrarem de entorpecentes.

18) Realizada mais uma etapa do teste rápido de aids: Dando continuidade a uma série de ações de combate à aids e à sífilis, a Secretaria Municipal de Saúde promoveu no Parque da Redenção, próximo ao Monumento do Expedicionário, mais uma etapa da campanha do teste rápido para diagnóstico dessas doenças. O tempo para acolhimento coletivo e testagem foi de aproximadamente 30 minutos.

Julho

O destaque do mês nos veículos de comunicação foi a entrega de 50 novos leitos de longa permanência para pacientes do SUS ao Hospital Vila Nova, que fazem parte do lote das 354 unidades que serão instaladas na rede hospitalar de Porto Alegre ainda em 2012, como suporte aos atendimentos de urgência e emergência.

1) Hospital Vila Nova inaugura 50 novos leitos

Para melhorar o atendimento da saúde na Zona Sul, a Associação Hospitalar Vila Nova passou por ampliação e qualificação de leitos e serviços. Foram entregues pela prefeitura 50 novos leitos de longa permanência para pacientes do SUS, que fazem parte do lote de 354 novos leitos que serão instaladas na rede hospitalar da Capital ainda em 2012. Também foram inaugurados no hospital dois novos serviços: consultas

especializadas e cirurgias em oftalmologia para usuários do SUS, e assistência domiciliar a pacientes depois de passarem por internação.

2) Campanha do teste rápido de aids é realizada na Redenção

A população que circulou pelo Parque Farroupilha no dia 1º, domingo, aproveitou a ação montada pela Secretaria Municipal de Saúde para se prevenir contra aids e sífilis. A campanha contou com uma estrutura onde foram montados quatro consultórios para aplicação dos testes e sala de aconselhamento coletivo e apoio individual. O resultado do exame fica pronto em 15 minutos.

3) Atendimento em saúde na Restinga tem unidade reformada

Depois de ampla reforma na área física e nas estruturas elétrica e hidráulica, a Unidade Básica de Saúde da Restinga passou a prestar atendimento em ambiente informatizado, climatizado e com novo mobiliário. A obra foi entregue oficialmente aos moradores em ato com a presença do prefeito José Fortunati e do secretário municipal de Saúde, Marcelo Bosio.

4) Fórum nacional busca avanço à saúde da população negra

A política pública de saúde da população negra desenvolvida em Porto Alegre fez parte do enfoque do Fórum Enfrentando o Racismo Institucional para Promover a Saúde Integral da População Negra no SUS, realizados dias 3 e 4 de julho, em Brasília. O evento teve a participação de gestores e de representantes de movimentos sociais, para a produção de uma proposta de trabalho integrada. Porto Alegre foi representada pela coordenadora da área técnica de Saúde da População Negra da Secretaria Municipal de Saúde, Elaine Soares.

5) Entregue reforma na Unidade Básica de Saúde Belém Velho

A Unidade Básica de Saúde Belém Velho foi totalmente restaurada e reentregue à comunidade dia 4 de julho. Com mais de 30 anos de existência, a unidade ganhou rampa de acesso, ventiladores, climatização nos consultórios e novos equipamentos e mobiliário. Foram colocadas cercas, iluminação direta com a troca de janelas e cobertura na área externa.

6) Santa Casa amplia atendimento em leitos do Sistema Único de Saúde

Dando prosseguimento à entrega de novos leitos à rede hospitalar da Capital, a Secretaria Municipal de Saúde formalizou a abertura de 153 leitos na Santa Casa de Misericórdia no dia 5 de julho. Desse total, 74 ficaram disponíveis imediatamente. Os novos leitos fazem parte do lote de 354 unidades destinadas à rede hospitalar de Porto Alegre dentro do Plano de Ação para a Rede de Atenção às Urgências.

7) Hospital São Lucas da PUC terá 75 novos leitos

Para o Hospital São Lucas da PUCRS, foram garantidos 40 novos leitos clínicos para apoio aos atendimentos de urgência pelo SUS, mais 15 leitos para UTI e 20 para Emergência. A formalização foi feita em 6 de julho.

8) Nova unidade de saúde beneficia 7 mil moradores da Zona Norte

A comunidade da Zona Norte passou a contar com mais um serviço administrado pela Secretaria Municipal de Saúde. Com investimento de R\$ 665 mil, a prefeitura entregou à região a Unidade de Saúde da Família Fradique Vizeu, que recebeu novos equipamentos e mobiliários, adquiridos com recursos que somaram mais R\$ 121 mil. São atendidas na unidade mais de 7 mil pessoas. Iniciada em agosto de 2011 e concluída em fevereiro de 2012, a obra era uma demanda do Orçamento Participativo de 2009.

9) Serviços de saúde ampliam horário e avaliam benefício ao usuário

Foi realizada em julho uma experiência piloto prevendo o funcionamento ampliado de algumas unidades de saúde, localizadas na Gerência Distrital de Saúde Leste Nordeste (GDS). A testagem do novo sistema na unidade foi para avaliar se o funcionamento após o horário comercial facilita o acesso aos usuários trabalhadores. As Unidades de Saúde da Família (USF) Milta Rodrigues, Tijuca, Laranjeiras, Jardim Carvalho e Vila Pinto passaram a atender em horário estendido até 19h. O Ambulatório Básico Bom Jesus e a Unidade Básica de Saúde Vila Jardim passaram a funcionar até 20h.

10) Emergência do Hospital de Pronto Socorro será ampliada

O secretário municipal de Saúde, Marcelo Bosio, visitou na manhã de 20 de julho as obras de reforma e ampliação do Hospital de Pronto Socorro (HPS). Iniciada em setembro do ano passado, a primeira das quatro etapas prevê ampliação e adequação de toda a emergência do hospital. O hospital tem 140 leitos. Com a reforma, o número deverá ser ampliado para 150.

Integrado ao Plano de Ação para a Rede de Atenção às Urgências de Porto Alegre, no HPS o fluxo de atendimento aos pacientes em situação de urgência e emergência também está sendo reorganizado. A intenção é garantir mais agilidade e eficiência nos serviços oferecidos à população. A sala 6 (Clínica Médica) foi transferida para outra área do hospital, sem qualquer prejuízo no atendimento.

11) Teste rápido e vacina na Redenção no Dia contra Hepatites

O Dia Mundial da Luta contra as Hepatites Virais, em 28 de julho, foi assinalado pela Secretaria Municipal de Saúde com uma campanha, das 10h às 17h, no Parque da Redenção (em frente ao Monumento ao Expedicionário). Foram oferecidos testes rápidos para diagnóstico de hepatites B e C, e vacinas para hepatite B. Médicos do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em Hepatites Virais do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) permaneceram no local para esclarecimentos sobre

o exame, as doenças, vacinação e tratamento. A vacinação foi realizada também, no mesmo horário, no Hospital Parque Belém, no bairro Belém Velho).

12) Saúde amplia atendimento e reforça equipes médicas

Com o objetivo de garantir e qualificar o atendimento à população, a Secretaria Municipal de Saúde está reforçou o número de profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Pronto-Atendimentos e no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV). Foi ampliado o número de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, entre outros, a partir de contratações emergenciais para a Operação Inverno e da posse de novos servidores. Com a conclusão de obras de reforma na Unidade Pediátrica do HMIPV, o total de leitos aumentou de 30 para 68 – dos quais 20 ficaram para observação, dez para UTI e 38 para internação. Os serviços de pronto atendimento também tiveram as equipes ampliadas para o atendimento da maior demanda no período de inverno.

Agosto

Em agosto, dois assuntos ganharam maior destaque na imprensa. Um deles foi o início do agendamento eletrônico de consultas na atenção primário. Outro foi a nomeação de profissionais aprovados pelo concurso realizado em maio para o preenchimento de vagas no Instituto Municipal de Saúde da Família (IMESF)

1) Agendamento eletrônico substitui fichas em consultas

A partir de 3 de julho, os usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Bananeiras, na avenida Aparício Borges, passaram a ter as consultas agendadas pelo sistema eletrônico, durante todo o dia – o que eliminou as filas na unidade. O número de atendimentos diários deixou de ser limitado. Todas as pessoas que procuram a unidade são acolhidas. Se a necessidade for de consulta, é feita a marcação, e os casos que possam ser resolvidos sem que seja preciso passar pelo médico recebem

encaminhamento. Nenhum usuário volta para casa sem ser ouvido pela equipe. Esta primeira experiência de marcação eletrônica de consultas na atenção primária em saúde se estenderá, gradativamente, a todas as 55 Unidades Básicas de Família e 88 Unidades de Saúde da Família.

2) Instituto de Saúde da Família convoca 449 aprovados em concurso

O Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) convocou 449 aprovados no concurso realizado em maio, para o preenchimento inicial das 1.142 vagas abertas. Para a primeira etapa de nomeações, foram chamados 66 médicos, 315 agentes comunitários de saúde, oito assistentes administrativos, seis atendentes de gabinete odontológico, um contador, seis cirurgiões dentistas, 14 enfermeiros, cinco técnicos de saúde bucal, um técnico contábil, 26 técnicos de enfermagem e um técnico de segurança do trabalho. Participaram do concurso 15.235 candidatos. Logo depois, foram chamados mais 28 técnicos em enfermagem, com a previsão de nomeação, em outubro, de 140 agentes de combate a endemias. Até o final deste ano, serão contratados mais 80 agentes comunitários de saúde aprovados na seleção.

3) Ações marcam o Dia Mundial da Amamentação

A Secretaria Municipal da Saúde, por meio da área técnica de Nutrição, realizou a oficina **Mãe-bebê** no dia 1º de agosto, no Mezanino da Usina do Gasômetro. A atividade marcou o Dia Mundial da Amamentação e teve o objetivo de promover e apoiar a prática do aleitamento materno, que, além de benéfica para a saúde do bebê, fortalece o vínculo da mãe com a criança.

4) Projeto destaca importância de cuidados com a saúde entre alunos

Alunos e professores de 30 escolas da rede municipal de ensino lotaram a Casa do Gaúcho, no Parque da Harmonia, na primeira semana de agosto, para o lançamento do Projeto Galera Curtição 2012. As atividades, organizadas pela Secretaria Municipal de

Saúde (SMS) e pela Secretaria Municipal de Educação (Smed), vão envolver também as escolas estaduais interessadas em participar do projeto, que tem o objetivo de chamar atenção dos jovens sobre a importância de cuidados com a saúde. Durante todo o segundo semestre letivo de 2012, será realizada uma gincana entre escolas municipais e estaduais. As tarefas terão atividades de lazer, culturais e educativas, todas elas valendo pontuação. Além de saúde, o projeto vai abordar também os temas sexualidade, raça e gênero. Os enfoques tomam como base o programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE).

5) Exposição comemora 15 anos da Geração POA

Foi aberta dia 7 de agosto, na Usina do Gasômetro, a exposição “GerAção POA 15 Anos: Uma História de Trabalho, Inclusão e Arte”. A mostra esteve inserida na semana de comemorações dos 20 anos da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, e permaneceu no local até 19 de agosto. A GerAção POA integra a rede de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde e assume o desafio de amparar quem já passou por longas e repetidas internações em instituições psiquiátricas, moradores de rua com transtorno mental e pessoas em risco psíquico e social que tenham perdido a autonomia. Eles são estimulados a compartilhar tarefas, experiências, e a reorganizar sua vida social econômica e afetiva.

6) Vigilância de alimentos realiza 364 vistorias na Capital

A Equipe de Vigilância de Alimentos (EVA) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) realizou, no mês de julho, 364 vistorias no comércio de alimentos da Capital, incluindo supermercados, restaurantes, lancherias e ambulantes regulares. Do total, 113 estabelecimentos foram notificados por apresentarem irregularidades higiênico-sanitárias que desrespeitam a legislação vigente e colocam em risco à saúde da população, incluindo manipulação, cozimento, temperatura ou acondicionamento inadequados de alimentos, produtos com validade vencida ou de procedência duvidosa. No período, também foram lavrados 44 autos de infração, 22 de apreensão, com um

total de mais de duas toneladas de alimentos apreendidas e inutilizadas por apresentarem condições impróprias para o consumo humano. Quatro estabelecimentos foram notificados por surtos de intoxicação alimentar. Por oferecerem maior risco à saúde pública, outros 11 estabelecimentos tiveram suas atividades suspensas até se adequarem às normas vigentes.

7) Multivacinação para menores de 5 anos

Crianças com menos de 5 anos foram levadas aos postos de saúde, entre 18 e 24 de agosto, para atualizar as carteiras de vacinação e receber as doses necessárias, conforme o calendário básico. O lançamento da Campanha de Multivacinação foi feito na Unidade Básica de Saúde Bananeiras.

8) Propostas de melhoria da saúde da população negra serão premiadas

Foi aberta em agosto a segunda edição do prêmio **Promoção da Equidade em Saúde da População Negra**. As inscrições começaram a ser recebidas dia 27, quando ocorreu o lançamento do concurso em solenidade no City Hotel, em Porto Alegre, depois de sessão de autógrafos de autores dos textos que compõem o livro “Olhares sobre a Equidade em Saúde: Elementos Acerca da Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em Porto Alegre”. As inscrições seguem até 4 de novembro. O resultado final do concurso será divulgado em 8 de novembro. Dia 20 do mesmo mês, ocorrerá a cerimônia de entrega dos prêmios.

9) Ação alerta para riscos e danos associados ao cigarro


Uma ação para alertar a população sobre os riscos à saúde e os danos sociais, econômicos e ambientais associados ao tabaco foi realizada dia 28, das 9h às 19h, em frente ao Chalé da Praça XV. Durante a atividade, que marcou o Dia Nacional de Combate ao Fumo, comemorado em 29 de agosto, a Secretaria Municipal de Saúde distribuiu material educativo com orientações sobre prevenção e tratamento do

tabagismo. Também foram exibidos depoimentos de ex-fumantes e documentários sobre o tema.


10) Oficina discute papel e desafios do nutricionista na saúde básica

Nutricionistas e demais profissionais de saúde participaram, dia 31, da oficina “Inserção de Profissionais da Atenção Primária em Saúde nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). A atividade marcou o Dia do Nutricionista, com o objetivo de apresentar e debater a concepção e os desafios da implantação dos Nasfs – estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) com o intuito de reforçar a implementação das diretrizes que norteiam a atenção à saúde junto às Equipes Saúde da Família (ESF). A oficina, ministrada pela consultora técnica da Coordenação da Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, Kimielle Cristina Silva, enfocou o processo de trabalho do nutricionista e sua atuação com os demais profissionais de saúde nos NASF.


ANEXO V


	MAPA DO PROCESSO		Página 385 de 396
	Processo: Promoção do bem-estar à saúde do cidadão		Código: MPR SMS-001
	Início do Processo: Definição das necessidades dos cidadãos, população e sistema		Revisão No: -
	Término do Processo: Vínculo do cidadão às ações do Sistema Único de Saúde		Data Revisão: -
Fornecedores	Principais Entradas	Requisitos das Entradas	
1. Governo Federal	1.1 Legislação, políticas públicas, normatizações e publicações 1.2 Recursos financeiros	1.1.1 Acesso à informação em tempo hábil 1.2.1 Disponibilizados e liberados 1.2.2 Liberação para a Secretaria correta e conforme o previsto 1.2.3 Apoio técnico para a execução	
2. Governo Estadual	2.1 Legislação, políticas públicas, normatizações e publicações 2.2 Recursos financeiros	2.1.1 Acesso à informação em tempo hábil 2.2.1 Disponibilizados e liberados 2.2.2 Liberação para a Secretaria correta e conforme o previsto 2.2.3 Apoio técnico para a execução	
3. Governo Municipal	3.1 Legislação, políticas públicas, normatizações e publicações 3.2 Recursos financeiros 3.3 Recursos humanos 3.4 Portal de Gestão	3.1.1 Acesso à informação em tempo hábil 3.2.1 Disponibilizados e liberados 3.2.2 Liberação para a Secretaria correta e conforme o previsto 3.2.3 Apoio técnico para a execução 3.3.1 Quantidade suficiente para atender as demandas da SMS 3.3.2 Perfil necessário para a função 3.4.1 Disponibilidade e apoio técnico	
4. Prestadores de Serviços de Saúde	4.1 Serviços complementares em diagnóstico e tratamento 4.2 Internações 4.3 Consultas especializadas e substitutivas	4.1.1 Disponibilização conforme contratualização 4.2.1 Disponibilização conforme contratualização 4.3.1 Disponibilização conforme	


		contratualização
5. Instituições de Ensino e Pesquisa	5.1 Recursos humanos 5.2 Tecnologia	5.1.1 Quantidade suficiente para atender as demandas da SMS 5.1.2 Perfil necessário para a função 5.1.3 Qualificação profissional 5.2.1 Inovação e que atenda as necessidades da SMS
6. Fornecedores de Produtos	6.1 Medicamentos 6.2 Materiais 5.2 Equipamentos	6.1.1 Capacidade de atendimento na quantidade e qualidade contratada 6.1.2 Capacidade de atendimento na quantidade e qualidade contratada 6.1.3 Capacidade de atendimento na quantidade e qualidade contratada
7. Fornecedoras de Serviços	7.1 Remoção clínica 7.2 Construção civil 7.3 Vigilância, portaria, limpeza, motoristas	7.3.1 Capacidade de atendimento de serviços e pessoal qualificado conforme contratado 7.3.2 Agilidade 7.2.1 Capacidade de atendimento de serviços e pessoal qualificado conforme contratado 7.3.1 Capacidade de atendimento de serviços e pessoal qualificado conforme contratado

	MAPA DO PROCESSO		Página 387 de 396
	Processo: Regulação dos acessos à atenção SUS		Código: MPR SMS-002
	Início do Processo: Contratualização dos serviços de saúde		Revisão No: -
	Término do Processo: Pagamento ao prestador do serviço		Data Revisão: -
Fornecedores	Principais Entradas	Requisitos das Entradas	
1. Governo Federal	1.3 Legislação, políticas públicas, normatizações e publicações 1.4 Recursos financeiros	1.1.2 Acesso à informação em tempo hábil 1.4.1 Disponibilizados e liberados 1.4.2 Liberação para a Secretaria correta e conforme o previsto 1.4.3 Apoio técnico para a execução	
2. Governo Estadual	2.3 Legislação, políticas públicas, normatizações e publicações 2.4 Recursos financeiros	2.1.2 Acesso à informação em tempo hábil 2.4.1 Disponibilizados e liberados 2.4.2 Liberação para a Secretaria correta e conforme o previsto 2.4.3 Apoio técnico para a execução	
3. Governo Municipal	3.5 Legislação, políticas públicas, normatizações e publicações 3.6 Recursos financeiros 3.7 Recursos humanos 3.8 Portal de Gestão	3.1.2 Acesso à informação em tempo hábil 3.2.4 Disponibilizados e liberados 3.2.5 Liberação para a Secretaria correta e conforme o previsto 3.2.6 Apoio técnico para a execução 3.3.3 Quantidade suficiente para atender as demandas da SMS 3.3.4 Perfil necessário para a função 3.8.1 Disponibilidade e apoio técnico	
4. Prestadores de Serviços de Saúde	4.4 Serviços complementares em diagnóstico e tratamento 4.5 Internações 4.6 Consultas especializadas e substitutivas	4.1.2 Disponibilização conforme contratualização 4.2.2 Disponibilização conforme contratualização 4.6.1 Disponibilização conforme contratualização	


5. Instituições de Ensino e Pesquisa	<p>5.1 Recursos humanos</p> <p>5.3 Tecnologia</p>	<p>5.1.4 Quantidade suficiente para atender as demandas da SMS</p> <p>5.1.5 Perfil necessário para a função</p> <p>5.1.6 Qualificação profissional</p> <p>5.3.1 Inovação e que atenda as necessidades da SMS</p>
6. Fornecedores de Produtos	<p>6.1 Medicamentos</p> <p>6.2 Materiais</p> <p>5.3 Equipamentos</p>	<p>6.1.4 Capacidade de atendimento na quantidade e qualidade contratada</p> <p>6.1.5 Capacidade de atendimento na quantidade e qualidade contratada</p> <p>6.1.6 Capacidade de atendimento na quantidade e qualidade contratada</p>
7. Fornecedoras de Serviços	<p>7.4 Remoção clínica</p> <p>7.5 Construção civil</p> <p>7.6 Vigilância, portaria, limpeza, motoristas</p>	<p>7.6.1 Capacidade de atendimento de serviços e pessoal qualificado conforme contratado</p> <p>7.6.2 Agilidade</p> <p>7.2.2 Capacidade de atendimento de serviços e pessoal qualificado conforme contratado</p> <p>7.3.2 Capacidade de atendimento de serviços e pessoal qualificado conforme contratado</p>

	MAPA DO PROCESSO		Página 389 de 396
	Processo: Regulação dos acessos à atenção SUS		Código: MPR SMS-002
	Início do Processo: Contratualização dos serviços de saúde		Revisão No: -
	Término do Processo: Pagamento ao prestador do serviço		Data Revisão: -
Fornecedores	Principais Entradas	Requisitos das Entradas	
1. Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde – GRSS	1.1 Leitos 1.2 Serviços complementares de diagnóstico e tratamento de alta complexidade 1.3 Serviços complementares para atenção à urgência	1.1.1 Agilidade na liberação do leito 1.1.2 Tipologia adequada para as necessidades do cidadão 1.2.1 Quantidade suficiente 1.2.2 Agilidade do prestador 1.2.3 Precisão do resultado 1.3.1 Garantia de acesso 1.3.2 Quantidade suficiente 1.3.3 Resolubilidade	
2. Ministério da Saúde	2.1 Ambulâncias 2.2 Recursos financeiros	2.1.1 Em quantidade suficiente e tipologia adequada 2.2.1 Disponibilizados e liberados 2.2.2 Liberação correta e conforme o previsto	


	MAPA DO PROCESSO		Página 390 de 396
	Processo: Atenção primária, especializada e substitutiva ao cidadão		Código: MPR SMS-004
	Início do Processo: Mapeamento das necessidades e perfil do território de referência		Revisão No: -
	Término do Processo: Vinculação do cidadão à unidade de saúde		Data Revisão: -
Fornecedores	Principais Entradas	Requisitos das Entradas	
1. Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde - GRSS	1.1 Serviços complementares de diagnóstico e tratamento de baixa, média e alta complexidade 1.2 Consulta e serviços complementares para atenção especializada	1.1.1 Quantidade suficiente de acordo com demanda 1.1.2 Agilidade do prestador 1.1.3 Precisão do resultado 1.2.1 Garantia de acesso 1.2.2 Quantidade suficiente conforme demanda 1.2.3 Resolutividade	
2. Coordenação Geral de Administração Técnica Administrativa - CGATA	2.1 Medicamentos 2.2 Materiais 2.3 Equipamentos 2.4 Manutenção Predial	2.1.1 Armazenamento correto, garantia da entrega do pedido, agilidade de entrega 2.2.1 Efetivação da compra, agilidade de entrega 2.3.1 Atendimento às especificações técnicas 2.3.2 Assistência técnica ágil e resolutiva 2.3.3 Capacidade de instalação imediata 2.3.4 Contratualização com capacidade de substituição imediata 2.4.1 Agilidade e resolutividade	
3. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde - CGVS	3.1 Vacinas	3.1.1 Quantidade suficiente 3.1.2 Prazo de validade 3.1.3 Condições de uso 3.1.4 Reposição imediata 3.1.5 Avaliação do acondicionamento correto nas unidades 3.1.6 Agilidade de reposição da rede frio	

	MAPA DO PROCESSO		Página 391 de 396
	Processo: Acolhimento com Identificação de Necessidades do Cidadão		Código: MPR CAPSES-001
	Início do Processo: Chegada do cidadão à Unidade		Revisão No: 02
	Término do Processo: Encaminhamento do cidadão conforme necessidade identificada		Data Revisão: 13/09/2012
Fornecedores	Principais Entradas	Requisitos das Entradas	
1. PROCEMPA	1.1 Acesso às informações 1.2 Equipamentos	1.1.1 Disponibilidade do sistema 1.1.2 Condições de uso e nas especificações adequadas	
2. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde - CGVS	2.1 Assessoria técnica 2.2 Inspeção da unidade 2.3 Informações epidemiológicas relevantes que impactem na oferta dos serviços 2.4 Informações de unidades prestadoras de serviços de referência interditas e desinterditadas	2.1.1 Parecer claro, formal, isento de qualquer interesse e com base na legislação vigente 2.1.2 Em tempo adequado 2.2.1 Parecer claro, formal, isento de qualquer interesse e com base na legislação vigente 2.2.2 Em tempo adequado 2.3.1 Informações em tempo hábil 2.4.1 Informações em tempo hábil	
3. Unidades de Pronto Atendimento	3.1 Atendimento ao cidadão	3.1.1 Funcionamento 24 horas 3.1.2 Aceitar e atender a referência encaminhada 3.1.3 Comunicação eficaz e qualificada para a referência e contra-referência 3.1.4 Fornecer medicamentos nos períodos em que os dispensários estão fechados 3.1.5 Fornecer atestados para os cidadãos atendidos pelo Pronto Atendimento	
4. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU	4.1 Remoção assistida do paciente	4.1.1 Agilidade 4.1.2 Transporte qualificado 4.1.3 Comunicação com toda a equipe de saúde	

5. Coordenadoria Geral Administração e Desenvolvimento dos Servidores da Saúde – CGADSS e o Instituto Municipal de Estratégia e Saúde da Família - IMESF	5.1 Recursos humanos	5.1.1 Pessoal em quantidade suficiente e qualificado para a função
6. Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo - CGATA	6.1 Medicamento 6.2 Equipamentos e instrumentos 6.3 Materiais de consumo 6.4 Serviços de Segurança 6.5 Serviços de Limpeza 6.6 Manutenção predial	6.1.1 Armazenamento correto, garantia da entrega do pedido conforme solicitado, agilidade de entrega 6.2.1 Atendimento às especificações técnicas 6.2.2 Assistência técnica ágil e resolutive 6.3.1 Efetivação da compra, agilidade de entrega 6.4.1 Capacidade de atendimento de serviços, pessoal qualificado conforme o contratado 6.5.1 Capacidade de atendimento de serviços, pessoal qualificado conforme o contratado 6.6.1 Espaços físicos adequados 6.6.2 Agilidade e resolutividade

	MAPA DO PROCESSO		Página 393 de 396
	Processo: Regulação da Internação		Código: MPR GRSS-001
	Início do Processo: Necessidade de internação		Revisão No: 01
	Término do Processo: Internação realizada		Data Revisão: 13/09/2012
Fornecedores	Principais Entradas	Requisitos das Entradas	
1. Unidade Prestadora de Serviço - UPS	1.1 Solicitação de internação 1.2 Oferta de leitos contratualizados 1.3 Informação de leitos disponíveis – Mapa de leitos disponíveis 1.4 Informações epidemiológicas relevantes que interfiram na oferta de leitos	1.1.1 Dados completos, corretos, em tempo real 1.2.1 Disponibilização conforme contratualizado 1.3.1 Informações corretas e em tempo real 1.4.1 Informações em tempo hábil	
2. PROCEMPA	2.1 Acesso às informações	2.1.1 Disponibilidade do sistema	
3. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde - CGVS	3.1 Informações epidemiológicas relevantes que interfiram na oferta de leitos 3.2 Informações de unidades prestadoras de serviços interditadas e desinterditadas	3.1.1 Informações em tempo hábil 3.2.1 Informações em tempo hábil	
4. Assessoria Jurídica	4.1 Ordens judiciais com o parecer jurídico e orientações para execução	4.1.1 Informações completas e corretas	
5. Núcleo de Relacionamento ao Prestador - NRP	5.1 Informações de serviços contratualizados e descontratualizados	5.1.1 Agilidade da informação 5.1.2 Informações consistentes	
6. Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde - GRSS	6.1 Mapa de leitos contratados	6.1.1 Disponibilizados e atualizados no sistema 6.1.2 Agilidade na disponibilização da informação	

7. Coordenadoria Geral Administração e Desenvolvimento dos Servidores da Saúde - CGADSS	7.1 Recursos humanos	7.1.1 Pessoal em quantidade suficiente e qualificado para a função
8. Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo - CGATA	8.1 Equipamentos 8.2 Manutenção dos equipamentos	8.1.1 Nas especificações solicitadas 8.1.2 Agilidade 8.2.1 Agilidade e eficiente
Atividades do Processo		

	MAPA DO PROCESSO		Página 395 de 396
	Processo: Agendamento de Consultas Especializadas Iniciais Solicitadas pela Atenção Primária		Código: MPR GRSS-002
	Início do Processo: Solicitação de agendamento		Revisão No: 01
	Término do Processo: Consulta agendada		Data Revisão: 30/08/2012
Fornecedores	Principais Entradas	Requisitos das Entradas	
2. Profissional da saúde de nível superior	1.5 Solicitação da consulta especializada	1.5.1 Legível 1.5.2 Completa com: os dados cadastrais do cidadão, indicação do CID, descrição qualificada da solicitação e justificativa clínica 1.5.3 Assinada e carimbada	
3. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde - CGVS	3.1 Solicitação da consulta especializada para hepatite	3.1.1 Completa com: os dados cadastrais do cidadão, descrição qualificada da solicitação e justificativa clínica	
4. Centros de Testagens e Aconselhamento - CTAs	4.1 Solicitação da consulta especializada para infectologia	4.1.1 Completa com: os dados cadastrais do cidadão, descrição qualificada da solicitação e justificativa clínica	
5. Núcleo de Relacionamento ao Prestador - NRP	4.1 Informações de serviços contratualizados e descontratualizados	5.1.1 Agilidade da informação 5.1.2 Informações consistentes	
	4.2 Autorização de abertura ou diminuição de oferta de agenda	4.2.1 Agilidade na resposta	
6. Prestador de Serviço de Saúde	6.1 Oferta de agenda e escala dos profissionais	6.1.1 Até 30 dias antes da data da mudança	
7. Assessoria Jurídica	7.1 Ordens judiciais com o parecer jurídico e orientações para execução	7.1.1 Informações completas e corretas	
8. Coordenadoria Geral Administração e Desenvolvimento dos Servidores da Saúde – CGADSS	8.1 Recursos humanos	8.1.1 Pessoal em quantidade suficiente e qualificado para a função	
9. Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo – CGATA	9.1 Equipamentos	8.1.1 Nas especificações solicitadas 8.1.2 Agilidade	
	9.2 Manutenção dos equipamentos	9.2.1 Agilidade e eficiente	
10. GSH	10.1 Acesso às informações com as customizações necessárias	10.1.1 Disponibilidade do sistema 10.1.2 Agilidade	

11. PROCEMPA	11.1 Instalação e manutenção da rede 11.2 Configuração e manutenção de equipamentos	11.2.1 Agilidade 11.2.2 Conforme solicitação 10.2.1 Agilidade 10.2.2 Conforme solicitação
--------------	--	--