



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO - 2017

AUTORIDADES MUNICIPAIS

NELSON MARCHEZAN JÚNIOR

Prefeito Municipal

GUSTAVO PAIM

Vice-Prefeito

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ERNO HARZHEIM

Secretário Municipal de Saúde

PABLO DE LANNOY STÜRMER

Secretário Adjunto

FLÁVIA RODRIGUES GOULART

Chefe de Gabinete

VINÍCIUS OLIVEIRA DA SILVA

Assessoria Administrativa

DJEDAH DE SOUZA LISBOA

Assessoria Parlamentar

ANA TEREZA TARANGER

Assessora do Gabinete

NAYANA VIGIL PEREIRA

Assessoria de Gestão

DIANE MOREIRA DO NASCIMENTO

Assessoria de Ensino

JULIANA MACIEL PINTO

Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação

MATEUS HENRIQUE DE CARVALHO

Assessoria Jurídica

CLÁUDIA DIAS ALEXANDRE

Assessoria de Contratualização

NEEMIAS OLIVEIRA DE FREITAS

Assessoria de Comunicação

THIAGO FRANK

Atenção Primária à Saúde

LÍVIA DE ALMEIDA FALLER

Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família

JORGE LUIZ SILVEIRA OSÓRIO

Gerência de Regulação de Serviços de Saúde

ANDERSON ARAÚJO LIMA

Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

ADROALDO ROSSETTO FONTANELLA

Fundo Municipal de Saúde

CAROLINE MACHADO DA SILVEIRA

Coordenadoria Geral Administrativa

JOÃO MARCELO LOPES DA FONSECA

Atenção Hospitalar e de Urgência

ADRIANI OLIVEIRA GALÃO

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

AMARILIO VIEIRA DE MACEDO NETO

Hospital de Pronto Socorro

MIRTHA DA ROSA ZENKER

Conselho Municipal de Saúde

GERÊNCIAS DISTRITAIS

ALINE VIEIRA MEDEIROS

Centro

ANA LÚCIA DE LEÃO DAGORD

Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas

BARBARA CRISTINA LIMA DE BORBA

Norte/ Eixo Baltazar

WANIZE WILDE JANKE

Leste/ Nordeste

CRISTIANE JOVITA BARBOSA PEIXOTO

Partenon/Lomba do Pinheiro

DEISE ROCHA RÉUS

Glória/Cruzeiro/ Cristal

ROSANA MEYER NEIBERT

Restinga/ Extremo Sul

MIRELA BASTIANI PASA

Sul/Centro Sul

SECRETARIA TECNICA DO CMS

Brígido Martins Ribas

Heloisa Helena Rousselet de Alencar

Juliana Maciel Pinto

Kelma Nunes Soares

Mirtha da Rosa Zenker

Nei Carvalho

Livia Maria Scheffer Kümmel

Walter Jeck

NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DO CMS

Erno Harzheim

Jandira Roehrs Santana

Mirtha da Rosa Zenker

João Alne Schamann Farias

Roger dos Santos Rosa

LISTA DE SIGLAS

ABNT – Associação Brasileiras de Normas Técnicas
AMS/CMS - Acesso Mais Seguro/Comportamento Mais Seguro
ACELB - Associação dos Cegos Luis Braille
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACE – Agente de Combate às Endemias
AFE - Autorizações de Funcionamento
AGHOS – Módulo de Regulação Ambulatorial de Consultas Especializadas
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH – Autorizações de Internações Hospitalar
AIS – Agente Indígena de Saúde
AME – Aleitamento Materno Exclusivo
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APH – Atendimento pré-hospitalar
APL - Arranjos Produtivos Locais – Fitoterapia
app - approach control – Aplicativo móvel
APS –Atenção Primária à Saúde
ASSEPLA – Assessoria de Planejamento e Programação
ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde
BC – Bloco Cirúrgico
BCTG - Banco de Células e Tecidos Germinativos
BI – Business Intelligence
BPA – Boletins de Produção Ambulatorial
BR - Brasil
C – Centro
CAADHAP - Comissão de Análise e Aprovação da Demanda Habitacional Prioritária
CAC – Comissão de Acompanhamento de Contratos
CAUAE - Comissão de Análise Urbanística e Ambiental
CAS – Comunidade Sócioeducativo
CASE – Centro de Atendimento Sócio Educativo
CASE PC – Centro de Atendimento Sócio Educativo
CASEF – Centro de Atendimento Socioeducativo Feminino

CAPS – Centro de Atenção Psico Social
CBP - Cadastro de Bens Patrimoniais
CC – Cargo em Comissão
CCLAB – Comissão de cadastro de Insumos para Laboratórios
CCMED – Comissão de cadastro de marcas de medicamentos humanos
CDC - Centers for Disease Control and Preventions
CDS – Coleta de Dados Simplificada / Conselho Distrital de Saúde
CEERT - Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades
CEIC – Centro Integração do Comando
CEO – Centro Especialidade Odontológica
CEPS - Comissão Permanente de Ensino e Serviço
CER – Centros Especializados em Reabilitação
CERIH – Central de Regulação de Internação Hospitalar
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CFT - Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica
CGAB – Coordenadoria Geral da Atenção Básica
CGAE – Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial
CGADSS – Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores da Saúde
CGAL – Comitê de Gestão e Acompanhamento Local
CGATA – Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo
CGFO – Coordenadoria Geral de Administração Financeira e Orçamentária
CGPPS – Coordenação-Geral de Políticas Públicas em Saúde
CGSMU – Coordenação-Geral Serviço Municipal de Urgências
CGVS – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIPAs - Comissão Interna de Prevenção a Acidentes
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIST – Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador
CMAC – Coordenação de Média e Alta Complexidade
CMCE – Central de Marcação de Consultas e Exames
CME – Centro de Material e Esterilização
CMI – Comitê de Mortalidade Infantil

CMIPF – Centro Municipal Integrado do Planejamento Familiar
CMM – Consumo Médio Mensal
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CMU – Coordenação Municipal de Urgências
CNAMB - Comissão Normativa de Acidentes com Material Biológico
CNEN - Comissão Nacional de Energia Nuclear
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
CNRAC – Central Nacional em Alta Complexidade
CO – Centro Obstétrico
COAPES - Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
COMUI – Conselho Municipal do Idoso
COMPETI - Comitê Municipal de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil
CONSEA - Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável
CoorSaúde – Coordenadoria de Saúde
CNSB – Coordenação Nacional de Saúde Bucal
CP – Concurso Público
CPVDF - Centro de Pesquisas Veterinárias Desidério Finamor
CRAI – Centro de Referência no Atendimento Infantojuvenil
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social – FASC
CREMERS – Conselho Regional de Medicina Do Estado do Rio Grande do Sul
CRF – Centro de Reabilitação Física
CRIE – Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
CRN – Conselho Regional de Nutricionistas
CRN2 - Conselho Regional de Nutricionistas
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
CRTB – Centro de Referência à Tuberculose
CS – Centro Saúde
CSM – Centro de Saúde Modelo
CSST - Comissão de Saúde e Segurança do Trabalhador
CSVV – Centro de Saúde Vila dos Comerciantes
CTI - Centros de Tratamento Intensivo
DANTS – doenças e agravos não transmissíveis
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DDA – Distritos Docentes Assistenciais
DM – Diabete Mellitus; Doença meningocócica
DMAE – Departamento Municipal de Águas e Esgotos
DNC – Documento de Notificação
DOE – Diário Oficial do Estado
DOPA – Diário Oficial de Porto Alegre
DRC – Doença Renal Crônica
DST – Doença Sexualmente Transmissível
DTA – Doenças Transmissíveis por Alimentos
DTM – Disfunção Têmporo Mandibular
EAAB – Estratégia Amamenta Alimenta Brasil
ECR - Equipe de Consultório na Rua
EC – Emenda Constitucional
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ECT – Eletroconvulsoterapia
ECG – Eletrocardiograma
EDA – Endoscopia Digestiva Alta
EEIs - Escolas de Educação Infantis
EESCA – Equipes Especializadas de Saúde Integral da Criança e do Adolescente
EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP – Equipe Multiprofissional de Atenção
EMP – Equipe de Manutenção Predial
EMAT – Equipe de Materiais
EMATER – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
EMAD – Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMSI - Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EPT - Equipe de Perícia Técnica
EPTC – Empresa Pública Transporte Circular
ERBs - Estação Rádio Base
ESF – Equipe de Saúde da Família
ESMA – Equipes de Saúde Mental Adulto
EVA – Equipe de Vigilância de Alimentos
EVDT – Equipe de Vigilância em Doenças Transmissíveis

EVQA – Equipe de Vigilância de Qualidade da Águas
NVRV - Núcleo de Fiscalização Ambiental
EVSAT – Equipe Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador
EVZ - Equipe de Vigilância de Zoonoses
FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania
FASE – Fundação de Atendimento Sócio Educativo
FD – Farmácia Distrital
FEM - Farmácia de Medicamentos Especiais
FEPAM - Fundação Estadual de Proteção Ambiental
FEPETI - Fórum Estadual de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil
FMS - Fundo Municipal de Saúde
FRAPS - Fóruns da Rede de Atenção Psicossocial
FSST - Fórum Sindical Saúde do Trabalhador
FUNAI – Fundação Nacional do Índio – Ministério da Justiça
FUS – Farmácias das Unidades de Saúde
GD – Gerência Distrital
GD C – Gerência Distrital Centro
GD GCC – Gerência Distrital Glória/ Cruzeiro/ Cristal
GD LENO – Gerência Distrital Leste/ Nordeste
GD NEB – Gerência Distrital Norte/ Eixo Baltazar
GD NHNI – Gerência Distrital Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas
GD PLP – Gerência Distrital Partenon/ Lomba do Pinheiro
GD RES – Gerência Distrital Restinga/ Extremo Sul
GD SCS – Gerência Distrital Sul/ Centro Sul
GERCON – Gerenciamento de Consultas
GERINT – Gerenciamento de Internação Hospitalar
GMAT – Gerenciamento de Materiais
GHC – Grupo Hospitalar Conceição
GPA – Gerenciamento de Processos Administrativos
GSSM – Gerência de Saúde do Servidor Municipal
GRSS – Gerência de Regulação de Serviços e, Saúde
GT – Grupo de Trabalho
GTI – Gerência de Tecnologia de Informação
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HBO - Hospital Banco de Olhos
HCC - Hospital da Criança Conceição
HED - Hospital Ernesto Dorneles
HEMOPROD - Boletim de Coleta e Utilização de Produtos Hemoderivados da ANVISA
HF – Hospital Fêmeina
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
HPA - Hospital Porto Alegre
HPB - Hospital Parque Belém
HPS – Hospital de Pronto Socorro
HSL - Hospital São Lucas
HVN – Hospital Vila Nova
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Instituto de Cardiologia
IN – Instrução Normativa
INCQS - Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos
IMESF – Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família
ISCM - Irmandade Santa Casa de Misericórdia
LAA – Licença Aguardando Aposentadoria
LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública
LAT – Licença Acidente de Trabalho
LAI – Licença Afastamento INSS
LG – Licença Gestante
LIRAA – Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti*
LM – Licença Maternidade
LTA – Leishmaniose Tegumentar América
LTI – Licença para Tratamento de Interesses.
LTPF – Licença Tratamento Pessoa da Família
LTS – Licença Tratamento Saúde
LVC– Leishmaniose Visceral Canina
MAC – Medida de Alta Complexidade
MPT - Ministério Público do Trabalho

MS – Ministério da Saúde
N – Número Total
NA – Não Atendidos
NACH – Núcleo de Avaliação e Controle Hospitalar
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NAQM – Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
NCL - Núcleo de Contratos e Licitações
NE – Nível Elementar
NEP – Núcleo de Educação Permanente
NFA – Núcleo de Fiscalização Ambiental
NM – Nível Médio
NIR – Núcleo Interno de Regulação
NOTIVISA - Notificação de Eventos e Reações Adversas da ANVISA
NS – Nível Superior
NVESIS – Núcleo de Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde
NVPA – Núcleo de Vigilância de População Animal
NVPIIS – Núcleo de Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde
NVSIS – Núcleo de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde
ONU – Nações Unidas
PABJ – Pronto Atendimento Bom Jesus
PACS – Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul
PALP – Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro
PAIGA – Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente
PAS – Programação Anual de Saúde
PBF – Programa Bolsa Família
PcAH – Pessoa com Altas Habilidades
PcD – Pessoa com Deficiência
PCMTC – Práticas Corporais de Medicina Tradicional Chinesa
PCPA – Presídio Central de Porto Alegre
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP – Profilaxia Pós-Exposição
PESM - Plantões de Emergência em Saúde Mental.
PET - Programa de Educação para o Trabalho

PFMP – Penitenciária Feminina Madre Pelletier
PGM – Procuradoria Geral do Município
PIMPIA – Primeira Infância Melhor – Porto Infância Alegre
PIS – Prática Integrativa em Saúde
PMM- Programa Mais Médicos
PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAR – Pré-natal de Alto Risco
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PPCI – Plano de Prevenção e Combate a Incêndio
PPI – Programação pactuada Integral
PPL – População Privada de Liberdade
PPSN – Política Pública de Saúde Nutricional
PROCEMPA – Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre
PROVAB – Programa para Valorização da Atenção Básica
PSA – Antígeno Prostático Específico
PSF – Programa de Saúde da Família
PSR – População em Situação de Rua
PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PVES – Pesquisas Vetoriais Especiais
QT – Quantidade
RAG – Relatório Anual de Gestão
RAP – Rede de Atenção Primária
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos
RMGS - Relatório de Municipal de Gestão em Saúde
RREO - Relatório Resumido da Execução Orçamentária
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RS – Rio Grande do Sul
RUE – Rede de Urgências e Emergências

SADT – Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia
SAE – Serviço de Atendimento Especializado
SAID – Secretaria Adjunta do Idoso
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SAPH – Sistema de Atendimento Pré Hospitalar
SD – Serviço Diagnóstico
SEDUC - Secretaria Estadual de Educação e Cultura
SEI – Sistema Eletrônico de Informação
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena – Ministério da Saúde
SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SESRS – Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SETEC – Integração da Secretaria Técnica
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIASI – Sistemas de Informações da Atenção à Saúde Indígena
SINDPPD - Sindicato dos Trabalhadores em Processamento de Dados
SIHO – Sistema de Informação Hospitalar
SNA – Sistema Nacional de Auditoria
SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINE – Sistema Nacional de Emprego
SINTTEL - Sindicato dos Telefônicos do RS
SIPAT – Semana Interna de Prevenção a Acidentes do Trabalho
SISCOAPES - Sistema de Monitoramento e Avaliação dos Processos de Contratualização do COAPES
SISEMBRIO - Sistema de Informações sobre Células e Técnicas Germinativas
SISRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave
SISREG – Sistema de Regulação de Exames
SIST – Sistema de Informação da Saúde do Trabalhador
SMA – Secretaria Municipal de Administração
SMAM – Secretaria Municipal do Meio Ambiente
SMIC – Secretaria Municipal da Produção, Indústria e Comércio
SMOV – Secretaria Municipal de Obras e Viação

SMPEO – Secretaria Municipal de Planejamento Estratégico e Orçamento
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SO – Sala de Observação
SOP – Sala de Observação Pediátrica
SPAAN - Sociedade Amparo aos Necessitados
SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave
STIA - Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Alimentação de Porto Alegre
SMTE – Secretaria Municipal do Trabalho e Emprego
SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRTE/RS – Superintendência Regional do Trabalho e Emprego/Rio Grande do Sul
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SRTN – Serviço de Referência em Triagem Neonatal
STICC - Sindicato dos Trabalhadores da Indústria da Construção Civil de Porto Alegre
SUS – Sistema Único de Saúde
SVO – Serviço de Verificação de Óbito
SVS – Serviço de Vigilância em Saúde
TAC - Termo de Ajustamento de Conduta
TANU - Triagem Auditiva Neonatal Universal
TARM - Técnico Auxiliar de Regulação Médica
TB – Tuberculose
TC - Terapia Comunitária
TEA – Transtorno do Espectro Autista
TN – Triagem Neonatal
TRT - Tribunal Regional do Trabalho
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNIMED – Cooperativa de Trabalho Médico
UPA – Unidade Pronto Atendimento
US – Unidade de Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

| | | |
|------------|--|------------|
| 1 | ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE..... | 19 |
| 2 | LEGISLAÇÃO/NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS MUNICIPAL..... | 21 |
| 3 | PARTICIPAÇÃO DA SMS EM INSTÂNCIAS COLEGIADAS..... | 22 |
| 4 | PACTUAÇÕES ANUAL DA SMS..... | 24 |
| 4.1 | Programação Anual de Saúde – PAS 2017 | 24 |
| 4.2 | Programa de Metas – PROMETA 2017 | 28 |
| 4.3 | Pactuação Interfederativa - SISPACTO 2017 | 29 |
| 5 | GESTÃO NA SAÚDE | 31 |
| 5.1 | Gestão do Trabalho em Saúde..... | 31 |
| 5.1.1 | Quantitativo de Trabalhadores..... | 32 |
| 5.1.2 | Acompanhamento Funcional | 37 |
| 5.1.3 | Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família - IMESF..... | 39 |
| 5.1.4 | Educação Permanente em Saúde | 41 |
| 5.2 | Ouvidoria do SUS..... | 60 |
| 5.3 | Assessoria de Comunicação | 63 |
| 6 | INFRAESTRUTURA DE APOIO..... | 65 |
| 6.1 | Apoio Técnico Administrativo | 65 |
| 6.2 | Obras, Reformas e Ampliações | 68 |
| 6.3 | Informatização da Saúde..... | 70 |
| 7 | REDE DE SERVIÇOS, REFERÊNCIAS E PRODUÇÃO..... | 72 |
| 7.1 | Atenção Primária à Saúde - APS | 72 |
| 7.1.1 | Rede de Serviços, Referências e Produção e Produção..... | 72 |
| 7.1.2 | Produção dos Serviços de Saúde de Atenção Primária | 83 |
| 7.1.3 | Ações de Gestão na Atenção Primária | 99 |
| 7.2 | Atenção Especializada Ambulatorial..... | 116 |
| 7.2.1 | Referências dos Serviços de Atenção Especializada Ambulatorial..... | 117 |
| 7.2.2 | Produção dos Serviços Especializados Ambulatoriais Próprios..... | 120 |

| | | |
|-------------|--|------------|
| 7.3 | Atenção Hospitalar e Urgências | 144 |
| 7.3.1 | Atenção às Urgências e Emergências Pré-Hospitalar Fixa e Móvel | 148 |
| 7.3.2 | Hospital de Pronto Socorro | 202 |
| 7.4 | Assistência Farmacêutica | 207 |
| 7.5 | Assistência Laboratorial | 235 |
| 8 | REGULAÇÃO DO SUS | 239 |
| 8.1 | Regulação de Serviços Ambulatoriais Especializados | 244 |
| 8.2 | Produção dos Prestadores Hospitalares | 245 |
| 8.3 | Internações Hospitalares por Grupo e Especialidade | 253 |
| 9 | AUDITORIAS DO SUS | 254 |
| 9.1 | Auditorias Realizadas | 254 |
| 10 | AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE | 255 |
| 10.1 | Vigilância Epidemiológica | 271 |
| 10.1.1 | Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis..... | 271 |
| 10.1.2 | Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis | 278 |
| 10.1.3 | Vigilância em Saúde Ambiental | 317 |
| 10.2 | Ações e Serviços em Vigilância Sanitária | 321 |
| 10.2.1 | Ações e Serviços em Vigilância Sanitária..... | 321 |
| 10.2.2 | Fiscalização Sanitária e Zoossanitária..... | 323 |
| 10.2.3 | Vigilância de Serviços de Saúde e de Interesse à Saúde | 326 |
| 10.2.4 | Vigilância de Produtos de Saúde e Interesse à Saúde..... | 338 |
| 10.2.5 | Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde | 345 |
| 10.2.6 | Vigilância Ambiental – Fiscalização | 349 |
| 10.2.7 | Vigilância População Animal..... | 357 |
| 10.2.8 | Vigilância da Qualidade da Água | 363 |
| 10.2.9 | Apoio Administrativo..... | 367 |
| 11 | AÇÕES ESPECÍFICAS..... | 370 |
| 11.1 | Agravos Transmissíveis..... | 370 |
| 11.2 | Agravos Não Transmissíveis | 386 |
| 11.3 | Atenção Psicossocial | 403 |
| 11.4 | Saúde dos Ciclos de Vidas | 428 |

| | | |
|-------------|---|------------|
| 11.4.1 | Saúde da Criança e do Adolescente..... | 428 |
| 11.4.2 | Saúde da Mulher | 467 |
| 11.4.3 | Saúde do Homem | 473 |
| 11.4.4 | Saúde da Pessoa Idosa | 475 |
| 11.5 | Saúde de Equidade Etnicorracial | 479 |
| 11.5.1 | Saúde da População Negra | 479 |
| 11.5.2 | Saúde dos Povos Indígenas | 482 |
| 11.6 | Saúde de Igualdade e Inclusão | 488 |
| 11.6.1 | Saúde da Pessoa com Deficiência | 488 |
| 11.6.2 | Saúde da População em Situação de Rua | 491 |
| 12 | FINANCIAMENTO DO SUS | 501 |
| 13 | CONTROLE SOCIAL | 507 |
| | REFERÊNCIAS | 508 |
| | ANEXO I - CÓDIGOS DE PRODUÇÃO DO TABWIN | 510 |
| | ANEXO II – REFERÊNCIA SAÚDE BUCAL | 517 |
| | ANEXO III - RELATÓRIO MUNICIPAL DE GESTÃO EM SAÚDE – RMGS009..... | 521 |
| | ANEXO IV - DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE..... | 523 |

APRESENTAÇÃO

O município de Porto Alegre possui 1 milhão 481 mil e 019 habitantes, segundo dados de estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2016. Compõe o território de abrangência da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde/Secretaria Estadual de Saúde, na Região de Saúde de nº 10 e é responsável pela gestão de todos os serviços sob o seu território, sejam eles próprios ou de prestadores públicos ou privados.

A estrutura do relatório está baseada inicialmente no “Roteiro de informações para os Relatórios Trimestrais de Gestão e Relatório Anual de Gestão” (SMS/PMPA, 2010), mas também na exigência mínima posta pela Seção III (Da Prestação de Contas), artigos 34, 35 e 36 da Lei Complementar nº141/12.

Para o ano de 2017, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre teve como metas aquelas apresentadas na Programação Anual de Saúde 2017, no Programa de Metas 2017 (PROMETA) e na Pactuação Interfederativa de Indicadores (SISPACTO). O monitoramento destas pactuações é realizado junto aos relatórios de gestão quadrimestrais, sendo avaliados no relatório anual de gestão (RAG).

1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

O ano de 2017 foi de impressão das diretrizes da nova gestão na Secretaria Municipal de Saúde. Houve o reforço sobre a necessidade de alterações na estrutura organizacional vigente, de celeridade de processos de gestão de pessoal, de economicidade e transparência no uso dos recursos da saúde e de definição de áreas e metas prioritárias para direcionar os resultados em saúde.

Foram retomados os trabalhos de revisão da estrutura organizacional, estando a mesma em avaliação junto a Coordenadoria Geral de Modernização Administrativa, da Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão (SMPG). O prazo para publicação da nova estrutura da Prefeitura é 31 de março de 2018, conforme Resolução 050/2017 da PMPA.

Dos regramentos que regem a organização da SMS e que foram publicados no Diário Oficial do município (DOPA), destacam-se aqueles sobre a insalubridade e o afastamento para estudo e cedência de servidores municipais. Além disso, a retomada do dimensionamento de pessoal nos hospitais, a ampliação do horário de atendimento de duas unidades de Saúde da Atenção primária e a abertura da Clínica de Família Restinga também foram estratégias direcionadas a otimização da força de trabalho e à ampliação dos resultados em saúde.

Importante destacar que todas essas mudanças positivas ocorreram em um ano de ajustes e contenção financeira nas três esferas de gestão do SUS. Houve trabalho intenso de captação de recursos, de aproveitamento ao máximo das possibilidades de uso de recursos provenientes de emendas parlamentares federais, de habilitações de serviços existentes e buscas por doações e parcerias estratégicas. O foco foi na qualificação e na manutenção dos serviços existentes, com reposição de insumos, medicamentos e equipamentos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde.

A Atenção Hospitalar e Especializada contratualizada teve como desafio revisar e atualizar os contratos com todos os prestadores de serviços. Cabe destacar que esta ação nunca fora efetivada pela SMS em gestões anteriores.

Dentre os instrumentos normativos de planejamento e gestão, foram elaborados e entregues: o Plano Municipal de Saúde 2018-2021; o Plano de Governo 2017-2020 (PROMETA – Programa de Metas); a pactuação de Indicadores Interfederativos (SISPACTO) referente ao período de 2017-2021; e a Gratificação de Incentivo à Qualidade no SUS para o período de 2017. Destas, Programação Anual em Saúde, do PROMETA e do SISPACTO estão sendo monitoradas no capítulo quatro dos relatórios quadrimestrais de gestão, enquanto que as metas da GIQ-SUS são avaliadas no Comitê de Avaliação de Metas da GIQ e publicadas no Diário Oficial de Porto Alegre (DOPA).

Além de tudo o exposto e como planejado, os Contratos de Gestão do Prefeito e Secretário de Saúde com as Coordenadorias e Assessorias da SMS foram assinados, com o objetivo de formalizar as responsabilidades estratégicas de cada área com a gestão para o ano de 2018.

2 LEGISLAÇÃO/NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS MUNICIPAL

A atualização da legislação encontra-se publicada no respectivo relatório quadrimestral. No qual houve alteração, http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=895

3 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: Erno Harzheim, Suplente: Pablo de Lannoy Stürmer - Of. N° 122/17 - GS em 07/02/2017.

Integrantes da Secretaria Técnica (SETEC) Bipartite – CIB/RS - Titular: Erno Harzheim, Suplente: Pablo de Lannoy Stürmer - Of. N° 122/17 - GS em 07/02/2017.

Integrantes da CIR 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) - Titular: Juliana Maciel Pinto, Suplente: Kelma Nunes Soares.

Integrantes da Secretaria Técnica (SETEC) CIR - Titular: Juliana Maciel Pinto, Suplente: Kelma Nunes Soares.

Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

Integrantes do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS - RS) - Titular: Erno Harzheim.

Integrantes do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) - Titular: Erno Harzheim.

Conselho Municipal de Saúde (CMS)

Integrantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) – 1ª Representação - Titular: Erno Harzheim, Suplente: Pablo de Lannoy Stürmer. Integrantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) - 2ª Representação – Titular: Thiago Frank; Suplente: Juliana Maciel Pinto - Conforme Of. N° 123/17 - GS em 07/02/2017.

Integrantes da Secretaria Técnica (SETEC) do Conselho Municipal de Saúde (CMS) - Titular: Juliana Maciel Pinto; Suplente: Kelma Nunes Soares - Conforme Of. N° 390/15-GS em 24/03/2015.

4 PACTUAÇÕES ANUAL DA SMS

4.1 Programação Anual de Saúde – PAS 2017

Quadro 1- Realizado das Metas – PAS 2017

| Ação | Meta | Realizado da meta | % cumprimento | Grau de cumprimento |
|---|------------------------|-------------------|---------------|---------------------|
| 1. Atingir 95% dos encerramentos oportunos dos casos de doenças e ou agravos de notificação compulsória transmissíveis que necessitam investigação epidemiológica, segundo Portaria Ministerial 204 de 17 de fevereiro 2016. | 95% | 92,12 | 96,97% | IV |
| 2. Implementar 100% do plano de controle das doenças e agravos não transmissíveis - DANT, com recorte raça/cor/etnia/sexo, na Rede de Atenção à Saúde (RAS) com foco em controle do tabagismo, promoção de hábitos saudáveis de vida, monitoramento da violência, e doenças crônicas não transmissíveis prioritárias (HAS, DM, DRC, obesidade neoplasias malignas). | 100% | 77,1% | 77,1% | IV |
| 3. Realizar avaliação antropométrica em 22% dos alunos das escolas públicas de Educação Infantil e de Ensino Fundamental pactuadas no Programa Saúde na Escola. | 22% | 22% | 100% | IV |
| 4. Realizar triagem da acuidade visual em 22% dos alunos de escolas públicas de Educação Infantil e de Ensino Fundamental pactuadas no Programa Saúde na Escola. | 22% | 27% | 122,7% | IV |
| 5. Monitorar 100% das mulheres com resultados de exames de lesões intraepiteliais de alto grau do colo de útero nas unidades de saúde. | 100% | 100% | 100% | IV |
| 6. Reduzir para índices iguais ou menores que 2,5% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor/etnia. | ≤ 2,5% | 1,8% | 100% | IV |
| 7. Reduzir a taxa de incidência da sífilis congênita para 25 /1.000 nascidos vivos, com equidade segundo raça/cor/etnia. | 25 /1.000 | 32,1/1000 | 0% | I |
| 8. Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo para 70/100.000 habitantes. | 70/100.000 habitantes. | 56,5/100.000 | 109,6% | IV |
| 9. Reduzir a mortalidade por AIDS para 20/100.000 habitantes com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo/faixa etária. | 20/100.000 habitantes | 24,83/100.000 | 0% | I |
| 10. Diagnosticar 80% dos casos novos estimados de tuberculose. | 80% | 83% | 103,7% | IV |
| 11. Ampliar a taxa de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial para 75%, com equidade raça/cor/etnia/sexo/faixa/etária. | 75% | 56% | 74,7% | III |
| 12. Reduzir a mortalidade proporcional de coinfectados por TB e HIV, para 25%, com equidade raça/cor/etnia/sexo/faixa etária. | 25% | 26% | 0% | I |

| | | | | |
|--|---------------------------|------------------------------|----------------|-----|
| 13. Ampliar o acesso de usuários aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 15%. | 15% | 13,61 | 90,7% | IV |
| 14. Implantar o plano de vigilância em saúde mental em uma Gerência Distrital. | Plano Implantado | Não realizada | 0% | I |
| 15. Realizar atividades educativas em saúde bucal em 35% dos alunos das escolas de educação infantil e de Ensino Fundamental pactuadas no Programa Saúde na Escola. | 35% | 13,99% | 57,74% | III |
| 16. Manter a taxa de mortalidade materna abaixo de 35/100.000 nascidos vivos com equidade segundo raça/cor/etnia/faixa etária. | 35/100.000 nascidos vivos | 27,10/100.000 nascidos vivos | 100% | IV |
| 17. Ampliar a cobertura da vacina contra a poliomielite (3ª dose) para 85%. | 85% | 75,1% | 88,3% | IV |
| 18. Aumentar a cobertura da vacina pentavalente (DTP/Hib/HepB) para 80%. | 80% | 73,1% | 91,4% | IV |
| 19. Atingir a taxa de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em 50% das crianças menores de 6 meses de vida nas US. | 50% | Não Mensurável | Não Mensurável | I |
| 20. Manter o coeficiente de Mortalidade Infantil em menos de 10/1.000 nascidos vivos. | < 10/1.000 | 8,9/1000 | 100% | IV |
| 21. Realizar vigilância e controle vetorial em 100% dos casos confirmados de Dengue, Chikungunya e Zika Vírus, de acordo com o Plano de Contingência da Dengue, Chikungunya e Zika Vírus. | 100% | 100% | 100% | IV |
| 22. Realizar bloqueio vacinal contra a Raiva em 100% dos casos positivos confirmados laboratorialmente. | 100% | 100% | 100% | IV |
| 23. Elaborar o ranqueamento de risco em 100% dos estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde, sujeitos a fiscalização sanitária. | 100% | Ranqueamento elaborado | 100% | IV |
| 24. Investigar 100% dos surtos notificados com Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA). | 100% | 100% | 100% | IV |
| 25. Realizar matriciamento em atenção e vigilância à Saúde do trabalhador adulto e infante juvenil em 100% das Unidades de Saúde da Atenção Básica em Saúde. | 100% | 100% | 100% | IV |
| 26. Ampliar para 60% a cobertura da Estratégia de Saúde da Família. | 60% | 55,2% | 92% | IV |
| 27. Ampliar a cobertura de 1ª consulta odontológica programática para 5%. | 5% | 4,22% | 84,4% | IV |
| 28. Aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré natal para 76%. | 76% | 75,03% | 99% | IV |
| 29. Aumentar para 45% a taxa de primeira consulta de acompanhamento do recém nascido em até cinco dias de vida. | 45% | 28,3% | 62,9% | III |
| 30. Aumentar a razão entre exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos para 0,38. | 0,38 | 0,34 | 92% | IV |
| 31. Aumentar a razão de mamografias realizadas para 0,17 em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos. | 0,17 | 0,11 | 65% | III |

| | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--------|-----|
| 32. Realizar atendimento à saúde para 100% dos ingressantes no Presídio Central e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier. | 100% | 82,6% | 82,6% | IV |
| 33. Remodelar os cinco Centros de Especialidades de acordo com os critérios estabelecidos neste Plano e necessidades locais. | 5 Centro de Especialidade des Remodelado | Não realizada | 0% | I |
| 34. Implantar em mais 25 % do Plano Municipal de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência. | 25% | 14,9% | 59,60% | III |
| 35. Implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em mais 25% dos serviços de saúde. | 25% | 25% | 100% | IV |
| 36. Implementar em mais 25% o Plano Municipal de Práticas Integrativas em Saúde (PIS) no município de Porto Alegre-RS. | 25% | Não realizada | 0% | I |
| 37. Garantir que 77% das subespecialidades médicas tenham tempo de espera menor ou igual a 30 dias para consulta. | 77% | 66,64% | 86,54% | IV |
| 38. Manter as regulações necessárias e sem meios do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Atenção Pré-Hospitalar (APH) primário abaixo de 2%. | < 2% | 0,95% | 100% | IV |
| 39. Manter o tempo médio de espera por atendimento médico dos usuários classificados "verdes" nas unidades de Pronto Atendimentos para até 3 horas. | ≤ 3 horas | 1h 44min | 100% | IV |
| 40. Instituir o indicador de tempo médio de observação em emergência hospitalar em 100% dos prestadores contratualizados. | 100% | 70% | 70% | III |
| 41. Monitorar indicadores hospitalares de qualidade em 100% dos hospitais contratualizados ao SUS pela Comissão de Acompanhamento de Contrato (CAC). | 100% | 100% | 100% | IV |
| 42. Concluir a implantação das 15 equipes EMAD, 5 equipes EMAP. | 15 equipes EMAD 5 equipes EMAP | 11 equipes EMAD 2 equipes EMAP | 65% | III |
| 43. Ampliar o percentual da população coberta por procedimentos periodontais para 10%. | 10% | 5,08% | 50,8% | II |
| 44. Realizar ações de educação permanente sobre boas práticas em rastreamento voltadas à população masculina em 100% das Gerências Distritais. | 8 GDs | 8 GDs | 100% | IV |
| 45. Implementar a Assistência Farmacêutica nas etapas de programação, armazenamento, distribuição e dispensação em 100% das farmácias e dispensários dos serviços de saúde, considerando as especificidades locais. | 100% | 95,92% | 95,92% | IV |
| 46. Manter o tempo médio de espera por transporte, dos pacientes atendidos nos Pronto Atendimentos, com indicação de internação nos Hospitais da Rede para 3 horas | 3 horas | 0h 51 min | 100% | IV |
| 47. Contratualizar 100% dos prestadores de serviços ambulatoriais aptos, conforme legislação vigente e necessidade da SMS. | 100% | 85% | 85% | IV |

| | | | | |
|--|---|-----------------|---------------|----|
| 48. Contratualizar 100% dos prestadores hospitalares vinculados ao SUS no município, conforme necessidade da SMS. | 100% | 100% | 100% | IV |
| 49. Avaliar a adequação de 100% dos serviços de hemodiálise e hemoterapia à legislação sanitária vigente. | 100% | 100% | 100% | IV |
| 50. Implementar a Política de Educação Permanente através da certificação de 100% dos Núcleos de Educação Permanente pactuados na Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES) da Secretaria Municipal de Saúde/POA. | 100% | 100% | 100% | IV |
| 51. Realizar dimensionamento de pessoal em 100% dos serviços hospitalares, vigilância em saúde, áreas de gestão e de apoio técnico administrativo. | 100% | Não Realizada | Não Realizada | I |
| 52. Implantar a Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS. | Mesa de Negociação Permanente do SUS implementada | Não Realizada | Não Realizada | I |
| 53. Monitorar a utilização de 20% dos recursos municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). | 20% | 21,59% | 107,95% | IV |
| 54. Monitorar e acompanhar a aplicação de recursos do Fundo Municipal de Saúde (FMS) conforme Lei Complementar (LC)141/2012. | Recursos do FMS monitorados conforme LC 141/2012 | Realizada | Realizada | IV |
| 55. Adequar o Fundo Municipal de Saúde à legislação vigente. | FMS adequado à legislação vigente. | Não Realizada | Não Realizada | I |
| 56. Atualizar mensalmente em 100% a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). | 100% | 100% | 100% | IV |
| 57. Estruturar o componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). | SNA Estruturado | SNA Estruturado | 100% | IV |
| 58. Cumprir 17% da Pactuação Anual de Obras da Secretaria Municipal de Saúde. | 17% | 17% | 100% | IV |
| 59. Aquisição de 400 equipamentos de informática – 150 impressoras multifuncionais, 150 computadores, 100 impressoras térmicas. | 400 | 170 | 42,5% | II |
| 60. Desenvolver e implantar oito sistemas de informação e-SUS, SIHO (pronto atendimentos e hospitais próprios), GERINT, GERCON modulo APACH/ Exames/Retorno das consultas, Sistema de Gerenciamento de laboratórios (GERLAB), DIS, Sistema de Alvarás de Saúde e Sistema BI. | 8 | 6 | 75% | IV |
| 61. Constituir as instâncias descentralizadas do CMS/POA em 60% dos serviços de saúde. | 60% | 48,02% | 80% | IV |
| 62. Certificar 100% das Unidades de Saúde da Atenção Básica como Acolhedoras. | 100% | 78,5% | 78,5% | IV |

FONTE: SMS

4.2 Programa de Metas – PROMETA 2017

Quadro 2- Realizado das Metas – PROMETA 2017 – 2021

| Ação | Meta 2017 | Realizado 2017 |
|--|-------------------------------------|--|
| 1. Assegurar o atendimento para 60% da População pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família. | 53% | 49,9% |
| 2. Reduzir a mortalidade infantil de 9,02 para 8,75. | 9,02 | 8,9 |
| 3. Reduzir a mortalidade materna em 17%, mantendo Porto Alegre entre as 3 melhores capitais do Brasil. | 32,23 | 27,10/100.000 NV |
| 4. Aumentar a taxa de cura de casos novos de tuberculose de 52% para 79%. | 52% | 56% |
| 5. Disponibilizar 8 unidades de atenção primária à saúde com atendimento até as 22h. | 2 Unidades | 2 Unidades |
| 6. Aumentar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde de 80% para 85%, reduzindo encaminhamentos para especialistas. | 81% | 82,06% |
| 7. Monitorar em tempo real 100% dos leitos hospitalares, exceto emergências*. | 25% | 36% |
| 8. Reduzir em 15% o tempo médio de internação em leitos clínicos contratualizados. | 9,6 dias | 9,24 dias (3,76%) |
| 9. Reduzir de 52 para 30 dias o tempo médio de espera para consulta com especialistas de pacientes classificados como alta prioridade**. | Vermelho: 40 dias, laranja: 53 dias | Vermelho: 35 dias, laranja: 35 dias |
| 10. Garantir que exames classificados como alta ou muito alta prioridade sejam realizados em 30 dias. | 0% | Indicador não está sendo monitorado, pois para isso, necessitamos de desenvolvimento do GERCON exames. |

FONTE: SMS

4.3 Pactuação Interfederativa - SISPACTO 2017

Quadro 3- Realizado das Metas - SISPACTO 2017

| Ação | Meta | Realizado 2017 |
|---|-----------------|-----------------------|
| 1- Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). | 372/ 100.000 | 384,27/100.00 |
| 2- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF-10 a 49 anos) investigados. | 100% | 72% |
| 3- Proporção de registro de óbitos com causa básica definida. | 96% | 94,12 |
| 4- Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade -Pentavalente (3º dose) Pneumocócica 10 -valente (2º dose), Poliomelite (3º dose) e Triplice Viral (1º dose) - com cobertura vacinal preconizada. | 25% | 0% |
| 5- Proporção de casos de doença de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação. | 75% | 92,9 |
| 6- Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. | 83% | 72 |
| 8- Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. | 550 | 596 |
| 9- Número de casos novos de aids em menores de 5 anos. | 4 | 8 |
| 10- Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. | 100% | 102,74 |
| 11- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária. | 0,35 | 0,34 |
| 12- Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária. | 0,25% | 0,11 |
| 13- Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar. | 50% | 49,17% |
| 14- Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos. | 12% | 13,23% |
| 15- Taxa de Mortalidade Infantil. | 9,2% | 8,9 |
| 16- Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência. | 6 | 5 |
| 17- Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica. | 70% | 63,2% |
| 18- Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF). | 55% | 59,91%. |
| 19- Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica. | 37% | 38,2% |

| | | |
|---|-------------|--------------------------------|
| 20- Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios no ano. | 100% | 100% |
| 21- Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica. | 1.800 | 2.893 |
| 23- Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. | 100% | 100% |
| Indicadores Estaduais | Meta | Realizado 2017 |
| 1- Proporção de cura de casos novos de tuberculose. | 56% | 56% |
| 2- Proporção de amostras de água com presença de Escherichia Coli, em Soluções Alternativas Coletivas | 15% | 0% (Nenhuma Amostra c/ E.coli) |
| 3- Proporção de óbitos por Acidentes de Trabalho investigados. | 100% | 100% |
| 4- Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionadas ao trabalho. | 25% | 24,90% |

FONTE: SMS

5 GESTÃO NA SAÚDE

5.1 Gestão do Trabalho em Saúde

Meta 51. Realizar dimensionamento de pessoal em 100% dos serviços hospitalares, vigilância em saúde, áreas de gestão e de apoio técnico administrativo.

Realizado dimensionamento nos serviços hospitalares englobando as áreas de enfermagem, médica e administrativa. Mesmo com a nova estrutura ainda não tendo sido publicada, o trabalho foi retomado, iniciando no Hospital de Pronto Socorro e Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas.

Meta 52. Implementar a Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS

Meta não foi atingida. Situação ainda carece de definições junto à gestão central da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, considerando o novo formato de discussões relativas a conteúdos funcionais. Destaca-se que o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho, recebeu retorno telefônico e por meio de resposta a questionário de monitoramento, da área de recursos humanos explicitando a situação, no sentido de mudança de gestão e de necessidade de instalação, se for o caso, de espaço de efetiva discussão, ficando satisfeito com as explicações concedidas no tocante aos entraves de implantação.

5.1.1 Quantitativo de Trabalhadores

Tabela 1- Servidores efetivos, por nível de cargo

| Cargos | Ano | | | | | |
|----------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|-------------|--------------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Nível Superior (NS) | 2.312 | 47,05 | 2.476 | 45,97 | -164 | -6,62 |
| Nível Médio (NM) | 2.113 | 43,00 | 2.347 | 43,58 | -234 | -9,97 |
| Nível Elementar (NE) | 489 | 9,95 | 563 | 10,45 | -74 | -13,14 |
| Total | 4.914 | 100,00 | 5.386 | 100,00 | -472 | -8,76 |

FONTE: Sistema ERGON.

Na tabela acima se verifica redução no total de servidores efetivos em 8,76% sendo que a redução atinge os três níveis de cargos evidenciando que a SMS está perdendo servidores sem conseguir reposição que trave a tendência de queda no quantitativo. No nível elementar a redução foi maior do que aquela verificada nos níveis superior e médio. Considerando que o nível elementar, envolve cargos para os quais não há provimento por Concurso Público há mais de 20 anos e as vacâncias começam a determinar situação de carência que deverá ser avaliada.

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

| Vínculo | Ano | | |
|---|------------|------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | Variação |
| | Nº | Nº | % |
| Cargos em Comissão | 30 | 30 | 0,00 |
| Contratos temporários (Lei Municipal nº 7.770/96) | 46 | 17 | 170,59 |
| Terceirizados | 758 | 832 | -8,89 |
| Total | 834 | 879 | -5,12 |

FONTE: Sistema ERGON, CGATA, HMIPV e HPS.

Errata: Em 2016, houve 17 contratos temporários e não 02 como constou, por terem sido relacionados aqueles constantes no terceiro quadrimestre 2016.

Na tabela acima, se verifica que o quantitativo de Cargos em Comissão permaneceu inalterado e o quantitativo de terceirizados reduziu 8,89% em relação a 2016.

Tabela 3- Quantitativo de trabalhadores da SMS, por esfera de gestão

| Esfera | Ano | | | | | |
|--------------|--------------|------------|--------------|------------|-------------|-------------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Municipal | 4.402 | 89 | 4.791 | 89 | -389 | -82,42 |
| Estadual | 348 | 7,56 | 407 | 7,56 | -59 | -12,50 |
| Federal | 164 | 3,49 | 188 | 3,49 | -24 | -5,08 |
| Total | 4.914 | 100 | 5.386 | 100 | -472 | -100 |

FONTES: Sistema ERGON.

A tabela acima consolida e amplia a compreensão do mecanismo da redução de pessoal apontada na tabela “Servidores efetivos, por nível de cargo”. A diminuição de pessoal está sendo alavancada pela vacância de servidores municipalizados sendo que, de 2016 a 2017, houve decréscimo de 27,27% enquanto os servidores municipais apresentaram redução de 8,12% demonstrando déficit crescente impactando o quantitativo total de pessoal.

Tabela 4- Comparativo do quantitativo da movimentação de pessoal, entre os anos 2017 e 2016

| Efetivo | Ano | | |
|---|------------|------------|---------------|
| | 2017 | 2016 | Variação |
| | Nº | Nº | % |
| Aposentadoria | 429 | 80 | 536,25 |
| Exoneração | 59 | 45 | -11,76 |
| Falecimento | 11 | 5 | -54,55 |
| Final de Cedência | 15 | 8 | -52,94 |
| Desmunicipalização | 24 | 4 | 600 |
| Demissão | 1 | 3 | 33,33 |
| Total de saídas | 539 | 145 | 371,72 |
| Total Ingressantes (concurso/nomeação) | 67 | 137 | -48,90 |

FONTES: Sistema ERGON

Na tabela acima se verifica que, no ano de 2017, houve o afastamento de 539 servidores, sendo que aposentadoria apresentou 429 servidores, representando 79,59% dos afastamentos. Exoneração vem a seguir, com 59 servidores, representando 10,94%. Falecimento, final de cedência, desmunicipalização e demissão respondem pelos 51 afastamentos restantes, com 9,47%. No ano de 2016, houve o afastamento de 145 servidores, sendo que aposentadoria apresentou 80 servidores, representando 55,17% dos afastamentos. Exoneração vem a seguir, com 45 servidores, representando 31,03%. Falecimento, final de cedência, desmunicipalização e demissão respondem pelos 20 afastamentos restantes, com 13,80%.

No tocante aos ingressos, em 2017 houve 67 (sessenta e sete) através de nomeação, sendo que os principais quantitativos ocorreram nos cargos de

Médico Especialista, Farmacêutico, Técnico em Enfermagem e Enfermeiro e as áreas que foram mais impactadas pelas nomeações foram HPS, CGSMU, CGAB e CGAE, em 2016 houve 137 (cento e trinta e sete) ingressos através de nomeação, sendo que os principais quantitativos ocorreram nos cargos de Auxiliar de Farmácia, Enfermeiro, Médico Especialista, Farmacêutico, Fonoaudiólogo, Técnico em Enfermagem e as áreas que foram mais impactadas pelas nomeações foram HPS, CGSMU, CGAB e CGAE.

Tabela 5- Comparativo dos afastamentos temporários de servidores, entre os anos 2016 e 2017

| Afastamento | Ano | | | | | |
|---|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Nº de servidores | Total (em dias) | Nº de servidores | Total (em dias) | Nº de servidores | Total (em dias) |
| LG - Licença-Gestante (120 dias) | 141 | 10.940 | 88 | 10.138 | 4 | 802 |
| BAS - Período Complementar LG (60 dias) | 96 | 4.860 | 81 | 4.829 | 15 | 31 |
| LAA - Licença Aguardando Aposentadoria | 679 | 29.670 | 261 | 15.057 | 418 | 14.613 |
| LAI - Licença Afastamento INSS | 14 | 18 | 0 | 0 | 14 | 18 |
| LAT - Licença Acidente de Trabalho | 199 | 3.679 | 119 | 6.154 | 80 | -2.475 |
| LTPF - Licença Tratamento Pessoa da Família | 549 | 8.218 | 498 | 7.516 | 51 | 702 |
| LTS - Licença Tratamento Saúde | 1.609 | 62.110 | 1.724 | 71.052 | -115 | -8.942 |
| LTI - Licença Para Tratamento de Interesses | 8 | 4.534 | 4 | 4.658 | 4 | -124 |
| Total de afastamentos | 3.246 | 124.029 | 2.775 | 119.404 | 471 | 4.625 |

FONTE:: Sistema ERGON

Errata: No ano de 2016, o total de dias da Licença Aguardando Aposentadoria foi de 15.057 e não 63.224 como constou.

➤ Licença Gestante (LG): constatou-se que houve aumento no afastamento de 2016 para 2017, com total de 10.940 dias em 2017 sendo que os cargos que responderam por 80% do afastamento foram: Médico Especialista, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem sendo que as áreas mais afetadas foram: CGAB, CGAE, HPS, HMIPV.

➤ Período Complementar de LG (BAS): apresentou aumento no quantitativo de dias de 2016 a 2017. Foram 4.860 dias de afastamento sendo que 80% do total correspondem a afastamentos nos cargos de Médico Especialista, Técnico em Enfermagem e Enfermeiro sendo as áreas mais afetadas: HPS, HMIPV, CGAB

e CGAE O Período Complementar está diretamente relacionado à LG sendo um prosseguimento desta.

➤ Licença Aguardando Aposentadoria (LAA): apresentou aumento no total de dias de afastamento, passando de 15.057 dias (261 servidores) em 2016 para 29.670 dias em 2017(679 servidores). Os cargos que responderam por 80% ou mais dos afastamentos foram: Médico Especialista, Médico Clínico-Geral, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem e as áreas mais afetadas foram: HPS e CGSMU. Em 2017 nota-se aumento no número de dias e de servidores. Um fator que podemos apontar como importante foi à incorporação das Gratificações GIQ Atenção e GIQ Gestão, as quais necessitavam de percepção por 5 anos consecutivos (desde agosto de 2011) para incorporação aos proventos e, assim, sendo, servidores que já poderiam ter aposentado nos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016 aguardaram e acabaram aumentando o quantitativo de servidores entrando em LAA. Em função de possíveis alterações nas regras de aposentadoria, pode-se inferir que há probabilidade de haver um aumento pontual concentrado em determinado período afetando os serviços em saúde e demandando reposições emergenciais para não comprometer a execução de atividades essenciais.

➤ Licença de Acidente de Trabalho (LAT): de 2016 a 2017 houve aumento na quantidade de servidores, passando de 119 para 199, mas houve redução na quantidade de dias afastados, passando de 6.154 para 3.679.

➤ Licença para Tratamento de Pessoa da Família (LTPF): houve aumento na quantidade de servidores em afastamento e no total de dias afastados. Em 2016 encontramos 498 servidores que apresentaram o afastamento, quanto ao total de dias, em 2016, foi de 7.516 e em 2017 de 8.218. Os cargos que apresentaram maior impacto foram Assistente Administrativo, Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Enfermagem, Enfermeiro, Médico Especialista, Médico Clínico-Geral, Cirurgião-Dentista, Farmacêutico respondendo por percentual aproximado de 80% do total dos afastamentos e as áreas mais afetadas foram HPS, CGSMU, CGAB e CGAE.

➤ Licença para Tratamento de Saúde (LTS): houve redução, tanto na quantidade de servidores quanto no total de dias afastados. Em 2016, houve

1.724 servidores que apresentaram ocorrências relacionadas à LTS, em 2017 reduziu para 1.609. Quanto à quantidade de dias, em 2016 foram 71.052 dias, em 2017, 62.110 dias. Os cargos mais afetados foram Auxiliar de Enfermagem, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Médico Especialista, Médico Clínico-Geral, Motorista, Psicólogo com percentual aproximado de 80% do total de dias de afastamento; sendo as áreas mais impactadas HPS, HMIPV, CGAB e CGSMU. As causas dos afastamentos poderiam ser pesquisadas junto à GSSM e PREVIMPA de modo que fosse possível verificar quais as patologias que estão afetando mais os servidores e motivando os afastamentos a fim de que a Prefeitura estudasse formas de atuar na prevenção junto aos servidores.

➤ Licença para Tratamento de Interesses (LTI): Em 2016 houve 4 servidores com 4.658 dias de afastamento, em 2017, 8 servidores com 4.534 dias de afastamento. Os cargos afetados foram Assistente Administrativo, Enfermeiro, Físico e Médico Especialista, afetando CGAB, CGAE, CGSMU e CGVS.

Tabela 6- Conclusão das delimitações

| Conclusão | Ano | | Variação |
|--|-----------|-----------|---------------|
| | 2017 | 2016 | |
| | Nº | Nº | % |
| Apto | 4 | 2 | 100,00 |
| Delimitação Permanente | 9 | 9 | 0,00 |
| Delimitação Temporária | 21 | 6 | 250,00 |
| Amplia, modifica ou mantém delimitação/readaptação | 2 | 1 | 100,00 |
| Readaptação | 1 | 3 | -66,67 |
| Outros | 1 | 1 | 0,00 |
| Total | 38 | 22 | -34,48 |

FONTE: GEAF/SMA

Salienta-se que a área de recursos humanos tem procurado participar ativamente das reuniões técnicas que deliberam as delimitações, no intuito de qualificar a inserção adequada do servidor quer no ambiente original de lotação, com as mudanças devidas, se for o caso, quer em novo local caso a indicação demande tal alteração.

5.1.2 Acompanhamento Funcional

Eixo de Acompanhamento de Pessoal

Acompanhamento Funcional é uma modalidade de atendimento ao trabalhador que constitui um espaço de escuta, desenvolvimento, problematização, contextualização e busca conjunta de alternativas para as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho. Busca estimular o protagonismo do trabalhador, qualificar as relações e a organização do trabalho, viabilizar o acesso à rede de serviços e promover a saúde e segurança no trabalho.

O quadro a seguir trás dados dos atendimentos realizados durante o ano de 2017, referentes aos acompanhamentos funcionais de servidores da SMS, estes dados somente foram apresentados a partir de 2017.

Tabela 7- Dados gerais referentes aos acompanhamentos funcionais de servidores da SMS

| Acompanhamento Funcional | 2017 |
|--|-------------|
| AF que foram abertos ou reabertos no período | 58 |
| AF que foram encerrados no período | 67 |
| AF que foram abertos/reabertos e encerrados no período | 27 |
| AF que seguem em acompanhamento atualmente | 50 |
| Total de AF realizados no período | 151 |

FONTE: GEAF/SMPG

Recebemos servidores que nos buscam espontaneamente ou são encaminhados por suas chefias e áreas de RH por diferentes motivos e outros que a Gerência de Acompanhamento Funcional (GEAF) disponibiliza atendimento, em razão do estágio probatório.

Abaixo, a tabela demonstra os motivos de encaminhamento e em seguida por cargo.

Vale destacar que o mesmo servidor pode ser encaminhado ou buscar atendimento por mais de um motivo, portanto o número de motivos supera o de servidores acompanhados no período.

Tabela 8- Motivos relacionados aos Acompanhamentos Funcionais Individuais realizados em 2017:

| Motivo | 2017 | 2016 | % |
|---|-----------|------------|---------------|
| | Nº | Nº | |
| Abandono de cargo | 1 | 0 | 100,00 |
| Acompanhamento de avaliação de estágio probatório | 3 | 2 | 50,00 |
| Acompanhamento de processos de avaliação laboral | 1 | 2 | -50,00 |
| Assédio moral ou sexual | 3 | 6 | -50,00 |
| Atrasos não justificados | 5 | | 500,00 |
| Baixa pontuação em avaliação de estágio | 20 | 27 | -25,93 |
| Busca de informações ou outros serviços | 7 | 11 | -36,36 |
| Comportamento inadequado | 6 | 7 | -14,29 |
| Desmotivação, sobrecarga de trabalho ou estresse | 11 | 12 | -8,33 |
| Dificuldade de relacionamento – público/usuário | | 1 | -100,00 |
| Dificuldades de relacionamento com chefia | 24 | 25 | -4,00 |
| Dificuldades de relacionamento com colega | 6 | 13 | -53,85 |
| Dificuldades em realizar as atribuições do cargo | 16 | 11 | 45,45 |
| Discordância em avaliação de estágio probatório | 7 | 7 | 0,00 |
| Faltas não justificadas | 1 | | 100,00 |
| Movimentação | 5 | 16 | -68,75 |
| Outros motivos | 8 | 5 | 60,00 |
| Problemas pessoais | 10 | 5 | 100,00 |
| Queixas sobre o local de trabalho | 5 | 5 | 0,00 |
| Retorno ao trabalho | 1 | 1 | 0,00 |
| Sufrimento psíquico | 9 | 6 | 50,00 |
| Total de acompanhamentos no período | 94 | 118 | -20,34 |
| Total de servidores atendidos | 87 | 102 | -14,71 |

FONTE: GEAF/PMPA.

Assessoria a Gestores e Avaliadores de estágio probatório

Assessoramento a gestores da administração centralizada quanto à gestão de pessoas, buscando promover a qualificação do gerenciamento das áreas de trabalho.

5.1.3 Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família - IMESF

Tabela 9- Comparativo de Empregado Público, por nível de cargo entre os anos 2017 e 2016

| Cargos | Ano | | | | | |
|----------------------|--------------|-------|--------------|-------|-----------|-------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Nível Superior (NS) | 361 | 20,58 | 345 | 19,89 | 16 | 4,43 |
| Nível Médio (NM) | 436 | 24,86 | 425 | 24,50 | 11 | 2,52 |
| Nível Elementar (NE) | 957 | 54,56 | 964 | 55,59 | -7 | -0,74 |
| Total | 1.754 | | 1.734 | | 20 | |

FONTE: Sistema WinDP- IMESF.

Observa-se o aumento na admissão de 20 empregados públicos do IMESF no ano de 2017 em comparação ao ano de 2016. Considerando uma diminuição de 07 trabalhadores com formação no nível elementar.

Tabela 10- Comparativo do quantitativo dos Cargos em Comissão, Contratos Temporários (Lei 11.062), Estratégia de Saúde da Família e Terceirizados, entre os anos 2017 e 2016

| Vínculo | Ano | | |
|--|-------------|--------------|-------------|
| | 2017 | 2016 | Variação |
| | Nº | Nº | % |
| Cargos em Comissão | 3 | 3 | 0,00 |
| Contratos temporários (Lei Municipal nº 11.062/2011) | 14 | 7 | 50,00 |
| Empregados Públicos- IMESF | 1740 | 1.734 | 0,35 |
| Médicos do PMM e PROVAB | 107 | 105 | 1,90 |
| Terceirizados | 86 | 86 | 0,00 |
| Total | 1950 | 1.935 | 0,77 |

FONTE: Sistema WinDP-IMESF e Setor de Contratos-IMESF.

Observa-se a variação de 0,77% gerando aumento de 15 trabalhadores no ano de 2017, aumento mais significativo nos contratos temporários.

Tabela 11- Comparativo do quantitativo de movimentação de profissionais do IMESF ingressantes/afastamentos permanentes, por Gerência Distrital, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | | | | |
|--------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Nº | Nº | Nº | Nº | % | % |
| | Ingressantes | Afastamento | Ingressantes | Afastamento | Ingressantes | Afastamento |
| Centro | 10 | 14 | 03 | 14 | 70,00 | 0,00 |
| GCC | 42 | 42 | 32 | 38 | 23,80 | 9,52 |
| LENO | 19 | 44 | 17 | 42 | 10,52 | 4,54 |
| NEB | 10 | 53 | 20 | 41 | -50,00 | 22,64 |
| NHNI | 07 | 22 | 26 | 20 | 73,07 | 4,54 |
| PLP | 36 | 56 | 44 | 38 | 18,18 | 32,14 |
| RES | 32 | 26 | 16 | 25 | 50,00 | 3,84 |
| SCS | 20 | 21 | 20 | 28 | 0,00 | 25,00 |
| Sede Adm. | 02 | 02 | 03 | 01 | 33,33 | 33,33 |
| CGVS | 00 | 06 | 00 | 01 | 00 | 83,33 |
| Total | 178 | 286 | 181 | 248 | | |

FONTE: RH- IMESF.

Tabela 12- Comparativo do quantitativo de afastamentos definitivos de servidores, entre os anos 2016 e 2017

| Efetivo | Ano | | |
|-------------------------------|------------|-----------|--------------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| | Nº | Nº | % |
| Aposentadoria (por invalidez) | 04* | 07 * | -42,86 |
| Exoneração | 02 | 01 | 50,00 |
| Falecimento | 02 | 04 | -50,00 |
| Demissão | 131 | 56 | 133,92 |
| Total | 135 | 68 | 98,52 |

FONTE: Sistema WinDP-IMESF.

Considera-se aposentadoria por invalidez. Observa-se um crescimento significativo nas demissões em 2017, representando 133,92% de aumento.

Tabela 13- Comparativo do quantitativo dos afastamentos temporários de servidores, entre os anos 2017 e 2016

| Afastamento | Ano | | | | Varição | |
|---|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| | 2017 | | 2016 | | Nº de ser-vidores | Total (em dias) |
| | Nº de ser-vidores | Total (em dias) | Nº de ser-vidores | Total (em dias) | | |
| LG - Licença-Gestante (120 dias) | 73 | 6.793 | 73 | 6.487 | 0 | 4,71 |
| BAS - Período Complementar LG (60 dias) | 69 | 3.519 | 64 | 3.216 | 7,81 | 9,42 |
| LAA - Licença Aguardando Aposentadoria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| LAI - Licença Afastamento INSS | 176 | 24.714 | 151 | 20.732 | 16,55 | 19,20 |
| LAT - Licença Acidente de Trabalho | 16 | 2.547 | 22 | 3.008 | -37,5 | -18,09 |
| LTPF - Licença Tratamento Pessoa da Família | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| LTS - Licença Tratamento Saúde | 3 | 618 | 2 | 417 | 50,00 | 48,20 |
| LTI - Licença Para Tratamento de Interesses | 0 | 0 | 1 | 216 | | |
| LP – Licença Paternidade (20 dias) | 8 | 156 | 3 | 60 | 166,00 | 160,00 |
| Cedência para sindicato | 1 | 243 | 0 | 0 | | |
| Aposentadoria por invalidez | 4 | 1.456 | 4 | 984 | 0 | 47,96 |
| Rescisão Indireta | 2 | 728 | 2 | 598 | 0 | 21,73 |
| Total de afastamentos | 352 | 40.774 | 322 | 35.718 | 9,31 | 14,15 |

FONTE: Sistema WinDP- IMESF.

Observa-se aumento tanto em número de servidores como em dias de afastamento no ano de 2017. Contudo, as Licenças por acidente de trabalho apresentaram uma redução de 37,5% no número de trabalhadores afastados.

5.1.4 Educação Permanente em Saúde

Meta 50. Implementar a política de educação permanente através da certificação de 50% dos Núcleos de Educação Permanente preconizados.

A meta foi atingida, pois os núcleos preconizados mantém atividade regular de funcionamento.

Para certificação dos Núcleos de Educação, a Comissão Permanente de Ensino e Serviço estabeleceu critérios de avaliação tendo como base os Núcleos de Educação já constituídos como unidades de Trabalho. Os Núcleos avaliados são os seguintes: Assessoria de Ensino e Pesquisa – ASSEP (HMIPV), Direção Científica HPS, NEP SAMU e NEP Vigilância em Saúde. No ano de 2017 foi publicada a Normativa, 04/2017 que estabelece critérios para afastamentos dos servidores da SMS em atividades de aperfeiçoamento profissional externas a PMPA.

Comissão Permanente de Ensino e Serviço – CEPS

Ao longo do ano de 2017, a Comissão Permanente de Ensino em Serviço (CPES) manteve o seu funcionamento, como instância de coordenação das ações de qualificação profissional e de integração ensino e serviço da SMS, com reuniões mensais.

Eixo Integração Ensino e Serviço

No âmbito da integração ensino e serviço, a CPES analisou as solicitações das Instituições de Ensino e encaminhou uma série de ações, entre as quais cabe destacar:

➤ Mudança de território da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (REMIS) da UFCSPA com o Hospital Santa Casa: considerando a importância da integração entre as atividades de graduação, de pós-graduação e de residência nos territórios de referência para as ações de ensino em serviço, a CPES manifestou-se favoravelmente à transferência de todas as atividades de pós-graduação, incluindo os Programas de Residência Médica e de Residência Multiprofissional, para o Distrito Docente Assistencial Norte/Eixo-Baltazar (DDA NEB);

➤ Solicitação da UNIRITTER, Campus FAPA, de campo de estágio na GD LENO: A CPES aprovou a GD LENO como território subsidiário para a UNIRITTER, Campus da zona leste/nordeste da cidade (FAPA), mantendo a GD SCS como Distrito Docente Assistência (DDA) da UNIRITTER e estabelecendo que o curso de medicina veterinária, que ocorre somente no campus FAPA da instituição, deverá desenvolver atividades na GD SCS, e que a GD LENO atenderá as demandas da UNIRITTER depois de atendida a programação dos estágios da PUC.

➤ Proposta de Convênio com a Clínica Escola de Psicologia da UNIRITTER: a CPES discutiu a minuta de convênio visando a formalização da relação da Clínica Escola com a rede assistencial do Município com o objetivo de articular o processo de formação clínica dos alunos do curso de graduação em Psicologia à luz dos princípios e diretrizes gerais do SUS e das diretrizes específicas da saúde mental. Com a proposta, ao invés do atendimento indiscriminado das pessoas que acorrem espontaneamente à Clínica Escola, a demanda seria organizada em consonância com a RAPS, a área técnica da saúde mental da SMS e a assistência em saúde mental da GD SCS. A minuta foi apresentada para início da discussão com a UNIRITTER, enquanto segue, paralelamente, a discussão com a Coordenação de Saúde Mental e com o Conselho Municipal de Saúde, que entendeu necessário analisar a proposta de convênio nos âmbitos da Comissão de Saúde Mental e do Núcleo Coordenador do Conselho, para o aprofundamento da discussão e posicionamento acerca do assunto.

➤ Certificação pela UFRGS para supervisão nos cenários de prática da SMS a partir de 2018: Em dezembro, a ED ultimou com a UFRGS os procedimentos para a emissão de certificados relativos à supervisão de campo de atividades de ensino de graduação, realizada pelos servidores da SMS e do IMESF nos cenários de prática da Secretaria. As informações que constarão no certificado estão em consonância com os critérios considerados pela Administração para fins de Progressão Funcional (sendo que atualmente apenas a preceptoria de residência está sendo computada para Progressão). A conclusão deste processo com a UFRGS servirá de subsídio para o processo

de certificação das demais instituições de ensino.

➤ Projetos Aplicativos dos cursos do Sírio Libanês: Foram apresentados na CPES os dois Projetos Aplicativos desenvolvidos no Curso de Especialização em Preceptoria no SUS, vinculado ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, intitulados “*Projeto de qualificação da integração ensino-serviço do Distrito Docente-Assistencial da UFRGS nas Gerências Distritais Centro e Glória/Cruzeiro/Cristal*”, e “Fortalecimento da articulação entre gestão, instituição de ensino PUCRS e serviços da atenção primária nas gerências distritais Leste/Nordeste e Partenon/Lomba do Pinheiro para qualificação da preceptoria”. Os projetos aportam referências importantes para o aperfeiçoamento e qualificação do trabalho de preceptoria desempenhado pelos funcionários da SMS e do IMESF. As recomendações destes Projetos Aplicativos, que visam valorizar, qualificar e empoderar a função de preceptoria no processo de integração ensino e serviço, serão difundidas para o conjunto das Gerências Distritais e para toda a rede de Atenção Básica do Município.

➤ Cooperações Técnicas: Foram assinados dois Termos de Cooperação Técnica (TCT) em 2017. Além desse, outros dez processos de solicitação de Cooperação Técnica seguiam em tramitação. Durante o ano, a SMS manteve Cooperação Técnica com 37 instituições formadoras.

Nova sistemática para a formalização da solicitação de campo:

Desde janeiro as solicitações de campo para atividades de ensino de pós-graduação (Especialização e Residência) passaram a ser formalizadas através do FORMSUS. Embora o encaminhamento das solicitações pelo FORMSUS não signifique uma mudança no fluxo e nos prazos do processo (que continua dependendo da coleta das assinaturas e da entrega do formulário impresso), a consolidação da captação eletrônica dos dados por esta via demonstrou-se exitosa, possibilitando maior agilidade no acesso às informações de alunos em campo e a emissão de relatórios mais completos e precisos. A captação eletrônica das solicitações de campo pelos residentes também tornou possível manter o fluxo estabelecido em conjunto com a CGAB para encaminhamento de informações dos residentes com permanência

mínima de 03 meses na Secretaria, para cadastro no CNES, com vista à computação de produtividade. No segundo semestre de 2017 foi elaborado o formulário FORMSUS para o ingresso de alunos de graduação e de nível técnico nos cenários de prática da SMS e implantado a partir de 11/12/2017, buscando trazer para a gestão das atividades de ensino técnico e de graduação os avanços já obtidos na gestão das atividades de ensino de pós-graduação.

No segundo semestre a ED iniciou diálogo com a Gerência de TI da SMS e a PROCEMPA para avaliar a possibilidade de desenvolvimento de sistema informatizado para o fluxo de solicitações de estágio na rede de serviços de saúde do Município. O tema está sob análise da PROCEMPA, que avalia os requerimentos técnicos e custos correspondentes ao desenvolvimento do sistema.

Distritos Docentes Assistenciais (DDAs)

Em 2017, três Distritos Docentes Assistenciais (DDAs) mantiveram o funcionamento das suas Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL) – o DDA GGC/Centro, em parceria com a UFRGS; o DDA Sul/Centro-Sul, em parceria com a UNI; e o DDA NHNI, em parceria com o IPA. Por outro lado, dois DDAs tiveram dificuldades para manter o funcionamento destas Comissões – o Distrito LENO/PLP, em parceria com a PUC; e o NEB, em parceria com a UFCSPA – em decorrência de mudanças nas Instituições de Ensino. No entanto, é importante assinalar que todos eles seguiram acompanhando a inserção de alunos de cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação nos territórios e organizando as ações de ensino em serviço. Também cabe destacar que a GD Restinga/Extremo-Sul (RES) ainda não se constituiu como um DDA, pois não tem um nível de atividade de ensino em serviço que sustente o funcionamento da CGAL. No entanto, a Gerência continua administrando, junto com a FADERGS, que é a instituição de ensino de referência para o território, a inserção dos alunos nos serviços.

No DDA GCC e Centro foram realizadas atividades de Familiarização da UFRGS em dois momentos: no início do primeiro e do segundo semestre. Esta é uma atividade realizada com o objetivo de apresentar o território e os

serviços das Gerências Distritais para alunos, professores, servidores da SMS e usuários. O DDA com a UFRGS também realizou, no dia 08 de dezembro, a Mostra Práticas Integradas em Saúde I - Relatório de vivência interdisciplinar, atividade onde foram apresentadas as vivências realizadas pelos integrantes da Disciplina Integradora Práticas Integradas em Saúde I durante este semestre.

Ao mesmo tempo em que esta avaliação demonstra a consolidação dos DDAs, não podemos deixar de considerar duas deficiências da rede assistencial, que já foram apontadas no RAG 2016 e que se mantiveram ou se acentuaram ao longo do ano de 2017, dificultando o avanço do processo de transformação da rede assistencial em uma efetiva “rede escola”:

- Estrutura e ambiência: as condições de muitos serviços continuam inadequadas (falta de salas para reuniões e atividades de grupo, de consultórios para atendimentos, de equipamentos de informática, etc.), colocando-se como um obstáculo para a ampliação e qualificação das ações de ensino em serviço;
- Dimensionamento de pessoal dos serviços: vários serviços e equipes não apresentam dimensionamento de pessoal adequado para possibilitar um acolhimento qualificado das atividades de ensino e das questões pedagógicas, sendo que em algumas áreas de atuação não existem profissionais disponíveis ou são em número insuficiente em vários cenários de prática, o que inviabiliza a entrada de alunos dessas formações nos seus DDAs. Esta realidade é mais notória nas áreas de Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Educação Física, Terapia Ocupacional. Esse quadro tem se acentuado devido à crescente restrição de pessoal na Secretaria em decorrência de aposentadorias e de outros afastamentos não repostos, implicando em dificuldades adicionais para a abertura de campos para estágios e práticas curriculares nos serviços, com prejuízo para o desenvolvimento das ações de integração ensino e serviço.

Por fim, cabe acrescentar três situações problemáticas, já presentes anteriormente, mas que se acentuaram neste último ano:

- Alguns campos de práticas já apresentam um quadro de saturação de alunos, exigindo que a CPES comece a discutir alguns critérios para a

priorização de instituições e de atividades, junto com medidas para a racionalização da utilização dos campos.

- A participação do Controle Social nos DDAs tem sido bastante diferenciada, sendo muito efetiva em alguns territórios, mas pouco presente em outros.
- A questão da violência ganhou importância na agenda de discussão dos diferentes DDAs, em decorrência de situações dessa natureza ocorridas nos territórios, com impacto nas ações de integração ensino, serviço e comunidade, indicando a necessidade de incluir as instituições de ensino e as CGALs nas discussões do Projeto Acesso Mais Seguro.

Tabela 14- Síntese do quantitativo das ações nas diferentes modalidades de ensino no cenário de prática da SMS

| Programa | 2017 | | 2016 | | Variação | |
|---|--------------|------------|--------------|------------|------------|-------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Estágios Remunerados | 1.318 | 18,42 | 1.149 | 17,01 | 169 | 17,71 |
| Estágios Não Remunerados | 947 | 13,23 | 610 | 9,03 | 337 | 55,25 |
| Observação Orientada, Prática Curricular e Estágio na ESF | 3.975 | 55,55 | 4.056 | 60,04 | -81 | -2 |
| Especialização e Residências Externas e Próprias | 916 | 12,8 | 940 | 13,92 | -24 | -2,55 |
| Total | 7.156 | 100 | 6.755 | 100 | 401 | 5,94 |

O total de 7.156 passagens de estudantes na SMS, ocorrido no último ano, divide-se em 6.240 alunos dos níveis de ensino técnico e graduação, nas modalidades de estágios, observação orientada e prática curricular e em 916 de estudantes de pós-graduação em especialização ou residência. Estes números apresentam uma pequena variação (5,94%) em relação aos de 2016, sendo a mais significativa a referente ao número de estágios não remunerados (55,25%), que passou de 610 em 2016 para 947 em 2017. Apesar de menor, também se destaca o aumento de 14,71% dos estágios remunerados. A entrada dos alunos nos campos de prática da Secretaria é formalizada através dos Planos de Atividades de Ensino e Termos de Compromisso, gerenciado pela Equipe de Desenvolvimento do CGADSS, e pela Solicitação de Estágio e Termo de Compromisso de Estágio, gerenciado pela Equipe de Estágios do CGADSS em parceria com a Secretaria de Planejamento e Gestão.

Reformas Com Recursos Do Pró-Saúde

Outro avanço relevante a ser destacado é referente ao encaminhamento das obras de reforma com os recursos do PRÓ-SAÚDE: a US São Pedro, na GD PLP, já foi concluída, e as demais (Auditório do CS Murialdo; US Nova Brasília; US Sarandi; Auditório do CS IAPI; US Primeiro de Maio; US Vila Cruzeiro), que envolvem um recurso de mais de R\$ 2.000.000,00 já estão em estado avançado, com previsão para conclusão no início de 2018.

Residências Próprias

Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde são modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu, cada vez mais importantes para a formação dos profissionais capacitados para enfrentar as dificuldades da implantação/organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Progressivamente a SMS tem investido na criação e ampliação de programas de residência, a partir dos cenários de prática que são referências amplamente reconhecidas nas suas respectivas áreas de atuação. Atualmente, a Secretaria conta com os seguintes programas de residência própria, sendo alguns em parceria com outras instituições formadoras:

➤ No HPS: conta hoje com 63 residentes, sendo 30 da Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência-PRIMURGE (com 8 enfermagem, 8 fisioterapia, 8 nutrição e 6 serviço social), 25 dos Programas de residência Médica (16 emergencistas e 9 da cirurgia geral/trauma) e 8 do Programa de residência em Psicologia Hospitalar. Ao longo de 2017, além das atividades de trocas de conhecimento entre os residentes, foram realizadas atividades que envolveram os servidores e outros profissionais, como a III Jornada Multiprofissionais realizada em dois momentos (um dia no HPS e outro no IPA) e que vem se consolidando pela qualidade de organização. Também deve ser destacada a aproximação cada vez maior entre a Residência da Medicina e as demais residências, que fortalece os momentos teóricos e principalmente os espaços de prática. Cabe ainda destacar que a Residência em Medicina de Emergência, que teve início em 01/01/96, foi credenciada pela

Comissão Nacional de Residência Médica e passou a contar com bolsas do Ministério da Educação. A Residência Multiprofissional-PRIMURGE ampliou de 2 para 4 o número de Residentes R1 de Serviço Social, com bolsas do Ministério da Saúde; e a Residência em Psicologia Hospitalar foi mantida no ano de 2017 com 4 bolsas com recursos próprios do HPS.

➤ No HMIPV: atualmente conta com 74 residentes, sendo: 20 residentes de Ginecologia e Obstetrícia (6 R1, 5 R2, 6 R3 e 3 R4); 22 residentes de Pediatria (11 R1 e 11 R2); 14 residentes Psiquiatria Geral (5 R1, 4 R2 e 5 R3); e 18 da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança – Violência e Vulnerabilidade (9 R1 e 9 R2, sendo 3 da Enfermagem, 3 da Fisioterapia, 4 da Fonoaudiologia, 4 da Psicologia e 4 do Serviço Social). Os Programas de Residência Médica (PRM) passaram a fazer parte do escopo do HMIPV desde a década de 1970, ainda sob a gestão do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Na década de 1990, com a cedência do hospital para o Ministério da Educação e Cultura e posteriormente ao Ministério da Saúde e à Secretaria Estadual de Saúde, esses programas de residência passaram à co-gestão entre a instituição federal de ensino e a equipe técnica do Hospital. Com o fim da administração do HMIPV pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, em 1995, o hospital passou a ser gerenciado pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e HMIPV e nada foi alterado em relação aos aspectos legais de funcionamento das residências no HMIPV. Mantém-se a COREME, que tem regimento próprio e reuniões mensais, sob a coordenação e composição de médicos preceptores lotados no respectivo hospital. Quando o HMIPV passou para a gestão municipal, em 2000, as bolsas continuaram sendo vinculadas ao Ministério da Educação e Cultura, através da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Em 2014, o Hospital criou, em parceria com a UFRGS, a Residência Multiprofissional em Saúde da Criança – Violência e Vulnerabilidade com a finalidade promover a especialização dos profissionais no desenvolvimento de suas competências para atuar no SUS com ética e humanismo.

➤ Na CGVS: a Residência Integrada em Saúde Vigilância em Saúde, desenvolvido em parceria com a ESP, está no 4º ano e segue sendo o único

Programa de Residência no Brasil com a proposta de formação nas quatro áreas da vigilância (sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador) e em gestão da vigilância. O Programa de Residência Vigilância em Saúde contou com 11 residentes de primeiro ano, alocados nas diversas equipes da CGVS: Ambiental, Saúde do Trabalhador, Vigilância de Alimentos, Roedores e Vetores, Qualidade da Água, Doenças Transmissíveis e Imunizações, Vigilância de Serviços, Eventos Vitais e Doenças Não Transmissíveis. As atividades práticas foram realizadas nas Equipes da CGVS, acima referidas, e as teóricas em parte na ESP e em parte na CGVS (epidemiologia, segurança do paciente, controle de infecção, bioestatística e outras). Como em outros anos, os R1s apresentaram seminários tratando de temas que vivenciavam nas equipes, tendo feito a revisão de literatura e da legislação vigente. Cada Seminário contou com debatedor externo à CGVS que muito contribuiu para o debate e para a crítica das práticas adotadas na Vigilância de Porto Alegre. No próximo ano está previsto o ingresso de 15 residentes no Programa.

➤ Por fim, é importante destacar que no final do ano de 2017, a SMS teve autorizada a abertura de um novo Programa de Residência na SMS – o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) –, com a oferta de 20 vagas. Esse Programa deve enriquecer e fortalecer o papel do SUS na formação de recursos humanos da área da saúde, com efeitos positivos para a rede de serviços e para a estratégia de atenção primária em saúde.

Eixo Qualificação Profissional

No presente relatório constam as capacitações promovidas pelas diferentes áreas da SMS, IMESF e Escola de Gestão Pública/SMPG, bem como a liberação dos servidores para participação de eventos técnicos de qualificação e formação profissional ocorridas ao longo de 2017.

As ações de qualificação profissional promovidas pela Equipe de Desenvolvimento e os Núcleos de Educação Permanente - NEP ocorreram em conformidade com o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e de acordo com a Programação Anual de Saúde 2017.

Nas atividades propostas pela Equipe de Desenvolvimento e demais Núcleos de Educação buscou-se avançar na qualificação das metodologias utilizadas baseando-se na problematização da realidade como principal disparador para a análise das práxis em saúde pelos diferentes atores envolvidos (trabalhadores, gestão e controle social).

Entre as ações realizadas no período pode-se destacar:

- Rede de RH: Ao longo do ano os encontros abordaram assuntos relacionados a gestão de recursos humanos da SMS. Esse espaço tem se consolidado como um espaço de discussão, alinhamento e qualificação das práticas, normas e fluxos para os diversos componentes da área de recursos humanos que atuam na SMS. Com a realização da atividade percebe-se uma melhora na comunicação e integração entre os membros da rede bem como compreensão das ações, necessidade e dificuldades encontradas na área. Os encontros têm possibilitado uma constante avaliação e reavaliação das orientações e fluxos com base nas necessidades e contribuições dos serviços.
- Cursos de Especialização: conclusão dos cursos de especialização em Preceptoria Médica, Preceptoria no SUS, Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente e Vigilância em Saúde promovidos pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL), em parceria com o Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. Ainda cabe destacar a conclusão do curso Especialização em Processos Educacionais em Saúde que formou três especialistas que atuam junto aos Núcleos de Educação Permanente.
- Parceria com a Escola de Gestão Pública – EGP: Dando continuidade ao desenvolvimento das lideranças da SMS, em parceria com a Escola de Gestão Pública realizou-se a sensibilização dos gestores da secretaria para a importância da participação e liberação dos gestores para realizarem as capacitações ofertadas. Na ocasião também foi realizada apresentação da nova Matriz de Lideranças da Prefeitura de Porto Alegre. Dentro dessa proposta e buscando atender as particularidades da SMS ofertou-se em turma fechada para a secretaria o curso Contexto da Administração Pública: Aspectos Jurídicos. Nesse ano a EGP ofertou formação em: Desenvolvimento de Equipes, *Noções básicas de Gestão Pública e Gestão de Projetos*, bem como a

palestra O Mundo em Transformação e o Impacto nas Pessoas.

- Língua Brasileira de Sinais: Libras (Libras): ofertou-se o módulo básico de Libras para servidores que atuam no atendimento à população. O projeto abrange outras secretarias e deve ter continuidade em 2018, visto que buscasse uma formação em Libras para esses servidores.
- Gestão de Risco de Violência: em parceria com a Atenção primária em saúde o NEP HMIPV iniciou-se o trabalho com a Equipe de Pediatria do Hospital HMIPV buscando instrumentalizar a equipe para a construção de plano de comportamentos seguros a fim de reduzir o impacto da violência nos trabalhadores. Essa atividade terá continuidade no ano de 2018.

Tabela 15- Comparativo das capacitações, afastamentos e liberação para estudo de Servidores da SMS e IMESF, entre os anos 2017 e 2016

| Capacitações/Afastamentos/Liberação | Ano | | | | | |
|--|---------------|----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Servidor | Horas | Servidor | Horas | Servidor | Horas |
| Capacitações SMS + IMESF | 15.301 | 98.586 | 20.357 | 122.230 | -24,84% | -19,34% |
| Capacitações EGP e AQVSM/SMA | 246 | 1.436 | 2.181 | 9.223 | -88,72% | -84,43% |
| Afastamentos para qualificação profissional | 866 | 18.364 | 695 | 22.604 | 24,60% | -18,76% |
| Liberação de servidores para estudo em horário de trabalho | 355 | 41.020 | 330 | 25.113 | 7,58% | 63,34% |
| Total | 16.768 | 159.406 | 23.563 | 179.170 | -28,83% | -11,03% |

FONTE: Registros NEP e setores/SMS, IMESF, EGP/SMA e AQVSM/SMA

Ao analisar a tabela acima, observa-se uma diminuição no número de horas e de servidores nos eventos realizados tanto pela SMS/IMESF e Escola de Gestão Pública quando comparado com o ano anterior. Por se tratar do primeiro ano da atual gestão, acreditasse que o fato deu-se em função da estruturação do novo governo, novas diretrizes e adequação dos processos as novas propostas de trabalho.

Referente aos afastamentos para qualificação profissional houve um aumento de servidores participando de atividades de qualificação profissional fora da PMPA, mas com um quantitativo de horas menor, ou seja, mais servidores participando de eventos com carga horária menor que em 2016.

Em relação à liberação de servidores para estudo em horário de trabalho houve acréscimo tanto no número de servidores quanto de horas, mas a

relação e aumento entre ambos não é proporcional, visto que o aumento de servidores foi de 7,58% e de horas de 63,34%. Constatasse que há um aumento de horas de estudo colidindo com horário de trabalho evidenciando que servidores aumentaram o número de horas de estudo colidindo com horas de trabalho

Estágios

O preenchimento das vagas de estágio ocorre em consonância com a Lei Federal nº 11.788/08 e Decreto Municipal nº 16.132/08, alterado pelo Decreto nº. 19.496, de 09 de setembro de 2016, 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 do estudante na ocupação das vagas disponíveis, bem como de profissionais para seleção e supervisão dos estudantes.

Estágios Remunerados

Tabela 16 - Quantitativo de estagiários remunerados SMS por Projeto/Programa nos anos de 2017 e 2016 respectivamente

| Código | Projeto/Programa | Número de Vagas por Projeto | Anual 2017 | Anual 2016 | Variação | |
|--------------|---|-----------------------------|-------------------|-------------------|-----------|---------------|
| | | | Nº de estagiários | Nº de estagiários | Nº | % |
| 918 | Programa Rotativo ¹ | 246 | 131 | 149 | -18 | -12,08% |
| 166 | PIM/ PIÁ – Primeira Infância Melhor ² | 87 | 57 | 57 | 0 | 0,00% |
| 116 | Reorganização da Assistência Farmacêutica ² | 82 | 67 | 59 | 8 | 13,56% |
| 178 | Atenção Integral à População de Porto Alegre ² | 74 | 44 | 46 | -2 | -4,35% |
| 35 | Prevenção a DST/ AIDS ² | 37 | 19 | 20 | -1 | -5,00% |
| 36 | Atenção a Saúde em Creches Comunitárias ² | 36 | 20 | 17 | 3 | 17,65% |
| 165 | Saúde Escolar: Universidade / SUS ² | 21 | 12 | 10 | 2 | 20,00% |
| 171 | Trabalho de Ações em Saúde Ambiental para o PIEC ² | 19 | 9 | 11 | -2 | -18,18% |
| 114 | Programa de Erradicação do Aedes Aegypti ² | 10 | 4 | 5 | -1 | -20,00% |
| 192 | Tchê Ajudo - Acolhimento sala de espera ² | 12 | 3 | 8 | -5 | -62,50% |
| 154 | Vigilância do Estado Nutricional de Crianças e Gestantes ² | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 181 | Telemedicina/ Informática/ CGRABS ² | 8 | 4 | 5 | -1 | -20,00% |
| 161 | Programa Rotativo HMIPV | 113 | 95 | 90 | 5 | 5,56% |
| 901 | Programa Rotativo HPS | 31 | 25 | 22 | 3 | 13,64% |
| Total | | 779 | 490 | 499 | -9 | -1,80% |

FONTE: Sistema ERGON (PMPA) / Relatório 1408. Informações referentes ao número de estagiários com Termo de Compromisso de

Estágio vigente nos dias 31 de dezembro de 2017 e 31 de dezembro 2016 respectivamente.

1 Vagas gerais da Secretaria Municipal da Saúde que não necessitam ser renovadas.

2 Projetos que necessitam ser renovados, possuem validade.

Tabela 17- Quantitativo de estagiários remunerados SMS, por nível

| Nível | Anual 2017 | Anual 2016 | Variação | |
|--------------------------|-------------------|-------------------|-----------|---------------|
| | Nº de estagiários | Nº de estagiários | Nº | % |
| Ensino Médio | 147 | 193 | -46 | -23,83% |
| Ensino Técnico | 90 | 50 | 40 | 80,00% |
| Ensino Superior | 252 | 256 | -4 | -1,56% |
| EJA - Ensino Fundamental | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Total | 490 | 499 | -9 | -1,80% |

FONTE: Sistema ERGON (PMPA) / Relatório 1408. Informações referentes ao número de estagiários com Termo de Compromisso de

Estágio vigente nos dias 31 de dezembro de 2017 e 31 de dezembro 2016 respectivamente.

Nota explicativa: A opção pelo sistema ERGON como fonte das informações, deve-se à necessidade de disponibilidade de informações padronizadas. O relatório (1408) utilizado pela Equipe de Estágios/SMS fornece dados de caráter não cumulativo,

portanto adotou-se a posição do último dia do quadrimestre solicitado para o Relatório de Gestão.

Nas tabelas acima consta a ocupação das vagas de estágio dos projetos/programas SMS na posição dos dias 31/12/2017 e 31/12/2016 respectivamente.

Observa-se que o número de vagas remuneradas ocupadas no ano de 2017 representa 63% em relação ao número total de vagas de estágio que a Secretaria dispõe. Como os números constantes nas tabelas são um recorte da ocupação das vagas no último dia do ano, quando da análise destes dados, há que se levar em consideração que a ocupação das vagas é um processo dinâmico e constante com diversas variáveis incidindo no processo, tais como, interesse dos estudantes e setores, disponibilidade de supervisores, perfil adequado, apresentação da documentação solicitada, concordância por parte das Instituições de Ensino, validação do Processo Seletivo. Portanto, as vagas que estão em processo de contratação não constam no número de vagas ocupadas. Acreditamos, também, que pela data (31/12/17) estipulada como base para retirada dos relatórios do sistema ERGON, existe o reflexo do final de ano letivo, quando alguns estagiários perdem o vínculo escolar ou acadêmico tendo seus contratos cessados ou concluídos e também a dificuldade de novas contratações devido às férias escolares.

Verificando as tabelas acima identificamos uma redução de 1,80% no total de vagas ocupadas no ano de 2017 em relação ao mesmo período de 2016, acreditamos que esta redução seja um reflexo da reestruturação dos Setores da SMPG, incluindo a Equipe de Estágio Curricular/SMPG o que ocasionou um aumento no tempo de espera para validação dos Processos Seletivos e para a análise e confecção dos Termos de Compromisso de Estágio. Apesar dos locais de estágio (Sede, Gerências, Unidades de Saúde, entre outros) estarem habituados à nova forma de seleção de estagiários trazida pelo Decreto n°. 19.496, de 09 de setembro de 2016, outras dificuldades ainda permanecem com relação ao processo seletivo, como o desinteresse ou evasão dos candidatos nos processos seletivos, fazendo com que o processo tenha que ser refeito algumas vezes; a utilização do perfil mais amplo e que contemple o princípio da impessoalidade, tornando o processo

igual para todos os candidatos, faz com que alguns estagiários do ensino médio e técnico fiquem apenas alguns meses estagiando, por estarem concluindo o curso.

De uma forma ampla, houve evolução quanto ao dimensionamento das vagas de estágio e também um contínuo processo de melhoria e qualificação, visando à estabilidade no fluxo e permanência dos estagiários nas vagas, com ênfase no aprimoramento e na gestão continuada.

Estágios Não Remunerados

Tabela 18- Quantitativo de estagiários não remunerados SMS por Programa no ano de 2017

| Programa | Nº de estagiários |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Programa Rotativo Não Remunerado SMS | 322 |
| Rotativo Não remunerado HMIPV | 304 |
| Programa Rotativo Não Remunerado HPS | 322 |
| Total | 948 |

FONTE: Sistema ERGON (PMPA). Informações referentes ao número de estagiários com Termo de Compromisso de Estágio vigente no ano de 2017.

Tabela 19 - Quantitativo de estagiários não remunerados SMS por nível no ano de 2017

| Nível | Nº de estagiários |
|----------------------|--------------------------|
| Ensino Médio Técnico | 118 |
| Ensino Superior | 830 |
| Total | 948 |

FONTE: Sistema ERGON (PMPA). Informações referentes ao número de estagiários com Termo de Compromisso de Estágio vigente no ano de 2017.

Tabela 20 - Quantitativo de estagiários não remunerados SMS por Programa, Instituição de Ensino e Curso no ano de 2017

| Programa/ Projeto | Instituição De Ensino | Curso | Nº De Estagiários |
|---|--|---------------------------------|--------------------------|
| PROGRAMA ROTATIVO NAO REMUNERADO HPS | CENTRO UNIVERS. RITTER DOS REIS - CAMPUS ZONA SUL | BIOMEDICINA | 2 |
| | CENTRO UNIVERSITARIO LA SALLE - UNILASALLE | PSICOLOGIA | 1 |
| | CENTRO UNIVERSITARIO METODISTA - IPA | BIOMEDICINA | 9 |
| | | FARMACIA | 1 |
| | E E TEC EM SAUDE, NO HOSPITAL DE CLINICAS DE POA | TECNICO EM ANALISES CLINICAS | 6 |
| | | TECNICO EM NUTRICAO E DIETETICA | 21 |
| | ESCOLA TECNICA CRISTO REDENTOR | TECNICO EM ANALISES CLINICAS | 3 |
| | ESCOLA TECNICA ESTADUAL SENADOR ERNESTO DORNELLES | TECNICO EM NUTRICAO E DIETETICA | 11 |
| | ESCOLA TECNICA UNIVERSITARIO - UNITEC | TECNICO EM RADIOLOGIA | 46 |
| | FEPAR - FACULDADE EVANGELICA DO PARANA | MEDICINA | 1 |
| | FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG | MEDICINA | 4 |
| | UBEA - PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATOLICA DO RGS | MEDICINA | 16 |
| | UNIPAMPA - FUND. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA | FARMACIA | 2 |
| | UNIVERS FED DE CIENCIAS DA SAUDE DE POA - UFCSPA | BIOMEDICINA | 3 |
| | | FARMACIA | 1 |
| | | MEDICINA | 65 |
| | UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - UCS | MEDICINA | 1 |
| | UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS - UFPEL | MEDICINA | 5 |
| | UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS | FARMACIA | 7 |
| | | FARMACIA E BIOQUIMICA | 1 |
| MEDICINA | | 19 | |
| UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE | MEDICINA | 1 | |
| UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA | MEDICINA | 96 | |
| PROGRAMA ROTATIVO NAO REMUNERADO SMS | CENTRO UNIVERS. RITTER DOS REIS - CAMPUS ZONA SUL | ENFERMAGEM | 20 |
| | | FISIOTERAPIA | 27 |
| | | NUTRICAO | 4 |
| | CENTRO UNIVERSITARIO METODISTA - IPA | FARMACIA | 23 |
| | | PSICOLOGIA | 8 |
| | CESUCA - FACULDADE INEDI | PSICOLOGIA | 1 |
| | E E TEC EM SAUDE, NO HOSPITAL DE CLINICAS DE POA | TECNICO EM RADIOLOGIA | 9 |

| | | | |
|-------------------------------|---|---|----|
| | ESCOLA TECNICA CECILIA MEIRELES-SEG | TECNICO EM RADIOLOGIA | 7 |
| | ESCOLA TECNICA UNIVERSITARIO - UNITEC | TECNICO EM RADIOLOGIA | 2 |
| | FADERGS - FACULDADE DE DESENVOLVIMENTO DO RS | PSICOLOGIA | 21 |
| | INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTAO DE NEGOCIOS | PSICOLOGIA | 2 |
| | INSTITUTO EDUCACIONAL DO RIO GRANDE DO SUL-IERGS | ARTETERAPIA - POSGRADUACAO | 1 |
| | UBEA - PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATOLICA DO RGS | ENFERMAGEM | 3 |
| | | NUTRICAO | 4 |
| | | PSICOLOGIA | 13 |
| | ULBRA - GRAVATAI | SERVICO SOCIAL | 1 |
| | UNIFIN - UNIAO DAS FAC. INT. DE NEGOCIOS LTDA | PSICOLOGIA | 4 |
| | UNIPAMPA - FUND. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA | JORNALISMO | 1 |
| | UNIVERS FED DE CIENCIAS DA SAUDE DE POA - UFCSPA | BIOMEDICINA | 1 |
| | | FARMACIA | 1 |
| | | GESTAO EM SAUDE | 3 |
| | | NUTRICAO | 3 |
| | UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS | ENFERMAGEM | 15 |
| | | NUTRICAO | 2 |
| | | PSICOLOGIA | 1 |
| | UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA | MEDICINA VETERINARIA | 1 |
| | | NUTRICAO | 1 |
| | UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS | ENFERMAGEM | 11 |
| | | ENGENHARIA QUIMICA | 1 |
| | | FARMACIA | 21 |
| | | FONOAUDIOLOGIA | 3 |
| | | MEDICINA VETERINARIA | 4 |
| | | NUTRICAO | 16 |
| | | ODONTOLOGIA | 51 |
| | | POLITICAS PUBLICAS | 1 |
| | | PSICOLOGIA | 6 |
| | | SAUDE COLETIVA | 24 |
| | SERVICO SOCIAL | 4 | |
| | UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA | MEDICINA VETERINARIA | 1 |
| ROTATIVO NÃO REMUNERADO HMIPV | ACM RUA DA PRAIA | TECNICO EM RADIOLOGIA MEDICA/RADIODIAGNOSTICO | 1 |
| | CENTRO UNIVERS. RITTER DOS REIS - CAMPUS ZONA SUL | FARMACIA | 1 |
| | | NUTRICAO | 3 |
| | CENTRO UNIVERSITARIO LA SALLE - UNILASALLE | NUTRICAO | 2 |

| | | | |
|---|---|----------------------------------|----|
| | CENTRO UNIVERSITARIO METODISTA - IPA | BIOMEDICINA | 4 |
| | | NUTRICAO | 4 |
| | E E TEC EM SAUDE, NO HOSPITAL DE CLINICAS DE POA | TECNICO EM ANALISES CLINICAS | 2 |
| | ESCOLA TECNICA ESTADUAL SENADOR ERNESTO DORNELLES | TECNICO EM NUTRICAO E DIETETICA | 3 |
| | ESCOLA TECNICA UNIVERSITARIO - UNITEC | TECNICO EM NUTRICAO E DIETETICA | 1 |
| | | TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO | 7 |
| | FACTUM CENTRO DE IDEIAS EM EDUCACAO S/C LTDA | TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO | 1 |
| | UBEA - PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATOLICA DO RGS | FARMACIA | 1 |
| | UNIVERS FED DE CIENCIAS DA SAUDE DE POA - UFCSPA | BIOMEDICINA | 4 |
| | | MEDICINA | 90 |
| | | PSICOLOGIA | 1 |
| | UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS | BIOMEDICINA | 3 |
| | UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS | BIOMEDICINA | 1 |
| | | FARMACIA | 1 |
| | | NUTRICAO | 1 |
| | | ODONTOLOGIA | 8 |
| POLITICAS PUBLICAS | | 2 | |
| UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA | MEDICINA | 163 | |
| Total | | 948 | |

FONTE: Sistema ERGON (PMPA). Informações referentes ao número de estagiários com Termo de Compromisso de Estágio vigente no ano de 2017.

Informamos que no relatório anterior, no que diz respeito aos estagiários não remunerados, constavam os dados do último dia do ano de 2016 (31/12/2016). Já para o relatório de gestão anual de 2017, foi solicitado que o mesmo contivesse a quantidade de estagiários distribuídos por Instituição de Ensino e Curso. Assim, solicitamos à Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão (SMPG) um relatório que contendo esses dados, uma vez que não temos acesso a esse formato de relatório. O relatório utilizado abrange os dados acumulados do ano o que reflete o número real de estagiários que tiveram Termo de Compromisso no ano de 2017 e, portanto, não há como realizar o comparativo entre os anos 2016 e 2017.

Na tabela acima, cabe esclarecer que o Programa Rotativo Não Remunerado SMS abrange as Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde Municipais, Pronto Atendimento, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

e a Sede da Secretaria. Assim, podemos verificar que a distribuição dos cursos ocorre de acordo com os serviços abrangidos por cada um dos Programas, isto é, pelo Programa Rotativo Não Remunerado SMS, Rotativo Não Remunerado HPS e Rotativo Não Remunerado HMIPV, sendo que o estágio do curso de Medicina ocorre apenas nos Hospitais devido as suas especificidades. Há de se mencionar também, a procura de campos de estágio por estudantes vindos de outras Instituições de Ensino, que não compõe a região metropolitana de Porto Alegre, e, inclusive, estudantes provenientes de Instituições de outros Estados do Brasil.

5.2 Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria da SMS é a ferramenta de articulação entre o cidadão que exerce seu papel no controle social e a gestão pública de saúde. Objetiva melhorar a qualidade dos serviços prestados em Porto Alegre, além de estreitar o relacionamento com o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Com sua qualificação, a ouvidoria se transforma num importante instrumento de gestão, apontando as lacunas e áreas que necessitam de mudanças ou apenas ajustes.

Em 2017 houve uma diminuição no número de manifestações encaminhadas ao setor: 19.588 demandas abertas, através dos canais de comunicação, do atendimento presencial feito na sede SMS, térreo da Avenida João Pessoa, 325 – Porto Alegre/RS; pelo telefone, através dos sistemas Fala Porto Alegre (156) e Ouvidor SUS (136 do Ministério da Saúde); pela participação através da internet (portoalegre.rs.gov.br/sms) ou redes sociais. Foram recebidos em 2016, 24.140 protocolos. Portanto, houve uma diminuição de 4.552 demandas.

Tabela 21- Quantitativo das demandas, por área, entre os anos 2017 e 2016

| Áreas | Demanda Total | | Variação (Nº) |
|--------------------------|---------------|--------|---------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Assistência Farmacêutica | 1.270 | 1.218 | 52 |
| Atenção Primária à Saúde | 5.035 | 5.678 | -643 |
| Atenção em Urgências | 291 | 359 | -68 |
| Atenção Especializada | 4.548 | 4.536 | 12 |
| Atenção Hospitalar | 946 | 1.192 | -246 |
| HMIPV | - | 54 | -54 |
| HPS | - | 58 | -58 |
| Infraestrutura e Apoio | - | 385 | -385 |
| Ouvidoria | - | 729 | -729 |
| Regulação | 987 | 248 | 739 |
| Vigilância em Saúde | 6.374 | 9.683 | -3.309 |
| Total | 19.588 | 24.140 | -4.552 |

FONTE: Sistema 156POA.

Na tabela acima podemos observar a diminuição de demandas na atenção primária, nas urgências, na vigilância e na atenção hospitalar. Os protocolos abertos de forma presencial e através do sistema 156.

Sobre os hospitais HMIPV e HPS, as demandas dos protocolos estão computadas no item atenção hospitalar. Para o próximo período os hospitais HMIPV e HPS farão parte, na análise da tabela da Atenção hospitalar junto a

apreciação dos hospitais conveniados, considerando a natureza das funções. Hoje estes hospitais informam as demandas de ouvidoria no relatório de cada instituição.

As demandas identificadas como ouvidoria, infraestrutura e apoio estão agrupados no item regulação, podendo desta forma, dar início a qualificação na apresentação destas informações.

O atendimento presencial registrou 2.407 protocolos, destes, encerrados no prazo totalizam 1.802. Os protocolos abertos a partir do sistema 156 somam 12.675, destes, encerrados no prazo totalizam 9.140. Comparando os dados com o ano de 2016 o atendimento presencial registrou 2.209 atendimentos, destes 1.503 encerrados no prazo e os protocolos abertos a partir do sistema 156 registraram 20.982, destes 1.158 encerrados no prazo. Provavelmente as diferenças entre os períodos podem estar relacionados às ações desenvolvidas pela ouvidoria, identificando e treinando as referências das áreas, possibilitando assim um retorno mais efetivo.

O projeto de reestruturação implantou melhorias agilizando o fluxo de informações entre a SMS e os cidadãos. Após o diagnóstico realizado se iniciou a construção dos fluxos de trabalho interno, com a descrição das atividades desenvolvidas por cada área (coordenação, atendimento presencial, atendimento à distância e administrativo), bem como o levantamento de documentos, manuais, tutoriais e demais materiais de uso coletivo, utilizado no tratamento e respostas às demandas recebidas.

O processo de trabalho interno percorre a seguinte sistematização: a equipe classifica e categoriza por assunto todas as manifestações recebidas, para que as mesmas sejam encaminhadas aos órgãos competentes para que se manifestem a respeito, possibilitando resposta norteadoras aos cidadãos. Ressalta-se que a complexidade dos assuntos referentes ao SUS constitui-se em um desafio, levando a compreender também a grande dificuldade que perpassa a ação de classificar as demandas da população. A precisão da tipificação é fundamental para que a Ouvidoria possa, de fato, ser um instrumento de gestão. Neste sentido, considerando o projeto de reestruturação, foi retomado o contato com as coordenações das áreas da

SMS (Atenção Primária à Saúde, Atenção Hospitalar e Urgências, Regulação e Assistência Farmacêutica), para análise das tipificações existentes e redefinição dos fluxos. É importante destacar, no projeto de reestruturação, o processo seletivo interno que possibilitou a nomeação do ouvidor.

No próximo período, ano de 2018, o método escolhido para dar seqüência nas ações, é manter a revisão e qualificação dos processos internos e com as áreas afins, possibilitando ajustes na comunicação interna e nas informações aos cidadãos, objetivando assim orientar o caminho para o acesso ao SUS, na medida do possível, tornando o acesso qualitativo e resolutivo.

5.3 Assessoria de Comunicação

Em 2017 a Assessoria de Comunicação (ASSECOM) reformulou e intensificou ações para o uso racional dos recursos e o trabalho de modo integrado. Foi concluído o plano de comunicação bem como a iniciou-se elaboração de uma política de comunicação para o órgão. O contato interpessoal com os jornalistas foi reforçado de forma a realizar uma interface maior entre o órgão governamental e os veículos de comunicação, dando mais transparência e credibilidade às atividades. Trabalhou-se de modo a reorganizar as ferramentas de comunicação disponíveis ao cidadão e aos funcionários da secretaria. Durante o período destaca-se a prestação de serviços diretos aos usuários com foco nas ações de saúde à população e a apresentação os dados de transparência no Portal da SMS.

Com o objetivo de analisar se os resultados foram satisfatórios a ASSECOM passou a mensurar o impacto das citações da SMS junto aos veículos de comunicação, além de avaliar os indicadores de redes sociais. O contato direto com os profissionais de comunicação foi decisivo no controle de imagem da Secretaria. Toda a ação foi desenvolvida com vistas a prestar conta aos usuários e divulgar o trabalho dos mais de 6 mil funcionários da Secretaria.

Nossos profissionais produziram 562 matérias, além de 1.159 imagens disponibilizadas no site da secretaria. Como resultado se obteve 4.055 publicações de notícias, considerando os veículos rádio, jornal, portais de internet e TV, 92% positivas, conforme auditado pela empresa CWA Clipping. Além disso, houve agendamento, acompanhamento e fornecimento de informações em 925 entrevistas agendadas com técnicos, coordenadores e gestores.

A ASSECOM colaborou na divulgação das ações, dados epidemiológicos de relevância para a população, alertas em saúde, tanto pela assessoria de imprensa na relação permanente junto aos veículos de comunicação, como por meio dos materiais informativos, eventos e campanhas de saúde. As ações foram desenvolvidas de forma a valorizar a prestação de serviço à população. Os canais de comunicação da Secretaria foram abastecidos com informações relevantes para a opinião pública.

Em relação às campanhas de saúde, intensificamos nossas ações para a prevenção das DSTs durante o período do carnaval; na divulgação das ações relacionadas à Dengue, Zika e Chikungunya; nos materiais gráficos para a Saúde da Mulher pelo dia Internacional da Mulher; na prevenção da Tuberculose no período alusivo ao dia Mundial de Combate da doença; e nas ações para as Doenças e Agravos não Transmissíveis preparando juntamente com demais setores, o dia da Atividade Física e Dia Mundial de Saúde.

Os temas mais destacados foram ações contra dengue, zika, aplicações de inseticidas no combate ao mosquito, vacinações e eventos adversos em Unidades de Saúde. No Facebook, Twitter a página da SMS alcançou, no período, 4 milhões de acessos, duplicando o número de acessos de 2016.

Efetivamos junto à Procempa a priorização do projeto de Intranet para atender notícias internas, documentos, formulários e sistemas para auxiliar na busca de informações dos trabalhadores da SMS. Com dados fornecidos pela Procempa foi possível avaliar os pontos do site da SMS com maior número de visualizações. De posse dessas informações, trabalha-se na reformulação do atual site para que se torne mais objetivo.

Todo o material produzido pela ASSECOM está publicado no site da SMS: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/>.

6 INFRAESTRUTURA DE APOIO

6.1 Apoio Técnico Administrativo

A Coordenação de Apoio Técnico Administrativo (CGATA) tem como objetivo viabilizar a infraestrutura necessária para a manutenção da secretaria garantindo o funcionamento do Sistema Único de Saúde. As áreas que a compõe são: licitações e contratos (NLC), compras e distribuição de materiais (EPC / EMAT), patrimônio (EPAT), manutenção predial e de equipamentos (EMP), projetos de arquitetura e engenharia (ASSEPRO), setor de transporte administrativo e sanitário (ETRA) e setor administrativo de telefonia e controle de expediente (EAA), coordenação geral de administração de servidores em saúde (CGADSS).

Desde 2016 o setor vem trabalhando no sentido de manter a infraestrutura e os serviços com um olhar diferenciado no que se refere à otimização dos recursos financeiros, controle e fiscalização dos contratos.

A CGATA apresenta a redução em valores referente às ações apresentadas nos três relatórios quadrimestrais no ano de 2017.

A primeira ação foi a substituição de linhas analógicas de telefonia pela tecnologia VOIP. A metodologia utilizada foi de análise do consumo individual das linhas por gerência distrital, HPS, SAMU e SEDE. O resultado constatado em valores do ano de 2016 para 2017 foi uma economia de R\$ 200.745,25. Em 2017 foi realizada a substituição de 20 linhas telefônicas por linha VOIP e 20 linhas comuns foram canceladas.

No que se refere a telefonia móvel na renovação do contrato em 2017, ocorreu uma redução nas linhas, em 2016 eram 18 linhas, ocorrendo uma diminuição de 11, gerando uma economia de R\$ 8.917,26 ano.

A segunda ação foi a substituição de lâmpadas fluorescente por lâmpadas de LED. Seguindo a comparação de gasto com energia elétrica entre 2016 e 2017, obtivemos R\$ 91.471,21 de economia na sede e R\$1.752.191,66 em demais setores da secretaria municipal como: HPS, PALP, SAMU, CGVS e Gerências Distritais.

A terceira ação é vinculada aos custos relativos às manutenções preventivas realizadas nos equipamentos odontológicos é possível relatar que em 2017 houve uma economia no contrato de R\$ 47.947,73, esta redução se deu devido à melhora na fiscalização do contrato e controle no cronograma de manutenções a serem feitos nos equipamentos odontológicos existentes nas unidades de saúde do município.

Referente aos contratos de veículos locados ocorreu uma redução de 11 contratos gerando uma economia de R\$ 22.387,17

Outra ação que se observou economia significativa foi na manutenção dos veículos próprios via contrato Ticket Log. No período de Julho a Agosto foram realizados 45 consertos nos carros oficiais. Para todas as manutenções foram realizados três orçamentos. O total economizado no período foi de R\$ 35.176,79

Em relação à contratação de empresa terceirizada para prestação de serviços de limpeza, higienização e portaria dos centros e unidades de saúde, o Núcleo de Licitações e Contratos, fez um trabalho de readequação dos postos de trabalhos, onde foi analisado cada local e carga horária de funcionamento, sendo adequado o posto com a quantidade de horas necessárias para atendimento pleno, sem prejuízo a prestação do serviço. Diante desta análise obteve-se uma redução nos contratos de R\$ 1.169.607,92 ano.

Conclui-se que a Coordenação Administrativa, trabalhou obtendo uma redução de despesa anual no total de R\$ 3.629.130,38 no que se refere aos gastos com energia elétrica, telefonia fixa e móvel, combustível, manutenção de equipamentos odontológicos, contratos terceirizados e carros locados, conforme apresentado em quadro abaixo.

Quadro 4 – Resumo de de redução de despesas 2017

| Tipos de despesas | Despesas 2016 | Redução 2017 | % | Origem |
|--|--------------------------|-------------------------|--------------|---------------|
| Contratos terceirizados - redução postos | R\$ 11.234.653,58 | R\$ 1.169.607,92 | 10,41 | FMS |
| Consumo de Energia Elétrica ano SEDE | R\$ 249.610,07 | R\$ 91.471,21 | 36,65 | FMS |
| Consumo de Energia Elétrica ano GDS | R\$ 3.237.518,40 | R\$ 1.752.191,66 | 54,12 | FMS |
| Telefonia fixa ano | R\$ 622.696,66 | R\$ 200.745,25 | 32,24 | Tesouro |
| Telefonia móvel ano | R\$ 19.532,62 | R\$ 10.615,36 | 54,35 | Tesouro |
| Locação de veículos PROPORCIONAL | R\$ 347.730,12 | R\$ 270.995,35 | 77,93 | FMS |
| Locação de imóveis PROPORCIONAL | R\$ 91.350,96 | R\$ 22.387,17 | 24,51 | FMS |
| Pessoal cursos e diárias | R\$ 215.226,07 | R\$ 111.116,46 | 51,63 | Tesouro |
| Total | R\$ 16.018.318,48 | R\$ 3.629.130,38 | 22,66 | |

FONTE: CGATA, 2017

6.2 Obras, Reformas e Ampliações

Meta 58. Cumprir 17% da pactuação anual de obras da Secretaria Municipal de Saúde.

Durante o ano de 2017 foram concluídas 2 (duas) obras e emitidas 5 (cinco) ordens de início de obra das 38 pactuadas na PAS 2017. Para fins de método de cálculo e apuração das metas, no entanto, foram realizadas exatamente as obras prioritárias previstas na PAS 2017, quais sejam, àquelas que estavam com processos licitatórios encaminhados e com verba assegurada no início do exercício de 2017. Segue demonstrativo abaixo:

Quadro 5-Resultado Anual da Pactuação Anual de Obras 2017

| Obras concluídas / ordem de início |
|--|
| Unidade: CS Murialdo Obra: Reforma 2º PAV. – ORDEM DE INICIO |
| Unidade: CS IAPI Obra: Auditório – ORDEM DE INICIO |
| Unidade: US Nova Brasília Obra: Reforma recepção e banheiro PNE – ORDEM DE INICIO |
| Unidade: US Sarandi Obra: Auditório – ORDEM DE INICIO |
| Unidade: Primeiro de Maio Obra: Sala de grupo e rampa – ORDEM DE INICIO |
| Unidade: US São Pedro Obra: Reforma copa, banheiro funcionários, rampa acessibilidade e cercamento - CONCLUÍDO |
| Unidade: Residencial Terapêutico Nova Vida Obra: Construção |

FONTE: CGATA/SMS

No decorrer do exercício de 2017 outras obras, não pactuadas inicialmente, foram necessárias ser realizadas pela equipe de manutenção predial – EMP. Segue demonstrativo abaixo:

Quadro 6– Reformas executadas pela Equipe de Manutenção Predial - EMP

| Outras Obras não pactuadas - concluídas |
|---|
| Unidade: US São Carlos Obra: Reforma geral |
| Unidade: Farmácia Distrital Modelo Obra: Readequação de layout |
| Unidade: Farmácia Distrital Bom Jesus Obra: Readequação de layout |
| Unidade: US Pequena Casa Obra: Adequação de layout e Reforma Geral |

FONTE: CGATA

Durante o ano de 2017 a Assessoria de Projetos e Obras – ASSEPRO elaborou, ainda, projetos apresentados nas comissões, Comissão de Análise e Aprovação da Demanda Habitacional Prioritária - CAADHAP e Comissão de Análise Urbanística - CAUGE garantindo reformas e cercamento através de recursos de contrapartida de empreendimento imobiliário.

Com recursos provenientes de emendas parlamentares foram instalados 293 (duzentos e noventa e três) novos equipamentos de ar condicionados, também projetos para reforma da área 10 do CS IAPI, CS Navegantes – pavimento térreo e CF Alvaro Difini – Restinga. Projetos para reforma da nova área da US Vila Cruzeiro – FASE e CF Restinga (área junto ao hospital) entre outros que estão em elaboração.

Foram realizados também investimentos na aquisição de lâmpadas do tipo LED e instaladas inicialmente nos prédios que possuem maior área construída. Gradativamente, as lâmpadas estão sendo substituídas nos demais endereços pela equipe de manutenção predial - EMP.

6.3 Informatização da Saúde

Ação 59. Aquisição de 400 equipamentos de informática – 150 impressoras multifuncionais, 150 computadores, 100 impressoras térmicas.

No ano de 2017 houve a aquisição de 170 equipamentos, sendo:

- 65 computadores (51 com recursos da Emenda Paulo Paim, 13 com recursos da Emenda Afonso Motta e 1 com recurso da SMS);
- 95 impressoras laser (58 com recursos da Emenda Paulo Paim, 30 com recursos da Emenda João Derly, 6 por meio da Emenda Afonso Motta e 1 com recursos da SMS);
- 8 impressoras multifuncionais – (com recursos da Emenda João Derly);
- 2 notebooks para uso na SMS.

Portanto, foi cumprido 42,5% da meta.

Ação 60. Desenvolver e implantar oito sistemas de informação e-SUS, SIHO (pronto atendimentos e hospitais próprios), GERINT, GERCON modulo APACH/ Exames/Retorno das consultas, Sistema de Gerenciamento de laboratórios (GERLAB), DIS, Sistema de Alvarás de Saúde e Sistema BI.

No ano de 2017, a situação do desenvolvimento e implantação dos sistemas de informação foi a seguinte:

SIHO – Implantado o módulo ambulatorial no Pronto Atendimento Bom Jesus - PABJ, com o prontuário eletrônico para atendimento dos pacientes. Implantado o módulo ambulatorial no Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro - PALP e PA Saúde Mental do IAPI. Faltava implantar o SIHO apenas na emergência do HMIPV. **GERCON** - módulo APAC/EXAMES e módulo consultas de retorno está em fase de especificação. **DIS/GMAT** – Implantado nas Farmácias Distritais. Instalado o chamamento eletrônico, desenvolvido por esta Gerência de Tecnologia da Informação, que possibilitou a melhoria no processo de chamada dos usuários das Farmácias Distritais. **GERINT** – Plenamente implantado na Rede de Atenção a Saúde e na Regulação de Internação do Estado. **GERLAB** – Sem previsão de especificação devido à priorização de outros sistemas de informação. **BI/SMS** - Optou-se iniciar o

Projeto BI-SMS com a ferramenta PENTAHO, em vez do Qlik Sense, por tratar-se de um BI "free", não havendo neste momento, investimento em software de BI. Contratou-se com a Procempa durante 10 meses a produção de um DATA MART para os indicadores de Notificação de Agravo. Está disponível uma plataforma para homologação do Indicador Incidência de Sífilis Congênita, a ser realizada atualmente pela Assepla, GTI e Equipes envolvidas no indicador. A priorização do(s) indicador(res), definida até o momento é:

- Sífilis Congênita;
- Sífilis Gestante;
- Sífilis Adquirida;
- Transmissão Vertical HIV;
- Mortalidade;
- Tuberculose;
- Saúde do Trabalhador;
- Doenças e Agravos não Transmissíveis.

Sistema de Alvará da Saúde – Não foi priorizado em 2017. Outros Sistemas foram priorizados. E-SUS - Está plenamente implantado na rede, isto é, todas as US utilizam plenamente o E-SUS, com exceção das US do GHC e HCPA que usam parcialmente e US da FASE que ainda não usam.

7 REDE DE SERVIÇOS, REFERÊNCIAS E PRODUÇÃO

7.1 Atenção Primária à Saúde - APS

7.1.1 Rede de Serviços, Referências e Produção e Produção

Meta 26. Ampliar para 60% a cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

A Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre é composta pelas Unidades de Saúde da Atenção Primária, Unidades de Saúde para Populações Específicas, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Durante o ano de 2017, houve redução no número Unidades de Saúde da Atenção Primária de 141 para 140, devido ao fechamento da US Morro dos Sargentos motivado pela situação de violência em seu território. A sede das Equipes de Saúde da Família Morro dos Sargentos I e II foi transferida para a US Guarujá.

A partir de novembro de 2017, a US Assis Brasil passou a contar com 2 ESF, passando a ser classificada com modelo de atenção misto. O número de US com Saúde da Família permaneceu em 112 (80,0%) (Tabela abaixo). Destas 112 US, 23 têm apenas uma parcela da população está assistida pela Saúde da Família (modelo misto). Nas demais 28 unidades (20,0%), o modelo de atenção ainda não contempla Saúde da Família.

Tabela 22– Número de Unidades de Saúde de Atenção Primária, Unidades de Saúde com Equipes de Saúde da Família, de ESF e cobertura de ESF, por Gerência Distrital

| Gerência Distrital | População | Nº US | Nº US com Saúde Família | Nº ESF | Cobertura ESF (%) |
|---------------------|------------------|------------|-------------------------|------------|-------------------|
| Centro | 291.424 | 3 | 3 | 11 | 13,0 |
| GCC | 157.235 | 24 | 21 | 35 | 76,8 |
| LENO | 158.755 | 23 | 19 | 34 | 73,9 |
| NEB | 200.016 | 26 | 21 | 44 | 75,9 |
| NHNI | 192.535 | 14 | 11 | 35 | 62,7 |
| PLP | 181.945 | 21 | 16 | 32 | 60,7 |
| RES | 98.566 | 12 | 10 | 21 | 73,5 |
| SCS | 200.543 | 17 | 11 | 25 | 43,0 |
| Porto Alegre | 1.481.019 | 140 | 112 | 237 | 55,2 |

FONTE: APS; IBGE Estimativa 2016.

Meta 26. Ampliar para 60% a cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

A meta da ampliação da Estratégia de Saúde da Família estabelecida no presente Plano Municipal de Saúde e nas últimas Programações de Saúde da SMS foi calculada com a utilização do total de equipes consistidas no cálculo

da cobertura. Ao final do ano de 2017, Porto Alegre possuía 237 ESF consistidas, correspondendo a 55,2% de cobertura populacional em dezembro (Tabela 40).

Durante o ano houve ampliação no número de ESF consistidas, passando de 228 em 2016 para 237 em dezembro de 2017. As novas equipes foram: ESF MODELO III, ESF MODELO IV, ESF MODELO V, ESF MODELO VI, ESF BELEM VELHO II, ESF ASSIS BRASIL I, ESF ASSIS BRASIL I, ESF BELEM NOVO III e ESF CALÁBRIA III.

Até início de 2017, o cálculo da cobertura pelas equipes de Saúde de Família realizado pelo Ministério da Saúde, considerava somente as ESF implantadas (211 ESF em dezembro de 2017 = 49,2%). Com a nova metodologia estabelecida no SISPACTO 2017-2020, o cálculo passou realizado sobre o número ponderado de ESF, conforme o tipo cadastrado no SCNES. As equipes de códigos 24 a 38 são ponderadas conforme Portaria nº 703/2011, equivalendo: códigos 24 a 26 = 1 equipe; códigos 27 a 29 = 2 equipes; códigos 30 a 32 = 3 equipes; código 33 a 35 = 0,85 equipe; código 36 a 38 = 0,6 equipe. Em dezembro de 2017, conforme os dados do site e-Gestor, Porto Alegre possuía 47,6% da população coberta por ESF (204,2 ponderadas de 215 ESF).

A Tabela abaixo apresenta o detalhamento da cobertura populacional pelas equipes de Saúde de Família implantadas por GD em dezembro de 2017. Para o cálculo do número de habitantes por Gerência Distrital foi aplicado fator de ajuste (Estimativa populacional 2016 = 1,050851 x Censo IBGE 2010).

Segundo a metodologia do SISPACTO 2012, a cobertura populacional estimada da Atenção Básica foi de 61,9% no mês de dezembro, semelhante ao início de 2017 (62%). Apesar da redução do número de ESF equivalentes de 105 em janeiro de 2017 para 95 no mês de dezembro de 2017, houve ampliação do número de ESF implantados de 201 para 211 no mesmo período. Uma equipe equivalente corresponde ao somatório de 60 horas ambulatoriais de médico clínico, pediatra e gineco-obstetra dos estabelecimentos cadastrados no CNES como Unidade Básica de Saúde para cada 3.000 habitantes. Para o cálculo desse indicador soma-se o número de ESF

implantadas e o número de equipes equivalentes, seguindo metodologia SISPACTO 2012. A base populacional utilizada foi a estimativa populacional do IBGE para o ano de 2016 (1.481.019 habitantes).

Utilizando-se a metodologia do SISPACTO 2017, os dados do relatório e-Gestor mostram ampliação da Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica de 66,49% em dezembro de 2016 para 69,65% em dezembro de 2017.

O número de Agente Comunitário de Saúde (ACS) em dezembro de 2017 foi de 766 agentes, com cobertura populacional estimada por ACS de 29,7%, semelhante ao observado no início de 2017 (29,7%). Para o cálculo, segundo a Nota Técnica do DAB/MS, considerou-se a média de 575 pessoas acompanhadas por ACS e a população estimada pelo IBGE no ano de 2016. A PNAB estabelece 750 como número máximo de pessoas por ACS. A base populacional utilizada foi a estimativa populacional do IBGE para o ano de 2016 (1.481.019 habitantes). Houve redução no número de Agentes de Combate às Endemias (ACE) em dezembro de 2017 (117) em relação ao a final de 2016 (121).

Referências dos Serviços de Atenção Básica

Tabela 41– Número de Unidades de Saúde de Atenção Primária, de Equipes de Saúde da Família, de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, de Agentes Comunitários de Endemias, de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e atenção às populações específicas (eCR, EMSI, ESP e ESSE), por Gerência Distrital

| Gerência Distrital | População* | US** | US com ESF | ESF implantadas MS*** | Cobertura ESF implantadas MS(%)*** | EACS**** | Cobertura AB (%)***** | ACS | Cobertura ACS (%)§ | ACE | NASF | eCR | EMSI | ESP | ESSE |
|---------------------|------------------|------------|------------|-----------------------|------------------------------------|-----------|-----------------------|------------|--------------------|------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Centro | 291.424 | 3 | 3 | 11 | 13,0 | 0 | 22,0 | 39 | 7,7 | 34 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| GCC | 157.235 | 24 | 21 | 32 | 70,2 | 3 | 86,7 | 109 | 39,9 | 14 | 1 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| LENO | 158.755 | 23 | 19 | 31 | 67,4 | 3 | 83,7 | 117 | 42,4 | 10 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NEB | 200.016 | 26 | 21 | 39 | 67,3 | 5 | 80,4 | 142 | 40,8 | 12 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NHNI | 192.535 | 14 | 11 | 33 | 59,1 | 2 | 74,9 | 84 | 25,1 | 11 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| PLP | 181.945 | 21 | 16 | 28 | 53,1 | 4 | 67,5 | 107 | 33,8 | 15 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 |
| RES | 98.566 | 12 | 10 | 19 | 66,5 | 2 | 71,5 | 83 | 48,4 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SCS | 200.543 | 17 | 11 | 21 | 36,1 | 4 | 52,5 | 85 | 24,4 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Porto Alegre | 1.481.019 | 140 | 112 | 214 | 49,9 | 23 | 63,2 | 766 | 29,7 | 117 | 8 | 2 | 1 | 4 | 6 |

FONTE: *SCNES e IBGE Estimativa 2016; **SMS/CGAPS/IMESF. ***DAB: Competência dezembro de 2017. ****EACS: SCNES em dezembro de 2017. *****Cobertura AB: SCNES dezembro 2017- metodologia SISPACTO 2012. § Cobertura ACS: IMESF dezembro de 2017.

US = Unidade de Saúde; ESF = Estratégia de Saúde da Família; EACS = Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; ACS = Agente Comunitário de Saúde; ACE = Agente de Combate às Endemias; NASF = Núcleos de Apoio a Saúde da Família; eCR = Equipe Consultório na Rua; ESP = Equipe de Saúde Prisional; EMSI = Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena; ESSE = Equipes de Saúde Socioeducativo. Cobertura AB, ESF e ACS: Cobertura populacional estimada pela Atenção Básica, pelas Equipes de Saúde da Família e por Agente Comunitário de Saúde (SISPACTO, DAB/MS).

Durante 2017 houve ampliação no número de ESF consistidas, de 228 no final de 2016 para 237 em dezembro de 2017. A Tabela 42 demonstra o número total de equipes cadastradas conforme a tipologia utilizada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Destaca-se que, embora a US Indígena Aldeia Kaingang Fag Nhin esteja cadastrada no SCNES como ESF com Saúde Bucal - Modalidade I, não foi incluída na tabela abaixo por ser considerada US da APS para população específica.

Tabela 23– Número de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) cadastradas no SCNES por tipologia, competência dezembro de 2017

| Tipo de Equipe cadastrada | 2017 | |
|--|------------|--------------|
| | Nº | % |
| ESF | 96 | 40,5 |
| ESF com Saúde Bucal - Modalidade I* | 53 | 22,4 |
| ESF com Saúde Bucal - Modalidade II** | 36 | 15,2 |
| ESF Tipo IV**** | 1 | 0,4 |
| ESF Tipo IV com Saúde Bucal - Modalidade I | 2 | 0,8 |
| ESF Transitória I | 20 | 8,4 |
| ESF Transitória*** com Saúde Bucal - Modalidade I | 4 | 1,7 |
| ESF Transitória com Saúde Bucal - Modalidade II | 2 | 0,8 |
| Equipe de Agentes Comunitários de Saúde | 17 | 7,2 |
| Equipe de Agentes Comunitários com Saúde Bucal - Modalidade I | 4 | 1,7 |
| Equipe de Agentes Comunitários com Saúde Bucal - Modalidade II | 2 | 0,8 |
| Total | 237 | 100,0 |

FONTE: SCNES e SMS/CGAPS/IMESF.

***Modalidade I** - (dois profissionais): cirurgião-dentista + auxiliar de saúde bucal ou técnico de saúde bucal.

****Modalidade II** - (três profissionais): cirurgião-dentista + técnico em saúde bucal + auxiliar de saúde bucal ou técnico de saúde bucal,

*****ESF Transitória** - equipes com um médico cumprindo jornada de, pelo menos, 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais.

**** ESF Tipo IV: equipes com 2 médico cumprindo jornada de, pelo menos, 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais

O município recebe os recursos financeiros referentes ao número de ESF cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), mas, para manutenção dos recursos, é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais. São consideradas implantadas as ESF cadastradas no SCNES nas modalidades ESF, ESF com Saúde Bucal - Modalidade I e Modalidade II; ESF Transitória, ESF Transitória com Saúde Bucal - Modalidade I e ESF Transitória com Saúde Bucal - Modalidade II. As Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), com e sem Saúde Bucal, se constituem, minimamente compostas por Enfermeiro, Técnico de enfermagem e ACS. Cabe ressaltar, que o Ministério da saúde não considera as equipes de EACS como equipes de ESF implantadas.

De acordo com os critérios definidos na PNAB (2011), os municípios com população acima de 100 mil habitantes poderão ter 10% do total das equipes de Saúde da Família na Modalidade Transitória (equipes com um médico cumprindo jornada de, pelo menos, 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais), com as respectivas equivalências de incentivo federal, ou seja, de acordo com a modalidade de inserção dos profissionais médicos e carga horária semanal, o repasse do incentivo financeiro pode variar entre integral, equivalente a 85% e equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família.

Tabela 24– Distribuição de equipes (ESF e EACS) por empregador em Porto Alegre/RS

| Gerência Distrital | 2017 | | | |
|---------------------|-----------|----------|------------|------------|
| | GHC* | HCPA* | PMPA** | Total |
| Centro | 0 | 3 | 8 | 11 |
| GCC | 0 | 0 | 35 | 35 |
| LENO | 8 | 0 | 26 | 34 |
| NEB | 15 | 0 | 29 | 44 |
| NHNI | 16 | 0 | 19 | 35 |
| PLP | 0 | 0 | 32 | 32 |
| RES | 0 | 0 | 21 | 21 |
| SCS | 0 | 0 | 25 | 25 |
| Porto Alegre | 39 | 3 | 195 | 237 |

FONTE: SMS/CGAPS/IMESF

*GHC e HCPA contam com ACS empregados públicos do IMESF.

**PMPA considera-se estatutário e empregados públicos do IMESF.

Na tabela acima, apresentamos a distribuição das ESF e EACS nas GDs conforme o empregador, na qual pode ser observada que a maioria (82,3%) das equipes são constituídas por profissionais contratados pela PMPA.

Concluimos o ano de 2017 com 156 equipes de saúde bucal (ESB) consistidas - equipes com diferentes arranjos de carga horária. De acordo com as regras do Ministério (equipe de saúde bucal com carga horária de 40h) concluimos o ano com 103 ESB implantadas. Com relação aos resultados apresentados no Relatório Anual de Gestão de 2016, houve ampliação da cobertura populacional em dezembro de 37,0% em 2016 para 38,2% em 2017 (Tabela abaixo), pois houve mudança na fórmula de cálculo.

O número de Unidades de Saúde com Saúde Bucal se manteve em 2017 e houve um aumento no número de ESF com Saúde Bucal de 103 em 2016 para 109 em 2017. A diminuição no número total de equipes foi

ocasionada por motivos de aposentadorias e as contratações possíveis de ser repostas estão em planejamento na SMS.

Tabela 25– Número de Unidades de Saúde de Atenção Primária com Saúde Bucal, número de Unidades de Saúde de Atenção Primária com Saúde Bucal, cobertura populacional, número de Equipes de Saúde Bucal, cobertura da Saúde Bucal, número de Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal e de Equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal por Gerência Distrital

| Gerência Distrital | População | Nº US | Nº US com SB | Nº ESF SB | Nº EAB SB | Total de ESB | Cobertura populacional |
|---------------------|------------------|------------|--------------|------------|-----------|--------------|------------------------|
| Centro | 291.424 | 3 | 2 | 7 | 3 | 10 | 10,9 |
| GCC | 157.235 | 24 | 11 | 11 | 3 | 14 | 50,0 |
| LENO | 158.755 | 23 | 20 | 21 | 7 | 28 | 60,7 |
| NEB | 200.016 | 26 | 17 | 20 | 6 | 26 | 53,8 |
| NHNI | 192.535 | 14 | 14 | 17 | 9 | 26 | 37,7 |
| PLP | 181.945 | 21 | 18 | 13 | 7 | 20 | 33,6 |
| RES | 98.566 | 12 | 10 | 9 | 4 | 13 | 35,0 |
| SCS | 200.543 | 17 | 15 | 11 | 8 | 19 | 37,0 |
| Porto Alegre | 1.481.019 | 140 | 107 | 109 | 47 | 156 | 38,2 |

FONTE: SMS/CGAPS e SCNES (dezembro de 2017). IBGE Estimativa 2016 (1,050851 x Censo 2010).

US = Unidade de Saúde; ESB = Equipe de Saúde Bucal; ESF = Equipe de Saúde da Família;

EAB = Equipe de Atenção Básica.

Na Gerência Centro, houve aumento de 3 novas Equipes de Saúde Bucal na Unidade de Saúde Modelo no ano de 2017, quando comparado ao ano de 2016. Outra Gerência que teve aumento de equipe de saúde bucal foi a gerência Restinga, na Unidade de Saúde Belém Novo.

Tabela 26- Relação de Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) por gerência distrital, US de referência em Porto Alegre/RS

| NASF | Gerência Distrital | Unidade de Saúde de Referência | Nº ESF vinculadas | Empregador |
|------------------------|--------------------|--------------------------------|-------------------|------------|
| NASF Centro | Centro | US Santa Marta | 8 | SMS |
| NASF Cruzeiro/Cristal | GCC | US Vila dos Comerciantes | 7 | SMS |
| NASF Barão Bagé | LENO | US Barão de Bagé | 8 | GHC |
| NASF LENO | LENO | US Mato Sampaio | 8 | SMS |
| NASF Jardim Leopoldina | NEB | US Jardim Leopoldina | 8 | GHC |
| NASF NEB | NEB | US Santo Agostinho | 9 | SMS |
| NASF Unidade Conceição | NHNI | US Conceição | 8 | GHC |
| NASF Jardim Itú | NHNI | US Jardim Itú | 8 | GHC |

FONTE: SCNES e CGAPS.

Durante 2017 foi aprovada na CIB a criação do NASF Centro. Os NASF Lomba e Sul foram desativados devido à realocação de recursos humanos. Atualmente, 27% das ESFs contam com o apoio matricial dos NASF. Os Núcleos apoiam as US conforme o referencial teórico e metodológico estabelecido. A SMS possui 9 equipes de NASFs cadastradas, mas recebe incentivo financeiro federal por apenas 7 equipes (Tabela acima).

Atendimento às populações específicas

Para o atendimento da Atenção Básica às populações específicas, existem 2 Consultórios na Rua, 1 US Indígena, 2 US Prisionais com 4 Equipes de Saúde Prisional e 6 US Socioeducativo (FASERS) (Tabela abaixo).

Tabela 27– Lista de profissionais da Unidade de Saúde Indígena, em Porto Alegre/RS

| Tipo de Serviço | Nome da Equipe | Gerência Distrital | Nº Profissionais |
|---------------------------------|---|--------------------|------------------|
| Unidade de Saúde Indígena | Aldeia Kaingang Fag NHIN | PLP | 12 |
| Consultório na Rua | eCR Centro | Centro | 9 |
| | eCR Hospital Nossa Senhora da Conceição | NHNI | 7 |
| Equipe Saúde Prisional | Madre Pelletier | GCC | 9 |
| | PCPA 1 | PLP | 12 |
| | PCPA 2 | | 11 |
| | PCPA 3 | | 14 |
| Unidade de Saúde Socioeducativa | FASERS | GCC | 14 |

Saúde Indígena

A Unidade de Saúde Indígena Aldeia Kaingang Fag Nhin, cadastrada no SCNES no início de 2015, atende a população indígena residente nas cinco aldeias existentes em Porto Alegre: Kaingang: Fág Nhin, Tupe Pen, Van-Ká, Komág e a Charrua: Polidoro. Os indígenas Kaingang pertencentes às comunidades situadas na Agronomia, Jardim Protásio Alves, Jardim Verde, Glória, Vila Safira e Vila Gaúcha permanecem sendo atendidos nas respectivas US de referência. A EMSI Viamão da Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI) continua responsável pelo atendimento básico nas aldeias Mbyá Guarani situadas no Lami, Aracuã (Canta Galo) e Lomba do Pinheiro, tendo esses suas referências na RAS de Porto Alegre as US Lami e US Pitinga.

Consultório na Rua

As equipes do Consultório na Rua (e-CR), à luz da Portaria MS 122/2011, exercem suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades de Saúde da Atenção Básica e, quando necessário, com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de

atenção, de acordo com a necessidade do usuário. Porto Alegre conta atualmente com duas e-CRs, sendo uma equipe Modalidade III na GD Centro e uma equipe Modalidade II na GD NHNI em parceria com o GHC.

Desde 2013, em consonância com o planejamento compartilhado com o Movimento da População de Rua, a equipe da GD Centro também atende em uma base na US Santa Marta, o que limitou sua atuação itinerante, comprometendo o atendimento às pessoas em situações mais vulneráveis. Em vista disso, a partir do final de 2016 passou-se a alternar, nos turnos de trabalho, atendimentos fixos e itinerantes, com abordagens in loco no território.

Saúde Prisional

Porto Alegre conta com duas Unidades de Saúde Prisional, localizadas no Presídio Central e na Penitenciária Madre Pelletier. A US Presídio Central conta com 3 Equipes de Saúde Prisional, que o segundo semestre de 2016 foram unificadas em único CNES (6957560). Registre-se que as 3 ESP do Presídio Central teriam capacidade de atender integralmente 1.500 usuários, contudo a população carcerária do Presídio Central tem ultrapassado 4.700 detentos, o que indica a necessidade de ampliação de tais equipes. Na Penitenciária Madre Pelletier, a capacidade instalada é compatível com a população carcerária.

Meta 27. Ampliar a cobertura de 1ª consulta odontológica programática para 5%.

Conforme os dados apresentados, não conseguimos atingir a meta pactuada para o ano, obtendo 4,22%. Apesar do aumento da cobertura de primeiras consultas odontológicas e do percentual de cobertura populacional no Município, ainda existe um déficit de cirurgiões-dentistas nas equipes de saúde por motivos de aposentadoria.

Tabela 28– Cobertura de primeira consulta odontológica programática município de Porto Alegre, entre os anos 2016 e 2017- (PAS 27)

| Gerência Distrital | População | Parâmetro / Meta* | Ano | | | | | |
|---------------------|-----------|-------------------|--------|-----------|--------|-----------|----------|-----------|
| | | | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | | | Nº | Cobertura | Nº | Cobertura | Nº | Cobertura |
| Porto Alegre | 1.409.352 | 5% | 59.609 | 4,22 | 56.950 | 4,04 | 2659 | 0,18 |

FONTE: SIA SUS TABWIN 2017.

Procedimentos: 0301010153

* Meta 27 PAS 2016. Não há pactuação por Gerência Distrital, apenas por Município.

Comparando-se a cobertura de primeira consulta odontológica programática na Atenção Primária do Município, observa-se um aumento de 2.659 no total de consultas no ano de 2017 em relação ao ano de 2016. Este aumento pode ser explicado pelo aumento no percentual de cobertura odontológica do Município que em 2016 era 37,0% e passou para 38,2% em 2017.

Tabela 29– Percentual de exodontias em relação aos procedimentos selecionados no município de Porto Alegre, entre os anos 2017 e 2016

| Serviços | População | Parâmetro / Meta* | Ano | | | | | |
|---------------------|-----------|-------------------|--------|-------|--------|------|----------|------|
| | | | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Porto Alegre | 1.409.352 | 5% | 25.466 | 13,85 | 21.441 | 7,21 | 4.025 | 6,64 |

FONTE: SIA SUS TABWIN.

Procedimentos numerador: 0414020138; 0414020146.

Procedimentos denominador: 0101020058; 0101020066; 0101020074; 0101020090; 0307010015; 0307010031; 0307010040; 0307020010; 0307020029; 0307020037; 0307020061; 0307020045; 0307020053; 0307020070; 0307020088; 0307020096; 0307020100; 0307020118; 0307030016; 0307030024; 0307030032; 0414020022; 0414020073; 0414020138; 0414020146; 0414020154; 0414020162; 0414020219; 0414020243; 0414020367; 0414020375.

* Parâmetro SisPacto. Não há pactuação por Gerência Distrital, apenas por Município.

No ano de 2017, foram realizadas 25.466 exodontias no município, representando um aumento quando comparado ao ano anterior que foi de 21.441. Cabe ressaltar que a partir do mês de agosto, os relatórios de produção de procedimentos odontológicos e de consultas odontológicas do município somente puderam ser retirados através dos relatórios do E-SUS, com exceção das Unidades de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição por não

utilizarem este sistema. Anteriormente, a produção odontológica era apresentada a partir do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) através do Tabwin, o que não foi mais possível desde agosto deste ano. Desta forma, o cálculo necessário para obtenção do percentual de exodontias em relação aos procedimentos selecionados foi obtido através dos relatórios do ESUS. Portanto, no ano de 2017, atingimos o percentual de 13,85% de exodontias em relação aos procedimentos selecionados no município de Porto Alegre, representando um aumento comparado ao ano de 2016 que foi de 7,21%.

Meta 43. Ampliar o percentual da população coberta por procedimentos periodontais para 10%.

Ampliar o percentual da população coberta por procedimentos periodontais para 10%

Com relação a meta de 10% de procedimentos periodontais por habitante no município de Porto Alegre, assim como no ano de 2016, não atingimos a meta. Este percentual no ano de 2017 foi de 5,08% e no ano de 2016 foi 6,71%.

Com relação aos procedimentos periodontais, foram realizados 71.677 no ano de 2017, representando uma diminuição quando comparado ao ano de 2016 que teve 94.514.

Tabela 30- Percentual de procedimentos periodontais por habitante no município de Porto Alegre, entre os anos 2017 e 2016

| Serviços | População | Parâmetro / Meta* | Ano | | | | | |
|---------------------|-----------|-------------------|--------|------|--------|------|----------|--------|
| | | | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Porto Alegre | 1.409.352 | 10% | 71.677 | 5,08 | 94.514 | 6,71 | - 22.837 | - 1,63 |

FONTE: SIA SUS TABWIN 2016.

Procedimentos: 0307030016; 0307030024; 0307030032; 0414020154; 0414020162; 0414020219; 0414020375

* Não há pactuação por Gerência Distrital, apenas por Município.

No ano de 2016, foi apresentada no Relatório de Gestão, a tabela 277 que demonstrou o percentual da população coberta por procedimentos periodontais. Entretanto, os dados necessários para a apresentação desta tabela não são possíveis de serem calculados através dos relatórios do E-SUS na distribuição por Gerência Distrital.

Educação Permanente

Assim como no ano anterior, em 2017 a educação permanente para as equipes de saúde bucal foi construída, planejada e executada pelo grupo co-gestor de educação permanente em saúde bucal (GT-EPS), conduzido pela Coordenação de Saúde Bucal na Atenção Primária e pela Faculdade de Odontologia da UFRGS. O GT fomentou atividades de alinhamento conceitual e metodológico quanto à transformação das práticas e concepções de educação em saúde vigentes. Em parceria com as Gerências Distritais, foram realizados encontros de EPS, elencando temáticas de interesse das equipes de saúde bucal, a partir de cada realidade local. Algumas temáticas abordadas foram: projeto terapêutico singular, matriciamento em saúde bucal com convidados que trouxeram a experiência realizada em Gravataí, programa saúde na escola e dúvidas e registros no prontuário eletrônico E-SUS.

O GT-EPS também foi responsável pelo planejamento da 7ª Semana Municipal de Saúde Bucal, realizada em parceria com as entidades de classe da odontologia e instituições de ensino odontológico, no mês de outubro, bem como pelo planejamento da Campanha do Maio Vermelho que ocorreu em maio de 2017.

7.1.2 Produção dos Serviços de Saúde de Atenção Primária

A produção das 141 Unidades de Saúde da Atenção Primária, 140 US a partir de julho de 2017, apresentada nas tabelas desse relatório foi obtida do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) através do Tabwin e dos Relatórios de Produção do eSUS.

A utilização do sistema e-SUS AB trouxe uma série de benefícios no lançamento da produção das US da APS, como a supressão da necessidade de preenchimento e de digitação dos formulários de BPA. Também eliminou a necessidade de envio e armazenamento dos arquivos de cada US. Desta forma, houve redução dos erros de digitação da produção observado anteriormente. Até julho de 2017, o sistema e-SUS AB exportava diretamente ao SIA os dados da produção das US da APS. A partir do mês de agosto de 2017, o Sistema e-SUSAB passou a exportar automaticamente os dados ao Conjunto Mínimo de Dados (CDM) do Ministério de Saúde. Desde então, a produção das US da APS que utilizam o Sistema- e-SUS não está mais disponível para pesquisa no SIA utilizando o Tabwin da SMS.

O CDM é o documento público que coleta os dados de todos os estabelecimentos de saúde do país em cada contato assistencial, sendo componente do Registro Eletrônico de Saúde (RES) e integrando o Sistema Nacional de Informação de Saúde (SNIS). Tem por escopo a obtenção de uma base de dados padronizada e capaz de proporcionar informações assistenciais oportunas, confiáveis e comparáveis que possibilite subsidiar processos e objetivos finalísticos, tais como a disseminação para pesquisa institucional e acadêmica, o monitoramento de políticas de saúde, o faturamento dos serviços prestados e o planejamento da rede de atenção à saúde em território nacional, considerando as esferas pública, suplementar e privada.

Em outubro de 2016, após atualização da versão (2.06), o sistema e-SUS AB passou a apresentar dificuldade na geração dos relatórios e na exportação da produção, prejudicando seu lançamento no SIA. A análise dos dados de produção das US da Atenção Primária no SIA de 2016 mostra significativa queda a partir de outubro. Em novembro e dezembro, somente a

produção da US que não utilizam o e-SUS foi contabilizada. Motivada pelas dificuldades acima relatadas, os valores apresentados nas tabelas de produção da Atenção Primária do Relatório Anual de Gestão de 2016 foram estimados pela média da produção apresentada nos meses anteriores. A sazonalidade de algumas ações, como as da Saúde Escolar (condicionadas pelo funcionamento das escolas) e o período de férias (janeiro e fevereiro) podem influenciar a estimativa de produção de alguns procedimentos.

A modificação da forma de transmissão da produção ambulatorial ocorrida a partir de agosto de 2017, trouxe inúmeras dificuldades para a obtenção dos dados das US da APS e constituição das tabelas rotineiramente apresentadas nos Relatórios de Gestão. Foi necessária a exportação de 3 tipos de relatórios do e-SUS (Relatório de Procedimentos, Relatório de Atendimento Odontológico e Relatório de Atendimento Domiciliar), para cada mês e para cada categoria profissional. Os arquivos exportados precisaram ser manualmente integrados, para posterior processamento e alinhamento com os dados obtidos no SIA. Atualmente, é inviável obter os dados por US e portanto a apresentação por Gerência Distrital.

Em dezembro de 2017, 127 das 140 (90,7%) das US da Atenção Primária utilizaram o e-SUS. Das USs conveniadas apenas uma não está integrada ao Sistema eSUS (US Vila Fátima Campus Aproximado da PUC). A US Santa Cecília, vinculada ao HCPA, e as USs vinculadas ao GHC, utilizam sistemas próprios de prontuário. As ESP do Presídio Central permanecem em processo de implementação do Sistema e-SUS AB e a ESP Madre Pelletier está utilizando o eSUS.

Os dados do SIA foram coletados até o dia 02/03/2018 e incluem a produção apresentada de janeiro de 2016 a dezembro de 2017 das US que não utilizam integralmente o sistema eSUS e que ainda lançam produção através do BPA. Os dados dos últimos 3 meses não são definitivos, e podem sofrer modificação nos próximos meses. A descrição dos códigos dos procedimentos pesquisados está detalhada no Anexo I. Os relatórios mensais do eSUS, de cada categoria profissional, foram obtidos até o dia 15/01/2018 e foram processados em Excel para a busca dos mesmos procedimentos acima citados.

7.1.2.1 Consultas na Atenção Primária

Tabela 31– Comparativo do total de consultas realizadas na Atenção Primária por Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médico, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | População Estimativa IBGE 2016 | Cirurgião Dentista | | | Enfermeiro | | | Médico | | | Total | | |
|--------------|--------------------------------|--------------------|---------|---------|------------|---------|---------|--------|---------|---------|-------|-----------|-----------|
| | | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* |
| | | 1.481.019 | 184.783 | 171.286 | 7,9 | 369.433 | 350.306 | 5,5 | 978.952 | 979.439 | 0,0 | 1.533.168 | 1.501.031 |

FONTE: SIA (coleta dos dados até 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017

Procedimentos: 0301010030; 0301010153; 0301010064; 0301060037; 0301060045; 0301060053; 0301010110; 0301010129; 0301010080; 0301010099; 0301010021; 0301010013.

*Percentual da variação entre os anos de 2017/2016.

Na Tabela acima foram mostrados os números de consultas e atendimentos realizados pelos cirurgiões dentistas, enfermeiros, médicos e outros profissionais de nível superior das 141 USs de Atenção Primária. Apesar das limitações de coleta dos dados em ambos os anos, acima detalhadas, houve ampliação no número geral de consultas realizadas por Cirurgiões Dentistas e Enfermeiros. O número de consultas médicas permaneceu inalterado. É inviável a comparação entre Gerências Distritais devido a modificação fonte de coleta de dados, como acima detalhada.

Tabela 32– Comparativo do total de consultas realizadas na Atenção Primária por Cirurgião Dentista, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | População Estimativa IBGE 2016 | Consulta | | | Primeira Consulta Programática | | | Atendimento de Urgência | | | Total | | |
|--------------|--------------------------------|-----------|---------|--------|--------------------------------|--------|--------|-------------------------|--------|--------|-------|---------|---------|
| | | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* |
| | | 1.481.019 | 100.305 | 96.207 | 4,3 | 50.721 | 56.950 | -10,9 | 18.528 | 18.132 | 2,2 | 169.554 | 171.284 |

FONTE: SIA (coleta dos dados até 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017

Procedimentos: 0301010030; 0301010153; 0301060037.

*Percentual da variação entre os anos de 2017/2016.

O tipo de consulta de Cirurgião Dentista foi detalhado na Tabela acima, com ampliação no número de consultas e de atendimento de urgência na comparação entre 2016 e 2017.

Tabela 33– Comparativo do total de consultas realizadas na Atenção Primária por Enfermeiro, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | População Estimativa IBGE 2016 | Consulta | | | Pré-natal e Puerpério | | | Puericultura | | | Total | | |
|--------------|--------------------------------|-----------|---------|---------|-----------------------|--------|--------|--------------|--------|--------|-------|---------|---------|
| | | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* |
| | | 1.481.019 | 323.166 | 313.909 | 2,9 | 28.054 | 22.227 | 26,2 | 18.306 | 14.173 | 29,2 | 369.526 | 350.309 |

FONTE: SIA (coleta dos dados até 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017

Procedimentos: 0301010030; 0301010110; 0301010129; 0301010080.

*Percentual da variação entre os anos de 2017/2016.

Na Tabela acima foram apresentadas as consultas realizadas por Enfermeiros, sugerindo ampliação de todos os tipos de consulta.

Tabela 34– Comparativo do total de consultas realizadas na Atenção Primária por Médico, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | População Estimativa IBGE 2016 | Consulta | | | Atendimento de Urgência | | | Pré-natal e Puerpério | | | Puericultura | | | Total | | |
|--------------|--------------------------------|-----------|---------|---------|-------------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|--------------|--------|-------|-------|---------|---------|
| | | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* |
| | | 1.481.019 | 887.215 | 898.921 | -1,3 | 28.674 | 38.225 | -25,0 | 38.874 | 32.845 | 18,4 | 24.189 | 9.457 | 155,8 | 978.952 | 979.448 |

FONTE: SIA (coleta dos dados até 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017

Procedimentos: 0301010064; 0301060037; 0301060045; 0301060053; 0301010110; 0301010129.

*Percentual da variação entre os anos de 2017/2016.

Houve manutenção no número de consultas médicas em 2017 em relação a 2016. As modificações ocorridas nos procedimentos de Atendimento de Urgência, Consultas de Pré-natal, Puerpério e Puericultura, possivelmente refletem o aprimoramento no registro do procedimento no e-SUS.

Tabela 35- Comparativo do 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, entre os anos 2017 e 2016

| Total | 2017 | | | 2016 | | | Variação | | |
|-------|-------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------------|
| | Nº total de consultas básicas | Nº total de consultas básicas para Idoso | % de consultas básicas para idoso | Nº total de consultas básicas | Nº total de consultas básicas para Idoso | % de consultas básicas para idoso | Nº total de consultas básicas | Nº total de consultas básicas para Idoso | % de consultas básicas para o idoso |
| | 887.134 | 231.225 | 26,1 | 898.820 | 215.883 | 24,0 | -1,3 | 7,1 | 8,5 |

FONTE: SIA (coleta dos dados até 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017
Procedimentos: 0301010064..

A Tabela acima aponta a ampliação do número e da proporção de consultas médicas para a população idosa em 2017 em relação a 2016.

Práticas Integrativas em Saúde na Atenção Primária

Meta 36. Implementar em mais 25% o Plano Municipal de Práticas Integrativas em Saúde (PIS) no município de Porto Alegre-RS.

Não atingida. O processo de atualização do Plano Municipal de Práticas Integrativas em Saúde está em andamento. Quanto aos procedimentos realizados na APS ainda ocorrem poucos registros no e-SUS AB, mas identifica-se um aumento gradativo dessas ações junto as unidades de saúde.

7.1.2.2 Ações de promoção e prevenção em saúde

A Tabela abaixo apresenta as diversas atividades coletivas realizadas nas US da Atenção Primária, sugerindo ampliação do número de total de procedimentos, principalmente pelas ações da saúde bucal. A projeção das ações de saúde bucal em 2016 deve estar prejudicada pela sazonalidade das ações realizadas nas escolas.

Tabela 36– Comparativo do total de atividades coletivas e/ou em grupo realizadas na Atenção Primária, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | População Estimativa IBGE 2016 | Atividade educativa, orientação | | | Prática corporal/Atividade fiscal em grupo | | | Ação coletiva – aplicação de flúor | | | Ação coletiva – escovação supervisionada | | | Ação coletiva – exame bucal | | | Total | | |
|--------------|--------------------------------|---------------------------------|-------|--------|--|------|-----|------------------------------------|-------|-----|--|-------|-----|-----------------------------|-------|-----|-------|--------|--------|
| | | 2017 | 2016 | % | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* |
| | | 1.481.019 | 9.443 | 18.049 | -47,7 | 222 | 190 | 16,8 | 2.893 | 806 | 258,9 | 8.943 | 820 | 990,6 | 1.746 | 500 | 249,2 | 23.247 | 20.352 |

FONTE: SIA (coleta dos dados em 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017.

Procedimentos: 0101010010; 0101010036; 0101020015; 0101020031; 0101020040.

*Percentual da variação entre os anos de 2017/2016.

Tabela 37– Comparativo do total de atividades educativas em grupo realizadas na Atenção Primária por categoria profissional, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | População Estimativa IBGE 2016 | Agente Comunitário de Saúde | | | Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal | | | Cirurgião dentista | | | Auxiliar e técnico de enfermagem | | | Enfermeiro | | | Médico | | | Outros profissionais de nível superior** | | | Total | | |
|--------------|--------------------------------|-----------------------------|------|-----|-----------------------------------|------|-------|--------------------|-------|-----|----------------------------------|-------|--------|------------|------|-----|--------|------|-------|--|-------|-----|-------|-------|--------|
| | | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* |
| | | 1.481.019 | 697 | 195 | 257,4 | 530 | 2.377 | -77,7 | 1.070 | 918 | 17 | 2.458 | 10.674 | -77 | 697 | 195 | 257 | 530 | 2.377 | -7,7 | 1.070 | 918 | 17 | 2.458 | 10.674 |

FONTE: SIA (coleta dos dados em 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017.

ACS = Agente Comunitário de Saúde; **Assistente social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo Clínico e Terapeuta Ocupacional.

Procedimentos: 0101010010.

*Percentual da variação entre os anos de 2017/2016.

O detalhamento das atividades educativas por profissional de saúde foi demonstrado na Tabela abaixo. Possivelmente, a dificuldade de registro as atividades desenvolvidas nas escolas no Sistema e-SUS possa explicar queda de produção de alguns profissionais.

Visitas Domiciliares e Atendimentos Domiciliares

Tabela 38– Comparativo do total de atendimentos domiciliares realizadas na Atenção Primária por categoria profissional, entre os anos de 2017 e 2016

| Porto Alegre | População Estimativa IBGE 2016 | Auxiliar e Técnico de Enfermagem | | | Cirurgião Dentista | | | Enfermeiro | | | Médico | | | Outros profissionais de nível superior** | | | Total | | |
|--------------|--------------------------------|----------------------------------|-------|-------|--------------------|------|-----|------------|-------|-------|--------|-------|-------|--|------|-----|-------|-------|-------|
| | | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* |
| | | 1.481.019 | 4.932 | 4.670 | 5,6 | 561 | 532 | 5,5 | 1.964 | 2.547 | -22,9 | 1.667 | 1.388 | 21 | 330 | 678 | -51,3 | 9.454 | 9.807 |

FONTE: SIA (coleta dos dados em 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017. Procedimentos: 0101030010; 0101030029; 0301010137. **Assistente social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo Clínico e Terapeuta Ocupacional.
*Percentual da variação entre os anos de 2017/2016.

Na Tabela acima foram apresentados os números de visitas e atendimentos domiciliares realizados pelas diferentes categorias profissionais. Em comparação com 2016, houve pequena redução do número de visitas e atendimentos domiciliares de todos profissionais, particularmente maior pelos enfermeiros.

Tabela 39– Comparativo do total de visitas domiciliares realizadas na Atenção Primária por Agente Comunitário de Saúde, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | População Estimativa IBGE 2016 | 2017 | 2016 | Varição |
|--------------|--------------------------------|----------------|----------------|--------------|
| | 1.481.019 | 702.227 | 284.801 | 146,6 |

FONTE: SIA (coleta dos dados em 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017.
Procedimentos: 0101030010.

Tabela 40- Total de visitas domiciliares realizadas nas 141* Unidades de Saúde da Atenção Primária por Agente Comunitário de Saúde, entre 2017 e 2016l

| Porto Alegre | População Estimativa IBGE 2016 | Ano | | | | | |
|--------------|--------------------------------|-----------------|----------------|----------------------------|-----------------|----------------|----------------------------|
| | | 2017 | | | 2016 | | |
| | | Número de ACS** | Número de VD | Média mensal de VD por ACS | Número de ACS** | Número de VD | Média mensal de VD por ACS |
| | 1.481.019 | 766 | 702.227 | 76,4 | 769 | 284.801 | 30,9 |

FONTE: SIA (coleta dos dados em 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017.

Procedimentos: 0101030010.

ACS = Agente Comunitário de Saúde; VD = visita domiciliar. Procedimentos: 0101030010

O número de visitas domiciliares desenvolvidas pelos ACS foi demonstrado na Tabela acima, totalizando mais de 700 mil visitas domiciliares em 2017, número superior ao apresentado em 2016.

A Nota Técnica nº 05/2016 de 24 de agosto de 2016, que dispõe sobre o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Atenção Primária do município de Porto Alegre, destaca que a visita domiciliar é a principal ferramenta de trabalho do ACS. Também estabelece que o ACS deverá exercer no mínimo 50% da sua jornada de trabalho semanal para atividades de visita domiciliar no território, com meta mensal mínima de 120 visitas domiciliares. Durante o ano de 2017, houve aumento no número de visitas domiciliares, determinando uma média mensal de 76,4 visitas por ACS, mais de 2 vezes superior a média de 2016, porém ainda inferior a meta mensal mínima.

7.1.2.3 Produção das Unidades de Saúde de Atenção Primária para Populações Específicas

Além das 141 Unidades de Saúde de Atenção, o município oferece serviços de atenção primária em saúde específicos para populações com necessidades diferenciadas.

Tabela 41– Comparativo do total do de procedimentos realizados pelas Unidades de Saúde Indígena Aldeia Kaingang Fag Nhin, entre os anos 2017 e 2016

| Procedimentos | Ano | | Variação |
|--|--------------|--------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Avaliação antropométrica | 478 | 317 | 50,8 |
| Atividade educativa | 14 | 11 | 27,3 |
| Ação coletiva bucal | 29 | 14 | 107,1 |
| Triagem oftalmológica | 3 | 2 | 50,0 |
| Coleta de citopatológico | 28 | 32 | -12,5 |
| Coleta de exame laboratorial | 2 | 0 | - |
| Glicemia capilar | 7 | 17 | -58,8 |
| Teste Rápido HIV | 42 | 27 | 55,6 |
| Teste Rápido Gravidez | 28 | 8 | 250,0 |
| Teste Rápido Sífilis | 43 | 29 | 48,3 |
| Teste Rápido Hepatite | 62 | 18 | 244,4 |
| Consulta NS AB exceto médico | 524 | 482 | 8,7 |
| Consulta médico AB | 920 | 1.460 | -37,0 |
| Consulta de puericultura | 108 | 3 | 3.500,0 |
| Consulta de pré-natal | 46 | 6 | 666,7 |
| Consulta puerperal | 4 | 3 | 33,3 |
| Consulta/atendimento domiciliar | 6 | 12 | -50,0 |
| Atendimento de urgência | 0 | 5 | -100,0 |
| Primeira consulta odontológica | 198 | 120 | 65,0 |
| Procedimentos odontológicos | 796 | 1.179 | -32,5 |
| Administração de medicamentos | 37 | 78 | -52,6 |
| Aferição pressão arterial | 231 | 338 | -31,7 |
| Nebulização/Inalação | 17 | 18 | -5,6 |
| Curativo/Retirada de pontos/Drenagem de abscesso | 12 | 62 | -80,6 |
| Visita domiciliar | 266 | 366 | -27,3 |
| Outros | 495 | 0 | - |
| Total | 4.396 | 4.607 | -4,64 |

FONTE: SIA (coleta dos dados em 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS.

Procedimentos: 0101040024; 0102010226; 0101010010; 0101020040; 0101020066; 0211060275; 0201020033; 0201020041; 0214010015; 0214010058; 0214010066; 0214010074; 0214010090; 0301010030; 0301010064; 0301010153; 0301010110; 0301010129; 0301010137; 0301060037; 0301100020; 0301100039; 0301100101; 0401010023.

A produção da Unidade de Saúde Indígena Aldeia Kaingang Fag Nhin em 2017 foi semelhante em 2016, destacando-se aumento no número de testes rápidos no presente ano.

Tabela 42– Comparativo do total de procedimentos realizados por Unidade de Saúde Prisional em 2016 em Porto Alegre/RS, entre os anos de 2017 e 2016

| Procedimentos | PCPA | | | Madre Pelletier | | | Total | | |
|-------------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|-------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação |
| Atividade educativa | 12 | 6 | 100,0 | 109 | 1 | 10.800,0 | 121 | 7 | 1.628,6 |
| Consulta | 51.601 | 65.097 | -20,7 | 7.558 | 6.229 | 21,3 | 59.159 | 71.326 | -17,1 |
| Atendimento de urgência | 7.752 | 8.669 | -10,6 | 2.784 | 3.428 | -18,8 | 10.536 | 12.097 | -12,9 |
| Saúde bucal | 373 | 346 | 7,8 | 916 | 9 | 10.077,8 | 1.289 | 355 | 263,1 |
| Procedimento | 1.939 | 1.716 | 13,0 | 4.183 | 1.206 | 246,8 | 6.122 | 2.922 | 109,5 |
| Total | 61.677 | 75.834 | -18,66 | 15.550 | 10.873 | 43,0 | 77.227 | 86.707 | -10,93 |

FONTE: SIA (coleta dos dados em 03/02/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS e SIA.

A Tabela acima apresenta a comparação da produção de cada USP nos dois últimos anos. Durante o ano de 2017 houve redução no número de ingressantes no PCPA e ampliação na Penitenciária Madre Pelletier em relação ao ano anterior. Observa-se redução nos procedimentos realizados em 2017 no PCPA e ampliação na USP Madre Pelletier. Aspectos relacionados à política de segurança e dificuldades de implantação do e-SUS na USP PCPA podem ter influenciado esses resultados.

Meta 32 – Realizar o atendimento à saúde para 100% dos ingressantes no Presídio Central e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier.

Porto Alegre conta com duas Unidades de Saúde Prisional, localizadas no Presídio Central e na Penitenciária Madre Pelletier. Os US Presídio Central conta com 3 Equipes de Saúde Prisional. Durante o ano de 2017, foram atendidos 6.974 (79,9%) do total de 8.729 ingressantes no Presídio Central de Porto Alegre (PCPA). Aspectos relacionados à segurança (como a revista carcerária) influenciam na capacidade de atendimento das equipes. O caráter transitório do PCPA, que conta com um alto fluxo de homens por transferência ou liberação via Habeas Corpus intensifica a dificuldade de acompanhamento destas pessoas.

Na

Penitenciária Feminina Madre Pelletier, das 1513 ingressantes, 1487 (98,3%) receberam atendimento de saúde durante o ano de 2016. Em conjunto, as USP atenderam 82,6% do ingressantes nas duas casas prisionais.

Tabela 43– Comparativo do total de procedimentos realizados pelas Unidades de Saúde Sócio-Educativa (FASE), entre os anos 2017 e 2016

| Procedimentos | Ano | | Variação |
|-------------------------|---------------|---------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Atividade educativa | 1 | 12 | -91,7 |
| Consultas | 10.210 | 16.301 | -37,4 |
| Atendimento de urgência | 175 | 183 | -4,4 |
| Saúde bucal | 1.398 | 3.630 | -61,5 |
| Procedimentos | 1.929 | 4.631 | -58,3 |
| Total | 13.713 | 24.757 | -44,6 |

FONTE: SIA (coleta dos dados em 02/03/18).

Procedimentos: 0101010010; 0101040024; 0301100039; 0301100020; 0301100101; 0301100152; 0401010023; 0401010031; 0401010066; 0301010064; 0301010030; 0301010072; 0301060037; 0301010153.

Entre as USSE, houve redução do número de procedimentos em 2017 em relação a 2016 (Tabela acima).

7.1.2.4 Procedimentos clínicos e com finalidade diagnóstica na Atenção Primária

Nas Tabela 39 e 40 foram apresentados os quantitativos de diversos procedimentos realizados diariamente nas US de Atenção Primária. Destacam-se os mais de 500 mil procedimentos de aferição de pressão arterial e 220 mil antropometrias em 2017 (Tabela acima).

Tabela 44– Comparativo do total de procedimentos realizados na Atenção Primária, entre os anos de 2017 e 2016

| Porto Alegre | População Estimativa IBGE 2016 | Aferição de pressão arterial | | | Coleta de Triagem Neonatal | | | Antropometria | | | Triagem da acuidade visual | | | Total | | |
|--------------|--------------------------------|------------------------------|---------|---------|----------------------------|-------|-------|---------------|---------|---------|----------------------------|-------|-----|---------|---------|---------|
| | | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* |
| | | 1.481.019 | 534.805 | 645.837 | -17,2 | 3.601 | 2.562 | 40,6 | 220.675 | 327.172 | -32,6 | 8.531 | 503 | 1.596,0 | 767.612 | 976.066 |

FONTE: SIA (coleta dos dados em 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017.

Procedimentos: 0301100039; 0201020050; 0101040024; 0211060275.

*Percentual da variação entre os anos de 2017/2016.

Tabela 45– Comparativo do total de procedimentos realizados na Atenção Primária, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | População Estimativa IBGE 2016 | Inalação e nebulização | | | Glicemia capilar | | | Retirada de pontos | | | Curativo | | | Total | | |
|--------------|--------------------------------|------------------------|--------|--------|------------------|---------|---------|--------------------|--------|--------|----------|--------|---------|-------|---------|---------|
| | | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* |
| | | 1.481.019 | 11.765 | 50.554 | -76,7 | 115.466 | 162.923 | -29,1 | 19.066 | 24.553 | -22,3 | 40.903 | 107.925 | -62,1 | 187.200 | 345.949 |

FONTE: SIA (coleta dos dados em 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017.

Procedimentos: 0301100101; 0214010015; 0301100152; 0401010023.

*Percentual da variação entre os anos de 2017/2016.

Tabela 46– Comparação do total de coleta de material para citopatológico de colo uterino na Atenção Primária por categoria profissional, entre os anos de 2017 e 2016

| Porto Alegre | População Estimativa IBGE 2016 | Enfermeiro | | | Médico | | | Total | | |
|--------------|--------------------------------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|
| | | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* |
| | | 1.481.019 | 25.220 | 23.164 | 8,9 | 10.851 | 15.578 | -30,3 | 36.071 | 38.740 |

FONTE: SIA (coleta dos dados em 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017.

Procedimentos: 0201020033.

*Percentual da variação entre os anos de 2017/2016.

Na Tabela acima foram apresentados os números de coleta de material para realização de citopatológico de colo uterino pelas USs da APS realizados em 2017 e 2016. Observa-se este cuidado com a saúde da mulher tem sido realizado de forma compartilhada entre enfermeiros e médicos.

Nas Tabelas 42 e 43 foram detalhados os tipos de testes rápidos realizados nas US da APS. Em 2017 destaca-se o aumento de testes rápidos de sífilis e HIV em gestantes em relação a 2016.

Tabela 47– Comparação do total dos testes rápido realizados na Atenção Primária, entre os anos de 2017 e 2016

| Porto Alegre | Gravidez | | | Sífilis em gestante | | | HIV em gestante | | | Total | | |
|--------------|----------|--------|------|---------------------|-------|------|-----------------|-------|------|--------|--------|-----|
| | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* |
| | 15.761 | 17.125 | -8,0 | 7.663 | 6.880 | 11,4 | 7.884 | 7.033 | 12,1 | 31.308 | 31.032 | 0,9 |

FONTE: SIA (coleta dos dados em 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017.

Procedimentos: 0214010066; 0214010082; 0214010040.

*Percentual da variação entre os anos de 2017/2016.

Tabela 48– Comparação do total dos testes rápido realizados na Atenção Primária, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | HIV | | | Sífilis | | | Hepatite C | | | Hepatite B | | | Total | | |
|--------------|--------|--------|------|---------|--------|------|------------|--------|------|------------|------|---------|--------|--------|------|
| | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* |
| | 18.545 | 16.794 | 10,4 | 17.817 | 16.112 | 10,6 | 22.012 | 18.209 | 20,9 | 19.265 | 195 | 9.779,5 | 77.639 | 51.310 | 51,3 |

FONTE: SIA (coleta dos dados em 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017.

Procedimentos: 0214010058; 0214010074; 0214010090, 0214010104.

*Percentual da variação entre os anos de 2017/2016.

Em 2017, houve ampliação no número de testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite C e hepatite B realizados pelas US da APS em relação ao ano anterior (Tabela acima).

Tabela 49– Comparativo total de testes rápido realizados na Atenção Primária por categoria profissional, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | Cirurgião Dentista | | | Enfermeiro | | | Médico | | | Total | | |
|--------------|--------------------|-------|------|------------|--------|------|--------|-------|------|---------|--------|------|
| | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* | 2017 | 2016 | %* |
| | 3.245 | 1.679 | 93,3 | 103.103 | 78.458 | 31,4 | 2.330 | 1.939 | 20,2 | 108.678 | 82.072 | 32,4 |

FONTE: SIA (coleta dos dados em 02/03/18) e Relatórios do eSUS (coleta dos dados em 15/01/18). 2016: estimativa. 2017: dados provisórios. Janeiro de 2016 a julho de 2017: fonte SIA para todas US. A partir de agosto de 2017: fonte Relatórios do eSUS para US que utilizam Sistema eSUS e fonte SIA para US que ainda lançam produção em BPA. *140 US a partir de julho de 2017.

Procedimentos: 0214010066; 0214010082; 0214010040; 0214010058; 0214010074; 0214010090, 0214010104.

*Percentual da variação entre os anos de 2017/2016.

Como em 2016, a grande maioria dos testes rápidos foi realizado por enfermeiro durante o ano de 2017 (Tabela acima).

7.1.3 Ações de Gestão na Atenção Primária

Atenção Primária - Unidades Acolhedoras

Meta 62. Certificar 100% das Unidades de Saúde da Atenção Primária como Acolhedoras.

Em dezembro 2017, 110 das 140 Unidades de Saúde da Atenção Primária foram certificadas como Unidades Acolhedoras (78,5%). Houve pequena redução em relação ao final de 2016. Dificuldades em mudança nos processos de trabalho em algumas equipes e de reposição de profissionais podem ser atribuídas como razões para o não alcance da meta de 100% das unidades com acolhimento implantado. Destaca-se que a condição de Unidade de Saúde Acolhedora é reavaliada a cada quadrimestre, e as unidades que não cumprem os critérios estipulados na Guia do Acolhimento (disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/guia_acolhe.pdf) deixam de ser certificadas como acolhedoras. Na tabela abaixo, apresentamos os dados de cada Gerência Distrital em 2017 e 2016.

Tabela 50- Unidades certificadas como Acolhedoras, por Gerência Distrital em 2017 e 2016

| Gerência Distrital | US | N | % | N | % | N | % |
|---------------------|-------------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | | Ano | | | | | |
| | | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| Centro | 3 | 1 | 33,3 | 1 | 33,3 | 0,0 | 0,0 |
| GCC | 24 | 24 | 100,0 | 23 | 95,8 | 4,3 | 4,4 |
| LENO | 23 | 16 | 69,5 | 16 | 69,6 | 0,0 | -0,1 |
| NEB | 26 | 16 | 61,5 | 17 | 65,4 | -5,9 | -6,0 |
| NHNI | 14 | 11 | 78,5 | 10 | 71,4 | 10,0 | 9,9 |
| PLP | 21 | 18 | 85,7 | 19 | 90,5 | -5,3 | -5,3 |
| RES | 12 | 10 | 83,3 | 11 | 91,7 | -9,1 | -9,2 |
| SCS | 17 / 18 | 14 | 82,3 | 14 | 77,8 | 0,0 | 5,8 |
| Porto Alegre | 140* / 141 | 110 | 78,5 | 111 | 78,7 | -0,9 | -0,3 |

FONTE: Declaração da Prática do Acolhimento das Gerências Distritais/CGAB. *140 US a partir de julho de 2017

Principais ações estratégicas desenvolvidas pela gestão de Atenção Primária

Programa Acesso Mais Seguro

O Programa Acesso Mais Seguro – AMS- para Serviços Essenciais está sendo desenvolvido em Porto Alegre em cooperação com o Comitê Internacional Da Cruz Vermelha – CICV – desde 2016 e foi reafirmado pela nova gestão para o período de abril de 2017 a abril de 2019 com a proposta de construção de um plano de análise e tratamento de riscos que visa qualificar a gestão diária de situações de violência armada pelos serviços de saúde e favorecer o acesso seguro aos usuários.

Em 2017, conforme apresentado na tabela abaixo, o AMS expandiu significativamente na rede de atenção à saúde, partindo de 15 serviços capacitados e atingindo o total de 69 em dezembro de 2017. Atualmente encontram-se capacitados 39% dos serviços da atenção primária, 50% dos pronto-atendimentos e 100% das equipes do Programa Melhor em Casa.

Ressalta-se que dos serviços capacitados, 36 (26%) unidades da atenção primária, 01 Pronto- Atendimento e 04 equipes do Programa Melhor em Casa estão certificados e, portanto com autonomia de gestão diária das situações de violência armada. A discrepância entre serviços capacitados e certificados se deve ao tempo que cada serviço necessita para elaboração do Plano de AMS, observou-se um tempo médio de dois meses entre a capacitação e a certificação.

A partir do AMS, a SMS implantou em maio de 2017 o Sistema de Notificação de Violência nos Serviços de Saúde com o qual pretende monitorar o impacto de incidentes de segurança no acesso dos usuários aos serviços de saúde, buscando a ampliação e qualificação deste. Este sistema permitiu identificar que em média 02 (duas) unidades da atenção primária fecharam por semana durante o ano de 2017 por situação de violência armada como tiroteios, toque de recolher e homicídios. O número de notificações de fechamento teve um aumento nos meses de setembro e dezembro, atingindo 16 e 18 notificações respectivamente, sugerindo uma média de 4 (quatro)

unidades de saúde da atenção primária fechadas por semana nestes meses devido à violência no território.

Visando o suporte emocional dos profissionais que trabalham em territórios caracterizados pela violência armada, a partir de julho de 2017 a SMS criou o Programa de Prevenção ao Estresse Pós-Traumático em parceria com o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse – NEPTE- da Faculdade de Psicologia da PUCRS para o desenvolvimento de grupos terapêuticos. Ao longo do ano de 2017, aproximadamente 25 trabalhadores de diferentes serviços participaram deste programa. Além disso, 28 trabalhadores da SMS foram capacitados pelo NEPTE no protocolo de Primeiros Socorros Psicológicos desenvolvido pelo National Center for PTSD visando padronizar o suporte imediato a trabalhadores e usuários vítimas de violência com base em evidências sobre reações agudas ao estresse.

Por fim, o AMS preconiza a atuação intersetorial como metodologia de proteção dos serviços essenciais em contexto de violência armada e, portanto, ações com intuito de fortalecer e qualificar a comunicação entre diferentes setores como saúde, assistência social e educação foram desenvolvidas ao longo de 2017. Um grupo de suporte intersetorial foi criado para favorecer este processo.

Tabela 51- Número absoluto de serviços de saúde capacitados em Acesso Mais Seguro nos anos de 2016 e 2017

| Gerência Distrital | Ano | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------|----------|------------------------------------|-----------|-----------|----------|------------------------------------|-----------|-------------------|---------------------|------------------------------------|-----------|
| | 2017 | | | | 2016 | | | | Total 2016 a 2017 | | | |
| | APS | PA | Equipes do Programa Melhor em Casa | Total | APS | PA | Equipes do Programa Melhor em Casa | Total | Atenção Primária | Pronto-Atendimentos | Equipes do Programa Melhor em Casa | Total |
| Centro | 1 | - | 1 | 2 | - | - | - | - | 1 | - | 1 | 2 |
| GCC | 10 | 1 | 2 | 13 | - | - | - | - | 10 | 1 | 2 | 13 |
| LENO | 6 | - | - | 6 | 4 | 1 | 1 | 6 | 10 | 1 | 1 | 12 |
| NEB | 8 | - | - | 8 | 5 | - | 2 | 7 | 13 | - | 2 | 15 |
| NHNI | 8 | - | - | 8 | - | - | 1 | 1 | 8 | - | 1 | 9 |
| PLP | 6 | - | 2 | 8 | 1 | - | - | - | 7 | - | 2 | 9 |
| RES | 4 | - | 1 | 5 | - | - | - | - | 4 | - | 1 | 5 |
| SCS | 3 | - | 1 | 4 | - | - | - | - | 3 | - | 1 | 4 |
| Total | 46 | 1 | 7 | 54 | 10 | 1 | 4 | 15 | 56 | 2 | 11 | 69 |

Fonte: Coordenação Geral da Atenção Primária

Turno estendido

Na busca de ampliar o acesso aos usuários de Porto Alegre, as Unidades de Saúde Modelo e São Carlos tiveram seu turno de funcionamento estendido das 18 até às 22h. A US Modelo conta com 120h médicas, 60h de enfermagem, 100h de técnico de enfermagem, 60h de dentista e 40h de auxiliar de saúde bucal por semana, tendo realizado 8759 atendimentos médicos e 2586 atendimentos odontológicos, além de vacinas, curativos, administração de medicamentos, nebulização e outros.

Já a US São Carlos conta com 70h de médico, 20h de enfermagem e 70h de técnico de enfermagem, realizando 6919 atendimentos médicos e outros procedimentos da Atenção Primária. Está prevista uma equipe de saúde bucal para atendimento estendido até às 22h após a conclusão das melhorias na infraestrutura da unidade.

Apoio Institucional

A Atenção Primária de Porto Alegre finalizou 2017 com 15 Apoiadores Institucionais, 03 a menos que em 2016. Entretanto, os Apoiadores Institucionais da Atenção Primária qualificaram suas ações. Destacamos as 869 atividades de apoio em todas as Unidades de Saúde do município, com uma média de 13 visitas por apoiador/mês, além de participarem de 953 colegiados ou reuniões.

O apoio também auxilia no processo de co-gestão, democratização das relações e qualificação das relações clínicas junto às equipes. Dentre as atividades desenvolvidas em 2017, destaca-se: organização de processos de trabalho, sistemas de informação, acesso avançado, mediação de conflitos, monitoramento e avaliação, PMAQ/AMAQ, contrato de trabalho, acolhimento, planejamento em saúde, atividades administrativas e outros.

Os Apoiadores também foram envolvidos em processos de educação permanente. Desenvolveram o Curso Introdutório de Agentes Comunitários de Saúde; participaram das oficinas do Programa Acesso Mais Seguro e da capacitação da ferramenta “Vitais”; auxiliaram na implantação do SIPNI Web; participaram de colegiados de coordenadores, da RAPS e do Grupo de

Monitoramento; realizaram entrevistas de remanejamento; auxiliaram a Gerência Distrital nas ações relativas à gestão de pessoas e desenvolveram outras ações pertinentes à função.

Conforme realizado no ano anterior, em 2017, a CGAPS juntamente com o IMESF, realizou encontros sistemáticos com os Apoiadores para alinhamento das ações nos diferentes territórios e reflexão sobre seu papel e sua atuação. Foram realizadas atividades de educação permanente com os apoiadores, com periodicidade quinzenal, e iniciado o processo de avaliação 360º da prática de apoio, que envolve a avaliação por parte das equipes de saúde, gerência distrital, IMESF e auto avaliação. Os apoiadores receberam devolutivas individuais após a conclusão do processo.

Ações desenvolvidas junto aos NASF

Ao longo de 2017 a gestão realizou alguns momentos junto aos profissionais de NASF para discussão de seu processo de trabalho junto às equipes de APS. Buscou-se, inicialmente, a construção conjunta de protocolos por núcleo profissional para uma melhor definição de seu funcionamento e organização.

Encerramos 2017 com 8 NASF implantados no município e em processo de revisão, pela gestão, de seu formato e funcionamento que será estabelecido para dentro da Política Municipal de APS.

Cabe destacar o credenciamento e implantação da equipe do NASF Centro, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

A seguir apresentamos os NASF existentes no município.

Tabela 52- Relação de Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) por gerência distrital, US de referência em Porto Alegre/RS

| NASF | Gerência Distrital | Unidade de Saúde de Referência | Nº ESF vinculadas | Empregador |
|------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| NASF Centro | Centro | US Santa Marta | 8 | SMS |
| NASF Cruzeiro/Cristal | GCC | US Vila dos Comerciantes | 7 | SMS |
| NASF Barão Bagé | LENO | US Barão de Bagé | 8 | GHC |
| NASF LENO | LENO | US Mato Sampaio | 8 | SMS |
| NASF Jardim Leopoldina | NEB | US Jardim Leopoldina | 8 | GHC |
| NASF NEB | NEB | US Santo Agostinho | 9 | SMS |
| NASF Unidade Conceição | NHNI | US Conceição | 8 | GHC |
| NASF Jardim Itu | NHNI | US Jardim Itu | 8 | GHC |

FONTE: SCNES e CGAPS.

Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ

A adesão ao 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) realizado em 2015 cadastrou 220 ESF/EAB, 88 ESB/EABSB, 07 NASF e 06 CEO. Estas equipes não foram avaliadas pelos entrevistadores no decorrer de 2017 conforme estava previsto pelo Ministério da Saúde, devido à mudança da Instituição de Ensino da UFRGS para a UFPEL alterando o cronograma de início da avaliação externa para 2018 na Capital. Após essa etapa, o Ministério da Saúde iniciará o processo de certificação das equipes utilizando as informações coletadas na avaliação externa, o cálculo dos indicadores e a realização da auto avaliação.

A CGAPS, juntamente com o IMESF, participou de todos os Colegiados das Gerências Distritais para abordar a temática do PMAQ, a organização das equipes aderidas ao programa para o momento da avaliação externa e reforçar os a auto avaliação das equipes. Ao longo do ano as equipes homologadas no programa foram cadastradas no AMAQ on line, instrumento eletrônico disponibilizado pelo Ministério da Saúde para preenchimento dos dados da auto avaliação de cada equipe participante do programa. Entretanto, foram identificadas várias inconsistências durante o cadastro dos responsáveis das equipes no AMAQ on line inviabilizando o uso desta ferramenta eletrônica.

O Apoio Institucional trabalhou com as equipes aderidas ao programa as questões relativas às fases do PMAQ (desenvolvimento, indicadores e auto avaliação) e se disponibilizou um documento com as principais orientações para a avaliação externa. A qualificação dos registros no Sistema e-SUS AB também visa qualificar os indicadores contratualizados no programa.

A Gestão da APS realizou, ainda, o preenchimento do Módulo Eletrônico do PMAQ juntamente com o IMESF. As informações do módulo serão complementares às coletadas pelas universidades da avaliação externa e utilizadas para a certificação das equipes.

Avaliação de Projetos de Pesquisa

Os projetos de pesquisa que são realizados na Rede de Atenção Primária da SMS são avaliados pela assessoria técnica desta coordenação. Este processo se efetiva com o objetivo de qualificar e aproximar as pesquisas com as necessidades e demandas da SMS. Em muitos momentos foi possível agregar nos instrumentos de pesquisa as nossas demandas no campo investigativo para qualificar o planejamento das ações. Outro ponto importante refere-se à discussão IES e os serviços de saúde (trabalhadores, gestores) e usuários. A discussão com os usuários quando a pesquisa requer um grande envolvimento da comunidade é realizada através dos Conselhos Distritais e/ou municipal. Busca-se, portanto a aproximação ensino e serviço na perspectiva de qualificação do atendimento ao usuário. Na tabela abaixo socializamos o quantitativo de pesquisas que foram avaliadas e aprovadas por esta coordenação no ano de 2017.

Tabela 53- Relação de projetos de pesquisa aprovados pela CGAPS por instituição de ensino e curso, durante 2017

| Instituição de Ensino | Graduação | Residência | Mestrado / Doutorado | Pesquisa Multicêntrica |
|--|------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| ESP | - | 11 | - | - |
| FEEVALE | 1 | - | - | - |
| GHC | - | 6 | - | - |
| Centro de Ciências da Saúde- Vitória - ES | - | - | - | 1 |
| IPA | - | - | 1 | - |
| PUCRS | - | - | 6 | - |
| SMS | - | 1 | - | - |
| UERGS | 6 | 5 | 10 | - |
| UFCSPA | - | 4 | 10 | - |
| UFPEL | - | - | 2 | - |
| UFRGS | 3 | 4 | 16 | - |
| ULBRA | 2 | - | - | - |
| UNISINOS | 3 | - | 03 | - |
| Total | 15 | 31 | 48 | 1 |

FONTE: SMS.

Sistema e-SUS AB

O e-SUS é um sistema importante para o gerenciamento dos processos de trabalho e da organização da assistência nas US. É um sistema multifuncional, com aplicações para: organização da agenda; registro e organização dos atendimentos em formato de prontuário eletrônico e coleta simplificada; monitoramento e avaliação das ações de saúde nos territórios. O MS, através da Resolução nº 7 de 24/11/2016 definiu o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica, inclusive condicionado o seu uso ao incentivo financeiro das equipes.

O prontuário eletrônico através do e-SUS está implantado em 100% das US próprias do Município. Ao final 2017, 127 das 140 (90,7%) das US da Atenção Básica utilizaram o e-SUS, sendo empregado o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) em 121 (92,9%) dessas US.

Das US conveniadas apenas duas ainda não estão integradas ao Sistema e-SUS (Ilha do Pavão e Campus Aproximado da PUC), A US Santa Cecília, que é vinculada ao HCPA, e as US vinculadas ao GHC, utilizam sistemas próprios de prontuário.

Territorialização

Em 2017 foi dado continuidade ao desenvolvimento do sistema GeoSaúde, atualmente utilizando a plataforma GoogleMaps, através de reuniões mensais do Grupo de Trabalho de Territorialização da SMS. O novo sistema tem se mostrado de mais fácil acesso do que o anterior, permitindo sua efetiva utilização por usuários, pesquisadores e trabalhadores, inclusive tem se constituído como uma importante ferramenta para o planejamento de ações na Secretaria. No terceiro quadrimestre foi acrescentada uma camada ao mapa para identificar a área de atuação das equipes deste programa, e a equipe da Central de Marcação de Consultas e Exames também tem utilizado o sistema em suas atividades.

Programa Bolsa Família

No início de 2017 foi elaborada e divulgada a Nota Técnica do Programa Bolsa Família com objetivo de orientar as equipes das US, estagiários e Gerências Distritais sobre o papel de cada um na condução das ações referentes ao Programa e de aumentar os índices de acompanhamento das condicionalidades.

Foi criado o ranking de acompanhamento pelas USs com o objetivo de mostrar às equipes como estava o acompanhamento das famílias beneficiárias do seu território diante das demais, valorizando aquelas que atingiram um bom resultado e provocando a discussão do processo de trabalho naquelas que ficaram abaixo da meta estipulada em 65%.

O ranking se baseou no percentual de famílias totalmente acompanhadas em cada US. Segundo o ranking referente à 1ª vigência de 2017, das 146 unidades de saúde de APS presentes no Portal do Bolsa Família (pelo CNES do Município há 141 US, essa diferença se dá em função do CNES), 54% (79) superaram a meta. Os dados da 2ª vigência do ano ainda não foram avaliados.

Ao longo do ano foram realizadas reuniões com os estagiários e em julho ocorreu um encontro com estagiários e profissionais das gerências distritais responsáveis pelo Programa. O encontro foi realizado na Secretaria de Saúde em parceria com a Fundação de Assistência Social e Cidadania - FASC a fim de atualizar informações gerais sobre o Programa, condicionalidades da saúde, acesso aos sistemas e dúvidas existentes.

Com relação às ações realizadas no Comitê Gestor do Programa Bolsa Família, que é o responsável pelas ações do PBF no âmbito municipal, foi realizado o pedido de compra de materiais e equipamentos para serem utilizados pelas equipes das US e estagiários para apoio às ações do Programa, como por exemplo, balanças, cartazes e avisos de chamamento.

Imunizações

A partir de setembro 2017, todas as unidades de saúde do município de Porto Alegre passaram a utilizar o SIPNI web, passando a ter uma forma única de contabilizar a cobertura vacinal e doses aplicadas em tempo real. Diferente do SIPNI desktop que apresentava instabilidade constante, impossibilitando muitas vezes os registros do vacinado no momento da vacinação, impactando negativamente na cobertura vacinal, o SIPNI web tem funcionado bem, com raros momentos de instabilidade. O sistema SIPNI WEB é on line e pode ser acessado de qualquer local e dispositivo com acesso a internet. Permite melhorar a qualidade da informação e as coberturas vacinais.

Com relação às vacinas, tivemos vários períodos durante o ano com desabastecimento de algumas doses. Apesar disso, foram tomadas medidas com objetivo de garantir seu acesso a todos, pensando na sua oferta em unidades de referência e com sistema de agendamento, otimizando a utilização das doses. Ainda tentando minimizar o dano ao usuário, foram feitos remanejamentos de doses e elencadas unidades de referência para algumas vacinas. Acreditamos que os dados referentes à cobertura vacinal de 2018 serão muito mais confiáveis, visto que todas as unidades de saúde estão utilizando o sistema SIPNI web plenamente.

Com a instalação em todas as unidades de saúde de câmaras de conservação de vacinas, tivemos um grande salto de qualidade no serviço prestado no nosso município. Durante o ano, algumas câmaras usadas nas unidades de saúde apresentaram vários problemas, impossibilitando em alguns períodos a manutenção da vacinação em alguns territórios. As equipes da Atenção Primária em parceria com o Núcleo de Imunizações iniciarão em 2018 testes de autonomia das Câmaras Elber, possibilitando um controle mais qualificado e minimizando possíveis danos futuros. Ainda referente às salas de vacinas, foi criada uma planilha controle na Atenção Primária, que é atualizada semanalmente fornecendo informações sobre a situação das salas. Através destas informações é possível gerar um gráfico que demonstra o panorama do funcionamento das salas de vacinas do município, o que futuramente possibilitará uma análise mais aprofundada das situações que ocasionam o

fechamento das salas. Após a conclusão desta etapa, o próximo foco do Núcleo de Imunizações e gestão será qualificar o registro de informações, oferecendo capacitações e atualizações no sistema, além de capacitar os hospitais e clínicas privadas para a implantação do SIPNI web.

Saúde Integral LGBTQI+

Em novembro de 2017 foi criada a área de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, *Queers* Intersexos e pessoas não binárias (LGBTQI+). Esta área visa à elaboração, implantação e implementação da Política Municipal de Saúde Integral LGBTQI+ no município de Porto Alegre com base na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, regulada pela Portaria no. 2.836, de 1º de dezembro de 2011 e na Portaria no. 343/2014, que institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no Rio Grande do Sul.

Em dezembro foi elaborada a versão preliminar dessa Política e iniciado o diagnóstico situacional da saúde LGBTQI+ junto a usuários/as e profissionais de saúde por meio de questionários online. Além disso, foi organizado o seminário “Saúde trans é direito!”, em parceria com a Igualdade – Associação de Travestis e Transexuais do RS, Homens Trans em Ação (HTA) e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto, alusivo ao dia 29 de janeiro, Dia da Visibilidade Trans.

Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem da Atenção Primária

No ano de 2017, no mês de setembro, institui-se uma anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem da Atenção Primária. Somaram-se 162 serviços entre atenção básica e especializada, em um total 1162 profissionais de enfermagem (354 enfermeiros, 559 técnicos de enfermagem e 249 auxiliares de enfermagem). As oito anteriores Certidões de Responsabilidade Técnica de enfermagem de cada gerencia distrital foram canceladas.

A enfermeira responsável técnica (RT) tem sob sua responsabilidade o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos

serviços de enfermagem. Entre as primeiras ações da RT se destaca a criação de uma planilha com os seguintes dados: nome, categoria profissional, número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, horário de trabalho e local de trabalho de todos os profissionais de enfermagem da atenção primária. Ação esta pioneira, assim como a criação e padronização das escalas de enfermagem no serviço através de uma ferramenta de comunicação através de gmail.

Instituiu-se um cronograma de reuniões mensais com os enfermeiros referências nas gerências distritais. Em novembro iniciou-se o planejamento do cálculo do dimensionamento de enfermagem com base na resolução 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem e em dezembro o planejamento da Semana de Enfermagem 2018. Referente as vacinas, a RT juntamente com os enfermeiros das gerências distritais, reorganizaram as Unidades de Saúde referência para alguns imunobiológicos devido ao desabastecimento. Criou-se também uma planilha controle a fim de monitorar as causas de fechamento das salas de vacinas.

Prefeitura nos Bairros

O Projeto Prefeitura nos Bairros (PB) é uma iniciativa do governo municipal que reúne todas as secretarias e departamentos da Prefeitura de Porto Alegre, juntamente com organizações não governamentais e a iniciativa privada, para levar às comunidades, com maior vulnerabilidade socioeconômica, serviços de alta relevância e necessidade para os munícipes da capital gaúcha.

Os trabalhos começaram no dia 10 de junho de 2017 no Parque Chico Mendes, no bairro Mário Quintana. E após 10 edições, a Secretaria Municipal da Saúde completou, no dia 25 de novembro de 2017, a sua participação no ano de 2017, tendo oferecido mais de 14 mil atendimentos nesses 5 meses e meio de trabalho.

Tabela 54- Quantitativo de serviços oferecidos nos bairros de Porto Alegre pela SMS e seus parceiros em 2017

| Locais | Atendimentos SMS | Atendimentos Mistos SMS Parceiros | Atendimentos Parceiros | Total de atendimentos |
|---------------------------|-------------------------|--|-------------------------------|------------------------------|
| Mário Quintana - 10/06 | 767 | 0 | 64 | 831 |
| Ilha da Pintada - 24/06 | 595 | 0 | 0 | 595 |
| Lomba do Pinheiro - 15/07 | 291 | 300 | 824 | 1.415 |
| Bom Jesus - 29/07 | 658 | 0 | 120 | 778 |
| Stª Rosa de Lima - 05/08 | 1691 | 0 | 317 | 2.008 |
| Partenon - 02/09 | 1140 | 0 | 148 | 1.288 |
| Stª Tereza - 23/09 | 1026 | 0 | 1366 | 2.392 |
| Glória - 30/09 | 640 | 0 | 990 | 1.630 |
| Farrapos - 28/10 | 738 | 0 | 337 | 1.075 |
| Restinga - 25/11 | 1141 | 0 | 994 | 2.135 |
| Total | 8.687 | 300 | 5.160 | 14.147 |

FONTE: Coordenação do Projeto Prefeitura nos Bairros na SMS

Com as articulações que foram sendo realizadas no decorrer das edições, foi possível somar um quantitativo crescente de atendimentos à população. Salienta-se também uma variação na soma de serviços durante o período devido à estrutura do local das atividades e às condições climáticas.

Considerando que os locais escolhidos atendiam a vulnerabilidade das comunidades, três formas de estruturação dos serviços foram empregadas: (1) Unidades Básicas de Saúde mais estrutura móvel da SMS e parceiros; (2) Postos Avançados montados em escolas ou prédios com estrutura própria para tal mais estrutura móvel da SMS e parceiros; e (3) Somente Estruturas móvel e outros, mas SEM Posto Avançado.

Outro dado de grande relevância foi a presença e número de atendimentos dos prestadores parceiros e equipe da SMS nas dez edições do PB. A tabela abaixo representa o emprego dos recursos, humanos e outros, à serviço da população. Embora não explícito, a média de atendimentos se dá devido a capacidade instalada de cada serviço, parceiro ou próprio.

Tabela 55- Relação entre a participação das instituições nas 10 edições do PB e a quantidade de serviços realizados em 2017

| Instituições | Número de Participações | Total de Atendimentos | Média de Atendimentos/ Participações |
|--|--------------------------------|------------------------------|---|
| SMS - Diversos serviços de saúde | 10 | 8.687 | 869 |
| Hospital Divina Providência - Diversos serviços de saúde | 3 | 2.038 | 679 |
| SESC - Diversos serviços de saúde | 3 | 1.078 | 359 |
| Lions - Acuidade visual e consultas | 1 | 332 | 332 |
| PANVEL - Vacina, aferição de PA e HGT | 7 | 921 | 132 |
| Exército - Diversos serviços de saúde | 5 | 464 | 93 |
| IAAR - Espirometria | 1 | 80 | 80 |
| Liga Feminina de Combate ao Câncer | 6 | 294 | 49 |
| Hospital Restinga - Exames e Teleoftalmo | 1 | 38 | 38 |
| SENAC - Acuidade Visual | 1 | 35 | 35 |
| SMDSE (DIRESP) - bioimpedância | 2 | 59 | 30 |
| Gilmar Lago - Massoterapia | 7 | 121 | 17 |

FONTE: Coordenação do Projeto Prefeitura nos Bairros na SMS

Os atendimentos realizados para a população contemplam consultas e exames diagnósticos, assim como oficinas e prática de Reanimação Cardiopulmonar (RCP), entre outros. A tabela abaixo apresenta os atendimentos realizados em ordem alfabética e o total realizado nas 10 edições, seja pela SMS, por um combinado com seus parceiros ou pelos parceiros independentemente de recursos da SMS.

Tabela 56- Relação dos atendimentos de saúde e seus quantitativos nas edições do PB em 2017

| Serviços | SMS | Mistos SMS + Parceiros | Parceiros | Total de Aendimentos |
|---|--------------|-------------------------------|------------------|-----------------------------|
| Ações de educação em saúde: combate ao aedes | 257 | 0 | 0 | 257 |
| Acompanhamento do Bolsa família | 185 | 0 | 0 | 185 |
| Aferição de Pressão Arterial e orientações de saúde | 322 | 0 | 1.120 | 1.442 |
| Aleitamento Materno e PIM-PIA | 1.670 | 0 | 0 | 1.670 |
| Antropometria - Programa Saúde Escolar | 5 | 0 | 0 | 5 |
| Auriculoterapia | 104 | 0 | 468 | 572 |
| Avaliação do Tabagista - Pico de Fluxo Respiratório | 0 | 0 | 71 | 71 |
| Avaliação e Orientação Respiratória - (Asma, Alergias e Tabagismo) - Espirometrias. | 0 | 0 | 80 | 80 |
| Avaliação física com bioimpedometro | 0 | 0 | 59 | 59 |
| Cartão SUS - confecção e atualização | 566 | 0 | 0 | 566 |
| Coleta de citopatológico do colo do útero | 31 | 0 | 0 | 31 |
| Colocação de brincos em crianças e adultos | 0 | 0 | 80 | 80 |
| Consulta Odontológica | 83 | 0 | 0 | 83 |
| Consulta de Enfermagem | 131 | 0 | 0 | 131 |
| Consulta Médica | 193 | 0 | 97 | 290 |
| Consulta para Avaliação Clínica do Tabagista | 338 | 0 | 0 | 338 |
| Consultas com Oftalmologista | 0 | 0 | 32 | 32 |
| Ecografia | 0 | 0 | 8 | 8 |
| Farmácia Avançada com orientação | 291 | 0 | 0 | 291 |
| Liga Feminina de Combate ao Câncer - Prevenção de Câncer | 0 | 0 | 294 | 294 |
| Mamografia | 0 | 0 | 30 | 30 |
| Massoterapia | 0 | 0 | 121 | 121 |
| Orientação sobre Reanimação Cardio-pulmonar-RCP | 120 | 0 | 0 | 120 |
| Orientações de Fitoterapia | 0 | 0 | 162 | 162 |
| Orientações sobre Alimentação Saudável - Nutrição | 179 | 0 | 67 | 246 |
| Orientações sobre escovação e cuidados com saúde bucal | 1.058 | 0 | 841 | 1.899 |
| Ouvidoria da saúde | 54 | 0 | 0 | 54 |
| Promotoras da Saúde da População Negra - | 486 | 0 | 0 | 486 |
| Quero Parar de Fumar! (Cadastro de Pessoas que querem parar de fumar) | 285 | 0 | 0 | 285 |
| Teste de Acuidade Visual | 0 | 300 | 35 | 335 |
| Teste de Glicemia Capilar - HGT | 38 | 0 | 1.344 | 1.382 |
| Teste Rápido de Gravidez com início do Pré-natal | 44 | 0 | 0 | 44 |
| Testes Rápidos para HIV, Sífilis, Hepatites Virais | 1.851 | 0 | 0 | 1.851 |
| Tratamento de DST's | 9 | 0 | 0 | 9 |
| Vacinas | 387 | 0 | 251 | 638 |
| Total | 8.687 | 300 | 5.160 | 14.147 |

FONTE: Coordenação do Projeto Prefeitura nos Bairros na SMS

As ações e atendimentos oferecidos para a população durante as edições do PB beneficiou muitos usuários que não conseguiriam acessar esses mesmos serviços durante os horários normais de atendimento das unidades.

Ressalta-se também, a total integração dos serviços e gestão dos territórios em cada uma das participações da SMS. Os gestores e profissionais de saúde que atuaram nesses eventos foram, em sua maioria, os que já atuam nos mesmos bairros, seja nas Unidades Básicas de Saúde e/ou nas Gerências Distritais.

7.2 Atenção Especializada Ambulatorial

Meta 33 Elaborar projeto para adequação dos serviços especializados, de acordo com os critérios estabelecidos no Plano Municipal de Saúde (PMS) e necessidades locais, a partir das equipes de monitoramento de cada Gerência Distrital.

Neste ano foram executadas ações de captação de recursos através de emendas parlamentares para aquisição de equipamentos e materiais para os serviços especializados, esses estarão disponibilizados a partir de 2018.

Quanto ao monitoramento do GERCON, foram realizadas permanentemente ações sobre as primeiras consultas dos ambulatórios de especialidades médicas e dos Centros Especializados Odontológicos (CEO). Neste ano não foram incluídos no sistema as consultas de retornos destes serviços assim como não foram incluídas as agendas de outros serviços no GERCON, devido à necessidade prioritária de definição de protocolos de encaminhamentos. Outro motivo foi à dificuldade da PROCEMPA em manter mais de um sistema em implantação. Neste ano optou-se por implantação do SIHO e GERINT.

A necessidade de saúde dos territórios foi discutida nas equipes de monitoramento a partir de seus indicadores, mas a efetivação de um plano de necessidades de serviços especializados não foi delineada.

Em última análise, está em fase de definição para a adequação e/ou remodelamento dos serviços especializados próprios.

7.2.1 Referências dos Serviços de Atenção Especializada Ambulatorial

Quadro 7- Grade de referências especializadas ambulatoriais vigentes e substitutiva por Gerências Distritais, conforme critério de regionalização dos serviços em Porto Alegre/RS

| Serviço/GD | Centro | NHNI | PLP | GCC | SCS | NEB | RES | LENO | Total |
|----------------------|---|--|--|--|--|---|---|---|-----------|
| EESCA | EESCA Centro | EESCA IAPI EESCA NAV | EESCA PLP | EESCA GCC | EESCA SCS | EESCA NEB | EESCA RES | EESCA LENO | 9 |
| ESMA | ESMA CENTRO | ESMA IAPI ESMA NAV | ESMA PLP | ESMA GCC | ESMA SCS | ESMA NEB | ESMA RES | ESMA LENO | 9 |
| CEREST | CEREST POA | | | | | | | | 1 |
| CTA | CTA Santa Marta | | | | | | | | 1 |
| SAE DST/AIDS | SAE Santa Marta | SAE IAPI | Sanatório Partenon | SAE Vila dos Comerciários | SAE Vila dos Comerciários | SAE IAPI | SAE Vila dos Comerciários | SAE IAPI | 4 |
| SAE HEPATITES | SAE Hepatites | | | | | | | | 1 |
| CEO | CEO Santa Marta CEO UFRGS | CEO GHC CEO IAPI | CEO Bom Jesus | CEO Vila dos Comerciários | CEO Vila dos Comerciários | CEO GHC | CEO Santa Marta | CEO Bom Jesus | 6 |
| CRTB | CRTB Centro | CRTB NHNI | Sanatório Partenon | CRTB GCC | CRTB GCC | CRTB NHNI | HRES - CRTB Centro | CRTB LENO | 6 |
| CAPS | CAPS i Harmonia CAPS II Centro CAPS AD III IAPI | CAPS AD III IAPI CAPS i GHC CAPS II GHC | CAPS i HCPA CAPS II HCPA CAPS AD III PLP | CAPS i Harmonia CAPS II GCC CAPS AD GCC | CAPS i Harmonia CAPS II GCC CAPS AD II V. Nova | CAPS i GHC CAPS II GHC CAPS AD III GHC | CAPS i Harmonia CAPS AD II V. Nova CAPS II Centro | CAPS i HCPA CAPS II HCPA CAPS AD III PLP | 12 |

| Serviço/GD | Centro | NHNI | PLP | GCC | SCS | NEB | RES | LENO | Total |
|---|--|---|---|--|---|---|--|---|--------------|
| Ambulatório Especialidades | AE Santa Marta | AE IAPI | AE Murialdo | AE Vila dos Comercários | - | - | - | AE Bom Jesus | 5 |
| Serviço Apoio Diagnóstico | SAD Santa Marta | SAD IAPI | SAD Murialdo | SAD Vila dos comercários | SAD Camaquã- | - | - | - | 5 |
| Serviço de Oxigenoterapia | Serviço de Oxigenoterapia Vila dos Comercários | | | | | | | | 1 |
| Oficina de Geração de Renda | Geração POA | | | | | | | | 1 |
| Residencial Terapêutico | Residencial Terapêutico Nova Vida e Cristiano Fischer | | | | | | | | 2 |
| Serviço de Feridas e Estomaterapia | SFE Santa Marta | SFE IAPI | SFE Santa Marta | SFE Vila dos comercários | SFE Vila dos Comercários | SFE IAPI | SFE Santa Marta | SFE IAPI | 3 |
| CRAI | HMIPV | | | | | | | | 1 |
| Casa de Apoio Viva Maria | CAVM | | | | | | | | 1 |
| CRF | Fisio Abreu Lívio Rocco Andrade Neves Coliseu Stª Terezinha | Cerepal Sefil Lívio Roco Coliseu Andrade Neves CRF IAPI | Fisio Abreu Fisioclínica Stª Terezinha Lívio Rocco Coliseu | Fisio Abreu Fisioclínica Stª Terezinha Lívio Rocco Andrade Neves Coliseu CRF Vila dos Comercários | I Fisioclínica Lívio Rocco Andrade Neves Coliseu | Sefil Cerepal Lívio Rocco Coliseu | Fisioclínica Lívio Rocco Andrade Neves Coliseu | Cerepal Fisio Abreu Stª Terezinha Lívio Rocco Coliseu Andrade Neves | 10 |

FONTE: SMS/CGAE. **Siglas:** GD = Gerência Distrital; AE = Ambulatório de Especialidades; SAD = Serviço de Apoio Diagnóstico CEO = Centro de Especialidades Odontológicas; CRF = Centro de Reabilitação Física; SAE = Serviço de Atendimento Especializado; EESCA = Equipe Especializada de Atenção à Saúde da Criança e Adolescência; CRTB = Centro de Referência à Tuberculose; CTA = Centro de Testagem e Aconselhamento; RT = Residencial Terapêutico; CEREST = Centro Regional de Saúde do Trabalhador; CRAI: Centro de Referência no Atendimento infanto-juvenil;

Quadro 8- Especialidades disponíveis nos Ambulatórios de Especialidades, por Gerência Distrital

| GD Glória Cruzeiro Cristal: Ambulatório de Especialidades Vila dos Comerciários | Forma de Regulação | Nº de Profissionais | CH SEM |
|--|---------------------------|----------------------------|---------------|
| Cirurgia Vasculare Adulto | GERCON | 01 | 20 |
| Dermatologia Adulto | GERCON | 01 | 20 |
| Endócrino Adulto | GERCON | 01 | 30 |
| Fisiatria | GERCON | 01 | 16 |
| Fonoaudiologia | GD | 01 | 10 |
| Gastro Adulto | GERCON | 02 | 40 |
| Otorrino Geral | GERCON | 02 | 40 |
| Reumatologia | GERCON | 01 | 20 |
| Cardiologia | GERCON | 01 | 15 |
| Urologia | GERCON | 01 | 20 |
| Nutricionista | GD | 02 | 70 |
| GD Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas: Ambulatório de Especialidades IAPI | Forma de Regulação | Nº de Profissionais | CH SEM |
| Cardiologia Adulto | GERCON | 04 | 100 |
| Endócrino Adulto | GERCON | 01 | 30 |
| Gastro Adulto | GERCON | 02 | 50 |
| Gastro Pediátrica | GERCON | 01 | 18 |
| Ginecologia Colo Uterino | GERCON | 01 | 30 |
| Neurogeriatria | GERCON | 01 | 20 |
| Otorrino Geral | GERCON | 01 | 20 |
| Pneumologia Adulto | GERCON | 02 | 40 |
| Proctologia Adulto | GERCON | 01 | 16 |
| Fonoaudiologia | GD | 02 | 12 |
| Reumatologia | GERCON | 01 | 30 |
| Cirurgia Vasculare | ESTOMIAS | - | - |
| Gerência Leste Nordeste: Ambulatório de Especialidades Bom Jesus | Forma de Regulação | Nº de Profissionais | CH SEM |
| Neurologia | GERCON | 01 | 20 |
| Nutricionista | GD | 02 | 70 |
| Fonoaudiologia | GD | 01 | 40 |

FONTE: CGAE.- CNES

Este quadro descreve as especialidades disponíveis nos ambulatórios de especialidades e a situação em dezembro de 2017. Algumas especialidades não médicas ainda não estão incluídas no GERCON, sendo importante a definição da regionalização assim como os protocolos de encaminhamentos para estas especialidades como fonoaudiologia e nutrição.

7.2.2 Produção dos Serviços Especializados Ambulatoriais Próprios

7.2.2.1 Consultas na Atenção Especializada Ambulatorial

Tabela 57– Total de consultas médicas especializadas realizadas nos serviços especializados, por gerência distrital, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Serviços especializados | Ano | | Variação |
|--------------------|---|--------|--------|----------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Centro | Ambulatório de Especialidades Santa marta | 28.884 | 26.571 | 2.313 |
| | ESMA Centro | 2274 | 1.955 | 319 |
| | EESCA Centro | 1.359 | 1.279 | 80 |
| | CRTB Modelo | 2.126 | 8.094 | -5.968 |
| | SAE Santa Marta | 2.981 | 2.734 | 247 |
| | Ambulatório de Práticas Integrativas – Modelo | 2.442 | 2.285 | 157 |
| GCC | Ambulatório de Especialidades Vila dos Comerciários | 20.958 | 18.950 | 2.1008 |
| | EESCA GCC | 2.408 | 1.234 | 1.174 |
| | ESMA GCC | 3.509 | 162 | 3.347 |
| | CRTB GCC | 2.719 | 1.348 | 1.371 |
| | SAE Vila dos Comerciários | 7.812 | 9.790 | -1.978 |
| LENO | Ambulatório de Especialidades Bom Jesus | 319 | 360 | -41 |
| | ESMA LENO | 3.363 | 2.019 | 1.344 |
| | EESCA LENO | 1.307 | 972 | 335 |
| | CRTB LENO | 174 | 538 | -364 |
| NEB | ESMA NEB | 14 | 00 | 14 |
| | EESCA NEB | 741 | 314 | 427 |
| NHNI | Ambulatório de Especialidades IAPI | 20.923 | 27.272 | -6.349 |
| | ESMA IAPI | 1.747 | 2.142 | -395 |
| | ESMA Navegantes | 2.407 | 2.384 | 23 |
| | CRTB Navegantes | 2.674 | 3.235 | -561 |
| | SAE IAPI | 6.117 | 5.395 | 722 |
| | EESCA NAV | 00 | 00 | 00 |
| | EESCA IAPI | 1.304 | 3.060 | -1.754 |
| PLP | ESMA PLP | 1.128 | 1.075 | 53 |
| | EESCA PLP | 2.854 | 2.291 | 563 |
| | Ambulatório de Especialidades Murialdo | 5.140 | 5.229 | -89 |
| RES | ESMA RES | 2.744 | 478 | 2.266 |
| | EESCA RES | 842 | 294 | 548 |
| SCS | EESCA SCS | 1.240 | 750 | 490 |
| | ESMA SCS | 2.240 | 1.629 | 611 |
| | Ambulatório de Especialidades Camaquã | 00 | 00 | 00 |

FONTE: Tabwin Procedimento: 0301010072.

Ambulatórios Especializados

Tabela 58- Quantitativo total da produção médica especializada nos Ambulatórios de Especialidades, entre os anos 2017 e 2016

| Ambulatório | Ano | | Variação |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Santa Marta | 28.884 | 26.571 | 2.313 |
| Bom Jesus | 319 | 360 | -41 |
| Vila dos Comercários | 20.958 | 18.950 | 2.008 |
| Murialdo | 5.140 | 5.229 | -89 |
| Vila IAPI | 20.923 | 27.272 | -6.349 |
| Total | 76.224 | 78.382 | -2.158 |

FONTE: Tabwin Procedimento: 0301010072

A tabela acima mostra o número de consultas médicas nos serviços especializados por Ambulatório de Especialidades (AE). No total geral observa-se uma diminuição das consultas nos ambulatórios de especialidades (-2.158 consultas), provavelmente por redução dos especialistas médicos por aposentadoria, licenças e exonerações e transferências para outros pontos da rede de serviços e da gestão principalmente no AE do IAPI. Cabe reforçar que quanto mais próximo à aposentadoria, as licenças são mais frequentes. Não houve reposição imediata para as Licenças-Aposentadorias (LAA) ou licenças de qualquer ordem, nem exonerações ou as próprias aposentadorias nestes serviços, sendo assim podem inferir que a implantação do GERCON tenha contribuído positivamente na garantia destas agendas mesmo com a saída dos profissionais médicos.

Tabela 59- Quantitativo total das oferta de consultas iniciais dos serviços Especializados, reguladas pela Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados de Porto Alegre/RS, entre os anos 2017 e 2016

| GD Centro: Ambulatórios de Especialidades Santa Marta | Ano | | | | | |
|---|--------|----------|---------------|--------|----------|---------------|
| | 2017 | | | 2016 | | |
| Nº de consultas | Oferta | Bloqueio | % de Bloqueio | Oferta | Bloqueio | % de Bloqueio |
| Cardiologia Adulto | 404 | 48 | 11,88 | 164 | 08 | 4,87 |
| Dermatologia | 4560 | 368 | 8,07 | 1235 | 105 | 8,5 |
| Infectologia Adulto | 1.150 | 310 | 26,95 | 820 | 206 | 25,12 |
| Oftalmologia Pediátrica | 1988 | 498 | 25,05 | 500 | 192 | 38,40 |
| Ortopedia Geral Pediátrica | 660 | 376 | 56,96 | 972 | 177 | 18,20 |
| Proctologia Adulto | 1596 | 208 | 13,03 | 376 | 24 | 6,38 |
| Otorrino Adulto e Pediátrica | 4885 | 1145 | 23,43 | 982 | 120 | 12,21 |
| Fonoaudiologia | - | - | - | - | - | - |
| Endocrinologia Sobrepeso/Obesidade | 938 | 446 | 47,54 | 256 | 27 | 10,54 |
| Nutricionista Sobrepeso/Obesidade | - | - | - | - | - | - |
| Reumatologia | 1047 | 120 | 11,46 | 248 | 6 | 2,41 |
| Doenças do Trabalho | | | | 04 | 02 | 50% |
| Nutricionista | - | - | - | - | - | - |
| GD Centro: Ambulatório de Práticas Integrativas Modelo | | | | | | |
| Homeopatia | 188 | 28 | 14,89 | 88 | 00 | 0,00 |
| Acupuntura | 496 | 85 | 17,13 | 123 | 10 | 8,13 |
| Fitoterapia | 438 | 114 | 26,02 | 195 | 9 | 4,61 |
| GD Restinga Extremo Sul | | | | | | |
| Nutricionista (* localizada em uma US) | - | - | - | - | - | - |
| GD Norte Eixo Baltazar | | | | | | |
| Fonoaudiologia (* localizada em uma US) | - | - | - | - | - | - |
| Nutricionista (* localizada em uma US) | - | - | - | - | - | -- |
| GD Sul Centro Sul – Ambulatório de Especialidades Camaquã | | | | | | |
| Nutricionista (AE Camaquã e US Tristeza) | - | - | - | - | - | - |
| GD Lomba do Pinheiro: Ambulatório de Especialidades Murialdo | | | | | | |
| Cardiologia Adulto | 750 | 200 | 26,66 | 245 | 50 | 20,40 |
| Ginecologia Geral Adulto | 272 | 146 | 53,67 | 176 | 31 | 17,61 |
| Proctologista | 776 | 224 | 28,86 | 192 | 00 | 00 |
| Homeopatia | 103 | 42 | 40,77 | 66 | 39 | 59,09 |
| Fonoaudiologia | - | - | - | - | - | - |
| Nutricionista | - | - | - | - | - | - |
| Urologista | 00 | 00 | 00 | 478 | 259 | 54,18 |

| | | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| GD Glória Cruzeiro Cristal: Ambulatório de Especialidades Vila dos Comerciários | | | | | | |
| Cirurgia Vascular Adulto | 370 | 16 | 4,32 | 238 | 20 | 8,40 |
| Dermatologia Adulto | 1197 | 192 | 16,04 | 392 | 32 | 8,16 |
| Endócrino Adulto | 1182 | 152 | 12,85 | 544 | 32 | 5,88 |
| Fisiatria | 1.109 | 292 | 26,33 | 600 | 130 | 21,66 |
| Fonoaudiologia | - | - | - | - | - | - |
| Gastro Adulto | 2334 | 712 | 30,50 | 721 | 184 | 25,52 |
| Otorrino Geral | 2827 | 464 | 16,41 | 968 | 144 | 14,87 |
| Reumatologia | 577 | 152 | 26,34 | 192 | 00 | 00 |
| Cardiologia | 566 | 84 | 14,84 | 305 | 45 | 14,75 |
| Urologia | 1565 | 408 | 26,07 | 495 | 00 | 00 |
| GD Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas: Ambulatório de Especialidades IAPI | | | | | | |
| Acupuntura | 42 | 10 | 23,80 | 00 | 00 | 00 |
| Cardiologia Adulto | 4500 | 1648 | 36,62 | 1537 | 620 | 40,33 |
| Dermatologia | 592 | 592 | 100 | 716 | 234 | 32,68 |
| Endócrino Adulto | 917 | 234 | 25,51 | 463 | 94 | 20,30 |
| Gastro Adulto | 1.189 | 322 | 27,08 | 490 | 50 | 10,20 |
| Gastro Pediátrica | 604 | 130 | 21,52 | 272 | 10 | 3,67 |
| Ginecologia Colo Uterino | 1422 | 1422 | 100 | 1.119 | 652 | 58,26 |
| Neurogeriatria | 840 | 210 | 25 | 273 | 31 | 11,35 |
| Otorrino Geral | 990 | 84 | 8,48 | 290 | 50 | 10,20 |
| Pneumologia Adulto | 1587 | 283 | 17,83 | 1434 | 621 | 43,30 |
| Proctologia Adulto | 982 | 190 | 19,34 | 305 | 55 | 18,03 |
| Fonoaudiologia | - | - | - | - | - | - |
| Reumatologia | 287 | 72 | 25,08 | 158 | 02 | 1,26 |
| Nutricionista | - | - | - | - | - | - |
| Gerência Leste Nordeste: Ambulatório de Especialidades Bom Jesus | | | | | | |
| Neurologia | 991 | 293 | 29,56 | 246 | 35 | 14,22 |
| Nutricionista | - | - | - | - | - | - |
| Fonoaudiologia | - | - | - | - | - | - |
| Total | 46.921 | 12.320 | 26,25% | 11.758 | 3.041 | 25,86% |

FONTE: GERCON

O quadro acima demonstra um panorama das primeiras consultas no sistema GERCON e o bloqueio destas agendas nos ambulatórios de especialidades do município, nos anos de 2016 e 2017. Cabe salientar em o sistema foi implantado a partir de agosto/setembro de 2016, portanto não há avaliações comparativas entre os anos citados. Quanto ao total dos bloqueios das consultas nos anos de 2017 e 2016 foram 26.25% e 25.86% respectivamente. Observa-se diferentes números de bloqueios por especialidades, que está diretamente relacionada à vida funcional do servidor. As especialidades aqui relatadas na sua maioria são constituídas de 1 ou 2 servidores. Neste sentido quando ocorre bloqueio por afastamentos de

qualquer ordem não há substituição por outro profissional ou compensação posteriores. Ainda não temos um relatório no sistema que demonstre os motivos dos bloqueios, para que ocorra uma ação de gestão efetiva sobre o alto número de bloqueios. Na tabela incluímos os profissionais não médicos como nutricionistas e fonoaudiólogos que estão nos ambulatórios de especialidades, porém não estão no GERCON. Por este motivo não consta número de consultas.

Práticas Integrativas em Saúde – PIS – na atenção especializada

Tabela 60- Quantitativo total de consultas no Ambulatório de PIS – Modelo, entre os anos 2017 e 2016

| Especialidade | 2017 | | | | 2016 | | | |
|---------------------------------|--------|-------|----------|--------------|--------|-------|----------|--------------|
| | Oferta | Livre | Bloqueio | % Bloqueio | Oferta | Livre | Bloqueio | % Bloqueio |
| Amb. PIS Modelo | | | | | | | | |
| Homeopatia | 188 | 70 | 28 | 14,89 | 88 | 48 | 00 | 0,00 |
| Acupuntura | 496 | 16 | 85 | 17,13 | 123 | 12 | 10 | 8,13 |
| Fitoterapia | 438 | 294 | 114 | 26,02 | 195 | 184 | 9 | 4,61 |
| AE Murialdo | | | | | | | | |
| Homeopatia | 103 | 50 | 42 | 40,77 | 66 | 23 | 39 | 59,09 |
| AE IAPI | | | | | | | | |
| Acupuntura | 42 | 00 | 10 | 23,80 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| AE Vila dos Comerciantes | | | | | | | | |
| Osteopatia | 169 | 15 | 12 | 7,10 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Outros Prestadores | | | | | | | | |
| Acupuntura | 200 | 03 | 72 | 36,00 | 48 | 0 | 4 | 8,33 |
| Homeopatia | 796 | 305 | 104 | 13,06 | 334 | 153 | 22 | 6,58 |

FONTE: GERCON

Nesta tabela fazemos um recorte para avaliarmos somente as especialidades de Práticas Integrativas no GERCON na rede de atenção especializada. Observamos um alto número de bloqueio na Homeopatia do Murialdo, por problemas relacionados com a profissional que realiza os atendimentos. Porém destacamos que existem em todas as agendas de homeopatia e fitoterapia agendas livres, indicando uma oferta bem maior que a demanda. Há a necessidade de rever esta agenda para uma agenda com maior demanda que pode ser dentro da atenção primária nos serviços próprios, e nos contratualizados, trocar por consultas em especialidades que possuem maior demanda no município. Já a Acupuntura é uma agenda de demanda reprimida importante e de boa resolutividade nas dores crônicas, uma das maiores queixas dentro da atenção primária, que podemos aumentar a oferta e ou apoiar a atenção primária a produzir métodos terapêuticos de alívio da dor no próprio serviço.

7.2.2.2 Centro de Especialidade Odontológica – CEO

Tabela 61– Quantitativo total da produção dos Centros de Especialidades Odontológicas, conforme procedimentos estabelecidos na Portaria GM/MS nº 1.464 de 24 de junho de 2011, entre os anos 2017 e 2016

| Centro de Especialidades Odontológicas | N° de Procedimentos Básicos | | | | N° de Procedimentos Periodontais | | | | N° de Procedimentos Endodônticos | | | | N° de Procedimentos Cirúrgicos | | | |
|--|-----------------------------|------------|-------------|------------|----------------------------------|------------|-------------|------------|----------------------------------|------------|-------------|-----------|--------------------------------|------------|-------------|------------|
| | META 110 procedimentos/mês | | | | META 90 procedimentos/mês | | | | META 60 procedimentos/mês | | | | META 90 procedimentos/mês | | | |
| | 2017 | Nº | 2016 | Nº | 2017 | Nº | 2016 | Nº | 2017 | Nº | 2016 | Nº | 2017 | Nº | 2016 | Nº |
| UFRGS – Odontologia | 406 | 34 | 1206 | 101 | 1122 | 94 | 1143 | 95 | 111 | 9 | 95 | 08 | 275 | 23 | 247 | 21 |
| IAPI | 914 | 76 | 1498 | 125 | 1419 | 118 | 1385 | 115 | 228 | 19 | 258 | 22 | 635 | 53 | 351 | 29 |
| Bom Jesus | 1457 | 121 | 1979 | 165 | 919 | 77 | 1182 | 99 | 439 | 37 | 383 | 32 | 688 | 57 | 614 | 51 |
| GCC | 1332 | 111 | 2026 | 169 | 2161 | 180 | 1597 | 133 | 284 | 24 | 426 | 36 | 527 | 44 | 213 | 18 |
| Santa Marta | 549 | 46 | 909 | 76 | 790 | 66 | 697 | 58 | 311 | 26 | 425 | 35 | 532 | 44 | 537 | 45 |
| Total POA | 4658 | 388 | 7618 | 634 | 6411 | 534 | 6004 | 500 | 1373 | 114 | 1587 | 61 | 2657 | 221 | 1962 | 163 |

FONTE: SIA SUS TABWIN 2017.

Procedimentos: 101020058; 101020066; 101020074; 101020082; 101020090; 307010015; 307010023; 307010031; 307010040; 307020070; 0307030059; 307030024; 414020120; 414020138; 307030032; 414020081; 414020154; 414020162; 414020375; 307020037; 307020045; 307020053; 307020061; 307020088; 307020096; 0307020100; 0307020118; 201010232; 201010348; 201010526; 307010058; 404020445; 404020488; 404020577; 404020615; 404020623; 404020674; 414010345; 414010361; 414010388; 401010082; 404010512; 404020038; 404020054; 404020089; 404020097; 404020100; 404020313; 404020631; 414010256; 414020022; 414020030; 414020049; 414020057; 414020065; 414020073; 414020090; 414020146; 414020170; 414020200; 414020219; 414020243; 414020278; 414020294; 414020359; 414020367; 414020383; 414020405;.

A tabela acima demonstra a produção individual de todos os CEO e sua meta prevista pela portaria 1.464 de 2011. Observa-se que no último ano o número de procedimentos básicos diminuiu, pois houve aposentadoria de um profissional dessa especialidade em agosto de 2017, não havendo atendimento de odontologia para pacientes com necessidades especiais no CEO IAPI. Houve um aumento de 35% dos procedimentos cirúrgicos e destaca-se um aumento significativo no CEO IAPI e no CEO GCC, por incremento de residentes de Cirurgia no serviço e por melhora da qualidade do registro da produção dos profissionais.

Tabela 62– Oferta de consultas especializadas nos Centros de Especialidades Odontológicas de Porto Alegre

| Especialidade | Nº de Primeiras Consultas Agendadas | | | Nº Faltas | | | % Absenteísmo | | |
|---|-------------------------------------|--------------|-----------|-------------|-------------|-------------|---------------|-----------|----------|
| | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação |
| Cirurgia Bucomaxilofacial | 3438 | 3195 | 243 | 821 | 961 | -140 | 24 | 30 | -6 |
| Endodontia | 4106 | 4399 | -293 | 1406 | 1635 | -229 | 34 | 37 | -3 |
| Estomatologia | 1289 | 1171 | 118 | 303 | 283 | 20 | 23 | 24 | -1 |
| Pacientes com Necessidades Especiais | 364 | 455 | -91 | 68 | 135 | -67 | 18 | 30 | -12 |
| Periodontia | 2185 | 2200 | -15 | 493 | 587 | -94 | 22 | 27 | -5 |
| Prótese | 838 | 712 | 126 | 128 | 141 | -13 | 15 | 20 | -4 |
| DTM | 107 | 126 | -19 | 30 | 59 | -29 | 29 | 47 | -18 |
| Clínica do Bebê | 63 | 63 | 0 | 27 | 20 | 7 | 42 | 32 | 10 |
| Endodontia de Decíduos | 36 | 120 | -84 | 20 | 58 | -38 | 55 | 48 | 7 |
| Odontopediatria | 49 | 49 | --- | 12 | -- | -- | 24 | -- | --- |
| Total | 12475 | 12441 | 34 | 3308 | 3879 | -571 | 26 | 31 | - |

FONTE: CMCE/GRSS – Sistema de Regulação de Consultas.

Em Julho/2017, com o intuito de qualificar o processo de regulação do acesso à assistência odontológica de média complexidade, foi realizada a migração do sistema de marcação das consultas odontológicas especializadas do sistema SISREG para o GERCON. A partir dessa migração, foi possível o levantamento de dados como o quantitativo de consultas ofertadas, o qual passou a ser apresentado a partir do presente relatório.

A apresentação desse dado é de suma importância, pois permite observar que especialidades sem demanda reprimida (Estomatologia, Pacientes com Necessidades Especiais e Periodontia) ofertam um quantitativo maior de vagas que a quantidade de consultas agendadas. Concomitantemente com a migração para o sistema GERCON, foi realizada em 2017 a alteração do nome da especialidade “Endodontia de Decíduos”, ofertada pela UFRGS, para “Odontopediatria”, a qual é uma especialidade com uma grande demanda e maior escopo de procedimentos realizados junto à população infantil. Observou-se um discreto aumento de primeiras consultas odontológicas especializadas em 2017, passando de 12.441 para 12.475.

Algumas especialidades tiveram aumento da oferta de vagas e outras uma considerável diminuição, como foi o caso da Endodontia, cuja redução de vagas está relacionada com problemas estruturais, assim como a redução do quantitativo de consultas da especialidade “Pacientes com Necessidades

Especiais” está relacionada com a aposentadoria da profissional do CEO IAPI. Em relação ao absenteísmo, pode-se verificar uma diminuição de 5% no índice, passando de 31% em 2016 para 26% em 2017. Essa redução provavelmente esteja relacionada com a migração para o sistema GERCON, uma vez que esse sistema exige a confirmação por parte do paciente quanto ao interesse na consulta agendada, além das estratégias utilizadas pelas equipes de saúde para diminuir as faltas às consultas.

7.2.2.3 Serviços de Assistência Especializada – SAE

Serviço de Assistência Especializada – CSV

Tabela 63– Quantitativo total da produção do SAE CSV, entre os anos 2017 e 2016

| Descritivo | Indicadores | Ano | | Variação % |
|---|----------------------------|--------|--------|------------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Consultas HIV Primeiras consul- tas | Consultas disponibilizadas | 88 | 139 | -36,69 |
| | Consultas agendadas | 56 | 138 | -59,42 |
| | Consultas realizadas | 44 | 111 | -60,36 |
| Consultas de HIV retorno | Consultas disponibilizadas | 10.024 | 9201 | 8,94 |
| | Consultas agendadas | 9.435 | 9.201 | 2,54 |
| | Consultas realizadas | 7.820 | 8.145 | -3,99 |
| Atividades complementares | Enfermagem | 3.100 | 3.440 | -9,88 |
| | Serviço Social | 399 | 2.145 | -81,40 |
| Dispensação de Insumos | Preservativo Masculino | 74.922 | 58.752 | 27,52 |
| | Preservativo Feminino | 3.150 | 7.948 | -60,37 |
| PEP | PEP Sexual | 191 | 169 | 13,02 |
| | PEP ocupacional | 10 | 0 | 100 |

FONTE: SAE CSV. Atualizado em 05/03/2018.

Na tabela acima, evidencia-se uma redução considerável da oferta de primeiras consultas comparado ao ano anterior. O serviço informou que, em 2017, devido à superlotação e redução de profissionais, o agendamento para as mesmas no GERCON foi bloqueado, priorizando a manutenção das consultas de retorno. É importante salientar que o índice de absenteísmo nas primeiras consultas se manteve em aproximadamente 20% em ambos os anos.

As consultas de retorno não apresentaram alteração significativa em 2017 quanto à produtividade. O índice de absenteísmo foi de 16,11%, apresentando um pequeno aumento em relação a 2016 (11,48%).

O Serviço Social apresentou grande redução em função da aposentadoria da profissional Assistente Social.

Tabela 64- Quantitativo total da dispensação de medicamentos (HIV/ AIDS) no SAE/ CSV, entre os anos 2017 e 2016

| Usuários | Ano | | Variação |
|-------------------|--------|--------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Adultos | 25.868 | 26.427 | -2,12% |
| Gestantes HIV + | 272 | 267 | 1,87% |
| Crianças expostas | 108 | 107 | 0,93% |
| Total | 26.248 | 26.801 | -2,06% |

FONTE: SICLOM.

Serviço de Assistência Especializada – IAPI

Tabela 65- Quantitativo total da produção do SAE IAPI, entre os anos 2017 e 2016

| Descritivo | Indicadores | Ano | | Variação % |
|-----------------------------------|----------------------------|--------|--------|------------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Consultas HIV Primeiras consultas | Consultas disponibilizadas | 242 | 417 | -41,97 |
| | Consultas agendadas | 235 | 337 | -30,27 |
| | Consultas realizadas | 191 | 247 | -22,67 |
| Consultas de HIV retorno | Consultas disponibilizadas | 5.722 | 4.494 | 27,33 |
| | Consultas agendadas | 5.419 | 4.494 | 20,58 |
| | Consultas realizadas | 4.917 | 4.045 | 21,56 |
| Atividades complementares | Enfermagem | 1.192 | 612 | 94,77 |
| | Serviço Social | 1.207 | 1.174 | 2,81 |
| Dispensação de Insumos | Preservativo Masculino | 72.000 | 77.000 | -6,49 |
| | Preservativo Feminino | 5.100 | 5.500 | -7,27 |
| PEP | PEP Sexual | 227 | 469 | -51,60 |
| | PEP ocupacional | 46 | 00 | 100 |

FONTE: SAE IAPI. Atualizado em 02/03/2018.

O SAE IAPI também apresentou redução na oferta de primeiras consultas. O serviço informa que, durante o ano de 2017 houve o pedido de demissão de uma médica. Além disso, o fato de outro profissional médico compartilhar sua carga horária entre assistência e gestão contribuiu para este resultado.

Tabela 66- Quantitativo total da dispensação de Medicamentos (HIV/AIDS) no SAE IAPI, entre os anos 2017 e 2016

| Usuários | Ano | | Variação |
|-------------------|--------|--------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Adultos | 16.592 | 13.324 | 24,53% |
| Gestantes HIV + | 76 | 34 | 123,53% |
| Crianças expostas | 57 | 41 | 39,02% |
| Total | 16.725 | 13.399 | 24,82% |

FONTE: SICLOM.

Serviço de Assistência Especializada - Santa Marta

Tabela 67- Quantitativo total da produção do SAE Santa Marta, entre os anos 2017 e 2016

| Descritivo | Indicadores | Ano | | Variação |
|--------------------------------------|----------------------------|--------|--------|----------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Consultas HIV Primeiras consultas | Consultas disponibilizadas | 489 | 629 | -22,26 |
| | Consultas agendadas | 489 | 619 | -21 |
| | Consultas realizadas | 300 | 412 | -27,18 |
| Consultas de HIV retorno | Consultas disponibilizadas | 3.376 | 3.380 | -0,12 |
| | Consultas agendadas | 3.350 | 3.380 | -0,89 |
| | Consultas realizadas | 2.754 | 2.663 | 3,42 |
| Atividades complementares | Enfermagem | 3.245 | 2.118 | 53,21 |
| | Serviço Social | 274 | 480 | -42,92 |
| Dispensação de Insumos | Preservativo Masculino | 40.320 | 34.333 | 17,44 |
| | Preservativo Feminino | 4.897 | 4.484 | 9,21 |
| PEP | PEP Sexual | 302 | 156 | 93,59 |
| | PEP Ocupacional | 36 | 14 | 157,14 |

FONTE: SAE SANTA MARTA. Atualizado em 05/03/2018.

Na tabela acima, destaca-se uma redução, de forma geral, na produtividade de primeiras consultas no SAE Santa Marta. O serviço informa que este dado justifica-se pela Licença Gestação de uma das médicas, prolongada com um mês de férias. Além disso, houve períodos intercalados de Licença Saúde de outro profissional médico. Saliencia-se que as consultas de retorno foram absorvidas pelos profissionais disponíveis, não apresentando variações significativas em relação ao ano anterior.

Tabela 68- Quantitativo total da dispensação de medicamentos (HIV/AIDS) no SAE Santa Marta, entre os anos 2017 e 2016

| Usuários | Ano | | Variação |
|-------------------|-------|-------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Adultos | 7.166 | 4.562 | 57,08 |
| Gestantes HIV + | 60 | 46 | 30,43 |
| Crianças expostas | 07 | 01 | 600 |
| Total | 7.233 | 4.609 | 56,93 |

FONTE: SICLOM

Presume-se que o aumento na dispensação de medicamentos, de forma geral, esteja associado ao aumento do vínculo dos usuários aos serviços tanto para retomada como para o ingresso ao tratamento.

Serviço de Assistência Especializada – Hepatites

Tabela 69– Quantitativo total de consultas SAE/Hepatites Virais, entre os anos 2017 e 2016

| Consultas | Indicadores | Ano | | Variação % |
|---------------------|----------------------------|-------|-------|------------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Primeiras consultas | Consultas disponibilizadas | 1.441 | 1.525 | -5,51 |
| | Consultas agendadas | 1.371 | 1.338 | 2,47 |
| | Consultas realizadas | 955 | 1.111 | -14,04 |
| Retorno | Consultas disponibilizadas | 6.959 | 5.381 | 29,33 |
| | Consultas agendadas | 6.471 | 5.543 | 16,74 |
| | Consultas realizadas | 7.299 | 4.456 | 63,80 |

FONTE: SAE/Hepatites Virais. Atualizado em 07/03/2018.

Tabela 70- Total de entrevistas farmacêuticas realizadas em 2017

| Ver especificação | Ano | | Variação % |
|-------------------------|------|------|------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Entrevista farmacêutica | 835 | 1193 | -30 |
| Total | 835 | 1193 | -30 |

FONTE: SICLOM.

Foram realizadas 835 entrevistas farmacêuticas no decorrer do ano. Em algumas entrevistas são realizadas orientações acerca dos processos de aquisição de medicamentos junto a Farmácia do Estado, entre outras orientações.

O SAE Hepatites realizou endoscopias de adultos, conforme horário disponibilizado pelo Bloco Cirúrgico, cerca de 8 exames por semana. Destaca-se, também, a realização de 780 elastografias ao longo de 2017.

Conforme protocolos ministeriais e consensos internacionais a hepatite C crônica é altamente prevalente em população privada de liberdade e deve ser priorizada em grupos considerados em vulnerabilidade. A SMS da PMPA atende aos pacientes apenados no Presídio Central de Porto Alegre e estima-se uma prevalência de tal agravo superior a dez vezes ao da população em geral. Desde que o SAE Hepatites iniciou suas atividades, por conta de vários fatores, mas predominantemente os que envolvem logísticas de segurança e transporte dos pacientes, muito poucas medidas no combate a esta importante epidemia, 04 vezes maior do que a da AIDS pôde ser realizada. Estabeleceu-se então, um projeto em parceria com a unidade de saúde prisional, para a realização de diagnóstico, estadiamento e tratamento através de intervenções médicas locais e demais ações em saúde, por matriciamento.

7.2.2.4 Serviço de Testagem e Aconselhamento

O município de Porto Alegre está em processo de reestruturação da rede de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Assim, o modelo proposto no lugar do CTA Santa Marta oferece os serviços de testagens, consulta e acompanhamento médicos, além de acolhimento com psicólogo. Os serviços de testagens estão sendo ofertados por livre demanda, sem a necessidade de agendamento prévio.

7.2.2.5 Centro de Referência à Tuberculose – CRTB

Tabela 71– Quantitativo total dos procedimentos realizados nos CRTB, entre os anos 2017 e 2016

| Procedimentos realizados nos CRTB | Ano | | Variação |
|--|---------------|---------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Atividade Educativa/orientação de grupos na atenção especializada | 80 | 00 | 100 |
| Visita domiciliar por profissional de nível médio | 48 | 100 | -52 |
| Visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior | 6 | 9 | -33,33 |
| Avaliação antropométrica | 3.343 | 1.108 | 201,71 |
| Coleta de material p/ exame laboratorial | 2.033 | 1.198 | 69,70 |
| Intradermoreação com derivado protéico purificado (PPD) | 2.783 | 2.239 | 24,30 |
| Teste rápido para detecção de infecção pelo HIV | 257 | 101 | 154,46 |
| Teste rápido para sífilis | 205 | 57 | 259,65 |
| Teste rápido para detecção de hepatite c | 101 | 17 | 494,12 |
| Consulta ao paciente curado de tuberculose (tratamento supervisionado) | 306 | 507 | -39,64 |
| Consulta c/ identificação de casos novos de tuberculose | 1.798 | 532 | 237,97 |
| Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico) | 130 | 130 | 0 |
| Consulta medica em atenção especializada | 7.693 | 13.215 | -41,79 |
| Consulta /atendimento domiciliar | 130 | 0 | 100 |
| Assistência domiciliar por profissional de nível médio | 118 | 435 | -72,87 |
| Administração de medicamentos na atenção especializada | 1.244 | 2.400 | -48,17 |
| Total | 2.0275 | 22.048 | -8,04 |

FORNTE: Tabwin.

A tabela acima mostra que não houve variação significativa, de uma forma geral na produtividade de procedimentos no CRTB. A esse respeito, presume-se que devemos intensificar ações de capacitação para atualização dos profissionais quanto à qualificação nos registros da produtividade nesses serviços. Além disso, o fato de não haver melhora na produtividade pode estar refletindo no não atingimento das metas que se refere ao tratamento, adesão e na cura do paciente. Todavia, com a implementação do Plano de Enfrentamento da Tuberculose, acreditamos que poderemos monitorar e qualificar ainda mais o atendimento dos pacientes diagnosticados.

7.2.2.6 Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia - SADT

Serviços de apoio diagnóstico próprios que possuem alguns exames de baixo custo e de baixa tecnologia para apoio a atenção primária e especializada.

Quadro 9- Exames executados nos Serviços Diagnósticos próprios, por Gerência Distrital

| GD Centro: Serviço Diagnóstico Santa Marta | Forma de Regulação | Status do Equipamento | Nº de Oferta de Exames Mês |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Eletrocardiograma | SISREG | Funcionando | 640 |
| Ecografia Obstetrica e Transvaginal | SISREG | Funcionando | Sem profissional |
| Eletrocardiograma | SISREG | Funcionando | 640 |
| Audiometria | SISREG | Funcionando | 176 |
| Espirometria | TELESSAUDE | Funcionando | 308 |
| Rx Odontológico | SISREG | Funcionando | 964 |
| GD GCC: Serviço Diagnóstico Vila dos Comerciantes | Forma de Regulação | Status do Equipamento | Nº de Oferta de Exames Mês |
| Ecografia Obstétrica | SISREG | Funcionando | 160 |
| Ecografia Transvaginal | SISREG | Funcionando | 96 |
| Serviço de Coleta de Análises Clínicas - LABCEN | Demanda das Unidades e SAE s | Funcionando | 6.000 |
| GD Leste Nordeste: Serviço Diagnóstico Bom Jesus | Forma de Regulação | Status do Equipamento | Nº de Oferta de Exames Mês |
| Ecografia | SIRREG | Em Manutenção | 0 |
| Eletrocardiograma | GD | Funcionando | 80 |
| GD Norte Eixo Baltazar – US Assis Brasil | Forma de Regulação | Status do Equipamento | Nº de Oferta de Exames Mês |
| Eletrocardiograma - US Ramos E US Domenico Fioli | GD | Em manutenção | 120 |
| GD Sul Centro Sul: Serviço Diagnóstico Camaquã | Forma de Regulação | Status do Equipamento | Nº de Oferta de Exames Mês |
| Rx Odontológico | SISREG | Funcionando | 72 |
| GD Partenon -Lomba do Pinheiro: Serviço Diagnóstico Murialdo | Forma de Regulação | Status do Equipamento | Nº de Oferta de Exames Mês |
| Ecografia Transvaginal | SISREG | Funcionando | 208 |
| Ecografia Obstétrica | SISREG | Funcionando | 108 |
| Ecografia Mamária | SISREG | Funcionando | 44 |
| Ecografia Abdominal Total | GD | Funcionando | 70 |
| Ecografia Abdominal Total com Vias Urinárias e prostática | GD | Funcionando | 11 |
| Eletrocardiograma | GD | Funcionando | 100 |
| Serviço de Coleta de Análises Clínicas - | Demanda das US e SAE | Funcionando | 650 |
| GD NHNI | Forma de Regulação | Status do Equipamento | Nº de Oferta de Exames Mês |
| Ecografia Transvaginal | SISREG | Funcionando | 208 |
| Ecografia Obstétrica | SISREG | Funcionando | 108 |
| Eletrocardiograma | GD | Funcionando | 300 |
| Espirometria | GD e Telessaude | Funcionando | 120 |
| Serviço de Coleta de Análises Clínicas - | Demanda da US e SAE | Funcionando | 650 |

FONTE: CGAE e SISREG(situação em 31/12/2017)

Tabela 72- Quantitativo total dos procedimentos diagnósticos de Ecografias, por local de realização, entre os anos 2017 e 2016

| Serviço de Apoio Diagnóstico (SAD) | Ano | | Variação |
|------------------------------------|---------------|---------------|----------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Santa Marta | 442 | 342 | 100 |
| Vila dos Comerciários | 1483 | 1819 | -336 |
| Murialdo | 2774 | 2866 | -92 |
| Vila IAPI | 1279 | 882 | 397 |
| Bom Jesus | 00 | 00 | 00 |
| Assis Brasil | 141 | 945 | -804 |
| HMIPV | 8.888 | 8.462 | 426 |
| RADICOM* | 9.992 | 21.604 | -11.612 |
| BEIRA RIO* | 793 | 4.044 | -3.251 |
| SIDI* | 371 | 00 | 371 |
| PROMEGA | 00 | 614 | -614 |
| SESC | 213 | 00 | 213 |
| Total | 26.376 | 41.578 | -15.202 |

FONTE: TABWIN- * clínicas prestadoras conveniadas

A tabela demonstra a produção de ecografias nos serviços próprios da SMS e os serviços conveniados. Observa-se uma redução importante de 15.202 ecografias, que correspondeu a um aumento do tempo de espera para este exame principalmente relacionado à cessação de prestação de serviços das clínicas conveniadas. Nos serviços prestados da rede própria observa-se a transferência do ecógrafo e do profissional da US Assis Brasil para HMIPV, que aumentou sua oferta para rede de ecografias obstétricas e transvaginais.

Tabela 73- Quantitativo total dos procedimentos diagnósticos de Audiometria, por local de realização, entre os anos 2017 e 2016.

| Serviço | Ano | | Variação |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Santa Marta | 1.386 | 88 | 1.298 |
| HMPV | 31 | 21 | 10 |
| MMS* | 4.934 | 4.690 | 244 |
| Total | 6.351 | 4.799 | 1.552 |

FONTE: TABWIN. Procedimentos 0211070025 AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AER) 0211070033 AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE 0211070041 AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / 0211070203 IMITANCIOMETRIA - *clínica conveniada.

Nesta tabela demonstramos o quantitativo de exames de audiometrias realizados pelos serviços próprios e pela clínica conveniada, onde observamos um aumento dos exames realizados. Porém a audiometria permanece na lista de exames com o tempo de espera maior que 30 dias (lista exames – PMPA site). O HMIPV produz exames somente para os casos excepcionais provenientes de seu ambulatório, não disponibilizando exames para a rede de atenção.

Tabela 74– Quantitativo total procedimentos diagnósticos de Eletrocardiograma, por local de realização, entre os anos 2017 e 2016

| Serviço | Ano | | Variação |
|----------------------------|---------------|---------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Santa Marta | 2815 | 3.700 | -885 |
| Bom Jesus | 132 | 233 | 127 |
| Vila dos Comerciários | 5880 | 3.708 | 2.172 |
| Murialdo | 470 | 343 | 127 |
| Vila IAPI | 3360 | 2.992 | 368 |
| Us Ramos e Domingos Fioli* | 00 | 1.116 | -1.116 |
| ICFUC | 34.943 | 33.502 | 1441 |
| Total | 47.600 | 45.594 | 2.006 |

FONTE: TABWIN - * os ECG das US entraram na produção do Santa marta

O ICFUC possui em contrato com o município a realização de ECG para rede de atenção. Na tabela acima Identificamos um aumento dos ECG realizados nos serviços, principalmente pela produção do ICFUC e Vila dos Comerciários. Porém existe a dificuldade de manutenção dos aparelhos, assim como a falta de técnicos de enfermagem para realizar o exame nos serviços próprios, onde poderíamos estar realizando maior quantidade de exames, com um tempo de espera bem menor, e principalmente de forma regionalizada evitando o maior deslocamento dos usuários e conseqüentemente o absenteísmo.

Tabela 75- Quantitativo total dos procedimentos diagnósticos de Espirometria, por local de realização, entre os anos 2017 e 2016

| Serviço de Apoio Diagnóstico (SAD) | Ano | | Variação |
|------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Santa Marta - Telessaúde | 1.252 | 1.688 | - 436 |
| IAPI | 634 | 894 | - 290 |
| IAPI Telessaúde | 360 | 629 | - 269 |
| Total | 2.246 | 3.211 | - 965 |

FONTE: Tabwin e Telessaúde

O exame de espirometria é realizado no SAD Santa Marta somente através do convênio com o TELESSAUDE. Já o SAD IAPI realiza os exames pelo convênio e para uso dos médicos da rede especializada própria, onde os pneumologistas do AE IAPI realizam os laudos. Em 2016 não havia fila de espera, já em 2017 por problemas de redução de recursos humanos (técnicos de enfermagem) disponíveis, houve redução da oferta, ocasionando um tempo de marcação acima de 30 dias para este exame.

Cabe salientar que as solicitações de exames produzidos pelos hospitais são realizadas dentro dos próprios hospitais para os municípios de Porto Alegre e para os demais municípios do estado que são referenciados para eles. Neste

sentido não há como avaliar o número de exames realizados somente para a população de Porto Alegre dentro do total de exames por eles produzidos.

7.2.2.7 Centros de Reabilitação Física e Clínicas de Fisioterapia

Tabela 76– Quantitativos de procedimentos em CRF IAPI e Vila dos Comerciantes 2017 e 2016

| Procedimentos | CRFI-API | | | CRVC | | |
|--|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | Varição | 2017 | 2016 | Varição |
| Consulta de Profissionais de Nível Superior | 115 | 131 | -16 | 1.569 | 954 | 615 |
| Consulta/Atendimento Domiciliar | 92 | 0 | 92 | 0 | 0 | 0 |
| Atendimento Fisioterapêutico – Total | 2.274 | 3.642 | -1.368 | 11.434 | 8.812 | 2.622 |
| Terapia Individual | 13 | 0 | 13 | 1.728 | 582 | 1.146 |
| Prática Corporal / Atividade Física Em Grupo | 520 | 517 | 3 | 554 | 312 | 242 |
| Total | 3.213 | 4.560 | -1.389 | 15.391 | 10.661 | 4.730 |

FONTE: Tabwin.

Na análise da produção dos CRF IAPI identificou-se uma redução dos atendimentos em 2017, em virtude de reorganização das agendas dos profissionais que disponibilizaram maior número de consulta/atendimento domiciliar e maior oferta de pacientes para tratamento em grupo (procedimento este que só contabiliza o número de dias ofertados em grupo, mas não o quantitativo de pacientes presentes nas atividades). O CRF VC apresentou aumento significativo na sua produção em 2017 a partir da disponibilidade das agendas de Fisioterapia no SISREG ao final de 2016, bem como ofertou um número maior de consultas em Fisioterapia a partir da efetivação do CRF CV como campo de estágio curricular do curso de graduação em Fisioterapia da UFCSPA.

Tabela 77- Quantitativo total dos atendimentos em Práticas Integrativas nos CRF, nos anos de 2017 e 2016

| CRF | Especialidade | Ano | | Varição |
|-----------------------|--|--------------|------------|------------|
| | | 2017 | 2016 | |
| IAPI | PCMTC – Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa | 34 | 92 | 58 |
| | Fisioterapia Acupunturista | 196 | 178 | 18 |
| Vila dos Comerciantes | PCMTC Auriculoterapia | 106 | 1 | 105 |
| | Osteopatia | 863 | - | 863 |
| Total | | 1.199 | 271 | 928 |

FONTE: TabWin.

A análise da tabela acima demonstra o aumento da produtividade de práticas integrativas dentro dos CRFs do município, a partir da inclusão da Osteopatia nos procedimentos da tabela SIGTAP/SUS, o que proporcionou visibilidade da oferta destes procedimentos, bem como a inclusão da consulta/atendimento em Osteopatia no GERCON no ano de 2017.

7.2.2.8 Clínicas de Fisioterapia

Tabela 78- Quantitativo de solicitações em fisioterapia por serviço

| Ano 2017 | | | | | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| Prestador | 10 Sessões | | | | 20 Sessões | | | |
| | Nº Marcação | Nº Confirmada | Realizada | % Absenteísmo | Nº Marcação | Não Confirmada | Realizada | % Absenteísmo |
| Fisio Andrade Neves | 2.475 | 505 | 1.970 | 20,4 | 3.641 | 1.082 | 2.559 | 29,7 |
| CEREPAL | 3.112 | 1.904 | 1.208 | 61,2 | 3.459 | 2.396 | 1.063 | 30,7 |
| Centro de Fisioterapia | 1.949 | 491 | 1.458 | 25,2 | 4.140 | 1.425 | 2.715 | 34,4 |
| FISIOABREU | 3.372 | 657 | 2.715 | 19,5 | 3.574 | 881 | 2.693 | 24,7 |
| Clinica Santa Terezinha | 3.108 | 821 | 2.287 | 26,4 | 3.148 | 1.097 | 2.051 | 34,8 |
| Fisioclínica de Porto Alegre | 4.090 | 1.063 | 3.027 | 26,0 | 4.837 | 1.590 | 3.247 | 32,9 |
| SEFIL | 1.387 | 333 | 1.054 | 24,0 | 3.977 | 1.401 | 2.576 | 35,2 |
| Instituto de Fisioterapia Prof Livio Rocco Ltda | 2.563 | 454 | 2.109 | 17,7 | 4.672 | 1.460 | 3.212 | 31,3 |
| CR IAPI | 347 | 90 | 257 | 25,9 | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| CR Vila dos Comerciantes | 827 | 257 | 570 | 31,1 | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Total | 23.230 | 6.575 | 16.655 | 28,3 | 31.448 | 11.332 | 20.116 | 36,0 |

FONTE: SISREG.

Em 2017 analisamos as tabelas de distribuição do uso das cotas de fisioterapia enviadas mensalmente pelas GDs. Observamos que muitas unidades de saúde apresentavam lista de espera para fisioterapia, enquanto em outras unidades de saúde sobravam cotas de fisioterapia. Frente a esta análise era urgente efetivar a regulação através de um sistema, para aperfeiçoarmos o uso de todas as cotas de fisioterapia existentes na cidade.

A partir de setembro de 2016 a CMCE através do SISREG, passou a regular as cotas de fisioterapia na cidade, terminado com as listas de espera das unidades de saúde. O comparativo que temos do quantitativo de atendimento em fisioterapia entre 2016 e 2017 só foi possível no 3º quadrimestre onde visualizamos uma variação positiva de +2.674 atendimentos de fisioterapia em 2017. Os dados da tabela acima demonstram o quantitativo de 54.678 solicitações de fisioterapia marcadas no ano de 2017, com uma média de 30 % de absenteísmo (este número ainda não reflete a realidade, pois alguns prestadores durante o ano de 2017 não registraram no SISREG o comparecimento). Após a chamada pública para serviços ambulatoriais de

fisioterapia realizada em 2017, estamos contratualizando os serviços de fisioterapia em 2018 e tendo como uma das metas o efetivo registro no sistema de regulação.

7.2.2.9 Casa de Apoio Viva Maria

A Casa de Apoio Viva Maria, serviço pertencente à Rede de Atenção à Saúde, é o serviço de acolhe mulheres vítimas de violência doméstica e seus filhos menores.

Tabela 79- Quantitativo de pessoas acolhidas

| Ano de 2017 | |
|--------------------|----|
| Mulheres Acolhidas | 56 |
| Crianças Acolhidas | 85 |

Tabela 80- Quantitativos de procedimentos CAVM 2017-2016

| Procedimentos | Ano | | Varição |
|---|--------------|--------------|----------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Atividade Educativa / Orientação em Grupo | 127 | 47 | 80 |
| Visita Domiciliar | 165 | 637 | - 472 |
| Avaliação Antropométrica | 121 | 130 | -9 |
| Consulta de Profissionais de Nível Superior | 1.258 | 1.172 | 86 |
| Terapia em Grupo | 766 | 749 | 17 |
| Terapia Individual | 1.029 | 965 | 64 |
| Procedimentos de Enfermagem | 1.362 | 4.562 | -3.200 |
| Total | 4.828 | 8.262 | -3434 |

FONTE: Tabwin.

Tabela 81– Tipo de procedimentos por profissional de nível superior

| Profissional | Atendimento Individual | Grupo | Visita Domiciliar |
|-----------------------|-------------------------------|--------------|--------------------------|
| Assistente Social | 430 | 460 | 82 |
| Psicólogo | 615 | 326 | 48 |
| Terapeuta Ocupacional | 0 | 0 | 0 |
| Enfermeiro | 1.117 | 0 | 71 |
| Nutricionista | 264 | 274 | 00 |

FONTE: Coordenação CAVM.

Destacamos que não tivemos nenhum atendimento de TO, pois o serviço está sem o profissional da área desde janeiro de 2017. Duas profissionais que estavam lotadas na CAVM entraram com pedido de aposentadoria e a vaga não foi preenchida até então. Além dos servidores de nível superior contamos com um grupo de 5 monitoras de nível médio que realizam atendimentos diários às famílias acolhidas na CAVM. Ao avaliarmos as duas tabelas acima encontramos um maior número de atendimentos

descritos pela coordenação, comparados com os avaliados junto ao SIA -SUS, acreditamos que ocorram ainda erros de inclusão dos dados diários de produção no sistema pelos servidores responsáveis por esta atividade dentro da unidade.

7.3 Atenção Hospitalar e Urgências

Como informamos nos relatórios anteriores, o ano de 2017 seguiu as diretrizes de aproximação da rede hospitalar com acompanhamento sistematizado dos hospitais componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), nos moldes preconizados pela portaria do Ministério da Saúde (3.410/2013). As reuniões de Núcleo de Acompanhamento e Qualidade Hospitalar (NAQH) ocorreram com a periodicidade determinada pela demanda da SMS ou de cada hospital, sempre com assuntos pertinentes à rede hospitalar e de regulação, seguindo os aspectos abaixo relatados.

Adaptações para implantação do GERINT - Aproximando-se a integração dos hospitais no novo sistema de regulação do município, o tema torna-se pauta frequente de reuniões de NAQH para esclarecimento e orientação das etapas sucessivas de preparo para a transição do sistema (janeiro de 2018).

Dashboard das Emergências, Maternidades e Vaga Zero - O novo dispositivo de transparência e apoio a tomada de decisão nas emergências, como é natural para ferramentas novas, demanda algum grau de adaptação e reforço positivo para ser adotado e rotinizado. Essa foi um dos pontos de incidência dos NAQHs junto aos hospitais.

Contratos - Com o avanço na consistência de contratos e indicadores de contrato, descrito no relatório de gestão anterior, aumentou a importância de um ajuste fino da regulação da rede e da execução destes parâmetros, para evitar brechas assistenciais indicativas de desassistência. Na mesma direção, a introdução quando das renovações de indicadores de resultado e processo, visando acompanhamento e incremento de qualidade e segurança na assistência precisa ser debatida junto aos prestadores.

Tempo médio de Internações - Porto Alegre vinha desempenhando em 2016 um tempo médio de permanência de internação de 8 dias, sem discriminar o perfil de pacientes. Cabe ressaltar que os leitos cirúrgicos têm um tempo médio de internação menor que nos leitos clínicos. Para avaliar melhor o desempenho dos hospitais pactuou-se coletar estes dados de acordo com os perfis de internação (exceto emergências, internações cirúrgicas, psiquiátricas,

obstétricas e de menores de 12 anos). Sendo assim a partir de 2017 o Tempo Médio de Permanência em leitos clínicos foi de 9,24 dias, que corresponde a uma redução de 3,76% em comparação com o ano anterior, de acordo com os perfis de internação, que foi de 9,6 dias.

Porto Alegre tem aproximadamente 5 mil leitos SUS e é um polo tecnológico quando falamos em assistência hospitalar. Somos referência estadual e nacional para patologias graves e tratamentos complexos que necessitam de tecnologia de ponta para diagnóstico e tratamento de doenças.

As ações da secretaria permanecem direcionadas para melhorar o giro dos leitos na cidade. Para alcançar de maneira eficiente esta meta utilizamos várias estratégias que abrangem áreas da gestão de contratos, regulação de leitos em tempo real, monitoramento de indicadores, desospitalização e transição do cuidado.

A rede hospitalar conta com hospitais de alta complexidade que tratam e resolvem problemas das pessoas severamente doentes, entretanto, também atende pacientes cuja gravidade da sua doença já não necessita mais internação em hospitais de grande porte. Nos mesmos hospitais de alta complexidade também encontramos pacientes com internações prolongadas por insuficiência familiar ou poucas condições de autocuidado. Consideramos que concentrar estes pacientes em uma unidade de alta demanda de cuidado possibilitará um melhor uso do recurso leito hospitalar. Para dar conta deste perfil desenhamos durante o ano de 2017 o hospital Santa Ana em parceria com a Associação Educadora São Carlos (AESC). Este hospital entrará em funcionamento em 2018 e vem preencher esta lacuna na rede hospitalar.

Estimamos que a captação de pacientes com este perfil possa gerar mais internações nos hospitais de alta complexidade com otimização do recurso público gasto com as internações hospitalares, possibilitando um fluxo melhor para o paciente criticamente doente. O perfil destes pacientes tem baixa demanda de complexidade e alta demanda de cuidados multiprofissionais.

A transição do cuidado deste perfil de pacientes (longa permanência e em cuidados paliativos) dos hospitais de alta complexidade possibilitará um

tempo médio de permanência menor nos leitos de internação, aumentando o giro de leito nestas instituições.

Outro aspecto importante a ser considerado é o perfil dos pacientes para leitos clínicos de retaguarda. A grande demanda atual dos pacientes que estão nas unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares são de pacientes que chamamos de idoso frágil. São pacientes com mais de uma patologia crônica que tem seu processo de doença agudizado com piora dos sintomas e tratamento que muitas vezes requer internação hospitalar. Este perfil também estará contemplado no Hospital Santa Ana que contará com leitos de retaguarda clínicos destinados para este fim.

Com relação ao projeto da operação inverno, em 2017 construímos um fluxo prioritário para evitar as reinternações de acordo com as condições sensíveis à atenção primária. De posse de um “cartão verde” os potenciais reinternadores tem atendimento facilitado na rede de atenção primária. Os pacientes candidatos a este fluxo podem ter sido atendidos nas unidades de pronto atendimento ou terem internado na rede hospitalar. Os pacientes devem dirigir-se unidade de saúde as quais pertencem em até 3 dias após a alta ou atendimento para reavaliação clínica e das medicações em uso.

Para 2018 o projeto tem como objetivos a intensificação das ações de prevenção e de promoção de saúde com o incentivo de práticas em saúde baseadas em evidências, para buscar identificar pessoas com alto risco de hospitalização e re-hospitalização, ofertando tecnologias seguras, monitorando a transição do cuidado.

Esse planejamento visa balizar as iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde a serem adotadas entre os meses de maio e setembro e que incluirão reorganização e incremento de recursos humanos, insumos, medicamentos e organização e monitoramento da transição do cuidado, com integração de fluxos entre os níveis de atenção à saúde.

Considerando o desafio que um grupo de patologias sazonais impõe a uma rede de atenção à saúde por vezes já sobrecarregada, utilizar os mecanismos possíveis para integração de diferentes componentes dessa

mesma rede em trabalho colaborativo parece ser uma estratégia promissora para melhores resultados.

Dessa forma, programas que integram a atenção primária à saúde com os demais níveis do cuidado, em especial os tradicionalmente demandados por conta das patologias respiratórias (pronto atendimentos e hospitais) podem se mostrar mais efetivos, não somente em resultados clínicos como também na satisfação de usuários e trabalhadores. Identificar pessoas com alto risco de hospitalização e tentar modificar essa trajetória, ofertar tecnologias seguras em ações preventivas e de promoção à saúde pelo autocuidado, monitorar através de registros nas unidades de pronto atendimento, integração mediada pela regulação, parcerias com hospitais estratégicos e vincular o cuidado à atenção são objetivos diferenciais do projeto Operação Inverno deste ano.

7.3.1 Atenção às Urgências e Emergências Pré-Hospitalar Fixa e Móvel

7.3.1.1 Referências dos Serviços de Atenção às Urgências e Emergências Pré-Hospitalar Fixa e Móvel

Quadro 10- Referências às Urgências e Emergências Pré-Hospitalar Fixa e Móvel

| Serviço | | Endereço |
|--|---|---|
| Pré-Hospitalar | Móvel | SAMU 192 Av Ipiranga, 3501 (Sede Administrativa). Telefone: (51) 3289-2540 |
| | Fixo | Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul Rua Professor Manoel Lobato, 151 – Santa Tereza Telefone : (51) 32894016 |
| | | Pronto Atendimento Bom Jesus Rua Bom Jesus, 410 – Bom Jesus Telefones: (51) 3289-5400, 3289-5409 |
| | | Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro Est. João de Oliveira Remião, 5110 - Lomba do Pinheiro Telefone: (51) 3319-4850 |
| | | UPA Moacyr Scliar Rua Jerônimo Zelmanovitz, 01. Bairro Parque São Sebastião. Telefone: (51) 3368-1619 |
| Pronto Atendimento do Hospital Restinga – Extremo Sul Estrada João Antônio da Silveira, 3330 - Restinga, Porto Alegre - RS, 91790-400 Telefone: (51) 3394-4900 | | |
| Saúde Mental | Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul Rua Professor Manoel Lobato, 151 – Santa Tereza Telefone : (51) 32894016 | |
| | Plantão de Emergência em Saúde Mental - IAPI Rua Valentim Vicentini, S/N - Passo D'areia Telefone: (51) 3289.3456 | |
| Emergência Odontológica | Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul Rua Professor Manoel Lobato, 151 – Santa Tereza Telefone : (51) 32894016 | |
| Atenção Domiciliar – Melhor em Casa | | Centro de Saúde Modelo. Rua Jerônimo de Ornelas, nº 55 – Bairro Santana Telefone: (51) 32895505 melhoremcasa@sms.prefpoa.com.br |

FONTE: SMS.

7.3.1.2 Ações de Gestão

Segurança

Durante o ano houve capacitação e a continuidade do projeto Acesso Mais Seguro / Cruz Vermelha do Brasil, com situações reais de risco potencial sendo manejadas em conformidade com as capacitações realizadas. Terminologia, ativação e desativação dos protocolos e comunicação entre os entes passaram a seguir as recomendações. Diversas ocorrências no território adstrito aos Prontos Atendimentos foram manejadas dentro do protocolo proposto, minimizando períodos de interrupção de atendimento ao mínimo.

Projeto Dashboard

No ano de 2017, criou-se o sistema “Dashboard” para monitoramento da situação das Emergências, Centros obstétricos e áreas adjuntas (UTI neonatal, Unidades de Cuidados Intermediários, Alojamento conjunto), bem como distribuição de protocolos “vaga zero” pelos serviços de atendimento pré-hospitalar. Utilizou-se para isso o conceito inovador do próprio hospital ao dispor seus dados e também conseguir visualizar a situação da rede como um todo, permitindo assim às mesas de regulação SAMU Porto Alegre, Centrais de Leito Municipal e Estadual dispor de um panorama de rápido acesso, transversal, da situação de cada equipamento de saúde.

Esse acesso é público, aparece como “banners” no site da Secretaria Municipal de Saúde e é possível de ser consultado por quaisquer usuários da Internet.

Nos links:

<http://bit.ly/EmergenciasSaudePOA>

<http://bit.ly/CegonhaSaudePoa>

<http://bit.ly/vagazeroSaudePoa>

Implantação do SIHO

No ano de 2017 todos os Pronto-Atendimentos passaram a utilizar o SIHO para registro assistencial. O processo iniciado pelo PA Cruzeiro do Sul

em ano anterior foi retomado em 2017, com o PA Bom Jesus e PA Lomba do Pinheiro.

Ao se completar a implantação, além dos benefícios do processo assistencial (como clareza de registro dos profissionais e adequado aferimento dos tempos de espera) passa-se a ter grande volume de dados com qualidade, que permitem análise epidemiológica, avaliação de recursos utilizados e planejamento de futuras intervenções em saúde baseadas no quantitativo e qualitativo real do nosso perfil de necessidades da população, no seguimento das emergências.

Gestão de Processos

Completo-se em 2017 a compra de 11 veículos novos para o atendimento pré-hospitalar de urgência da cidade. O esforço conjugado dos entes municipais - a saber, SMS, SMA, SMF, CELIC, PGM – permitiu o andamento do complexo processo de compra para efetivar-se a entrega no início de 2018.

Alinhamento dos Pronto-Atendimentos às Normas Ministeriais

Em 2017, recebemos a visita dos apoiadores do Ministério da Saúde para conhecerem presencialmente os três pronto-atendimentos. Dessa inspeção, ocorrida na segunda metade do ano, foram gerados relatórios de adequação e solicitações do envio para o Ministério da Saúde das plantas detalhadas (conhecidas com o “as built”), visando análise crítica dos técnicos para relatório deliberativo. Essa atualização das necessidades de adequação objetiva conseguir junto ao Ministério que os pronto-atendimentos municipais possam cumprir o preconizado na portaria de UPA atualizada em 2017. Espera-se viabilizar em 2018 a meta da gestão de transformar ao menos um pronto-atendimento em UPA.

7.3.1.3 Serviço de Atenção Domiciliar

Meta 42 – Concluir a implantação das 15 equipes EMAD, 5 equipes EMAP.

Quanto à conclusão da implantação das equipes, até o presente momento, não se obteve liberação orçamentária para habilitação das quatro equipes do Programa de Atenção Domiciliar Melhor em Casa (PMC), cujo projeto está aprovado pelo Ministério da Saúde. Assim sendo, em 2017 foram mantidas 11 EMADs, com percentual de cumprimento de 73,3%, e 2 EMAPs, com percentual de cumprimento de 40%. Diante da impossibilidade de habilitação de novas equipes, no segundo quadrimestre de 2017 se fez necessário realizar readequações nas áreas de atuação das equipes, a fim de ampliar a cobertura para 96% do território com atendimento pelo programa. Permanecem sem cobertura somente as áreas relacionadas às regiões Humaitá, Navegantes e Ilhas.

Serviço de Atenção Domiciliar – Programa Melhor em Casa – Porto Alegre

A Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS) caracterizado por um conjunto de ações de prevenção e promoção à saúde, tratamento de doenças, reabilitação e palição, garantindo continuidade de cuidados no domicílio. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é constituído por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) que atuam de forma complementar aos cuidados realizados na atenção básica, em serviços de urgência e substitutivo ou complementar à internação hospitalar. É papel SAD gerenciar e operacionalizar a atuação destas equipes.

São objetivos do programa promover a desospitalização com qualidade e segurança e evitar reinternações desnecessárias, proporcionando um melhor aproveitamento dos leitos hospitalares e otimizando a sua oferta. O perfil de pacientes beneficiados pelo programa abrange todas faixas etárias (inclui de crianças a idosos), com doenças crônicas, agudas, ou crônicas agudizadas. Dentro desse perfil, percebe-se um número crescente de pacientes com situações de maior comorbidade, que é preconizado pelo programa, como exemplo: cardiopatias, neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica,

demência avançada, doenças terminais, pacientes em processo pós-cirúrgico, pacientes com pneumonia, pielonefrite, doenças vasculares e neurológicas; pacientes em nutrição parenteral, ventilação mecânica não invasiva, antibioticoterapia domiciliar, pacientes em cuidados paliativos, dentre outros.

O atendimento é feito por equipes multidisciplinares, formadas por médicos, profissionais de enfermagem, fisioterapeuta e assistente social. Outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo e farmacêutico) poderão compor as equipes.

Além de proporcionar celeridade no processo de alta hospitalar, o atendimento domiciliar minimiza intercorrências clínicas, diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos; oferece suporte emocional necessário para pacientes e familiares em estado grave ou terminal.

Em 2017, a Coordenação do Programa Melhor em Casa(PMC) trabalhou na estratégia de divulgação e aproximação do SAD com o corpo clínico dos hospitais, por meio da participação efetiva em rounds e apresentação do programa em instituições hospitalares e de ensino na área da saúde.

Ações de aproximação com a atenção primária também foram realizadas pela Coordenação do PMC, a fim de melhorar a comunicação entre as equipes (APS e PMC) e facilitar a transição do cuidado de pacientes com alta da atenção domiciliar, bem como ajustar os fluxos entre estes dois níveis de atenção. Entre essas ações, destacam-se a participação nos Colegiados Distritais.

As estratégias de aproximação com os serviços de saúde e a necessidade da melhora na comunicação, a equipe da gestão do programa realizou adequações /aprimoramento do fluxo de encaminhamento de pacientes para solicitação de inclusão no programa, sendo criado a partir de outubro/2017 um formulário on-line. Este tem objetivo de permitir maior acessibilidade aos profissionais, além de maior agilidade na regulação dos casos, bem como maior controle do retorno das equipes em relação às domiciliares.

Outra ação desenvolvida foi o plano de capacitações do Acesso Mais Seguro(AMS), iniciado no segundo 3ºquadrimestre de 2016 para as equipes do Programa Melhor em Casa do GHC; e continuado no 3º quadrimestre 2017 para as equipes da Associação Hospitalar Vila Nova. As equipes do SAD GHC já utilizam de forma integral e adequada a ferramenta, enquanto as do SAD AHVN findaram 2017 em processo de estruturação, estando planejada homologação do plano para o 1ºquadrimestre de 2018.

Ressalte-se ainda que, quanto ao sistema de informações para o registro de dados, e-SUS AD, implantado em janeiro de 2016, o mesmo ainda não está emitindo relatórios, além de estar com instabilidade no seu funcionamento. Para possibilitar o monitoramento dos indicadores, continua-se utilizando um registro paralelo dos dados do programa. Tal registro paralelo passou a ser realizado a partir de maio 2016. Abaixo, podemos verificar os dados do Programa Melhor em Casa, SAD GHC e SAD Vila Nova, comparando os dados apresentados no relatório anual de 2016 com os resultados do ano de 2017 de cada serviço. Salientamos que os números de 2016 estão sem os dados do 1ºquadrimestre, por não terem sido mensurados. Portanto, não foram realizadas comparações.

Tabela 82- Distribuição do total de atendimentos do Programa Melhor em Casa 2016-2017.Porto Alegre, RS

| Indicador | PMC | | | | | |
|---|-----------|------|-----------|----------|-------|-----------|
| | PMC 2016* | | | PMC 2017 | | |
| | GHC | AHVN | Total PMC | GHC | AHVN | Total PMC |
| Média mensal de pacientes em AD | 186 | 146 | 332 | 166 | 170,5 | 336 |
| Nº de visitas em AD no período | 5902 | 4880 | 10782 | 8156 | 7796 | 15952 |
| Nº de novas admissões no período | 534 | 186 | 720 | 669 | 558 | 1227 |
| Nº de novas admissões de pacientes encaminhados pela atenção primária saúde | 41 | 120 | 161 | 115 | 210 | 325 |
| Nº de novas admissões de pacientes egressos de hospital | 493 | 66 | 559 | 554 | 348 | 902 |
| Nº de intercorrências atendidas no domicílio | 226 | 100 | 326 | 455 | 178 | 633 |
| Nº de altas no período | 513 | 127 | 640 | 596 | 508 | 1104 |
| Nº de óbitos domiciliares | 10 | 16 | 26 | 22 | 40 | 62 |
| Nº de óbitos declarados no domicílio | 9 | 15 | 24 | 6 | 5 | 11 |
| Média de tempo de permanência de pacientes em AD | 54 | 124 | 89 | 60 | 124 | 92 |

FONTE: GHC e AHVN *Os dados de 2016 foram calculados no período de maio-dezembro.

Tabela 83- Distribuição dos atendimentos do Programa Melhor em Casa SAD GHC 2016-2017.Porto Alegre, RS

| Indicador | Programa Melhor em Casa | | | | | | | |
|---|-------------------------|------|------|-------|----------|------|------|-------|
| | GHC 2016 | | | | GHC 2017 | | | |
| | Quadrimestre | | | | | | | |
| | 1º | 2º | 3º | Total | 1º | 2º | 3º | Total |
| Média mensal de pacientes em AD | Dados indisponíveis | 183 | 188 | 186 | 163 | 180 | 154 | 166 |
| Nº de visitas em AD no período | Dados indisponíveis | 2961 | 2941 | 5902 | 2550 | 2875 | 2731 | 8156 |
| Nº de novas admissões no período | Dados indisponíveis | 288 | 246 | 534 | 204 | 264 | 201 | 669 |
| Nº de novas admissões de pacientes encaminhados pela atenção primária saúde | Dados indisponíveis | 18 | 23 | 41 | 32 | 38 | 45 | 115 |
| Nº de novas admissões de pacientes egressos de hospital | Dados indisponíveis | 270 | 223 | 493 | 172 | 226 | 156 | 554 |
| Nº de intercorrências atendidas no domicílio | Dados indisponíveis | 122 | 104 | 226 | 124 | 183 | 148 | 455 |
| Nº de altas no período | Dados indisponíveis | 269 | 244 | 513 | 168 | 240 | 188 | 596 |
| Nº de óbitos domiciliares | Dados indisponíveis | 5 | 5 | 10 | 8 | 6 | 8 | 22 |
| Nº de óbitos declarados no domicílio | Dados indisponíveis | 5 | 4 | 9 | 3 | 2 | 1 | 6 |
| Média de tempo de permanência de pacientes em AD | Dados indisponíveis | 49,6 | 58,9 | 54 | 65,6 | 52 | 61 | 60 |

FONTE: GHC e AHVN

Tabela 84- Distribuição dos atendimentos do Programa Melhor em Casa SAD AHVN 2016-2017.Porto Alegre, RS

| Indicador | Programa Melhor em Casa | | | | | | | |
|---|-------------------------|------|------|-------|-----------|------|-------|-------|
| | AHVN 2016 | | | | AHVN 2017 | | | |
| | Quadrimestre | | | | | | | |
| | 1º | 2º | 3º | Total | 1º | 2º | 3º | Total |
| Média mensal de pacientes em AD | Dados indisponíveis | 139 | 154 | 146 | 147 | 183 | 181,5 | 170,5 |
| Nº de visitas em AD no período | Dados indisponíveis | 2259 | 2621 | 4880 | 2429 | 2724 | 2643 | 7796 |
| Nº de novas admissões no período | Dados indisponíveis | 111 | 75 | 186 | 121 | 231 | 206 | 558 |
| Nº de novas admissões de pacientes encaminhados pela atenção primária saúde | Dados indisponíveis | 65 | 55 | 120 | 50 | 105 | 55 | 210 |
| Nº de novas admissões de pacientes egressos de hospital | Dados indisponíveis | 46 | 20 | 66 | 71 | 126 | 151 | 348 |
| Nº de intercorrências atendidas no domicílio | Dados indisponíveis | 62 | 38 | 100 | 20 | 79 | 79 | 178 |
| Nº de altas no período | Dados indisponíveis | 73 | 54 | 127 | 103 | 183 | 222 | 508 |
| Nº de óbitos domiciliares | Dados indisponíveis | 11 | 5 | 16 | 7 | 14 | 19 | 40 |
| Nº de óbitos declarados no domicílio | Dados indisponíveis | 11 | 4 | 15 | 0 | 3 | 2 | 5 |
| Média de tempo de permanência de pacientes em AD | Dados indisponíveis | 112 | 135 | 123,5 | 147 | 120 | 106 | 124 |

FONTE:GHCeAHVN

A tabela 84 demonstra os atendimentos do Programa Melhor em Casa nos anos de 2016 e 2017. O número de pacientes acompanhados pelos dois serviços, SAD GHC e SAD AHVN, obteve uma média de 332 pacientes em 2016 e de 336 pacientes em 2017, com média de tempo de permanência de 89 dias por paciente em 2016 e de 92 dias em 2017.

A tabela 86 mostra que apesar da limitação de uma análise, devido a não mensuração nos dados do 1º quadrimestre de 2016, percebe-se uma evolução do SAD AHVN no último ano, com aumento da média mensal de 146 pacientes em 2016 para 170 pacientes em 2017. Esse aumento pode ser atribuído aos seguintes fatores: a) à estratégia da coordenação municipal do Programa Melhor em Casa, que no ano de 2017 investiu nas ações de divulgação do programa e na aproximação com o corpo clínico dos principais hospitais; b) aumento da área de abrangência das equipes do SAD AHVN, fato que viabilizou que o programa tenha atingido cobertura municipal de aproximadamente 96% de cobertura populacional desde abril de 2017;

Consequente ao maior número de pacientes acompanhados, o número de visitas domiciliares no SAD Vila Nova em 2017 também teve um aumento significativo em relação ao ano anterior, que somadas às visitas domiciliares do GHC, representou um total de 15952 visitas domiciliares realizadas pelas onze equipes.

Em 2017 foram 1227 novas admissões de pacientes, sendo 902 pacientes egressos de hospitais, representando 73% dos direcionamentos ao programa; demais encaminhamentos ocorreram por demais pontos da rede, perfazendo um número de encaminhamentos de 325, principalmente APS, mas também composta por alguns ambulatorios de especialidades; como por exemplo, equipes de Cuidados Paliativos que perceberam na Atenção Domiciliar uma forma mais humanizada de cuidados aos pacientes em situação de terminalidade.

Ressalte-se que um dos objetivos do programa é a desospitalização com qualidade e de forma responsável, bem como evitar hospitalizações desnecessárias, de casos cuja resolução possa ser alcançada fora do ambiente hospitalar. O desafio do programa é consolidar a assistência

domiciliar como uma política resolutiva da rede de atenção à saúde, reduzindo a alta taxa de permanência hospitalar.

Portanto, o ano de 2018 está sendo direcionado para um planejamento com as seguintes ações: a) busca de articulação/parceria com o programa de oxigenoterapia do município para promover otimização de recursos municipais e a potencialização dos dois programas; b) a habilitação de uma equipe EMAD junto ao novo hospital do município Santa Anna; c) a continuidade ao plano de capacitação do Acesso mais Seguro para as equipes do SAD Vila Nova e do SAD GHC; d) a intensificação da estratégia de aproximação das equipes dos SAD com o corpo clínico dos hospitais (principalmente Santa Casa, PUC, GHC, HCPA); e) a continuidade das ações de aproximação com a atenção primária a fim de melhorar a comunicação entre as equipes e aperfeiçoar a transição do cuidado de pacientes com alta da atenção domiciliar, bem como ajustar os fluxos entre os dois níveis de atenção.

7.3.1.4 Pronto-Atendimentos - PA

Meta 39 - Manter o tempo médio de espera por atendimento médico dos usuários classificados "verdes" nas unidades de Pronto Atendimento para até 3 horas.

O método de aferição dessa meta vinha sendo amostral, fazendo a média do turno sucedida de uma média das médias. A implantação do SIHO permite agora a análise do dado completo, consolidado, com incremento significativo na confiança do valor obtido.

Tabela 85- Tempo médio de espera para atendimento médico dos usuários classificados como "verdes" nas unidades de Pronto Atendimento de Porto Alegre

| Serviços | Ano | | Variação (%) |
|--------------|-----------|-----------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| PACS | 1h 33min | 2h 29 min | -37,58% |
| PABJ | 1h 44min | 1h 07 min | +114,92% |
| PALP | 1h 16 min | 1h 42 min | -25,49% |
| UPA MS | 2h 33 min | 2h 16 min | +12,5% |
| Média Global | 1h 44 min | 2h 01 min | -16,34% |

Muito embora a própria implantação de sistema (e por conseguinte, mudança de processo de trabalho) em um primeiro momento possa ocasionar lentidão nos tempos de espera, tão logo o processo esteja incorporado há ganhos assistenciais. O tempo de espera médio tem se mantido adequado. Inerente ao conceito de média há momentos de maior demora, cuja adequação do dimensionamento de recursos humanos deve ser trabalhada (com dados gerados pelo sistema) para permitir mitigar esses momentos de espera a maior.

Meta 46- Manter o tempo médio de espera por transporte, dos pacientes atendidos nos Prontos Atendimento, com indicação de internação nos Hospitais da Rede para 3 horas.

Com a implantação do GERINT, percebeu-se a redução no processo entre solicitação de leito na rede hospitalar desde a primeira solicitação de internação do pronto-atendimento. Dessa forma, mais evidente fica a necessidade de transporte para esses locais de internação. Muito embora isso venha ocorrendo e sendo acompanhado em desenho de processo, há melhorias por serem feitas na forma de novo contrato de transporte de baixa

complexidade, contemplando necessidades mais atuais, por ser efetuado em 2018.

Tabela 86- Tempo médio de espera da solicitação até a realização de transporte de pacientes atendidos nos Prontos Atendimentos.

| Tempo médio (hh:mm:ss) | Ano | | Variação (%) |
|------------------------|-----------|-----------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| | 0h 51 min | 2h 27 min | -65,30% |

FONTE: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH).

Tabela 87- Distribuição do número de total (clínica e pediatria) de atendimentos médicos e desistências nas Unidades de Pronto Atendimentos

| Atendimento Geral - Clínica e Pediatria | Nº Boletins emitidos | | | Nº Atendimentos | | | % desistências | |
|---|----------------------|----------------|------------|-----------------|----------------|------------|----------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 |
| | PACS | 82.271 | 80.066 | 1% | 76.018 | 71.990 | 3% | 8,18 |
| PA Bom Jesus | 90.933 | 110.671 | -10% | 90.218 | 100.226 | -5% | 8,24 | 9,43 |
| PA Lomba do Pinheiro | 76.551 | 79.765 | -2% | 65.532 | 74.235 | -6% | 7,8 | 7,19 |
| UPA Moacyr Scliar | 94.979 | 91.579 | 2% | 77.603 | 68.152 | 6% | 9,6 | 22,31 |
| Total | 344.734 | 362.081 | -2% | 309.371 | 314.603 | -1% | 10,19 | 12,34 |

FONTE: SIHO/AMB e GHC. ¹ Percentual de desistências= Total de desistências/total de boletins emitidos x 100.

Muito embora o número de desistências seja um indicador importante de ser avaliado, diretamente vinculado à qualidade da experiência do usuário, há uma interferência inevitável que se dá motivada pelo perfil de predomínio de verdes. Como estes são, por definição, passíveis de maiores tempos de espera, é também a maior representação das desistências. Logo abaixo, uma análise das formas como isso pode ser ainda mais melhorado, pela adequada alocação do paciente verde na rede.

Perfil de Classificação de Risco nos Pronto-Atendimentos

Há forte predomínio de pacientes classificados como verdes nos pronto-atendimentos. Em um desenho ideal, essa população poderia estar sendo atendida pela Atenção Primária, desempenhando esta seu papel de ordenador do cuidado. Considerando que o horário de atendimento das Unidades de Saúde é um limitador para o efetivo atendimento dos verdes, a abertura de duas Unidades de horário estendido iniciou a impactar em 2017 na melhoria da alocação dos verdes. Novas unidades por serem abertas em 2018 devem impactar ainda mais sobre os pronto-atendimentos.

Tabela 88- Distribuição do número total de atendimentos médicos e proporção segundo classificados e gravidade de risco, nas Unidades de Prontos Atendimentos

| Classificação de Risco | Ano | | | | Variação | |
|------------------------------|---------------|---------------|----------------|------------|---------------|--------------|
| | 2017 | | 2016 | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | | |
| Emergência - Vermelho | 570 | 0,20 | 566 | 0,18 | 4 | 0,35 |
| Muito Urgente – Laranja | 17254 | 5,97 | 21.794 | 6,91 | -4540 | -11,63 |
| Urgente - Amarelo | 39718 | 13,75 | 49.284 | 15,65 | -9566 | -10,75 |
| Pouco Urgente - Verde | 203638 | 70,50 | 210.600 | 66,87 | -6962 | -1,68 |
| Não Urgente -Azul | 12013 | 4,16 | 8.481 | 2,69 | 3532 | 17,23 |
| Total com registro de CR | 273195 | 94,58 | 290.725 | 92,3 | -17530 | -3,11 |
| Total sem registro de CR | 15670 | 5,42% | 24.264 | 7,7 | -8594 | -21,52 |
| Total de atendimentos | 288865 | 100,00 | 314.989 | 100 | -26124 | -4,33 |

FONTE: SIHO/AMB, GHC.

Tabela 89– Distribuição do número e proporção dos atendimentos médicos no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), segundo Classificação de Risco (CR)

| Classificação de Risco | Ano | | | | Variação | |
|------------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| | 2017 | | 2016 | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | | |
| Emergência - Vermelho | 118 | 0,20 | 118 | 0,16 | 0 | -3,47 |
| Muito Urgente – Laranja | 5396 | 8,97 | 5.784 | 8,03 | -388 | -5,41 |
| Urgente - Amarelo | 9805 | 16,29 | 10.926 | 15,18 | -1121 | -6,41 |
| Pouco Urgente - Verde | 44359 | 73,71 | 50.439 | 70,06 | -6080 | -35,53 |
| Não Urgente -Azul | 460 | 0,76 | 967 | 1,34 | -507 | -6,31 |
| Total com registro de CR | 60138 | 99,93 | 68.234 | 94,78 | -8096 | -97,68 |
| Total sem registro de CR | 44 | 0,07 | 3.756 | 5,22 | -3712 | -8,93 |
| Total de atendimentos | 60182 | 100,00 | 71.990 | 100,00 | -11808 | -3,47 |

FONTE: SIHO/AMB.

Tabela 90- Distribuição do número e proporção dos atendimentos médicos no Pronto Atendimento Bom Jesus (PABJ), segundo Classificação de Risco (CR)

| Classificação de Risco | Ano | | | | Variação | |
|------------------------------|--------------|---------------|----------------|--------------|---------------|---------------|
| | 2017 | | 2016 | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | | |
| Emergência - Vermelho | 121 | 0,15 | 63 | 0,06 | 58 | 31,52 |
| Muito Urgente – Laranja | 3546 | 4,42 | 3.682 | 3,65 | -136 | -1,88 |
| Urgente - Amarelo | 10240 | 12,75 | 9.778 | 9,70 | 462 | 2,31 |
| Pouco Urgente - Verde | 51175 | 63,72 | 63.929 | 63,41 | -12754 | -11,08 |
| Não Urgente -Azul | 4306 | 5,36 | 4.830 | 4,79 | -524 | -5,74 |
| Total com registro de CR | 69390 | 86,41 | 82.282 | 81,62 | -12892 | -8,50 |
| Total sem registro de CR | 10917 | 13,59 | 18.539 | 18,38 | -7622 | -25,88 |
| Total de atendimentos | 80307 | 100,00 | 100.821 | 100,0 | -20514 | -11,33 |

FONTE: SIHO/AMB.

Tabela 91– Distribuição do número e proporção dos atendimentos médicos no Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (PALP), segundo Classificação de Risco (CR)

| Classificação de Risco | Ano | | | | Variação | |
|------------------------------|--------------|---------------|---------------|--------------|------------|---------------|
| | 2017 | | 2016 | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | | |
| Emergência - Vermelho | 114 | 0,17 | 186 | 0,25 | -72 | -24,00 |
| Muito Urgente – Laranja | 4486 | 6,62 | 4.505 | 6,08 | -19 | -0,21 |
| Urgente - Amarelo | 9502 | 14,02 | 12.007 | 16,22 | -2505 | -11,65 |
| Pouco Urgente - Verde | 50356 | 74,29 | 53.896 | 72,80 | -3540 | -3,40 |
| Não Urgente -Azul | 1945 | 2,87 | 1.472 | 1,98 | 473 | 13,84 |
| Total com registro de CR | 66405 | 97,97 | 72.066 | 97,3 | -5661 | -4,09 |
| Total sem registro de CR | 1374 | 2,03 | 1.969 | 2,65 | -595 | -17,80 |
| Total de atendimentos | 67779 | 100,00 | 74.035 | 100,0 | -72 | -24,00 |

FONTE: SIHO/AMB.

Tabela 92– Distribuição do número e proporção dos atendimentos médicos na Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar, segundo Classificação de Risco (CR)

| Classificação de Risco | Ano | | | | Variação | |
|------------------------------|--------------|---------------|---------------|--------------|-------------|-------------|
| | 2017 | | 2016 | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | | |
| Emergência - Vermelho | 116 | 0,18 | 190 | 0,3 | -74 | -24,18 |
| Muito Urgente – Laranja | 3449 | 5,30 | 6.188 | 9,8 | -2739 | -28,42 |
| Urgente - Amarelo | 8798 | 13,53 | 15.526 | 24,7 | -6728 | -27,66 |
| Pouco Urgente - Verde | 47694 | 73,34 | 39.885 | 63,8 | 7809 | 8,92 |
| Não Urgente -Azul | 1162 | 1,79 | 1.089 | 1,7 | 73 | 3,24 |
| Total com registro de CR | 61231 | 94,15 | 62.879 | 100 | -1648 | -1,33 |
| Total sem registro de CR | 3802 | 5,85 | 0 | 0,0 | 3802 | 100,00 |
| Total de atendimentos | 65033 | 100,00 | 62.879 | 100,0 | 2154 | 1,68 |

FONTE: GHC.

Plantão de emergência em Saúde Mental - PESH

A Secretaria Municipal da Saúde vem tomando uma série de medidas com vistas à melhorar o atendimento à saúde mental das pessoas buscando o Plantão em Saúde Mental. Dentre elas ressaltamos ações de curto prazo, tais como a recomposição da escala de médicos (chamamento efetivo dos concursos – até a data do fechamento deste relatório 3 já tomaram posse), regularização e normatização das solicitações de períodos de férias (evitando afastamentos concomitantes), contratação do Hospital Psiquiátrico São Pedro em vagas (10 leitos) para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves.

No médio e longo prazo, a nova política do município prevê ampliação rede de saúde mental em componentes que não havia até então. Para tanto, em 2017, se desenhou o processo assistencial do Hospital Geral Santa Ana com a abertura de 60 leitos. Destes, 30 são leitos novos para adolescentes com transtorno por uso de álcool e outras drogas, com previsão de início de funcionamento para 2018.

Na mesma linha, em 2017 se mapearam as necessidades da rede e evidencia-se o papel de ampliação de dispositivos específicos, tais como novos CAPSi III para atendimento de crianças e adolescentes, dispendo de leitos de permanência noturna (com maior impacto previsto nas regiões da Lomba do Pinheiro e Restinga/Extremo-sul), pactuação com ministério da saúde de novos CAPS AD III com leitos de permanência noturna (provável maior impacto nas regiões LENO, Restinga e Vila Nova), e nove Unidades de Acolhimento (com vagas de permanência prolongada) complementadas com Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRTs).

Todo esse mapeamento feito em 2017 e com plano de chamamento de serviços para 2018 deve impactar fortemente no fluxo dos plantões de emergência em saúde mental com otimização da real necessidade de internação em leitos psiquiátricos, dando economicidade e principalmente atendendo melhor as necessidades assistenciais dos usuários.

Tabela 93 – Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental no PACS

| Perfil dos atendimentos em Urgência em Saúde Mental | Ano | | | | Variação | |
|---|--------|----------------|--------|----------------|----------|----------------|
| | 2017 | | 2016 | | Nº | % ¹ |
| | Nº | % ¹ | Nº | % ¹ | | |
| Total de boletins emitidos | 12.330 | 100 | 21.967 | - | -9.637 | -28,10 |
| Total de pacientes atendidos | 12.019 | 97,48 | 20.966 | 95,45 | -8.947 | -27,12 |
| Desistências | 270 | 2,19 | 1.001 | 4,55 | -731 | -57,51 |
| Pacientes < 18 anos atendidos | 1.070 | 8,68 | 1.200 | 5,46 | -130 | -5,73 |
| Total Paciente em SO | 7.396 | 59,98 | 11.399 | 51,89 | -4.003 | -21,30 |
| Tempo Médio de Permanência / dias | 19 | - | 2,51 | - | 16 | 76,66 |
| ² Dependência Química em SO | 1.467 | 11,90 | 4.275 | 37,5 | -2.808 | -48,90 |
| ² Transtorno Humor Bipolar SO | 578 | 4,69 | 1.504 | 13,2 | -926 | -44,48 |
| ² Depressão SO | 554 | 4,49 | 1.682 | 14,75 | -1.128 | -50,45 |
| ² Esquizofrenia SO | 352 | 2,85 | 950 | 8,33 | -598 | -45,93 |
| Transferências para Internação Hospitalar de pacientes em SO | 2.911 | 23,61 | 5.987 | 52,2 | -3.076 | -34,57 |

FONTE: Hospital Mãe de Deus.

¹Percentual de desistências = Total de desistências / total de boletins emitidos x 100.

²Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB, Depressão e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ,

THB, Depressão e Esquizofrenia/ Total de pacientes atendidos na Sala de Observação X100

Tabela 94– Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental IAPI

| Perfil dos atendimentos em Urgência em Saúde Mental | Ano | | | | Variação | |
|---|--------|----------------|--------|----------------|----------|----------------|
| | 2017 | | 2016 | | Nº | % ¹ |
| | Nº | % ¹ | Nº | % ¹ | | |
| Total de boletins emitidos | 12.075 | 100 | 10.290 | - | 1.785 | 7,98 |
| Total de pacientes atendidos | 11.770 | 97,47 | 10.086 | 98,00 | 1.684 | 7,70 |
| Desistências | 243 | 2,01 | 204 | 2,0 | 39 | 8,72 |
| Pacientes < 18 anos atendidos | 981 | 8,12 | 891 | 8,65 | 90 | 4,81 |
| Total Paciente em SO | 8.950 | 74,12 | 7.994 | 77,7 | 956 | 5,64 |
| Tempo Médio de Permanência / dias | 9 | - | 2,4 | - | 6,6 | 57,89 |
| ² Dependência Química em SO | 1.387 | 11,49 | 2.426 | 30,3 | -1.039 | -27,25 |
| ² Transtorno Humor Bipolar SO | 558 | 4,62 | 975 | 12,2 | -417 | -27,20 |
| ² Depressão SO | 588 | 4,87 | 1.322 | 16,5 | -734 | -38,43 |
| ² Esquizofrenia SO | 357 | 2,96 | 435 | 5,44 | -78 | -9,85 |
| Transferências para Internação Hospitalar de pacientes em SO | 2.851 | 23,61 | 2.868 | 35,9 | -17 | -0,30 |

FONTE: Hospital Mãe de Deus.

¹Percentual de desistências = Total de desistências / total de boletins emitidos x 100.

²Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB, Depressão e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ,

THB, Depressão e Esquizofrenia/ Total de pacientes atendidos na Sala de Observação X100

7.3.1.5 Serviço de Atendimento Móvel de Urgências - SAMU

Meta 38. Manter as regulações necessárias e sem meios do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Atenção Pré-Hospitalar (APH) primário abaixo de 2%.

Tabela 95- Distribuição do número de regulações necessárias e sem meios do SAMU

| Classificação do Médico Regulador | Ano | | | | Variação | |
|--|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | 2017 | | 2016 | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | | |
| Intervenção Necessária e Possível | 30.871 | 34,93 | 33.771 | 37,46 | -2.900 | -8,57 |
| 1ª Decisão: Intervenção Necessária e Sem Meios | 8.001 | 9,05 | 8.606 | 9,55 | -605 | -7,03 |
| Total | 38.872 | 43,98 | 42.377 | 47,01 | -3.505 | -8,27 |
| 2ª Decisão: Intervenção Necessária e Sem Meios (Meta 38) | 837 | 0,95 | 685 | 0,76 | +152 | +22,19 |

FONTE: Sistema de Informação Pré-Hospitalar (SAPH).

A aferição do tempo resposta passou a ser realizada através da análise individual dos tempos de cada etapa do processo regulatório, de todas as ocorrências do período, conferindo fidedignidade aos dados.

Tabela 96– Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a causa, e comparativos

| Tipo de Atendimento SAMU | Ano | | | | Variação | |
|--------------------------|---------------|------------|---------------|------------|------------|-------------|
| | 2017 | | 2016 | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | | |
| Caso Clínico | 17.842 | 50,61 | 18.849 | 50,96 | -1.007 | -5,34 |
| Traumático | 10.881 | 30,86 | 11.763 | 31,80 | -882 | -7,49 |
| Transporte | 2.317 | 6,57 | 2.366 | 6,40 | -49 | -2,00 |
| Obstétrico | 692 | 1,96 | 643 | 1,74 | +49 | +7,6 |
| Não Registrado | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Psiquiátrico | 3.519 | 9,98 | 3.369 | 9,11 | 150 | +4,45 |
| Orientação | 25.712 | 29,1 | 23.461 | 26,0 | +2.251 | +9,59 |
| Total de APH | 60.963 | 100 | 60.451 | 100 | 512 | 0,85 |

FONTE: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH)

Tabela 97- Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações e comparativo

| Perfil das ligações | Ano | | | | | |
|--------------------------|--------|-------|---------|-------|----------|--------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Trote | 38.993 | 10,75 | 48.126 | 12,45 | -9133 | -18,98 |
| Regulação | 84.988 | 23,42 | 84.694 | 21,91 | 294 | 0,34 |
| Outros | 238860 | 65,83 | 253753 | 65,64 | -14.893 | -5,87 |
| Total de Ligações | 362841 | 100 | 386573 | 100 | -23732 | -6,14 |
| Média Diária (Ligações) | 994,1 | | 1.059,1 | | -65 | |

FONTE: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH)

7.3.2 Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - HMIPV

A nova gestão na SMS assumiu em 01 de janeiro de 2017. A nova direção geral do HMIPV assumiu em 03 de abril de 2017 compondo sua equipe com a diretoria administrativa e de enfermagem, em 22 de junho de 2017 e 04 de agosto, respectivamente. A diretoria técnica engajou-se a este grupo em 01 de novembro de 2017, finalizando a composição da direção. Durante o ano de 2017, houve trocas de várias chefias em todos os setores do hospital e, também, um rearranjo, baseado na nova proposta de organograma desta direção, em fase de aprovação final. O aumento da capacidade instalada anualmente ocorre apenas no 2º quadrimestre, por conta da Operação Inverno, compreendendo leitos na Internação Pediátrica e na Sala de Observação Pediátrica (SOP).

O percentual de leitos ativos gira em torno de 73-74% da capacidade instalada, o que em parte poderia ser explicado pela deficiência geral de Recursos Humanos, principalmente, de enfermeiros e técnicos. Embora neste ano tenham entrado, percentualmente, mais servidores, por esforço permanente do RH-HMIPV e decisões em nível de SMS, não conseguimos atingir os 100% da nossa capacidade instalada, prospectando um maior número de contratações no ano de 2018. Neste mesmo contexto, houve várias aposentadorias e vários servidores em licença aguardando aposentadoria (LAA) e/ou licença-prêmio, o que de fato traz diminuição da nossa força de trabalho.

Durante o ano de 2017, enfrentamos dificuldades na programação da nossa Operação Inverno, na qual temos a necessidade de aumento de leitos pediátricos em decorrência de doenças desta estação. Neste contexto, nos deparamos com atrasos nos prazos de contratação de pessoal, dificuldades em completar as de trabalho e também transtornos com manutenção e/ou aquisição de equipamentos e insumos, acarretando, desta forma prejuízo na abertura total de leitos desta especialidade. Este projeto será finalizado em prazo hábil para o ano de 2018, com previsão de melhorias importantes neste processo.

Capacidade instalada X Ocupação de leitos

Foi alterado o total de leitos da capacidade instalada da instituição, para corrigir uma distorção histórica e parear com as definições existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para isso, adotamos o seguinte critério:

O CNES classifica como módulo conjunto os leitos de sala de recuperação (SR), e os leitos de sala de observação pediátrica (SOP), e não contabiliza estes leitos no total geral da capacidade instalada. Na realidade, esses leitos, são leitos de apoio aos demais, servem como leitos de passagem, para recuperação pós-cirúrgica – no caso da SR - ou para observação antes de deliberar alta ou internação – na SOP. Esses leitos, no HMIPV, representam 31 leitos, assim distribuídos: 11 leitos na SR, 20 leitos na SOP. Estes últimos 20 leitos (SOP) são abertos na sua totalidade apenas na operação inverno. No restante do ano, mantemos apenas 5 leitos ativos, o que tem sido suficiente, na maior parte do restante do ano.

Assim, a capacidade total do HMIPV, anteriormente de 180 leitos, agora alterada e corrigida, fica em 149 leitos, quantitativo a partir do qual doravante serão feitos os cálculos.

A tabela abaixo mostra os novos dados.

Tabela 98– Capacidade instalada X Ocupação de leitos

| Enfermaria | Capacidade instalada | Leitos ativos | | | | Variação (%) |
|---|----------------------|---------------|------------|------------|--------------|--------------|
| | | 2017 | | 2016 | | |
| | | N | % | N | % | |
| Alojamento Conjunto - 8º andar | 26 | 24 | 92% | 24 | 92% | 0 |
| Patologia da Gestação - 7º andar | 14 | 9 | 64% | 9 | 64% | 0 |
| Centro Obstétrico - 10º andar | 8 | 8 | 100% | 8 | 100% | 0 |
| Internação Ginecológica - 7º andar | 14 | 10 | 71% | 9 | 64% | 11 |
| Pediatria - 4º andar | 23 | 16 | 70% | 16 | 70% | 0 |
| Psiquiatria - 5º andar | 24 | 18 | 75% | 20 | 83% | -10 |
| UTI Neonatal - 9º andar | 10 | 8 | 80% | 8 | 80% | 0 |
| UCI Neonatal | 15 | 12 | 80% | 12 | 80% | 0 |
| UCI Canguru | 5 | 5 | 100% | 5 | 100% | 0 |
| UTI Pediátrica - 3º andar | 10 | 6 | 60% | 6 | 60% | 0 |
| Total de Leitos | 149 | 116 | 78% | 117 | 78,5% | -0,8 |
| Módulo conjunto (não contabilizado): | | | | | | |
| Sala de Recuperação - 11º andar | 11 | 11 | 100% | 11 | 100% | 0 |
| Sala de Observação Pediátrica - SOP* | 20 | 5 | 25% | 5 | 25% | 0 |

FONTE: SIHO/HMIPV - NIR/HMIPV

* capacidade de 20 leitos no período de 5 meses da operação inverno e 5 leitos ao longo do ano.

Não houve variação significativa dos leitos do HMIPV de 2017 para 2016. A internação ginecológica abriu um leito específico para isolamento, e a psiquiatria necessitou bloquear 2 leitos, por restrição de recursos humanos de enfermeiros, técnicos e médicos (com exoneração por aposentadoria e por morte e servidores em LAA).

Emergência

Perfil: Procedência dos atendimentos de Emergência no HMIPV

Tabela 99– Procedência dos atendimentos na Emergência Pediátrica

| Emergência Pediátrica | | Ano | | | | Variação (%) |
|-----------------------|-------------------|---------------|------------|---------------|------------|--------------|
| | | 2017 | | 2016 | | |
| | | Nº | % | Nº | % | |
| Procedência | Município de POA | 11.360 | 79 | 16.110 | 81 | -29,5 |
| | Outros municípios | 3.009 | 21 | 3.812 | 19 | -21,1 |
| Total | | 14.369 | 100 | 19.922 | 100 | -27,9 |

FONTE: Programa Procedência do SIHO/HMIPV.

Houve importante diminuição (-27,9%) no número de atendimentos na emergência pediátrica, em comparação ao ano anterior. Essa é uma consequência do fato de que na operação inverno deste ano de 2017 não conseguimos ampliar os leitos da Emergência e da Internação Pediátrica como estava planejado; alcançamos 21 leitos na Internação (previsão de 23), e 10 leitos

na SOP (previsão de 15), pois não se conseguiram as contratações necessárias para a abertura de todos os leitos. Por outro lado, o período de contratação também foi menor em 2017 (06 de julho a 07 de outubro/2017) comparando-se com 2016 (19 de junho a 15 de novembro/2016), portanto menor nº de dias com aumento de leitos, tendo retornado mais precocemente ao nº de leitos usualmente ativos. Com isso, em muitas ocasiões fez-se necessário restringir o atendimento na porta de entrada, com maior tempo de espera, e consequente menor procura a esta Emergência.

Tabela 100– Procedência dos atendimentos na Emergência Obstétrica

| Emergência Obstétrica | | Ano | | | | Variação (%) |
|-----------------------|-------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | | 2017 | | 2016 | | |
| | | Nº | % | Nº | % | |
| Procedência | Município de POA | 4.857 | 76 | 5.776 | 74 | -15,9 |
| | Outros municípios | 1.548 | 24 | 2.030 | 26 | -23,7 |
| Total | | 6.405 | 100 | 7.806 | 100 | -18,0 |

FONTE: Programa Procedência SIHO/HMIPV.

A diminuição de atendimentos na Emergência Obstétrica ocorreu principalmente no último quadrimestre (30% a menos que a média dos demais meses do ano). Em setembro foi detectada a presença de germe multirresistente na UTI neonatal do HMIPV, o que levou à interdição obrigatória de algumas enfermarias e leitos. Parte desse período de interdição foi utilizado para uma reforma pontual, já planejada, do Centro Obstétrico, necessária à adequação às normas da Vigilância Sanitária, bem como revisão de protocolos assistenciais e novos treinamentos de segurança ao atendimento nessas unidades.

Perfil: Estratificação por Classificação de Risco

Desde abril de 2015 está em curso um projeto-piloto de Classificação de Risco (CR) para a Emergência Obstétrica, ainda em funcionamento parcial, devido à limitação de recursos humanos de enfermagem exclusivos para essa atividade.

Os dados desse projeto-piloto parcial de CR, bem como a classificação por gravidade, encontram-se nas duas tabelas abaixo.

Tabela 101– Classificação de Risco no Centro Obstétrico, por tipo de profissional

| Classificação de Risco | Ano | | Variação (%) |
|---|--------------|--------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Classificados | 406 | 1.343 | -68,8 |
| Médicos | 66 | 57 | 15,8 |
| Enfermeiros | 340 | 1.286 | -73,6 |
| % de classificados s/ total de atendimentos | 6% | 17% | -64,7 |
| Total de atendimentos | 6.405 | 7.806 | -17,9 |

FONTE: NIR/HMIPV

Tabela 102- Classificação de Risco no Centro Obstétrico, por gravidade

| Classificação de Risco | Ano | | Variação (%) |
|----------------------------|------------|--------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Vermelhos | 0 | 3 | - |
| Laranjas | 111 | 317 | -65 |
| Amarelos | 138 | 415 | -67 |
| Verdes | 98 | 351 | -72 |
| Azuis | 67 | 257 | -74 |
| Total Classificados | 414 | 1.343 | -69 |

FONTE: NIR/HMIPV

A importante redução no total de pacientes classificados se deu pela diminuição no quantitativo de enfermeiras obstétricas, devido a aposentadorias ocorridas no setor, sem reposição. Os enfermeiros são os responsáveis diretos pela classificação de risco e precisaríamos de um contingente muito maior para ter um plantonista exclusivo para esta tarefa lá no centro Obstétrico. Enfatizamos, entretanto, que não há prejuízo para a assistência, uma vez que o tempo de espera entre a chegada e o atendimento da paciente é mínimo.

Desfechos clínicos: Atendimento de emergência no HMIPV.

Tabela 103– Desfechos clínicos no atendimento da Emergência Pediátrica

| Emergência Pediátrica | Ano | | | | Variação (%) |
|---|---------------|------------|---------------|------------|--------------|
| | 2017 | | 2016 | | |
| | Nº | % | Nº | % | |
| Altas da Emergência (liberação direta) | 12.636 | 88 | 18.175 | 91 | -30 |
| Internações agudas/agudizadas | 1.723 | 12 | 1.716 | 9 | 0,4 |
| Transferências pós-internação para outro hospital | 2 | 0,01 | 25 | 0,1 | -92 |
| Óbitos | 8 | 0,06 | 6 | 0,03 | 33 |
| Total de atendimentos | 14.369 | 100 | 19.922 | 100 | -27,9 |

FONTE: Programa Estatística de Atendimentos do SIHO/HMIPV.

Conforme discutido anteriormente, houve diminuição do nº total de atendimentos na emergência pediátrica, em comparação ao ano anterior, principalmente em virtude da operação inverno, menos abrangente no ano de 2017, conforme já elucidado anteriormente. Entretanto, o nº de internações foi discretamente maior em 2017, significando, provavelmente, o percentual de chegada de pacientes mais graves à porta de entrada da emergência.

Tabela 104– Desfechos clínicos no atendimento da Emergência Obstétrica

| Emergência Obstétrica | Ano | | | | Variação (%) |
|--------------------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | 2017 | | 2016 | | |
| | Nº | % | Nº | % | |
| Altas da Emergência Obstétrica | 4.210 | 65,7 | 5.755 | 73,7 | -26,8 |
| Internações agudas/agudizadas | 2.192 | 34,2 | 2.042 | 26,2 | 7,3 |
| Transferências pós-internação | 2 | 0,03 | 9 | 0,1 | -77,8 |
| Óbitos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total de atendimentos | 6.404 | 100 | 7.806 | 100 | -18 |

FONTE: Lista de Pacientes do SIHO/HMIPV.

Como já explicado, a diminuição de atendimentos na Emergência Obstétrica ocorreu no último quadrimestre, pela restrição de atendimento no Centro Obstétrico, devido à presença de germe multirresistente na UTI neonatal e da reforma do Centro Obstétrico. O nº de internações, entretanto, foi discretamente maior.

Tabela 105- Taxa de ocupação da emergência

| Emergência | Ano | | | | | | Variação | | |
|------------|--------------|--------------------|------------------|--------------|--------------------|------------------|--------------|--------------------|------------------|
| | 2017 | | | 2016 | | | Nº de leitos | Total de pacientes | Taxa de ocupação |
| | Nº de leitos | Total de pacientes | Taxa de ocupação | Nº de leitos | Total de pacientes | Taxa de ocupação | | | |
| Pediátrica | 5(10)* | 1.723 | 224% | 5(15)** | 1.716 | 168% | 0 | 2,4 | 33% |
| Obstétrica | 8 | 2.192 | 118% | 8 | 2.042 | 107% | 0 | 7,3 | 10% |

FONTE: AMB.

O total de leitos ativos da Sala de Observação Pediátrica (SOP) anualmente aumenta nos meses de inverno; sendo assim, o cálculo da taxa de ocupação é o seguinte:

**SOP 2017 – sobre 5 leitos de 01/01 a 05/07/2017; sobre 10 leitos de 06/07 a 07/10/17; novamente sobre 5 leitos de 08/10 a 31/12/2017.

*SOP 2016 – sobre 5 leitos de 01/01 a 18/06/2016; sobre 15 leitos de 19/06 a 15/11/2016; novamente sobre 5 leitos de 16/11 a 31/12/2016.

A taxa de ocupação da SOP teve um aumento de 33% no ano de 2017, pois o nº de leitos, ao longo da operação inverno, foi menor. Assim, houve maior necessidade de abertura de leitos extra, o que ocasionou taxa de ocupação (superlotação) ainda maior que em 2016.

Na Emergência Obstétrica, mesmo com menor nº de atendimentos de triagem, também ocorreu aumento do nº de internações, embora discreto, refletindo na maior taxa de ocupação.

Ambulatório

Tabela 106- Procedência dos atendimentos ambulatoriais no HMIPV

| Atendimentos ambulatoriais | | Ano | | | | Variação (%) |
|----------------------------|-------------------|----------------|------------|----------------|------------|--------------|
| | | 2017 | | 2016 | | |
| | | Nº | % | Nº | % | |
| Procedência | Município de POA | 81.093 | 65 | 78.614 | 67 | 3,1 |
| | Outros municípios | 44.457 | 35 | 38.650 | 33 | 15 |
| Total | | 125.550 | 100 | 117.264 | 100 | 7 |

FONTE: Programa Procedência do SIHO/HMIPV.

Houve aumento de 7% no total de atendimentos ambulatoriais no HMIPV, aumentando a proporção de atendimentos de pacientes do interior, em consequência de abertura de agendas e readequação de escalas, servidores e setores de trabalho, com alguns profissionais passando a atender também no ambulatório.

Internação

Tabela 107- Demonstrativo da produção hospitalar

| Unidades | | Ano | | |
|--|---|---------|---------|--------------|
| | | 2017 | 2016 | Variação (%) |
| Internações hospitalares | Nº total de internações* | 7.154 | 6.902 | 3,7 |
| | Nº total de internações na UCI Neonatal | 313 | 315 | -0,6 |
| | Nº de internações na UTI NEO | 330 | 323 | 2,2 |
| | Nº de internações na UTI pediátrica | 232 | 243 | -4,5 |
| | Nº de internações no Alojamento Conjunto | 1.778 | 1.662 | 7,0 |
| | Nº de internações no Centro Obstétrico | 2.192 | 2.049 | 7,0 |
| | Nº de internações na Ginecologia | 651 | 651 | 0,0 |
| | Nº de internações na Patologia da Gestação | 341 | 319 | 6,9 |
| | Nº de internações na Sala de Recuperação | 1.627 | 1.526 | 6,6 |
| | Nº de internações na Sala de Obs. Pediátrica (SOP) | 1.723 | 1.729 | -0,3 |
| | Nº de internações na Pediatria | 1.012 | 1.080 | -6,3 |
| Nº de internações na Psiquiatria (feminino adulto) | 165 | 166 | -0,6 | |
| Bloco Cirúrgico | Nº total de cirurgias realizadas | 2.325 | 2.178 | 6,7 |
| | Cirurgia geral | 165 | 164 | 0,6 |
| | Cirurgia pediátrica | 437 | 378 | 15,6 |
| | Cirurgia plástica | 89 | 76 | 17,1 |
| | Gastroenterologia (Endoscopia Digestiva Alta - EDA) | 254 | 240 | 5,8 |
| | Ginecologia/obstetrícia | 920 | 929 | -1,0 |
| | Mastologia | 54 | 52 | 3,8 |
| | Neurocirurgia | 28 | 28 | 0,0 |
| | Odontologia | 43 | 46 | -6,5 |
| | Otorrino | 7 | 7 | 0,0 |
| | Proctologia | 129 | 149 | -13,4 |
| Psiquiatria (Eletroconvulsoterapia) | 99 | 02 | 4850,0 | |
| Urologia | 100 | 107 | -6,5 | |
| Centro Obstétrico | Nº total de partos realizados | 1.727 | 1.638 | 5,4 |
| | Nº de partos normais | 1.109 | 1059 | 4,7 |
| | Nº de partos cesáreos | 618 | 579 | 6,7 |
| Exames de apoio diagnóstico | Nº de exames radiológicos | 5.738 | 6.624 | -13,4 |
| | Nº de ecografias | 11.563 | 8.813 | 31,2 |
| | Nº de outros exames de imagem | 50 | 213 | -76,5 |
| | Nº de exames laboratoriais | 704.557 | 723.461 | -2,6 |

FONTE: Programa Estatística Hospitalar SIHO/HMIPV, Estatística do CO/HMIPV e TABWIN.

* o somatório do nº de internações por setor excede o nº total de internações, pois o mesmo paciente pode ter utilizado mais de uma unidade de internação.

Internações hospitalares: discreto aumento no nº total de internações (3,7%). O aumento mais significativo ocorreu na área obstétrica – alojamento conjunto, centro obstétrico e patologia da gestação. Mesmo discreto, consideramos este aumento um dado significativo, pois mesmo com as restrições (reforma e presença de germe multirresistente), houve uma boa produtividade. Da mesma forma, na área da pediatria, mesmo não havendo variação significativa no número de internações, deve-se considerar que,

durante a operação inverno/2017, as unidades operaram com menor número de leitos que em 2016.

Bloco Cirúrgico: O mesmo ocorreu na área cirúrgica, com aumento em 6,7% dos procedimentos, apesar do déficit de RH na enfermagem e as limitações com o contrato de anestesistas. Temos conseguido uma melhor organização dos horários de bloco cirúrgico e a otimização das salas disponíveis. Das especialidades cirúrgicas, a cirurgia pediátrica e a cirurgia plástica foram as especialidades que tiveram aumento mais significativo de sua produção, sem contar com o retorno à realização do procedimento de eletroconvulsoterapia, utilizado com êxito em pacientes psiquiátricas, graças à aquisição de um equipamento novo para esse fim.

Centro Obstétrico: discreto aumento do nº total de partos, mantendo-se estável a taxa de cesáreas em torno de 35%, dentro da faixa recomendada para uma instituição de referência para Gestação de Alto Risco e com Serviço de Medicina Fetal bastante atuante.

Tabela 108- Demonstrativo dos indicadores de atenção à saúde

| Tipo | Descrição | Ano | | |
|-------|--|------|------|--------------|
| | | 2017 | 2016 | Variação (%) |
| Geral | Taxa de ocupação de leitos | 94,6 | 89 | 6,3 |
| | Taxa de ocupação leitos UTI PED | 96 | 94 | 2,1 |
| | Taxa de ocupação leitos UTI NEO | 121 | 117 | 3,4 |
| | Taxa de ocupação leitos UTI NEO INT. | 92 | 80 | 15 |
| | Taxa de ocupação leitos Psiquiatria | 97,6 | 91 | 7,2 |
| | Tempo médio de permanência (TMP) UTI PED | 12,6 | 11 | 14,5 |
| | TMP UTI NEO | 15,5 | 16 | -3 |
| | TMP UTI NEO INT. | 16 | 16 | 0 |
| | TMP Psiquiatria | 29,3 | 25 | 17,2 |
| | TMP Pediatria (internação pediátrica) | 8,1 | 6,6 | 22,7 |
| | TMP Ginecologia (cirúrgicos) | 2,7 | 2,5 | 8 |
| | TMP Obstetrícia clínica (gestação alto risco) | 7,4 | 5,3 | 40 |
| | Tempo médio de permanência leitos obstétricos (AC) | 3,8 | 4 | -5 |
| | Taxa de mortalidade institucional | 0,55 | 0,4 | 37,5 |

FONTE: Programa Estatística Hospitalar SIHO/HMIPV e TABWIN

Apoio Diagnóstico: redução do nº de exames radiológicos (- 13,4%). Esta redução ocorreu pela precariedade dos equipamentos radiológicos; o aparelho de Raio-X portátil e o aparelho de exames contrastados estão inoperantes desde julho e agosto de 2016, respectivamente. No setor de ultrassonografia, houve importante aumento de produção, com o ingresso de novos ecografistas vindos da rede para compor o serviço.

A taxa geral de ocupação de leitos do hospital manteve-se alta e inalterada, considerada tecnicamente em lotação plena. Todos os setores avaliados trabalham com taxa de ocupação maior ou igual a 80%. Houve aumento da taxa de ocupação da Psiquiatria, com variação positiva de 14%.

Quanto ao TMP, vários setores tiveram aumento. Ao analisar em separado, pode-se dizer que:

Na UTI Pediátrica, com baixo nº de leitos ativos, os pacientes crônicos ou de maior gravidade facilmente elevam o TMP, e isso ocorre pontualmente em alguns períodos do ano. Na Internação Psiquiátrica acontece situação semelhante; algumas pacientes, ao longo do ano, permanecem vários meses, em geral por problemas sociais relevantes e de difícil solução. Na Internação Pediátrica, o aumento do TMP provavelmente demonstre a maior gravidade das patologias, em 2017; o mesmo ocorreu na Internação de Gestação de Alto Risco.

Serviços especializados

Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) e Medicina Fetal

Tabela 109- Pré-Natal de Alto Risco e Medicina Fetal

| Pré-Natal de Alto Risco e Medicina Fetal | Ano | | |
|---|-------|-------|--------------|
| | 2017 | 2016 | Variação (%) |
| Consultas médicas* | 5.276 | 5.778 | -8,7 |
| Consultas da equipe multiprofissional** e atividades em grupo | 3.297 | 2.899 | 13,7 |

FONTE: estatística Agendamento de Consultas/ SIHO/HMIPV

*Obstetra, Endocrinologista, Clínico Geral, Geneticista, Psiquiatra

** Enfermeiro, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional

Ocorreu diminuição de 8% no quantitativo de consultas médicas realizadas no Pré-Natal de Alto Risco, porque houve menor encaminhamento para o pré-natal de alto risco, porém houve aumento das consultas da equipe multiprofissional e das atividades de grupo, o que demonstra a qualificação do atendimento a essas pacientes.

Programa de Assistência Integral à Gestante Adolescente – PAIGA

Tabela 110- Programa de Assistência Integral à Gestante Adolescente – PAIGA

| Consultas realizadas | Ano | | Variação |
|--------------------------------|--------------|--------------|------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Obstetrícia - total | 1.117 | 1.436 | -22 |
| Primeiras consultas | 174 | 189 | -8 |
| Pré-Natal reconsultas | 808 | 1152 | -30 |
| Adolescentes egressas do PAIGA | 135 | 95 | 42 |
| Pediatria Total | 571 | 707 | -19 |
| Ambulatório de recém-nascidos | 117 | 191 | -39 |
| Egressos até 3 anos | 454 | 516 | -12 |
| Psicologia | 158 | 132 | 20 |
| Psiquiatria | 51 | 7* | - |
| Serviço Social | 183 | 201 | -9 |
| Enfermagem** | 683 | 888 | -23 |
| Total | 2.763 | 3.371 | -18 |

Fonte: Estatísticas de Agenda/Agendamento de Consultas/HMIPV

* O atendimento de Psiquiatria no PAIGA só iniciou em nov/2016

** Os dados de atendimentos de Enfermagem indicam número de participantes nos grupos e incluem: Grupos de gestantes e companheiros, grupos de pais-bebês, atendimento de mães com RN na UTI/UCI visitas à maternidade

Houve diminuição significativa de gestantes adolescentes que procuraram o PAIGA do HMIPV. Tentando identificar as causas, a equipe percebeu, entre outros fatores, que várias UBS não têm mais encaminhado pacientes. Também recebíamos muitos pacientes da região metropolitana, o que diminuiu. Também se percebeu que muitas pacientes têm sido encaminhadas somente próximo ao final da gestação, o que dificulta o vínculo com o hospital.

Centro de Referência em Assistência Infanto-Juvenil – CRAI

Tabela 111– Atendimentos realizados no Centro de Referência em Assistência Infanto-juvenil- CRAI

| Atendimentos | Ano | | | | Variação (%) |
|------------------------------|---------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| | 2017 | | 2016 | | |
| | Nº | % | Nº | % | |
| Acolhimento POA | 864 | 43% | 674 | 41% | 28 |
| Acolhimento Interior | 1.154 | 57% | 977 | 59% | 18 |
| Total | 2.018 | 100% | 1.651 | 100% | 22 |
| Consulta em Psicologia | 1.572 | 15% | 752 | 9% | 109 |
| Consultas em Serviço Social | 1.142 | 11% | 941 | 12% | 21 |
| Pacientes em Ginecologia | 804 | 8% | 533 | 7% | 51 |
| Consultas em Pediatria | 3.052 | 30% | 2.432 | 30% | 25 |
| Perícias Físicas | 1.759 | 17% | 1.644 | 20% | 7 |
| Perícias Psíquicas | 1.854 | 18% | 1.919 | 24% | -3 |
| Total de atendimentos | 10.183 | 100% | 8.221 | 100% | 24 |

FONTES: CRAI – HMIPV.

Cada acolhimento compreende 2 consultas: de Psicologia e de Serviço Social

Em 2017, ocorreu aumento significativo no nº de acolhimentos em relação a 2016 (22%), ainda mais evidente no total de atendimentos do ano, nas diversas especialidades e na equipe multiprofissional (24%). Se, por um lado, esse dado preocupe muito, reafirmando a temível tendência desse sério problema de saúde pública, por outro lado, reafirma a importância da existência de centros especializados, que sirvam como referência e modelo de atendimento para assistência e proteção dessas crianças.

Serviço de Atenção Integral à Saúde Sexual – SAISS

Tabela 112- Atendimento a vítimas de violência sexual

| Atendimento | Ano | | Variação (%) |
|---|------|------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Consultas no Centro Obstétrico por abuso sexual | 153 | 132 | 16 |
| Interrupção Legal da Gestação - Avaliação multiprofissional | 43 | 23 | 87 |
| Interrupção Legal da Gestação – procedimentos realizados | 19 | 16 | 18,7 |

FONTES: CO/HMIPV e SAISS/HMIPV.

O nº de consultas por abuso sexual na Emergência Obstétrica do HMIPV aumentou no ano de 2017 (16%), como já vinha ocorrendo nos anos anteriores, mostrando que o hospital vem cada vez mais se firmando como referência nessa área.

O processo de avaliação dos casos que são encaminhados e que chegam com pedido de avaliação para aborto legal por suspeita de violência sexual são acolhidos no mesmo dia pela enfermeira ou encaixados com brevidade. São agendados com a médica, psicóloga e assistente social (se menor). São atendidas em média em 2 momentos diferentes com 2 consultas com cada profissional para esclarecimentos, exames, profilaxia/medicação e documentos. Há sempre uma reunião extraordinária com a equipe que avaliou com discussão do caso específico, independente do grau de dificuldade e/ou dúvidas. Tudo ocorre em média em uma semana. Chamamos isto de "processo de avaliação de aborto legal ou abortamento em situações permitidas por lei". Este trabalho faz toda a diferença no atendimento dessas pacientes. Esse é o diferencial no nosso hospital. É um suporte que permite manter a norma técnica, a coesão da equipe, o avanço sistemático ao longo dos anos, o

exercício na construção da interdisciplinaridade e a consistência adequada para a equipe que executa.

Das 153 pacientes avaliadas no ano de 2017, 59% (43 pacientes) passaram pelo processo de avaliação, mas somente 19 pacientes realizaram o procedimento. O resumo de atendimento e evolução desses casos encontram-se nas duas tabelas abaixo.

Tabela 113– Avaliações para interrupção legal da gestação no HMIPV em 2017

| Tipo | Ano 2017 | |
|--|----------|----|
| | N | % |
| Pacientes em processo de avaliação de AL | 43 | |
| Preencheram critérios para AL | 34 | 79 |
| Não preencheram critérios para AL* | 9 | 21 |

FONTE: SAISS/HMIPV

AL=aborto Legal

*Data da violência sexual não compatível (c/a provável concepção) ou gestação >20 semanas.

Estas pacientes recebem orientações e esclarecimentos, bem como encaminhamento para atendimento pré-natal.

Tabela 114– Evolução das pacientes que preencheram os critérios para AL

| Tipo | Ano 2017 | |
|---------------------------------------|-----------|------------|
| | N | % |
| AL realizado no HMIPV | 19 | 56 |
| Desistência* | 4 | 12 |
| Não realizado por atraso de decisão** | 1 | 3 |
| Perda de seguimento | 7 | 21 |
| Abortamento espontâneo | 1 | 3 |
| Realizado em outro serviço*** | 2 | 6 |
| Total | 34 | 100 |

FONTE: SAISS/HMIPV

*pacientes repensaram, tiveram apoio da família, esclarecimentos

**após toda documentação assinada, avaliação realizada, e na tensionalidade da execução, já no centro obstétrico, a mãe da menor desistiu e por idade gestacional avançada, não pode ser feita posteriormente.

*** uma paciente não realizou, pois, o centro obstétrico estava fechado por reforma e outra por morar em outro estado.

Triagem Auditiva Neonatal – TANU

Tabela 115– Triagem Auditiva Neonatal – TANU

| Nº Exames | Ano | | |
|---|-----------|-----------|-------------|
| | 2017 | 2016 | Varição (%) |
| UTI Neonatal | 262 | 256 | 2,3 |
| Alojamento Conjunto | 1.469 | 1.393 | 5,4 |
| Total de exames da internação | 1.731 | 1.649 | 5 |
| Exames alterados (pacientes internados) | 60 (3,5%) | 53 (3,2%) | 13 |
| Ambulatório | 60 | 60 | 0 |
| TANU X nascimentos (cobertura) | 97% | 93% | 4 |

FONTE: TANU/HMIPV

Analisando os dados percebe-se que estamos alcançando os indicadores recomendados pela diretriz da TANU do Ministério da Saúde (2012), que diz que a cobertura de triagem deve ocorrer em pelo menos 95% dos nascidos vivos, com índice de neonatos encaminhados para diagnóstico entre 2 e 4%.

Distúrbios da Deglutição

Os dados do ambulatório de distúrbios da deglutição estão apresentados na tabela abaixo.

Tabela 116– Distúrbios da Deglutição

| Distúrbios da deglutição | Ano | | | | Variação N° |
|-----------------------------------|------|-------|------|-------|-------------|
| | 2017 | | 2016 | | |
| | N° | % | N° | % | |
| Consultas ofertadas* | 548 | 100% | 567 | 100% | -3,3 |
| Consultas realizadas | 414 | 75,5% | 429 | 75,7% | -3,5 |
| Faltantes | 134 | 24,5% | 138 | 24,3% | 0 |
| Origem Pacientes Atendidos | | | | | |
| Porto Alegre | 214 | 51% | 227 | 53% | -5,7 |
| Interior | 200 | 49% | 202 | 47% | -0,1 |

FONTE: SIHO/HMIPV + Programa de Distúrbios da Deglutição *inclui consultas extra

O absenteísmo das consultas do distúrbio da deglutição foi de 27% no período, tendo melhorado em relação ao quadrimestre anterior. Mesmo assim, é um absenteísmo alto, explicado pelo grande percentual (49%) de pacientes do interior, acrescido às dificuldades pessoais e familiares, pois há um grande número de crianças com comorbidades e portadoras de necessidades especiais.

Exames de videofluoroscopia

O equipamento radiológico para exames contrastados, que realiza a videofluoroscopia, encontra-se aguardando conserto desde agosto de 2016, por múltiplas dificuldades de pregão e licitação. A partir dessa data, não foram mais realizados no HMIPV os exames para estudo de deglutição.

A realização desse exame é primordial para garantir segurança de deglutição por via oral; a sua ausência implica muitas vezes em uso prolongado de sonda e adiamento de cirurgias, como gastrostomia. Para suprir essa lacuna, em 2016 foram realizados alguns exames no HPS, pela nossa fonoaudióloga. Ao longo de 2017 tivemos a parceria e colaboração de outros

hospitais, a saber, Santa Casa e Hospital Moinhos de Vento, seja realizando o exame para os nossos pacientes, seja ofertando o equipamento e o espaço para os nossos profissionais realizassem os exames. Esses dados estão mostrados na tabela abaixo:

Tabela 117– Exames de Videofluoroscopia

| Videofluoroscopia | Ano | | Variação (%) |
|---|------|------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Exames realizados no HMIPV | 0 | 106 | - |
| Exames realizados em outras instituições* | 69 | 14** | 385 |

FONTE: SIHO/HMIPV e Programa de Distúrbios da Deglutição

* Santa Casa(61), Moinhos de Vento(6) e HPS (2)

** HPS

Serviço de Referência em Triagem Neonatal – SRTN

| Indicadores | | Ano | | Variação |
|-------------------------------|--------------------------|---------|---------|----------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Exames Lab. Triagem Neonatal | Nº de recém nascidos | 106.379 | 107.178 | -1 |
| | Nº controles (pacientes) | 3.680 | 2.683 | 37 |
| Fenilcetonúria | Nº de Triagem Neonatal | 106.379 | 107.178 | -1 |
| Hipotireoidismo Congênito | Nº de Triagem Neonatal | 106.379 | 107.178 | -1 |
| Anemia falciforme | Nº de Triagem Neonatal | 106.379 | 107.178 | -1 |
| | Nº de pais/familiares | 1.368 | 2.501 | -45 |
| Fibrose Cística | Nº de Triagem Neonatal | 106.379 | 107.178 | -1 |
| Biotinidase | Nº de Triagem Neonatal | 106.379 | 107.178 | -1 |
| Hiperplasia Adrenal Congênita | Nº de Triagem Neonatal | 106.379 | 107.178 | -1 |
| Tempo de coleta | Nº de pacientes < 7 dias | 93.248 | 90.493 | 3 |
| | Nº de pacientes > 7 dias | 13.131 | 16.685 | -21 |

FONTE: Equipe SRTN – HMIPV

Nesta tabela, consideramos como período ideal de coleta o período dos primeiros sete dias de vida do bebê, conforme os relatórios que enviamos anualmente ao Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN/MS) apesar de, nos Indicadores da Rede Cegonha, considerar-se o percentual de Triagem Neonatal ideal até o 5º dia de vida.

No ano de 2017, 106.379 recém-nascidos gaúchos tiveram a triagem neonatal realizada para cada uma das seis doenças analisadas atualmente no RS pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Ao total dos exames realizados, é acrescido o número de 3.680 exames realizados como controle do seguimento ambulatorial dos pacientes em tratamento, conforme descrito na tabela de controles (pacientes-controle). Dentre as doenças avaliadas pelo SRTN-RS, somente aos pacientes que apresentam alguma alteração detectada das Hemoglobinopatias é oferecido para que seus familiares - pais e/ou irmãos

- possam também ser analisados (no ano de 2017, um total de 1.368 familiares foram avaliados).

Tabela 118- SRTN - Dados comparativos de tempo de coleta x resultado/consulta – Porto Alegre e RS

| Indicadores SRTN | Ano | | | |
|---|-----------|-----------|----------|----------|
| | 2017 | | 2016 | |
| | RS | POA | RS | POA |
| Nº RN Triados | 106.379 | 36.029 | 107.178 | 37.513 |
| Tempo coleta 7 dias RN | 93.248 | 35.216 | 90.442 | 36.174 |
| Tempo coleta > 7 dias RN | 13.131 | 813 | 16.736 | 1.339 |
| TN da coleta - emissão de resultados | 7,4 dias | 5,4 dias | 8,5 dias | 5,5 dias |
| TN da coleta - chegada na 1ª consulta no SRTN | 22,5 dias | 18,5 dias | 25 dias | 19 dias |

FONTE: Equipe SRTN – HMIPV

No ano de 2017 houve a redução do número de recém-nascidos testados no Estado do RS em relação ao ano de 2016 (foi observado o mesmo comportamento em relação ao município de Porto Alegre). Em 2017, o número de recém-nascidos testados para Triagem Neonatal em Porto Alegre, representou 33,9 % do total do Estado RS.

Conforme relatórios anualmente enviados ao Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN/MS), o período ideal de coleta considerado é até o 7º dia de vida do RN. No RS em 2017, a coleta ideal ocorreu em aproximadamente 88% dos recém-nascidos - em Porto Alegre no mesmo período, esta taxa foi ainda maior (97,8%), ocorrendo na quase totalidade das coletas. Houve um incremento de 4% na taxa de idade ideal de coleta no Estado do RS entre os anos de 2016 (84%) e 2017(88%). No município de Porto Alegre o incremento foi menor: em 2016 (96%) e em 2017 (97,8%).

Com relação à entrega de resultados de exames, em relação à data de coleta dos mesmos, o padrão de excelência do PNTN/MS é de 5 dias, meta que tem sido atingida no município de Porto Alegre desde o ano de 2016. No RS, a média deste indicador melhorou, passando de 8,5 para 7,4 dias, ao compararmos os anos de 2016 e 2017.

O tempo de chegada para primeira consulta no SRTN-RS tem sido inferior para os recém-nascidos de Porto Alegre, nos anos de 2016 e 2017.

O atendimento ambulatorial do SRTN está demonstrado na tabela abaixo. Esses indicadores foram incluídos no relatório de gestão somente a partir de 2017.

Tabela 119- Atendimento ambulatorial do SRTN – Doenças

| Consulta/ Doenças | Status | Ano | | Variação |
|-------------------------------|--------------------|--------------|------|----------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Hipotireoidismo Congênito | Realizadas | 2.425 | - | - |
| | Faltantes | 194 | - | - |
| Fenilcetonúria | Realizadas | 635 | - | - |
| | Faltantes | 42 | - | - |
| Doença Falciforme | Realizadas | 186 | - | - |
| | Faltantes | 13 | - | - |
| Fibrose cística | Realizadas | 169 | - | - |
| | Faltantes | 18 | - | - |
| Deficiência de Biotinidase | Realizadas | 189 | - | - |
| | Faltantes | 8 | - | - |
| Hiperplasia Adrenal Congênita | Realizadas | 370 | - | - |
| | Faltantes | 71 | - | - |
| Total | Realizadas | 3.974 | - | - |
| | Faltantes | 346 | - | - |
| | Absenteísmo | 8,7% | - | - |

FONTE: Equipe SRTN –HMIPV

Houve um total de 3.974 consultas atendidas no ano de 2017 (considerando-se todas as doenças atendidas pelo SRTN-RS), com uma taxa de abstenção que variou entre 4 a 19 % das consultas, considerando-se as diferentes doenças atendidas. A média de absenteísmo entre todas as patologias foi de 8,7%.

O maior grupo de pacientes atendidos no ambulatório do SRTN-RS foi o de portadores de Hipotireoidismo Congênito, que normalmente é a doença com a maior prevalência de todas analisadas (em torno de 1:2.800 RN).

A Hiperplasia Adrenal Congênita, que apresenta incidência em torno de 1:15.000 RN, apresenta uma alta taxa de resultados falso-positivos no processo de Triagem Neonatal, e, portanto, justifica a maior taxa de abstenção às consultas (19%) – muitas vezes, a elucidação diagnóstica pode ser feita através dos exames enviados antes da chegada da primeira consulta no SRTN.

Centro Municipal Integrado de Planejamento Familiar - CMIPF

Tabela 120- Centro Municipal Integrado de Planejamento Familiar – CMIPF

| CMIPF | | Ano | | Variação (%) |
|---------------|-------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Consultas | Consultas de enfermagem | 262 | 239 | 9,6 |
| | Consultas médicas | 1.087 | 1.010 | 7,6 |
| | Total | 1.349 | 1.249 | 8 |
| Procedimentos | Laqueadura | 131 | 153 | -14,3 |
| | Vasectomias | 97 | 95 | 2,1 |
| | Total | 228 | 248 | -8 |

FONTE: SIHO/HMIPV

Houve aumento do nº de atendimentos ambulatoriais em planejamento familiar, tanto de consultas de enfermagem quanto consultas médicas. Quanto aos procedimentos de esterilização, houve diminuição nas laqueaduras tubárias realizadas ao longo do ano e um discreto aumento nas vasectomias.

Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE

Tabela 121- Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE

| CRIE | Ano | | Variação (%) |
|-------------------------|---------------|---------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Vacina da gripe | 3.390 | 2.735 | 24 |
| Outras vacinas | 9.921 | 9.950 | -0,3 |
| Total de Vacinas | 13.311 | 12.685 | 5 |

FONTE: CRIE – HMIPV

Aumento significativo da vacinação da gripe em 2017.

Serviço de Psiquiatria

Em 2016, atendendo à crescente demanda de atendimentos em psiquiatria pediátrica, ofertou-se vaga para R4 em psiquiatria da infância e adolescência, aumentando a capacidade de atendimento a esta população. Neste mesmo ano, estipulou-se que uma parte dos leitos da internação psiquiátrica seria destinada ao atendimento de adolescentes.

Internação Psiquiátrica:

A internação psiquiátrica tem capacidade instalada de 24 leitos de psiquiatria na unidade, mas como há alguns anos vem operando sem a suficiente reposição de pessoal, conta atualmente com 18 leitos ativos. Todos

os leitos são para mulheres e, deste total, 10 são destinados à psiquiatria geral, 4 a gestantes dependentes químicas e 4 a adolescentes.

As pacientes são atendidas por equipe multidisciplinar, com psiquiatras, médicos residentes, equipe de enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico. Em 2016, o hospital recebeu um aparelho de Eletroconvulsoterapia (ECT). O ECT é o tratamento de escolha para gestantes com transtornos mentais graves, além de casos refratários ao uso de psicofármacos. Este procedimento está em processo de análise quanto à possibilidade de constar no rol de pagamento da tabela SUS, sendo, atualmente, realizado somente no HMIPV para pacientes do SUS.

Os indicadores do Serviço de Psiquiatria foram incluídos no relatório de gestão somente a partir de 2017.

Tabela 122– Número de internações femininas psiquiátricas em 2017

| Tipo | Ano | | Variação |
|----------------------------------|------------|------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Adolescentes | 40 | - | |
| Gestantes Dependente Químicas | 17 | - | |
| Psiquiatria Geral | 106 | - | |
| Total | 163 | - | |
| Pacientes que realizaram ECT | 9 | - | |
| Sessões de ECT | 106 | - | |
| Média de exames de ECT/pacientes | 11,8 | | |

FONTE: Serviço de Psiquiatria /HMIPV

Atendimento Ambulatorial:

Tabela 123- Atendimento ambulatorial do serviço de psiquiatria

| Tipo | Ano | | Variação |
|-----------------------|--------------|------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| 1ª consultas (CMCE) | 900 | - | - |
| Adultos | 534 | - | - |
| Infância/adolescência | 366 | - | - |
| Reconsultas | 7.388 | - | - |
| Adultos | 5.287 | - | - |
| Infância/adolescência | 2.101 | - | - |
| Total | 8.288 | - | -- |

FONTE: Serviço de Psiquiatria /HMIPV

A psiquiatria também presta consultoria às outras especialidades do hospital, tanto de urgência, como eletivas, especialmente em relação à patologia da gestação.

Odontologia

Tabela 124– Serviço de Odontologia

| Odontologia | Ano | | Variação (%) |
|--|-------|-------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Atendimentos realizados em ambulatório | 4.276 | 1.627 | 162,8 |
| Radiografias realizadas | 253 | 121 | 109,1 |
| Procedimentos cirúrgicos para pacientes com necessidades especiais, no bloco cirúrgico | 43 | 46 | -6,5 |

FONTE: SIHO/HMIPV

Como o Serviço de Odontologia esteve desativado por seis meses em 2016, para reforma geral (julho a dezembro), em 2017 houve a retomada do atendimento, que explica o importante aumento do nº de pacientes assistidos.

Rede cegonha

Tabela 125– Indicadores Rede Cegonha

| Indicadores Rede Cegonha | | Ano | | |
|--------------------------------|---|--|---------------------|------------------------|
| | | 2017 | 2016 | Metas pactuadas (%) |
| Indicadores Obstétricos | Total de partos | 1.727 | 1.638 | - |
| | Cesarianas | 618 | 579 | |
| | Taxa (%) cesariana primíparas | 33,2 | 32,9 | < 35 |
| | Taxa (%) episiotomia | 27,2 | 31,3 | < 30 |
| | % TR HIV | 100 | 100 | 100 |
| | % Acompanhante Sala Parto | 91,3 | 91,4 | >90 |
| | % Pele a Pele | 61 | 65,4 | >65 |
| | % AM 1ª hora de vida | 68 | 73,3 | >70 |
| | TMP Puérperas (dias) | 3,0 | 3,0 | |
| | Taxa (%) Ocupação Obstetrícia | 72,9 | 75,7 | > 80 |
| | Classificação de Risco | Sim | Sim | Sim |
| | Nº dias CO fechado | 24 | 2 | zero |
| | Motivo | Invasão de insetos, superlotação, Germe multirresistente na Neonatologia e reforma do CO | Autoclave estragada | |
| | Taxa de mortalidade materna (fornecido pelo Comitê Mortalidade Materna/SMS) | ñ fornecido | ñ fornecido | Nenhuma morte evitável |
| | Participação da Maternidade no Fórum Perinatal (dado fornecido pela SMS) | 100% | 100% | >70% |
| | % Investigação Óbitos Maternos | 100 | 100 | 100 |
| % Investigação Óbitos Infantis | 100 | 100 | 100 | |
| % Investigação Óbitos Fetais | 100 | 100 | 100 | |

| | | | | |
|---|--|-------------|-------|-----|
| Indicadores Neonatais | Nº absoluto RN em UTI Neonatal | 328 | 324 | |
| | Nº absoluto RN em UCI Neonatal | 306 | 305 | |
| | Nº absoluto RN na UCI Canguru | 0 | 1 | |
| | Teste de Ortolani realizados | 1.466 | 1.549 | |
| | Ortolani positivo (nº absoluto) | 2 | 4 | |
| | TANU - testes realizados (nº absoluto) | 1.742 | 1.605 | |
| | TANU - testes alterados (nº absoluto) | 60 | 53 | |
| | Teste Coraçãozinho realizados | 1.423 | 1.539 | |
| | Teste Coraçãozinho positivos | 4 | 5 | |
| | % Teste pezinho até 5º dia | 88,2 | 93,8 | >95 |
| | Nº receberam HB Ig | 7 | 3 | |
| | Nº exposição Hepatite B | 7 | 3 | |
| | Nº exposição Hepatite C | 11 | 4 | |
| | % Aleit. Materno exclusivo na alta | 90,2 | 85,2 | >85 |
| | Existência de Ambulatório Egressos | Sim | Sim | |
| % de não-uso de ARV em parturientes soropositivas (fornecido pelo Comitê de Transm. Vertical) | ñ fornecido | ñ fornecido | 10% | |

FONTE: CO/HMIPV, UTI Neo/HMIPV, TANU/HMIPV; Comissão de Mortalidade/HMIPV; Lab SRTN/HMIPV

Os resultados dos Indicadores da Rede Cegonha do HMIPV, em sua maioria, estão dentro das metas pactuadas. Exceção: pele a pele, aleitamento na 1ª hora de vida, taxa de ocupação da obstetrícia, fechamento do CO, e teste do pezinho até o 5º dia. Há um trabalho constante por parte da direção e das coordenações no sentido de melhorar esses indicadores.

Os indicadores como pele a pele e aleitamento na 1ª hora dependem muito do percentual de bebês/mães com patologia e há um percentual bem alto desse tipo de pacientes.

A taxa de ocupação da obstetrícia sofreu em função de vários fatores, mas principalmente porque tivemos restrição de internações em vários momentos, por conta da superlotação da UTI Neonatal e pela presença de germe multirresistente (GMR).

O percentual de realização do teste do pezinho até o 5º dia de vida teve uma queda nos últimos meses do ano, o que está sendo trabalhado junto às equipes. Uma das explicações para essa piora parece-nos que seja a de que, nesse período, estivemos com a UTI neonatal muito restrita (por GMR), e, nesse caso, um único bebê que não faça o exame no período de janela de realização (do 3 ao 5º dia de vida) já repercute abaixo do percentual estabelecido.

Serviço de epidemiologia e controle de infecção hospitalar – SECIH

Tabela 126– Serviço de Epidemiologia e Controle de infecção Hospitalar – SECIH

| Atendimento | | Ano | |
|----------------|---------------------------|-------|-------|
| | | 2017 | 2016 |
| UTI Neonatal | Paciente/DIA | 6.025 | 6.636 |
| | IRAS total ¹ | 13 | 15 |
| | IRAS Precoce ¹ | 8 | 9 |
| | IRAS Tardia ¹ | 11 | 6 |
| | DI IPCS CVC ² | 94,1 | 7,3 |
| UTI Pediátrica | Paciente/DIA | 1735 | 1752 |
| | IRAS total ¹ | 6 | 12 |
| | DI IPCS CVC ² | 4,2 | 14,1 |

FONTE:SECIH/HMIPV

IRAS= Infecções

Relacionadas à Assistência à Saúde

1- por 1.000 pacientes/dia

2- Densidade de incidência (DI): nº de ocorrências do evento medido ao longo de um período por 1.000 pacientes/dia –

Cateter Venoso Central (CVC)

Evolução da Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no HMIPV: nos dois últimos anos, está sendo revertida uma antiga prática, com novo conceito e nova filosofia de trabalho, resumidamente demonstrado na tabela acima.

Desde o início em 2016, vínhamos trabalhando sob o conceito de vigilância epidemiológica de processos em busca ativa. Isto fez com que a nossa interação com o restante do HMIPV crescesse exponencialmente. A qualidade da coleta de dados, o tratamento destes dados e a sua análise estatística fizeram com que as tabelas e gráficos traduzissem efetivamente a nossa realidade.

Analisando a tabela acima, resumo de outras tabelas e gráficos mais complexos, visualiza-se o fiel resultado do trabalho implantado em diversas áreas do HMIPV. Porém, a nossa prioridade foi trabalhar os diversos aspectos do controle de infecção relacionada à assistência à saúde nas áreas mais críticas do HMIPV: UTI Neonatal e UTI Pediátrica.

A análise da tabela demonstra a clara interferência do surto de germe multirresistente (GMR) que tivemos ao longo de vários meses de 2017. A análise da densidade de incidência (DI) das infecções por cateter venoso central (CVC) no 2º quadrimestre de 2017 mostra um valor que, comparativamente ao mesmo período de 2016, é de quase cinco vezes maior.

Após as medidas implantadas para contenção do surto, este indicador sofre forte queda no quadrimestre seguinte. Outra resultante das ações que foram implantadas na UTI Neonatal e depois replicadas na UTI Pediátrica está na comparação evolutiva deste mesmo indicador, que se apresenta zerado. Nas duas últimas colunas mostramos que, em comparação com o ano de 2016, os indicadores demonstram o seu incremento na UTI Neonatal, devido ao surto de GMR, e na UTI Pediátrica o seu decréscimo significativo, estando alinhado aos indicadores divulgados pela ANVISA. Para o ano de 2018 a meta é aumentar a oferta de treinamentos, e termos a vigilância das IRAS e a implantação do programa de controle de antibióticos como ferramentas para o aperfeiçoamento dos nossos indicadores.

Quanto às IRAS relacionadas aos cateteres, temos que considerar vários aspectos que estão intimamente ligados ao nosso cotidiano. A partir de 2017, a ANVISA ampliou o conceito do que podemos considerar como “Cateter Venoso Central (CVC)”. Neste caso, é mais ampliado do que utilizamos para a nossa classificação e aplicaremos esta mudança, o que será feito a partir da coleta de março/2018. Outro detalhe é que também demonstra a força que o surto de GMR ocorrido em 2017 teve em nossas estatísticas. E em nossa UTI Pediátrica obtivemos sucesso e o demonstramos com números a redução das IRAS como um todo, mas especificamente àquelas relacionadas aos CVCs, este sim, um indicador de comparação nos três níveis de atuação do SUS – municipal, estadual e nacional;

Com isso, vamos priorizar o que já está sendo feito em termos de coleta, administração de bancos de dados, tratamento estatístico destas informações e compará-las com os nossos próprios resultados, formando uma série histórica retro e prospectiva e, assim, poder também confrontá-los externamente. Assim estaremos nos aperfeiçoando e, por consequência, melhorando a qualidade de atendimento e da oferta de serviços.

Ouvidoria

Tabela 127- Ouvidoria

| Ouvidoria | | 2017 | | 2016 | | Variação |
|--------------------|-------------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| | | Nº | % | Nº | % | |
| 156 | Concluídas | 42 | 100 | 51 | 100 | -17,6 |
| | Pendentes | 00 | 100 | 00 | 00 | 00 |
| | Total | 42 | 100 | 51 | 100 | -17,6 |
| Presencial | Concluídas | 177 | 100 | 169 | 100 | 4,7 |
| | Pendentes | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| | Total | 177 | 100 | 169 | 100 | 4,7 |
| Total | Concluídas | 219 | 100 | 220 | 100 | 0,45 |
| | Pendentes | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Total Geral | | 219 | 100 | 220 | 100 | 0,45 |

FONTE: Ouvidoria HMIPV

Demandas mais frequentes em 2017:

- Atraso dos médicos para consultas.
- Queixas de mau atendimento dos servidores em geral.
- Demora no atendimento na emergência pediátrica.
- Dificuldades para remarcar consultas no ambulatório.
- Paciente chega atrasado na consulta e não é atendido.
- Queixas com relação à conduta de servidores do centro obstétrico e RX.
- Queixas com relação à falta do equipamento para o teste da deglutição.

No comparativo de 2017 e 2016, percebemos que não houve variações significativas. Prevaecem novamente as demandas presenciais, consequência do fácil acesso ou, até mesmo, dirigidos por orientação de alguns servidores. Muitos pacientes e familiares relatam que são orientados a procurar a ouvidoria para resolução de problemas que, na maioria das vezes, poderiam ser solucionados no setor de origem, lembrando que o objetivo da ouvidoria não é burlar o fluxo normal de trabalho. Com essa atitude podem-se criar falsas expectativas em pacientes e familiares para a resolutividade de determinadas situações que se desviam do fluxo natural de atendimento, bem como direcionar à ouvidoria ou aos gestores decisões que poderiam ser tomadas no próprio setor, com a coordenação imediata.

Não houve mudanças significativas nos motivos que levaram os usuários a procurarem o serviço. A maioria das demandas se refere à insatisfação com

o atendimento no ambulatório, como dificuldades para marcação de consultas e atrasos de profissionais médicos, principalmente, descontentamento com o ambulatório devido a dificuldades na remarcação das consultas.

Com relação a queixas das emergências, prevaleceu o descontentamento com relação à demora em atender os pacientes após a realização do boletim de atendimento, e o não acolhimento de crianças acima de onze anos, sendo encaminhadas diretamente para outros hospitais, como também, o fechamento da mesma quando necessário. As demais demandas estão relacionadas a atritos entre pacientes e servidores nas UTIs, emergência pediátrica e Centro Obstétrico.

A ouvidoria procura mediar, sempre, todas as situações com ação direta junto às chefias para que não haja conflitos prejudiciais e interpretações errôneas com relação às demandas, pois em alguns casos, determinados servidores sentem-se ofendidos em relação a reclamações dos pacientes.

No final de 2017 começou a se estruturar o serviço de ouvidoria com agregação de RH, serviço este que era realizado somente por uma pessoa, sem local próprio para o atendimento, utilizando salas da direção ou junto ao serviço de ambulatório para estas resoluções e demandas dos usuários.

Comissão de Segurança Do Paciente

A vigilância, o monitoramento e a notificação de eventos adversos no ambiente hospitalar são essenciais na segurança dos pacientes. A possibilidade de antecipação de eventos, de realizar a avaliação dos incidentes no menor prazo possível e a avaliação dos resultados na instituição, são elementos de qualidade no gerenciamento de riscos.

A Portaria SMS/PMPA nº 1040/13 constituiu a Comissão de Segurança do Paciente do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (CSP/HMIPV), que é composta por servidores de áreas assistenciais e de apoio. A Comissão realiza regulares reuniões quinzenais, nas quais são apresentadas as atividades dos componentes, identificadas situações nas quais é necessário posicionamento ou atuação, e definidas prioridades.

A Comissão de Segurança do Paciente tem atuado colaborativamente na avaliação de eventos de maior repercussão no hospital. Situações como notificações da CGVS, casos de atendimentos que necessitam verificação mais acurada sobre eventuais erros de processo, e outros, são avaliadas de forma sistemática, com a confecção de relatórios, discussão com as áreas envolvidas e envio à Direção e gestores do hospital, para análise e eventuais providências.

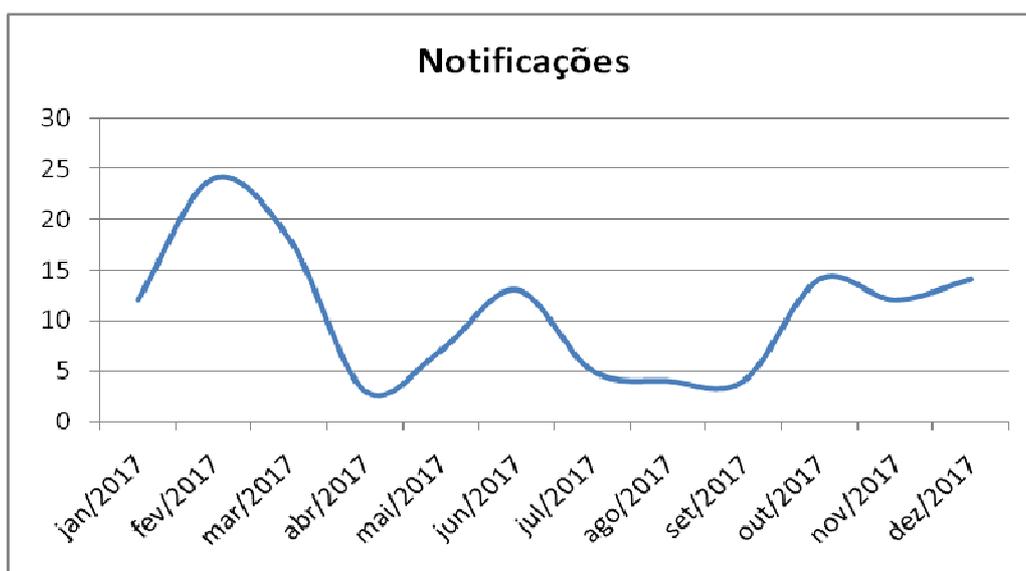
Notificações

Atualmente, o sistema de notificações no HMIPV é realizado através do preenchimento de fichas de notificação, disponíveis nas unidades assistenciais e no Portal HMIPV. Isso traz limites, em vista das limitações de confidencialidade e rastreabilidade relacionadas ao sistema atual.

No ano de 2017, houve 130 notificações, com a média de 10,8 notificações/mês. No terceiro quadrimestre foram registradas 44 notificações, com a média de 11 notificações/mês. Comparativamente a 2016, houve um aumento de 113% nas notificações, uma vez que ocorreram 61 registros naquele ano.

Esses resultados estão representados nas tabelas abaixo.

Gráfico 1– Números de notificações de eventos adverso por mês em 2017



FONTE: CSP/HMIPV

Tabela 128– Notificações por ano

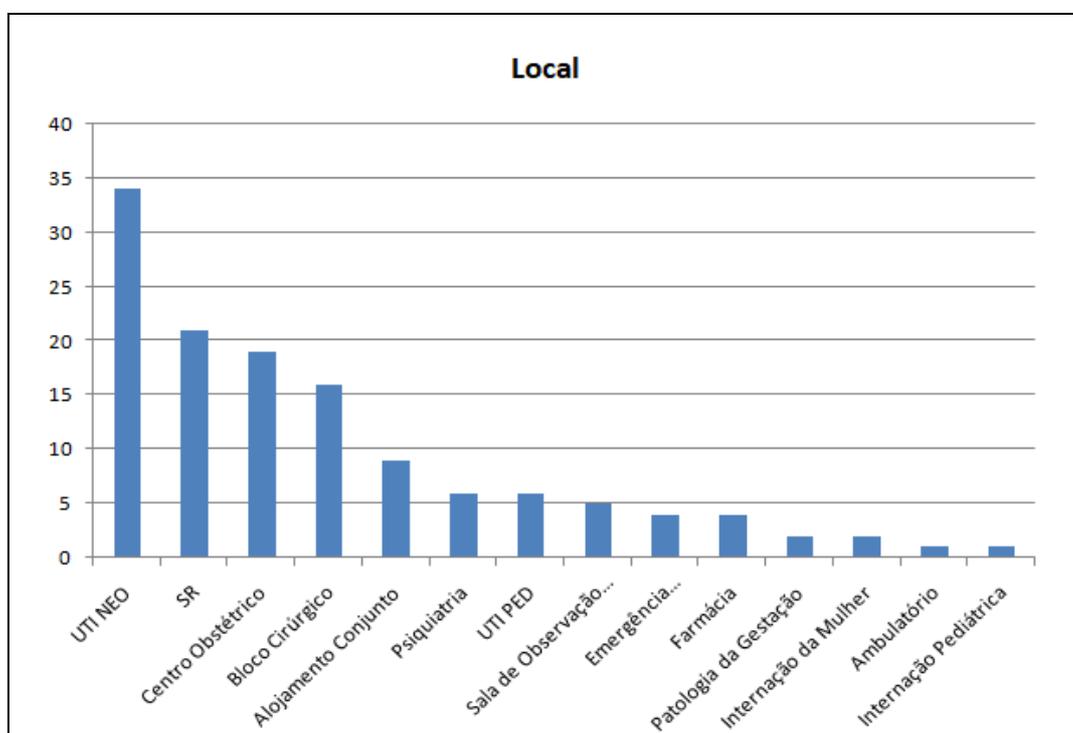
| Notificações | Ano | |
|--------------|------|------|
| | 2017 | 2016 |
| | 130 | 61 |

FONTE: CSP/HMIPV

Local do evento

A tabela a seguir apresenta os locais de maior incidência de notificações. A UTI Neonatal foi a área em que houve o maior número de registros, representando 26% do total do ano. Essa unidade, o Centro Obstétrico, o Bloco Cirúrgico e a Sala de Recuperação concentraram 69% de todas as notificações de 2017.

Gráfico 2– Local de ocorrência dos eventos adversos em 2017



FONTE: CSP/HMIPV

Características das notificações

Houve o registro de evento relacionado a erros de medicação em 56% das notificações realizadas em 2017 (registros de erros na prescrição, na identificação, na dispensação, no preparo e administração, separada ou conjuntamente). Outros 31% dos eventos ocorreram nos demais processos de cuidado ao paciente, envolvendo erros de técnica ou no processo assistencial. Em 5% do total de notificações houve a conclusão da quebra de barreiras

institucionais para a redução das taxas de infecção hospitalar. Outras 13% do total de ocorrências em 2017 referem-se a processos administrativos, de equipamentos ou de estrutura predial. As demais informações estão sintetizadas na tabela abaixo.

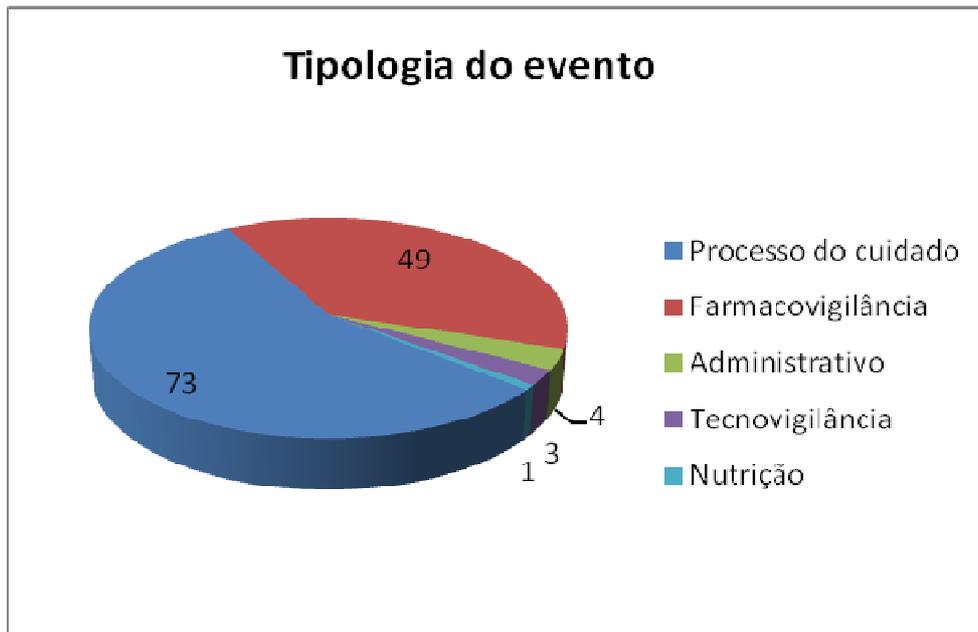
Tabela 129– Características das notificações

| Síntese descritiva do evento | N |
|--|----------|
| Erro de medicação: prescrição | 29 |
| Erro de medicação: administração | 18 |
| Erro de medicação: identificação | 18 |
| Erro de técnica com materiais cirúrgicos | 8 |
| Falha em barreira de controle de infecção | 7 |
| Paciente sem cuidados e prontuário na área | 6 |
| Queda | 6 |
| Erro de identificação | 5 |
| Erro de técnica de infusão EV ou sonda | 3 |
| Erro ou atraso em coleta ou resultado de exame | 3 |
| Erro de medicação: dispensação e administração | 3 |
| Indisponibilidade de equipamento | 3 |
| Reação adversa medicamentosa | 2 |
| Erro de medicação: dispensação | 2 |
| Erro de medicação: preparo e administração | 2 |
| Erro de escala cirúrgica | 2 |
| Infestação de insetos em área de profissionais | 2 |
| Agressão verbal | 1 |
| Erro no processo de higienização de material de nutrição | 1 |
| Indefinição de responsabilidade assistencial | 1 |
| Ingressou no BC com transfusão em curso | 1 |
| Realização de manobra de Kristeller | 1 |
| Erro de medicação: preparo | 1 |
| Administrativo | 1 |
| Inalação de produto tóxico | 1 |
| Nutrição (não vinculado ao paciente) | 1 |
| Sistema de informações desatualizado | 1 |
| Sistema elétrico ou equipamento predial com curto circuito | 1 |
| Total | 130 |

FONTE: CSP/HMIPV

A classificação do tipo de evento demonstrou que 56% deles ocorreram envolvendo o processo do cuidado, ou seja, os processos clínicos e procedimentos com pacientes. Em 37% das notificações, os eventos ocorreram por resultado de ações de farmacovigilância. As demais 63% envolveram processos administrativos, ou na nutrição, sem impacto ao paciente. O gráfico abaixo apresenta esses dados.

Gráfico 3– Tipologia do evento



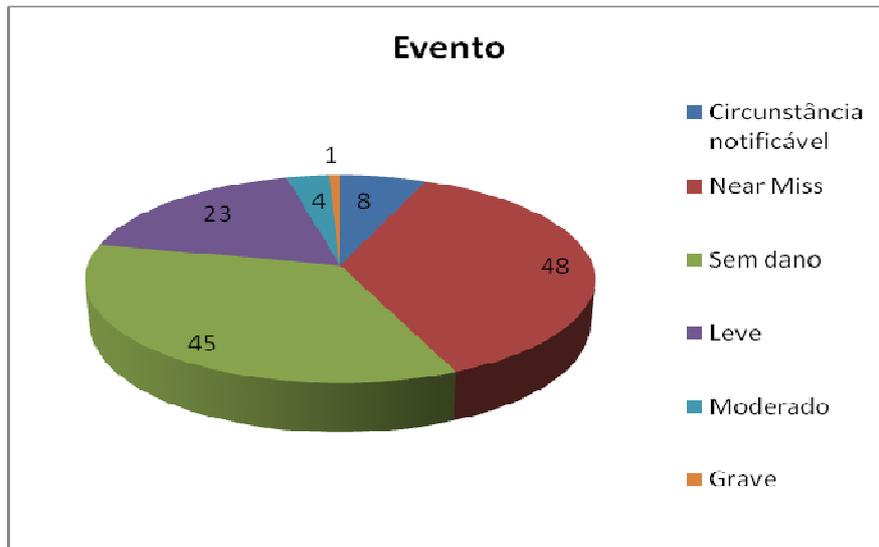
FONTE:: CSP/HMIPV

Grau de dano segundo o grupo de incidentes

Por fim, destacamos as consequências, ou seja, o grau do dano ocorrido. Oito registros (6%) foram classificados como “circunstâncias notificáveis”, ou seja, situações em que houve significativo potencial de dano, mas não ocorreu um incidente. Quarenta e oito registros referiram-se a situações denominadas “near miss”, ou seja, ocorreram eventos, mas não atingiram o paciente. Este grupo representou cerca de 37% do total de registros.

Setenta e três eventos relatados em notificações (56%) atingiram o paciente. Destas notificações, em 45 delas não houve dano comprovado (35%). Em 23 incidentes (17%), houve danos leves ao paciente, ou seja, levou a sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados, mas com duração rápida, e apenas intervenções mínimas sendo necessárias. Quatro casos levaram a consequências de proporção moderada (3%), com sintomas, necessidade de intervenção e aumento do tempo de internação. Houve um caso com consequências graves. O gráfico abaixo apresenta esses resultados.

Gráfico 4– Grau de dano segundo o grupo de incidentes (2017)



FONTE: CSP/HMIPV

A CSP do HMIPV participa das atividades da Comissão Municipal de Segurança do Paciente. Os novos incidentes com consequências moderadas ou graves aos pacientes, quando ocorrem, além da taxa de quedas, passaram a ser notificados à CMSP da SMS.

Os casos moderados e graves, além daqueles passíveis de soluções urgentes, são informados à Direção, para a avaliação e definição de ações mitigatórias imediatas.

O número de notificações sugere um grande subregistro no HMIPV. Todavia, a partir das notificações ocorridas, verifica-se que as áreas assistenciais prioritárias são Centro Obstétrico / Alojamento Conjunto, e Bloco Cirúrgico / Sala de Recuperação. Os diversos processos que envolvem a segurança do paciente serão desenvolvidos nas áreas assistenciais e de apoio, para as respostas necessárias e para aumentar a segurança no ambiente hospitalar.

O número de registros está ligado à identificação de inconformidades pelos profissionais. Reflete o nível da cultura de segurança institucional, ou seja, o quantitativo de discordâncias com relação ao padrão de segurança proposto, mas também o nível de adesão à cultura de segurança. Assim, neste momento, ainda há expectativa de crescimento do número de inconformidades a serem identificadas pelos profissionais e usuários dos serviços.

É prioritária a implantação do sistema de notificação eletrônica, que permite a confidencialidade, com maior facilidade no acompanhamento da notificação realizada, permitindo que o profissional verifique de forma anônima as consequências de seu registro. Além disso, é possível realizar o rastreamento do paciente, uma vez que ele é informado pelo profissional notificador do evento.

A área assistencial é a prioridade para a implantação do sistema de notificações, e já há evidências que os esforços devem ser priorizados com relação às prescrições, medicações, e a forma como o cuidado é prestado, para reduzir os riscos diretos aos pacientes, que foi observado ocorrerem de forma sistemática em alguns setores. Será priorizado o trabalho conjunto com a Direção, para equilibrarmos a equipe de líderes das áreas ao processo de gestão de riscos, e envolver as chefias e demais profissionais que pretendam contribuir de maneira sistemática na proteção ao paciente.

Está prevista a atualização do Plano de Segurança do Paciente no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Para isso, serão desenvolvidas ações conjuntas com as áreas assistenciais e de apoio, com ênfase nas metas internacionais de segurança do paciente (identificação correta do paciente, comunicação efetiva, uso seguro de medicamentos, cirurgia segura, prevenção do risco de infecções, do risco de quedas e de lesões por pressão).

Ensino no HMIPV - Programas de Residência no HMIPV

1. Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (GO)

O PRM em Ginecologia e Obstetrícia proporciona formação integral. Os campos de estágio abrangem todas as fases da vida da mulher. Dedicar-se à assistência integral, contemplando a prevenção, tratamento e recuperação de agravos à saúde feminina. Os preceptores da residência são servidores municipais lotados no HMIPV, tem Comissão de Ensino própria e participa regularmente das reuniões da COREME do HMIPV.

O parecer SISCNRM #66/2012 recredenciou o PRM em Ginecologia e Obstetrícia, aprovando a oferta de 7 vagas de R1; 7 vagas de R2 e 7 vagas de R3. O parecer SISCNRM #160/2012 recredenciou o PRM em Endoscopia

Ginecológica, aprovando a oferta de 1 vaga de R4. O parecer SISCNRM #163/2012 credenciou o PRM em Medicina Fetal, aprovando a oferta de 2 vagas de R4. Atualmente, temos vinculados ao HMIPV 20 (vinte) residentes de Ginecologia e Obstetrícia, sendo 6 R1, 5 R2, 6 R3 e 3 R4. De 2012 a 2016 formaram-se no Programa de Ginecologia e Obstetrícia 47 médicos.

2. Programa de Residência Médica em Pediatria

O PRM em Pediatria proporciona formação integral, os campos de estágio abrangem todas as fases da vida da criança. Dedicar-se à assistência integral, contemplando a prevenção, tratamento e recuperação de agravos à saúde infantil. Os preceptores da residência são servidores municipais lotados no HMIPV, tem Comissão de Ensino própria e participa regularmente das reuniões da COREME do HMIPV.

O parecer SISCNRM #65/2012 credenciou o PRM em Pediatria, aprovando a oferta de 11 vagas de R1 e 11 vagas de R2. O parecer SISCNRM #164/2012 credenciou o PRM em Neonatologia, aprovando a oferta de 2 vagas de R3 e 2 vagas de R4. O parecer SISCNRM #1072/2012 credenciou o PRM em Medicina Intensiva Pediátrica, aprovando a oferta de 2 vagas de R3 e 2 vagas de R4. Atualmente, temos vinculados ao HMIPV 22 (vinte e dois) residentes de Pediatria, sendo 11 R1 e 11 R2. De 2012 a 2016 formaram-se no Programa de Pediatria 55 médicos.

3. Programa de Residência Médica em Pediatria e Psiquiatria Infantil

O PRM em Psiquiatria surgiu de uma parceria entre a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, desta forma, participam do corpo docente professores da UFCSPA e servidores do município lotados no HMIPV. A residência visa a formação integral do médico especialista em psiquiatria, com a particularidade no atendimento a gestantes, crianças e situações de violência.

São oferecidas anualmente 5 vagas para a residência médica em psiquiatria geral. Atualmente contamos com 14 residentes (5 R1, 4 R2 e 5 R3).

Em 2016, em função da crescente demanda para o aumento do atendimento em psiquiatria pediátrica e da necessidade da formação de profissionais capacitados para a atenção integral desta população, abriu-se 2 vagas para a especialização em Psiquiatria da Infância e Adolescência.

Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança com transversalidade em violência e vulnerabilidade. - Convênio

Tabela 130 - Número de residentes por núcleo profissional

| Residência Multiprofissional | R1 | R2 |
|------------------------------|----|----|
| Enfermagem | 2 | 1 |
| Fisioterapia | 1 | 2 |
| Fonoaudiologia | 2 | 2 |
| Psicologia | 2 | 2 |
| Serviço Social | 2 | 2 |
| Total | 9 | 9 |
| Total geral | 18 | |

FONTE: Comissão de Residência Multiprofissional /HMIPV

Atividades realizadas no ano de 2017:

➤ Acolhimento dos novos residentes- março

Apresentação do programa e orientações gerais

Apresentação dos Serviços do HMIPV

Troca de experiências entre residentes

➤ Seminários

Políticas de Saúde no Brasil

Desenvolvimento e Crescimento Infantil

➤ Ações de Educação Permanente com Preceptores

Discussões de temas referentes ao ensino na residência - periodicidade: quinzenais

Preceptoria de núcleo: semanal

Atividade de tutoria: quinzenal

➤ Ações nas Unidades de Internação:

Atividades com pacientes e familiares, com doações de presentes, na Páscoa.

Atividades com pacientes e familiares, com doações de presentes, no dia das Mães.

Atividades no CRAI referente a data de 18 de maio: Dia Nacional de Enfrentamento a Violência e Exploração Sexual. Foi divulgada no site da SMS.

Atividades com pacientes e familiares, com doações de presentes, no dia dos Pais.

Atividades e doações de brinquedos no dia da Criança – 12 de outubro

Atividades lúdicas e doações de brinquedos, com visita do Papai Noel, em comemoração ao Natal

➤ Curso de Aleitamento Materno

➤ Prematuridade: participação na organização do evento realizado pelo HMIPV

➤ Apresentação dos Trabalhos de Conclusão de Residência em 23 e 24 de março:

“Vulnerabilidade e sua interface nas políticas públicas intersetoriais: experiências de residência.”

“O trabalho em saúde na perspectiva da integralidade da saúde das crianças”.

“A Inserção do Fisioterapeuta Residente em um Serviço Especializado de Atendimento a Saúde de Crianças e Adolescentes do município de Porto Alegre/RS.”

“A Inserção do Fisioterapeuta no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: experiências profissionais, vivências e reflexões de uma fisioterapeuta residente.”

“Este tema é difícil de falar!”: a (in) visibilidade e a realidade da violência contra crianças e adolescentes.”

“Abuso Sexual Infantil: atuação do nutricionista em uma equipe especializada em saúde da criança e do adolescente.”

“Cenas dos Sistema Único de Saúde: reflexões da residência multiprofissional em saúde a partir de narrativas.”

“Educação e Prática Interprofissional em um programa de Residência Multiprofissional em saúde: reflexões e experiências no campo da nutrição.”

“Características da violência contra crianças no Município de Porto Alegre.”

➤ Conselho de Avaliação:

Conselho de Avaliação parcial: final de maio

Conselho de Avaliação Final: final de agosto, com mudança de cenário das residentes

➤ Inscrição em Edital da OPAS

Em novembro de 2017, no Edital da 1ª Edição - OPAS/MS, promovido pelo Laboratório de Inovações em Educação na Saúde com ênfase em educação Permanente. Trabalho inscrito no Eixo II : Educação e Práticas Interprofissionais na Temática da Vulnerabilidade e Violência: Experiências na Residência Multiprofissional em Saúde da Criança no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

7.3.2 Hospital de Pronto Socorro

Tabela 131- Perfil: Procedência dos atendimentos de emergência no HPS, entre os anos 2017 e 2016

| Procedência | Ano | | | | | |
|--------------------------|---------|-------|---------|-------|----------|-------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Município de POA | 92.652 | 77,40 | 96.005 | 77,56 | -3.353 | -3,49 |
| Outros municípios | 27.051 | 22,60 | 27.776 | 22,44 | -725 | -2,61 |
| TOTAL | 119.703 | 100 | 123.781 | 100 | -4.078 | -3,29 |

FONTE: Programa Procedência SIHO.

A tabela acima demonstrou que o perfil de procedência dos pacientes permaneceu estável, com alguma diminuição no nº total de atendimentos, proporcionalmente maior na procedência de Porto Alegre.

No ano de 2017, houve importante redução de leitos no HPS, principalmente na enfermaria do segundo andar (21 leitos) e nas UTIs de trauma (2 leitos em cada, total de 4), devido ao déficit de recursos humanos, causado por licenças aposentadorias, aposentadorias e mesmo demais afastamentos legais de técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como de enfermeiros, sem os quais poderíamos não ter qualidade assistencial e com isso trazendo riscos aos pacientes internados. Esta diminuição foi a partir de julho de 2017.

Ainda para adequação de uma área de internação para os apenados, que há muito vinha sendo solicitado pela SUSEPE e demais órgãos de segurança, foi extinto um leito de uma área da enfermaria do terceiro andar, para melhor adaptar medidas de segurança, para estes leitos dos apenados.

Na enfermaria do quarto andar, otimizando espaços e salas, conseguiu-se abrir 2 dois novos leitos, tentando compensar o fechamento do leito da enfermaria do terceiro andar.

Tabela 132- Perfil: Estratificação por classificação de risco, entre os anos 2017 e 2016

| Risco | Ano | | | | | |
|----------|--------|--------|---------|--------|----------|--------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Vermelho | 774 | 0,68 | 321 | 0,27 | 453 | 141,12 |
| Laranja | 1513 | 1,32 | 1.587 | 1,33 | -74 | -4,66 |
| Amarelo | 25411 | 22,19 | 26.591 | 22,33 | -1180 | -4,44 |
| Verde | 70050 | 61,17 | 72.069 | 60,51 | -2019 | -2,80 |
| Azul | 16760 | 14,64 | 18.533 | 15,56 | -1773 | -9,57 |
| Total | 114508 | 100,00 | 119.101 | 100,00 | -4593 | -3,86 |

FONTE: Siho – Programa Classificação de Risco NPC = 997

Nesta tabela ficou evidenciado que apesar de um número total de leitos hospitalares sofrerem diminuição a partir do segundo semestre de 2017, o ingresso de pacientes graves (principalmente de classificação vermelha) foi de um substancial aumento (141%), demonstrando que o escopo de atendimento do HPS foi preservado pela regulação tanto municipal quanto estadual, no sentido de encaminhamentos de pacientes vítimas de trauma, para que estas pudessem obter cuidados de urgência e intensivos em hospital qualificado para tal situação.

Houve diminuição não considerada expressiva por esta gestão, dos outros níveis de classificação, podendo apenas ser variações durante o ano.

Importante e justo mencionar, que no caso dos 21 leitos da enfermaria do 2º andar, a falta de canalização de gases e vácuo e as más condições gerais da área física demandaram um firme posicionamento da Direção Geral do Hospital de Pronto Socorro.

Tabela 133- Desfechos clínicos do atendimento de emergência no HPS, entre os anos 2017 e 2016

| | Ano | | | |
|---------------------|------|------|------|---------|
| | 2017 | 2016 | Nº | Varição |
| Total de Altas | 4748 | 4812 | -64 | -1,33 |
| Altas Casa | 3448 | 3502 | -54 | -1,54 |
| Altas Transferência | 1144 | 1130 | 14 | 1,24 |
| Altas a Pedido | 116 | 143 | -27 | -18,88 |
| Altas por fuga | 38 | 30 | 8 | 26,67 |
| Óbitos hospitalares | 187 | 219 | -32 | -14,61 |
| Internações | 4929 | 5039 | -110 | -2,18 |

FONTE: Estatística Geral SIHO.

Em relação ao desfecho clínico, o padrão do ano anterior foi mantido, com uma ressalva na diminuição dos óbitos de 14,61%.

O número de internação diminuiu, mas pode estar relacionado à diminuição de leitos antes mencionada, também não pareceu expressiva.

Tabela 134- Demonstrativo da produção hospitalar, entre os anos 2017 e 2016

| Unidades | | Ano | | |
|--------------------------|--|------|-------|---------|
| | | 2017 | 2016 | Varição |
| Internações hospitalares | Nº total de internações | 4929 | 5.022 | -1,85 |
| | Nº total de internações UTI Queimados | 59 | 87 | -32,18 |
| | Nº de internações em UTI Adulto | 469 | 437 | 7,32 |
| | Nº de internações em UTI pediátrica | 263 | 231 | 13,85 |
| | Nº de internações em enfermaria 4º pavimento | 1208 | 1.210 | -0,17 |
| | Nº de internações em enfermaria 2º pavimento | 748 | 2.001 | -62,62 |
| | Nº de internações em enfermaria 3º pavimento | 1196 | 508 | 135,43 |
| Bloco Cirúrgico | Nº total de cirurgias realizadas | 2632 | 3.033 | -13,22 |

FONTE: SIHO – Programa Linha de cuidados; Ocupação de Enfermaria.

Corroborando com a classificação de risco que demonstrou aumento de ingresso de pacientes vermelhos, as UTIs de Trauma Adulto e Pediátrico tiveram um aumento importante nas suas internações.

Identificou-se uma diminuição da internação da enfermaria do segundo andar, devido ao fechamento de 11 leitos em julho de 2017 e mais 10 leitos ao longo dos meses setembro e outubro. Em contrapartida houve um aumento das internações da enfermaria do terceiro andar, como forma compensatória à diminuição da outra enfermaria descrita. É possível inferir também que este aumento de rotatividade de leitos desta enfermaria, em comparação ao ano anterior, possa estar relacionado a um aumento de transferências ou altas qualificadas, demonstrando importante papel da gestão clínica dos leitos, realizada pelas equipes assistenciais, bem como direções técnicas com o uso de ferramentas como NIR e Chefia de Plantão.

Houve diminuição no número de cirurgias de 13,22%, podendo ser atribuído ao menor índice de pacientes amarelos, principalmente de patologias ortopédicas devido a vários contratempos com aparelhos e equipamentos necessários para realização das mesmas. Cirurgias eletivas (da cirurgia geral principalmente, apesar de haver residência nesta especialidade) também foram suspensas devido ao número reduzido de técnicos de enfermagem nas áreas de bloco cirúrgico, sala de recuperação e central de esterilização, priorizando cirurgias de emergência, já que o HPS tem como seu principal objetivo atendimento às urgências.

Tabela 135- Demonstrativo dos indicadores de atenção à saúde, entre os anos 2017 e 2016

| Tipo | Descrição | Ano | | |
|-------|-----------------------------------|-------|--------|---------|
| | | 2017 | 2016 | Varição |
| Geral | Taxa de ocupação de leitos | 97,76 | 100,42 | -2,65 |
| | Taxa de ocupação leitos UTI | 90,24 | 96,14 | -6,14 |
| | Tempo Médio de Permanência (TMP) | 18,13 | 15,33 | 18,26 |
| | TMP leitos UTI | 23,8 | 22,25 | 6,97 |
| | TMP leitos cirúrgicos | 12,46 | 13,71 | -9,12 |
| | Taxa de mortalidade institucional | 3,92 | 2,89 | 35,64 |
| | Taxa de infecção sonda vesical | 6,2 | - | - |

FONTE: SIHO – Programa Linha de cuidados; Ocupação de Enfermaria

A tabela acima demonstra uma diminuição da taxa de ocupação de leitos de UTI. Esta variação se dá no momento em que não foi calculado a diminuição de dois leitos em cada UTI de Trauma, deixando o cálculo

deficitário. Não fizemos a correção direta, pois a diminuição dos leitos se deu a partir do segundo semestre de 2017, e os dados computados se referem ao ano inteiro, assim ficando difícil a comparação adequada destas taxas. O mesmo ocorre para a comparação de taxa de mortalidade institucional.

Central de Manipulação de Produtos de Higiene Pessoal

No ano de 2017 foi concluída uma pequena adequação de espaço no segundo andar, junto à farmácia, para a Central de Manipulação de Produtos de Higiene Pessoal. A manipulação destes materiais, conforme projeto aprovado pela Vigilância Sanitária, suprimiu as necessidades do HPS, o que diminuiu a aquisição de produtos prontos para o uso imediato.

Central de Diluição de Produtos para Limpeza de Ambientes

Implantada em 2017, junto ao prédio anexo, ao lado da lavanderia, um espaço destinado à diluição de produtos de limpeza também otimizando custos para o HPS.

Hospital Escola

Em 2017, o HPS iniciou processo para tornar-se Hospital Escola credenciado junto ao Ministério da Saúde, já que é campo de estudo e prática de várias residências médicas e multiprofissional, bem como alunos de diversas faculdades de medicina e cursos de enfermagem que cumprem seus estágios curriculares nas dependências do HPS.

A Residência em Emergência, primeira do país, iniciada em 1996, já formou 77 residentes, e todos com inserção no mercado de trabalho. A especialidade de medicina de Emergência foi reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) há dois anos, corroborando a importância desta área de atuação médica.

A Residência em Cirurgia Geral foi iniciada em 2004 e já formou 39 residentes. Importante etapa para formação de futuros cirurgiões de todas as demais especialidades, já que é pré-requisito formal para ingresso nas outras residências cirúrgicas.

A Residência em Cirurgia do Trauma, primeira do país, iniciada em 1992, completou 25 anos em 2017. Apesar de ainda não ser tratada como especialidade cirúrgica, é de vital importância para o treinamento de cirurgiões que desejam aprimorar-se no atendimento às urgências cirúrgicas traumáticas (principal causa de morte nos primeiros 40 anos de vida do brasileiro). Até o presente momento foram formados 71 cirurgiões do trauma.

A Residência em Psicologia Hospitalar (mais uma vez o HPS é pioneiro), iniciada em 2002, já formou 43 profissionais com experiência em psicologia principalmente voltada ao trauma. O poli-traumatizado ou uma vítima de agressão, para sua total recuperação física, tem que ser atendido integralmente, assim o atendimento psicológico é imperativo na recuperação do paciente nestas situações de agravo à saúde.

A Residência Multiprofissional, iniciada em 2014, forma residentes nas especialidades de enfermagem, nutrição, fisioterapia e assistência social, com 4 vagas para cada uma delas. Registrada no MEC e MS, com bolsas advindas da União. Até presente momento foram formados 16 residentes.

Para a concretização do Hospital Escola há ainda necessidade de implantação de diversos comitês e comissões, as quais muitos já estão formalizados, por exemplo: comitê de ética médica, comissão de segurança do paciente, comissão de infecção hospitalar e comissão de óbitos.

Este processo encontra-se aguardando novas orientações do Ministério da Saúde para sua concretização final, já que haverá mudanças nos pré-requisitos, mas o HPS segue formatando as necessidades atuais para diminuir o tempo de espera de homologação, assim que novas orientações sejam deliberadas.

7.4 Assistência Farmacêutica

Meta 45. Implementar a Assistência Farmacêutica nas etapas de programação, armazenamento, distribuição e dispensação em 100% das nas farmácias e dispensários dos serviços de saúde, considerando as especificidades locais.

A meta da Assistência Farmacêutica (AF) envolve diferentes etapas, atividades, ações e atores. Para o ano de 2017 foi proposto implementar 100% da Assistência Farmacêutica nas etapas de programação, armazenamento, distribuição e dispensação nas farmácias e nos dispensários dos serviços de saúde, considerando as especificidades locais. A meta que no primeiro quadrimestre estava em 88,02% melhorou no segundo quadrimestre para 88,90%, e no terceiro quadrimestre houve uma melhoria no percentual geral (farmácias e dispensários) de 88,90% para 95,92%. Essa melhora na avaliação se deu, principalmente pela qualificação das etapas nas Unidades de Saúde.

A Assistência Farmacêutica (AF) apresentou avanços positivos em 2017, qualificando o atendimento à população, através da gestão das etapas do Ciclo da AF, com fortalecimento de alicerces importantes, como a ampliação do número de farmacêuticos, informatização e reorganização de espaços físicos e de processos de trabalho. Enfrentou a dificuldade da falta de recursos na aquisição de medicamentos, mas ampliou a atuação dos farmacêuticos apoiadores das gerências, propondo novas formas de gestão clínica junto às unidades de saúde. Observou-se a importância do cuidado farmacêutico e do uso racional de medicamentos.

Projetos Elaborados

A implantação da integração DIS/GMAT foi finalizada em 100% das farmácias distritais, além da Farmácia da US Santa Cecília. No período de 9 de março a 27 de abril, foi feito inventário em todas elas. Essa ferramenta possibilitará controle de estoque em cada local, rastreabilidade, relatórios momentâneos, bem como controle e acompanhamento do uso de medicamentos por parte dos pacientes.

Os sistemas de informação são ferramentas importantes para o planejamento das ações e para a otimização dos recursos já exíguos. Esta

integração visa melhorar o atendimento, bem como tornar os processos auditáveis, seguindo o medicamento desde a compra até os pacientes. O Sistema DIS ganhou nova versão, oferecendo telas mais amigáveis, mais rápidas e com mais informações, integrado ao Cadweb, do Ministério da Saúde.

A Coordenação da Assistência Farmacêutica (COORAF) elaborou fluxo de cadastramento e atendimento das instituições que recebem usuários de curta ou longa permanência, para retirada de medicamentos nas Farmácias Distritais. A proposta foi apresentada, discutida e aprovada junto ao Ministério Público Estadual, FASC, FPE e SMS.

A implantação da integração DIS/GMAT nas unidades de saúde ficou para o último quadrimestre de forma gradativa, numa construção com a Coordenação de Atenção Primária em Saúde, avaliando potencialidades e dificuldades.

A COORAF assumiu, no final do 2º quadrimestre, a gestão dos medicamentos do Almoxarifado Central. Na primeira fase, de transição, foi realizada uma análise situacional, a reorganização do mobiliário e do espaço físico e algumas mudanças nos fluxos de trabalho. Foram solicitados ao gabinete importantes adequações, como aumento da área física para armazenamento correto dos medicamentos, aquisição de equipamentos, aporte de recursos humanos e liberação de veículos exclusivos para o transporte de medicamentos.

Quanto ao Programa Municipal de Distribuição dos Insumos Diabetes em 09/10/2017, a Secretaria Municipal da Fazenda (SMF) realizou novo pregão eletrônico nº 154/2017. Tendo o certame homologado com mudança de marca e menor preço para compras das fitas reagentes, lancetas e seringas de insulina. A SMS se organizou dado ao final do ano fiscal, realizando em 09/11/2017 compras dos insumos para o atendimento em dezembro e janeiro de 2018. Essa ação garantiu o não desabastecimento aos pacientes inscritos no PMDID o que possibilitou a troca dos aparelhos glicosímetros em calendário construído em dezembro de 2017 para todos os pacientes das Gerências Distritais Centro, GCC, PLP, LENO, SCS, RES, NEB e NHNI no primeiro

quadrimestre de 2018. Houve um aumento no número de processos analisados (18,18%), mesmo com as dificuldades encontradas após a ida do Coordenador do Programa para a gestão da logística de medicamentos na EMAT. O número de pacientes excluídos reduziu o que representa o constante acompanhamento e controle das listas de comprovação de retiradas dos insumos pelos pacientes, bem como de melhor adesão ao tratamento e ao uso dos insumos. Trabalho realizado pelos farmacêuticos apoiadores e coordenação do programa.

Assessoria Técnica

A COORAF contribuiu com a assessoria jurídica da SMS e com a Procuradoria Geral do Município (PGM), na elaboração de pareceres técnicos e científicos para solicitações judiciais de medicamentos e demandas da Defensoria Pública e do Ministério Público. Foram contabilizados os números de pareceres elaborados e o número de medicamentos estudados, apresentados nas tabelas 1 e 2 respectivamente.

Tabela 136- Número de pareceres elaborados pela Coordenação de Assistência Farmacêutica (COORAF), conforme demanda solicitada, por tipo de componente solicitado, entre os anos 2016 e 2017

| Classificação por Componentes | Lista | Ano | | |
|-------------------------------|----------------------------------|------------|------------|----------------------------|
| | | 2017 | 2016 | Variação |
| Elenco Básico | REMUME | 17 | 13 | 4 (30,8%) |
| Elenco Especializado | SES/MS | 64 | 44 | 20 (45,5%) |
| Fora de padronização | Fora de lista | 115 | 98 | 17 (17,4%) |
| Elenco + Fora de padronização | REMUME ou SES + Fora de lista | 28 | 40 | -12 (-30%) |
| Outros | - | 8 | 23 | -15 (-65,2%) |
| Total | - | 232 | 218 | 14 (6,4%) |

FONTE: Banco de Dados em Excel elaborado pela COORAF.

Tabela 137- Número de medicamentos solicitados nas demandas apresentadas para elaboração dos pareceres e respostas técnicas, conforme a classificação dos componentes da RENAME, entre os anos 2016 e 2017

| Classificação por Componentes | Lista | Ano | | |
|-------------------------------|---------------|------------|------------|-----------------------|
| | | 2017 | 2016 | Variação |
| Elenco Básico | REMUME | 34 | 39 | -5 (-12,8%) |
| | Não REMUME | 24 | 19 | 52 (6,3%) |
| Elenco Especializado | SES/MS | 88 | 60 | 28 (46,7%) |
| Fora de padronização | Fora de lista | 179 | 170 | 9 (5,3%) |
| Total | | 325 | 288 | 37 (12,8%) |

FONTE: Banco de Dados em Excel elaborado pela COORAF, pasta de arquivos de Respostas Técnicas de cada demanda e de planilha de Excel® com essas RT compiladas.

Observa-se um incremento no número de pareceres de 6,4% e de 12,8% no número de medicamentos solicitados, visto que em algumas ações há solicitação de mais de um medicamento. Destacamos aumento de 45,5% nos pareceres de medicamentos ligados aos medicamentos do elenco especializado do Ministério da Saúde (MS), para patologias fora dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), além de demandas de fármacos para tratamento oncológico.

Além disso houve um aumento de 17,4% nos pareceres de medicamentos sem padronização sendo ainda os medicamentos mais solicitados. Em algumas situações, o paciente já tinha o processo administrativo deferido pelo Estado, mas o medicamento estava em falta, gerando ação para o município.

Muitos processos são abertos sem que o paciente tenha acessado alguma porta de entrada do SUS. Muitos são prescritos pelo nome comercial, com indicativo de determinado laboratório, indo contra princípios do SUS.

Os pareceres e as notas técnicas requerem pesquisa científica baseada em evidência, além de propiciarem educação em saúde por orientação dos procedimentos e cuidados dispensados pelo SUS. Os pareceres também podem contribuir com a comissão de farmácia e terapêutica nas análises de seleção de medicamentos.

Seleção de Medicamentos

A REMUME foi revisada no biênio 2015-2016, encerrando a PAS. Entretanto, novas avaliações serão necessárias, após a publicação, em agosto, da nova Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2017. A Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT) analisará as novas inclusões no elenco básico, considerando o perfil epidemiológico do município, bem como as mudanças de componente de alguns fármacos. Os critérios de eficácia, segurança e custo serão utilizados. Para a ampliação da REMUME, com aumento de responsabilidades do componente básico, é imprescindível discutir financiamento e organização da distribuição.

Aquisição de Medicamentos

O processo de aquisição de medicamentos é uma das etapas mais complexas do ciclo da Assistência Farmacêutica, pois envolve aspectos relativos ao financiamento, à programação, ao processo licitatório e aos fornecedores e fabricantes que, em alguns casos, interferem na continuidade do abastecimento.

Financiamento

A Portaria Nº 2.001 de 3 de agosto de 2017, publicada no DOU em 15/08/17, alterou o inciso I do artigo 3º e § 2º e § 4º do mesmo, da Portaria Nº 1.555/GM/MS, que dispõe sobre as normas de Financiamento da Farmácia Básica. As mudanças são apenas no valor do repasse do MS, de R\$ 5,10 para R\$ 5,48 habitante/ano e na população de cálculo para alocação do recurso, utilizando como base populacional a estimativa do IBGE de 1º/07/2016 e não mais a de 2009.

No ano, ainda foram repassados os valores sem o reajuste. Desde 2010, estamos adquirindo com a perspectiva dos R\$ 9,82 habitante/ano, contando com aporte de recursos, em sua maior parte, pelo município. Essa situação torna-se crítica à medida que os preços dos medicamentos sofrem reajustes anuais e a demanda pelo SUS aumenta.

Processo licitatório

No terceiro quadrimestre houve uma alteração significativa nos editais das licitações de medicamentos, pois, por definição dos secretários da saúde e fazenda, o cadastramento de marcas prévio, para as licitações, deixou de ser realizado e a qualificação/habilitação técnica de fornecedores passou a ser feita posteriormente ao certame (processo SEI nº 17.0.000064079-4). Essa medida visa atender orientação do Tribunal de Contas do RS.

A Comissão de Cadastro de Marcas de Medicamentos (CCMED) passou a se chamar Comissão de Avaliação de Medicamentos em Licitações (COMEL), e realizará a habilitação técnica e a avaliação técnica das solicitações de troca de marca de medicamentos, prorrogação de prazo de entrega, cancelamento de contrato, entre outros. A Comissão atuará também na farmacovigilância e na avaliação permanente de fornecedores.

Os pareceres da tabela abaixo, referem-se ao acompanhamento pós licitação, relacionados aos processos de compras e recebimento.

Tabela 138- Indicadores de Produção da CCMED, entre os anos 2017 e 2016

| Indicador | Ano | | | | | |
|--------------------|------|---|------|--|----------|--|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Nº | Produção | Nº | Produção | Nº | Produção |
| Reuniões | 11 | Atas | 14 | Atas | 3 | (-3) |
| Pareceres emitidos | 166 | Pareceres para SMF: Cancelamento (13) Troca de Marca (94) Prorrogação (56) Outros (3) | 142 | Pareceres para SMF: Cancelamento (10) Troca de Marca (54) Prorrogação (62) Outros (16) | 24 | Pareceres para SMF: Cancelamento (3) Troca de Marca (40) Prorrogação (-6) Outros (-13) |

FONTE: Indicadores da CCMED, com base nos documentos arquivados na pasta da Comissão [\pmpa-fs3\sms_ccmed\\$](#) e [\pmpa-fs3\sms_comel\\$](#).

Verifica-se um aumento nas solicitações de troca de marca. Entretanto, independentemente do desfecho das trocas de marca, prorrogações de prazo e cancelamentos, qualquer pedido de alteração das condições previstas no edital de licitação, são potencialmente causadoras de atrasos na entrega e consequentemente, atrasos na distribuição dos medicamentos, comprometendo o atendimento adequado à população.

Mesmo em menor número, as solicitações de cancelamentos são mais danosas, visto deixar o item indisponível para compra até que novo registro de

preço seja realizado. Apesar de todas as sanções legais aplicadas, dificuldades existem no processo de aquisição. Todas as inconformidades somam-se ao sub financiamento, aumentando as probabilidades de falta e o desabastecimento da rede.

Distribuição de Medicamentos

A distribuição de medicamentos corresponde à separação do pedido, a conferência e o transporte do almoxarifado (EMAT) até as Unidades de Saúde. Neste ano algumas dificuldades foram encontradas para manter o tempo de ressuprimento adequado às unidades de saúde, especialmente no mês de maio, com problemas no transporte e nos recursos humanos.

Os valores a seguir discriminados são referentes ao total de medicamentos entregues nas farmácias e dispensários. Há uma diferença estabelecida entre estes e os valores empenhados. Durante o ano, as programações de compras são feitas através das requisições de materiais, computando aqueles valores de medicamentos adquiridos e não entregues pelo fornecedor.

Tabela 5 - Unidades distribuídas e recursos financeiros vinculados a medicamentos da REMUME entregues nas unidades de saúde de Porto Alegre/RS, entre os anos 2017 e 2016

| Tipo de Medicamento | Medicamentos da REMUME Adquiridos/Distribuídos | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| | Ano | | | | | |
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Unidades Distribuídas | Recurso financeiro aplicado (R\$) | Unidades Distribuídas | Recurso financeiro aplicado (R\$) | Unidades Distribuídas | Recurso financeiro aplicado (R\$) |
| Básicos | 135.215.646 | 14.472.164,97 | 123.026.685 | 12.342.035,07 | 12.188.961 (9,9%) | 2.130.130 (17,3%) |
| Controlados | 43.361.370 | 5.537.107,79 | 38.220.264 | 4.284.210,07 | 5.141.106 (13,4%) | 1.252.898 (29,2%) |
| Total | 178.577.016 | 20.009.272,76 | 161.246.949 | 16.626.245,14 | 17.330.067 (10,7%) | 3.383.028 (20,3%) |
| Recurso financeiro aplicado por Unidade Distribuída | - | 0,1120 | - | 0,1031 | - | 0,0089 (8,6%) |

FONTE: Relatório enviado pelos farmacêuticos da EMAT, com base no relatório do Programa TCDM® e no Sistema GMAT – sistema implantado em agosto de 2016 para gestão de estoque. Cálculo de valores é baseado no valor unitário do medicamento em pregão, apresentado na Nota fiscal inserida no sistema, quando do recebimento.

Houve aumento nos recursos de 2017 para 2016. Entretanto, a portaria 1.555/2013 passará por um reajuste de R\$ 0,38 / habitante / ano para aquisição de medicamentos, contrapondo o aumento de preços que

aconteceram ao longo dos últimos 7 anos, dificultando a manutenção do abastecimento.

O aumento das unidades distribuídas foi mais significativo nos medicamentos controlados, sendo de 13,4% em relação ao número de unidades distribuídas, enquanto nos medicamentos básicos o aumento foi de 9,9%. Nos momentos de redução, optou-se por abastecer plenamente as farmácias distritais, que hoje são os pontos da rede de atenção que disponibilizam os medicamentos controlados, nas quais existe sistema informatizado com controle de retirada, evitando a duplicidade de atendimento.

Entretanto é imprescindível a atualização monetária do financiamento da farmácia básica. Como se pode observar o recurso financeiro aplicado por Unidade Distribuída nos comparativos anuais subiram 8,6%, o que corrobora para a necessidade da implementação de estratégias para a redução de custos para a aquisição de medicamentos conforme apontado no item aquisição.

Os valores acima apresentados são os de aquisição direta do município, não considerando os itens enviados pelo MS, apresentados abaixo

Tabela 139- Unidades distribuídas e recursos financeiros vinculados de medicamentos de Programas do Ministério da Saúde, entre os anos 2017 e 2016

| Tipo de Medicamento | Medicamentos da REMUME Distribuídos | | | | | |
|------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| | Ano | | | | | |
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Unidades Distribuídas | Recurso financeiro aplicado R\$ | Unidades Distribuídas | Recurso financeiro aplicado R\$ | Unidades Distribuídas | Recurso financeiro aplicado R\$ |
| Saúde da Mulher | 201.170 | 245.477,51 | 222.399 | 881.979,04 | -21.229 (-9,5%) | -636.502 (-72,1%) |
| Insulinas | 110.412 | 283.128,37 | 124.388 | 1.325.187,50 | -13.976 (-11,2%) | -1.042.059 (-78,6%) |
| Total | 311.582 | 528.605,88 | 346.787 | 2.207.166,54 | -35.205 (-10,1%) | -1.678.561 (-76%) |

FONTE: Relatório enviado pelos farmacêuticos da EMAT, com base no relatório do Programa TCDM® e Sistema GMAT, a partir dos dados das Notas Fiscais recebidas, pois os medicamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde # após conferência de arquivos, os dados do primeiro quadrimestre são apresentados nesta tabela CORRIGIDOS.

Observa-se uma redução de 10,1% nas unidades distribuídas de anticoncepcionais e insulinas. Infere-se, deste dado, sabendo que não houve falta no almoxarifado, as seguintes causas: melhor controle nas retiradas, como resultado das intervenções farmacêuticas ou não solicitação do item por problemas de armazenamento, pois este fármaco precisa de geladeira específica para guarda de termolábeis.

Destaca-se aqui a implantação do sistema GMAT, no qual os pedidos passaram a ser elaborados no sistema de estoque, a partir de agosto de 2016, sendo solicitada a contagem de estoque existente, o conhecimento do consumo médio mensal para o pedido de quantidades adequadas ao atendimento em cada serviço pode ter racionalizado o consumo desses itens através da melhoria da etapa de programação.

Dispensação e entrega de medicamentos

Tabela 7- Número de receitas atendidas nos serviços de farmácia por sua especificidade, entre os anos 2017 e 2016

| Farmácias/ Dispensários | Receitas Atendidas | | | | | | | | |
|---|--------------------|-------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------------|------------------|----------------|
| | Ano | | | | | | | | |
| | 2017 | | | 2016 | | | Variação | | |
| | Básicos | Controlados | Total | Básicos | Controlados | Total | Básicos | Controlados | Total |
| Dispensários/ Unidades de Saúde | 991.559 | 3.279 | 994.838 | 993.891 | 4.186 | 998.077 | -2.332 (-0,2%) | -907 (-21,6%) | -3.239 (-0,3%) |
| Farmácias Distritais | 717.431 | 347.621 | 1.065.052 | 666.664 | 342.397 | 1.009.061 | 50.767 (7,6%) | 5.224 (1,5%) | 55.991 (5,5%) |
| Farmácias Especializadas | 25.298 | 27.014 | 52.312 | 9.738 | 46.745 | 56.483 | 15.560 (159,7%) | -19.731 (-42,2%) | -4.171 (-7,4%) |
| Total | 1.734.288 | 377.914 | 2.112.202 | 1.670.293 | 390.842 | 2.061.135 | 63.995 (3,83%) | -12.928 (-3,3%) | 51.067 (2,5%) |
| Unidades de medicamentos Distribuídas Receitas Atendidas | - | - | 84,54 | - | - | 78,23 | | | 6 (8,1%) |

FONTE: Relatório da COORAF, com base nos números enviados pelos farmacêuticos.

O número de receitas atendidas é um indicador que oferece dados para avaliação da capacidade instalada de atendimento, como necessidade de recursos humanos e espaços físicos. A proposta é avançarmos em indicadores de prescrição. Os números de receitas atendidas se mantêm constante nos últimos anos, entretanto, observa-se um aumento no número de medicamentos.

Entretanto observa-se um aumento de 5,5% no número de receitas atendidas pelas Farmácias Distritais e um aumento global do número de receitas atendidas de 2,5%.

Outro indicador é a relação de unidades de medicamentos distribuídas pelo número de receitas atendidas, observamos que em média houve um aumento de 8,1% nesse indicador. Infere-se que esse aumento pode significar um incremento na demanda por medicamentos por parte da população o que é descrito na literatura como relação causal com o envelhecimento populacional.

Tabela 140.- Número de Receitas Atendidas nos dispensários das Unidades de Saúde da SMS, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital (US) | Ano | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|---|---|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Nº de dispensários em unidades de saúde | Nº receitas atendidas nos dispensários das US | Nº de dispensários em unidades de saúde | Nº receitas atendidas nos dispensários das US | Nº de dispensários em unidades de saúde | Nº receitas atendidas nos dispensários das US |
| Centro (3) | 1 | 34.083 | 1 | 36.225 | 0 | -2.142 (-5,9%) |
| GCC (27) | 24 | 163.647 | 24 | 146.412 | 0 | 17.235 (11,8%) |
| LENO (23) | 22 | 129.736 | 22 | 148.329 | 0 | -18.593 (-12,5%) |
| NEB (26) | 26 | 173.164 | 26 | 183.167 | 0 | -10.003 (-5,5) |
| NHNI (14) | 11 | 84.871 | 12 | 107.619 | -1 (-8,3%) | -22.748 (-21,1%) |
| PLP (23) | 22 | 146.363 | 22 | 142.879 | 0 | 3.484 (2,4%) |
| RES (12) | 12 | 96.574 | 12 | 88.340 | 0 | 8.234 (9,3%) |
| SCS (18) | 16 | 166.400 | 17 | 145.106 | -1 (-5,9%) | 21.294 (14,7%) |
| Total GDs | 134 | 994.838 | 136 | 998.077 | -2 (-1,5%) | -3.239 (-0,3%) |

FONTE: Relatório do farmacêutico da GD – dados enviados pelas coordenações das unidades de saúde; O número de dispensários é trabalhado conforme os pedidos de medicamentos existentes.

Observa-se que o número de receitas atendidas e a redução de dois dispensários impactaram no número de receitas atendidas pelos dispensários, entretanto infere-se que essa redução possa ter sido compensada pelo aumento do número de receitas atendidas pelas FDs.

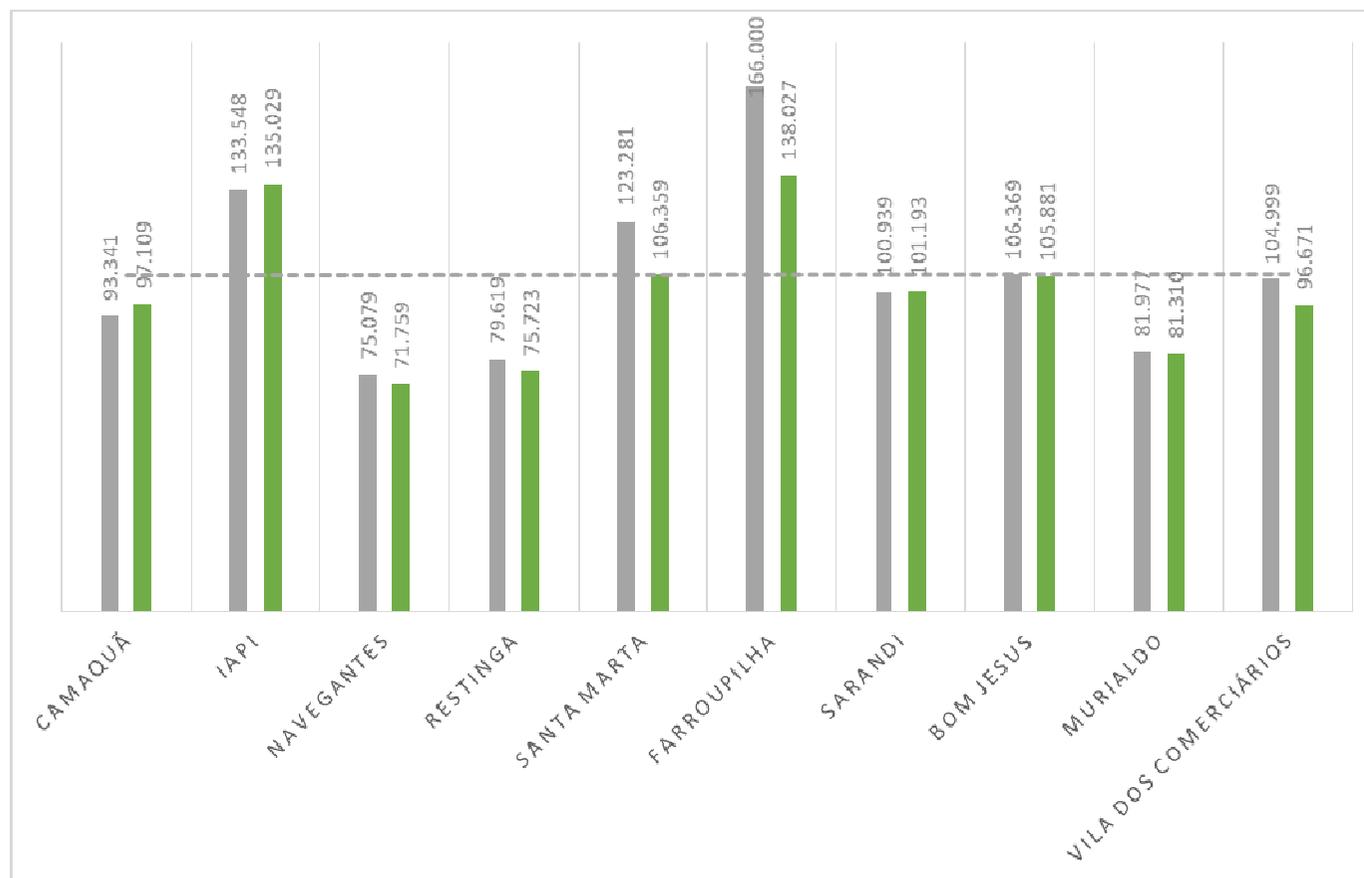
Número de Receitas Atendidas e Atendimento/Intervenção Farmacêutica nas Farmácias Distritais (FD)

Tabela 141- Número de Receitas Atendidas nas farmácias distritais, entre os anos 2017 e 2016

| Farmácias Distritais | Nº guichês | | Receitas atendidas | | | | | | | | |
|--|------------|------|--------------------|----------------|------------------|----------------|----------------|------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| | | | Ano | | | | | | | | |
| | | | 2017 | | | 2016 | | | Variação | | |
| | 2017 | 2016 | Básicas | Controlados | Total | Básicas | Controlados | Total | Básicas | Controlados | Total |
| Camaquã | 3 | 4 | 64.268 | 29.073 | 93.341 | 66.863 | 30.246 | 97.109 | -2.595 (-3,9%) | -1.173 (-3,9%) | -3.768 (-3,9%) |
| IAPI | 8 | 8 | 96.275 | 37.273 | 133.548 | 95.631 | 39.398 | 135.029 | 644 (0,7%) | -2.125 (-5,4%) | -1.481 (-1,1%) |
| Navegantes | 3 | 3 | 58.272 | 16.807 | 75.079 | 54.244 | 17.515 | 71.759 | 4.028 (7,4%) | -708 (-4,0%) | 3.320 (4,6%) |
| Restinga | 5 | 5 | 59.344 | 20.275 | 79.619 | 56.947 | 18.776 | 75.723 | 2.397 (4,2%) | 1.499 (8%) | 3.896 (5,1%) |
| Santa Marta | 5 | 6 | 83.006 | 40.275 | 123.281 | 68.243 | 38.116 | 106.359 | 14.763 (21,6%) | 2.159 (5,7%) | 16.922 (15,9%) |
| Farroupilha | 5 | 6 | 112.861 | 53.139 | 166.000 | 86.641 | 51.386 | 138.027 | 26.220 (30,3%) | 1.753 (3,4%) | 27.973 (20,3%) |
| Sarandi | 4 | 4 | 51.031 | 49.908 | 100.939 | 51.032 | 50.161 | 101.193 | -1 (0,00%) | -253 (-0,50%) | -254 (-0,25%) |
| Bom Jesus | 4 | 4 | 71.730 | 34.639 | 106.369 | 69.704 | 36.177 | 105.881 | 2.026 (2,9%) | -1.538 (-4,2%) | 488 (0,5%) |
| Murialdo | 3 | 3 | 50.257 | 31.720 | 81.977 | 50.246 | 31.064 | 81.310 | 11 (0,02%) | 656 (2,1%) | 667 (0,8%) |
| Vila dos Comerciantes | 5 | 5 | 70.387 | 34.612 | 104.999 | 67.113 | 29.558 | 96.671 | 3.274 (4,9%) | 5.054 (17,1%) | 8.328 (8,6%) |
| Total de receitas atendidas nas FDS | | | 717.431 | 347.721 | 1.065.152 | 666.664 | 342.397 | 1.009.061 | 50.767 (7,6%) | 5.324 (1,5%) | 56.091 (5,6%) |

FONTE: Relatório de Produção da Coordenação de Assistência Farmacêutica, baseada em dados fornecidos pelos farmacêuticos das respectivas farmácias PC = computador.

Gráfico 5 - Apresentação comparativa do número de receitas atendidas nas farmácias distritais 2016(verde) X 2017(cinza)



FONTE: Relatório da COORAF.

Observa-se um aumento de 5,6% no número de receitas atendidas pelas Farmácias Distritais, sendo para receitas de medicamentos controlados de 1,5% e 7,62% para medicamentos básicos. Aumento significativo de receitas atendidas nas Farmácias Distritais Santa Marta, Farroupilha e Vila dos Comerciários da seguinte ordem respectivamente, 15,9%, 20,3% e 8,6%. As demais Farmácias Distritais tiveram seu número de receitas atendidas estáveis com variações menores que 5%. A linha de tendência média de receitas atendidas por Farmácia Distrital em 2017 foi de 106.515 receitas/ano.

Tabela 142- Média de Pacientes atendidos pelo farmacêutico, entre os anos 2017 e 2016

| Procedimentos | Ano | | |
|--|------------------|------------------|-------------------------|
| | 2017 | 2016 | Variação |
| Total Receitas Atendidas nas FDs | 1.065.152 | 1.009.061 | 8.469 (5,6%) |
| Média de Receitas/mês (12) | 88.763 | 84.088 | 706 (5,6%) |
| Média de receitas FDs (10)/mês | 8.876 | 8.409 | 71 (5,5%) |
| Média de receitas atendidas / FD /dia útil) | 424 | 382 | 3 (11%) |
| Média de pacientes atendidos/hora (9h/dia) | 47 | 42 | 5 (11,9%) |
| Média de receitas atendidas / guichê/hora (9h/dia) | 11,78787074 | 11,16712041 | 0,620750332 (5,6%) |
| Média de tempo em min para o atendimento de uma receita | 5,089977768 | 5,372916008 | - 5,3%(-5,3%) |

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF.

Observa-se um aumento de 11,9% na média de receitas atendidas por hora pelas Farmácias Distritais e uma redução de 5,3% no tempo médio de atendimento de cada receita nas FDs sendo este de 5 minutos por receita atendida. Esse tempo médio demonstra que os processos envolvidos na Dispensação de Medicamentos devem ser ressignificados, pois a dispensação tem por finalidade propiciar o acesso ao medicamento e o uso adequado. Adicionalmente, o farmacêutico deve avaliar a prescrição, sob o ponto de vista técnico e legal, e intervir junto ao prescritor quando necessário (Conselho Federal De Farmácia, 2001, 2008a; BRASIL, 1981, 1998; CORRER; OTUKI, 2013). Entende-se, também, que esse serviço deve ter seu processo de trabalho e orientação ressignificados no Brasil, de modo a possibilitar a exploração de todas as suas potencialidades enquanto serviço clínico.

Tabela 143 - Número de Receitas Atendidas nas farmácias distritais e especializadas, entre os anos 2017 e 2016

| Farmácias | Nº guichês | Receitas atendidas | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------|--------------------|-------------------|--------------|--------------|-------------------|---------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| | | Ano | | | | | | | | |
| | | 2017 | | | 2016 | | | Variação | | |
| | | Básicas | Controlados (ARV) | Total | Básicas | Controlados (ARV) | Total | Básicas | Controlados (ARV) | Total |
| Homeopática | 1 | 1635 | 0 | 1635 | 1901 | 0 | 1901 | -266 (-14%) | 0 | -266 (-14%) |
| SAE Santa Marta | 1 | 2020 | 5214 | 7234 | 3540 | 18815 | 22.355 | -1520 (-42,9%) | -13601 (-72,3%) | -15121 (-67,6%) |
| SAE IAPI | 1 | 0 | 12882 | 12882 | 556 | 16.222 | 16.778 | -556 (-100%) | -3340 (-20,6%) | -3896 (-23,2%) |
| SAE Vila dos Comerciários | 1 | 3466 | 27105 | 30571 | 3.741 | 9.222 | 12.963 | -275 (-7,3%) | 17883 (193%) | 17608 (135,8%) |
| Total Farmácias Especializadas | 4 | 7121 | 45201 | 52322 | 9.738 | 46.745 | 56.483 | -2617 (-26,9%) | -1544 (-3,3%) | -4161 (-7,4%) |

FONTE: Relatório de Produção da Coordenação de Assistência Farmacêutica, baseada em dados fornecidos pelos farmacêuticos das respectivas farmácias PC = computador; a Farmácia Homeopática compõe a Política de Práticas Integrativas e Complementares.

O número de atendimentos geral nas farmácias especializadas diminuiu frente ao ano anterior. Entretanto no SAE Vila dos Comerciários houve incremento de 135,8% nas receitas atendidas número expressivo pelo aumento das Dispensações de antirretrovirais.

Tabela 144- Número total de receitas atendidas por gerência somando as farmácias distritais, dos SAEs, a Homeopática e as farmácias das unidades básicas de saúde, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|----------------|------------------|------------------|----------------|------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| | 2017 | | | 2016 | | | Variação | | |
| | Básicos | Controlados | Total | Básicos | Controlados | Total | Básicos | Controlados | Total |
| Centro¹ | 235.480 | 93.414 | 328.894 | 196.550 | 108.317 | 304.867 | 38.930 (19,8%) | -14.90 (-13,8%) | 24.027 (7,9%) |
| GCC | 242.340 | 46.778 | 289.118 | 213.080 | 42.966 | 256.046 | 29.260 (13,7%) | 3.812 (8,9%) | 33.072 (12,9%) |
| LENO | 201.466 | 34.639 | 236.105 | 218.033 | 36.177 | 254.210 | -16.567 (-7,6%) | -1.538 (-4,2%) | -18.105 (-7,1%) |
| NEB | 224.195 | 49.908 | 274.103 | 234.199 | 50.161 | 284.360 | -10.004 (-4,3%) | -253 (-0,5%) | -10.257 (-3,6%) |
| NHNI¹ | 245.937 | 54.080 | 300.017 | 258.050 | 73.135 | 331.185 | -12.113 (-4,7%) | -19.055(-26%) | -31.168 (-9,4%) |
| PLP | 196.620 | 31.720 | 228.340 | 193.125 | 31.064 | 224.189 | 3.495 (1,8%) | 656 (2,1%) | 4.151 (1,8%) |
| RES | 155.918 | 20.175 | 176.093 | 145.287 | 18.776 | 164.063 | 10.631 (7,3%) | 1.399 (7,4%) | 12.030 (7,3%) |
| SCS | 230.668 | 29.073 | 259.741 | 211.969 | 30.246 | 242.215 | 18.699 (8,8%) | -1.173 (-3,9%) | 17.526 (7,2%) |
| Total GDs | 1.732.624 | 359.787 | 2.092.411 | 1.670.293 | 390.842 | 2.061.135 | 62.331 (3,7%) | -31.055 (-7,9%) | 31.276 (1,5%) |

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF. ¹ Gerência Distrital com duas farmácias distritais.

Observa-se um aumento de 3,7% no número de receitas de medicamentos básicos atendidas com aumento significativo nas gerências Centro e GCC com valor percentual de 19,8% e 13,7% respectivamente. Quanto às receitas de medicamentos controlados temos uma redução de 7,9% no número de receitas atendidas o que se contrapõe ao aumento das unidades distribuídas, que nos medicamentos controlados foi de 13,4%.

Tabela 145- Número de Receitas atendidas nas farmácias dos Prontos Atendimentos em regime interno de plantões, entre os anos 2017 e 2016

| Farmácia/Pronto Atendimento | Ano | | | | | |
|-------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Nº Plantões | Nº Receitas Atendidas | Nº Plantões | Nº Receitas Atendidas | Nº Plantões | Nº Receitas Atendidas |
| Farmácia PA Bom Jesus | 58 | 4711 | 83 | 7441 | -25 (-30,1%) | -2730 (-36,7%) |
| Farmácia PA Cruzeiro do Sul | 117 | 13223 | 118 | 12.262 | -1 (-0,8%) | 961 (7,8%) |
| Farmácia PA Lomba do Pinheiro | 118 | 9145 | 116 | 9.429 | 2 (1,7%) | -284 (-3%) |
| Total | 293 | 27079 | 317 | 29.312 | -24 (-7,6%) | -2053 (-7,6%) |

FONTE: Relatório da COORAF

A capacidade de atendimento de receitas nos Pronto Atendimentos reduziu na comparação com o ano anterior. Destaca-se a redução no número de receitas atendidas pela Farmácia PA Bom Jesus na ordem de 36,7% diretamente proporcional a redução do número de plantões.

Programa Municipal de Distribuição dos Insumos para Diabetes (PMDID)

Tabela 146- Número de processos de solicitação de insumos, recebidos e avaliados pela COORAF, entre os anos 2017 e 2016

| Situação | Ano | | | | | |
|--------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------------|--------------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Quantidade | % | Quantidade | % | Quantidade | % |
| Deferidos | 834 | 46,48 | 815 | 41,77 | 19 (2,3%) | 4,718294314 |
| Indeferidos | 17 | 0,94 | 74 | 3,79 | -57 (-77%) | -2,842396878 |
| Excluídos | 46 | 2,56 | 997 | 51,1 | -951 (-95,3%) | -48,53589744 |
| Pendentes | 897 | 50 | 65 | 3,33 | 832 (1280%) | 46,67 |
| Total | 1794 | 100 | 1951 | 100 | -157 (-8%) | - |

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF

A tabela acima apresenta dados de avaliação dos processos administrativos com as solicitações de inscrição no Programa Municipal de

Distribuição de Insumos para Diabetes (PMDID) nos respectivos anos. Os indeferimentos caíram de forma significativa (-77%) em comparação a 2016. Observa-se uma redução no número de processos analisados (8%), as exclusões reduziram significativamente (95,3%) o que representa o constante acompanhamento e controle das listas de comprovação de retiradas dos insumos pelos pacientes, bem como de melhor adesão ao tratamento e ao uso dos insumos. Trabalho realizado pelos farmacêuticos apoiadores e coordenação do programa.

A criação e disponibilização de área específica no site da SMS (inserir o endereço eletrônico) propiciou a disseminação de informações necessárias para pacientes e profissionais dos serviços de saúde da cidade, paralelo ao trabalho constante de envio dos impressos próprios do PMDID aos pontos de atenção, bem como o reforço das informações nos colegiados das Gerências Distritais pelos farmacêuticos apoiadores de cada território reforçando as orientações sobre os documentos corretos para abertura de processo administrativo.

Tabela 147- Número de entregas programadas¹ para os pacientes cadastrados no Programa de Insumos de Diabetes, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | | | | |
|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|----------|--------------------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | US | Entrega programada | US | Entrega programada | US | Entrega programada |
| Centro | 3 | 6.388 | 3 | 6246 | 0 | 142 (2,3%) |
| GCC | 25 | 5.221 | 25 | 4617 | 0 | 604 (13,1%) |
| LENO | 23 | 5.059 | 23 | 4758 | 0 | 301 (6,3%) |
| NEB | 27 | 6.960 | 27 | 6676 | 0 | 284 (4,2%) |
| NHNI | 13 | 5.624 | 13 | 5674 | 0 | -50 (-0,9%) |
| PLP | 23 | 5.931 | 23 | 5488 | 0 | 443 (8,1%) |
| RES | 12 | 3.868 | 12 | 3382 | 0 | 486 (14,4%) |
| SCS | 18 | 6.946 | 18 | 6304 | 0 | 642 (10,2%) |
| Total | 144 | 45.997 | 144 | 43145 | 0 | 2852 (6,6%) |

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF

¹ Pacientes com processo administrativo deferido e com entrega programada dentro de cada mês. As planilhas sofrem avaliação mensalmente para análise da constância da retirada dos insumos.

Em média foram programadas aproximadamente 5.750 entregas por mês nas Unidades de Saúde e Farmácias Distritais do município no ano de 2016. Observa-se o aumento de 2.852 programações de entregas no ano de 2017 em comparação a 2016.

Tabela 148- Número de entregas¹ de insumos realizadas, por Gerência Distrital, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | | | | | | | |
|--------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | 2017 | | | 2016 | | | Variação | | |
| | Nº US e FD que entregam insumos | Total de pacientes atendidos | % de atendimento das entregas | Nº US e FD que entregam insumos | Total de pacientes atendidos | % de atendimento das entregas | Nº US e FD que entregam insumos | Total de pacientes atendidos | % de atendimento das entregas |
| Centro | 3 | 4.192 | 13,43 | 3 | 4654 | 15,16 | 0 | -462 (-10%) | -1,72712 |
| GCC | 25 | 3.448 | 11,05 | 25 | 3672 | 11,96 | 0 | -224 (-6,1%) | -0,9112 |
| LENO | 23 | 3.386 | 10,85 | 23 | 2837 | 9,24 | 0 | 549 (19,3%) | 1,61013 |
| NEB | 27 | 5.118 | 16,40 | 27 | 4866 | 15,85 | 0 | 252 (5,2%) | 0,550167 |
| NHNI | 13 | 3.914 | 12,54 | 13 | 3985 | 12,98 | 0 | -71 (-1,8%) | -0,43794 |
| PLP | 23 | 3.984 | 12,77 | 23 | 3439 | 11,2 | 0 | 545 (15,8%) | 1,566367 |
| RES | 12 | 2.863 | 9,17 | 12 | 2555 | 8,32 | 0 | 308 (12%) | 0,854224 |
| SCS | 18 | 4.302 | 13,79 | 18 | 4689 | 15,28 | 0 | -387 (-8,2%) | -1,49463 |
| Total | 144 | 31.207 | 100,00 | 144 | 30697 | 100 | 0 | 510 (1,7%) | - |

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF

¹ As entregas de insumos realizadas são contabilizadas a partir das listas de controle da entrega dos insumos, assinadas pelo paciente/usuário, no momento da retirada.

O número de retiradas pelos pacientes aumentou no ano de 2017 em comparação a 2016 em 1,7%. Há um aumento de 510 pacientes atendidos com o kit de manutenção para o automonitoramento da glicemia capilar (AMGC) em domicílio para o Controle da Diabetes Mellitus. Dentre os fatores para análise, encontram-se: continuidade da primeira entrega dos Kits inicial para os pacientes através da consulta farmacêutica com orientações referente ao manuseio correto do aparelho glicosímetro realizada nas Farmácias Distritais; realização de orientações voltadas ao uso racional dos medicamentos associados ao diabetes e/ou outras patologias relacionadas; ação conjunta de reforço pelos profissionais (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e Odontólogos) da Atenção Básica para com os pacientes ativos do PMDID, sobre a necessidade de manter a regularidade das retiradas dos kits de manutenção mensal nas Unidades de Saúde de referência, orientando para o registro de assinatura como comprovação de entrega e alertando que a não retirada poderá acarretar exclusão do PMDID.

Destacamos o aumento do número de pacientes do programa nas Gerências LENO, PLP e RES em número percentual respectivamente de 19,3%, 15,8% e 12% e a redução da gerência CENTRO em número percentual de 10%.

Tabela 149- Unidades de Insumos do Programa do Diabetes distribuídos e recursos financeiros utilizados em Porto Alegre/RS, entre os anos 2017 e 2016

| Insumos do diabetes | Ano | | | | | |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Unidades Distribuídas | Recurso financeiro aplicado (R\$) | Unidades Distribuídas | Recurso financeiro aplicado (R\$) | Unidades Distribuídas | Recurso financeiro aplicado (R\$) |
| Fitas Reagentes | 5.255.950 | 1.971.921 | 2.651.110 | 958.187,18 | 2.604.840 (98,2%) | 1.013.734 (106%) |
| Lancetas | 4.384.457 | 1.503.443 | 2.249.173 | 704.213,05 | 2.135.284 (95%) | 799.230 (113,5%) |
| Seringas Insulina | 1.549.254 | 909.472 | 826.403 | 280.751,30 | 722.851 (87,5%) | 628.721 (224%) |
| Total | 11.189.661 | 4.384.837 | 5.726.686 | 1.943.151,53 | 5.462.975 (95,4%) | 2.441.685 (125,7%) |

FONTE: Sistema GMAT.

No terceiro quadrimestre de 2017 houve um aumento das entregas realizadas associados ao processo de troca de marca dos aparelhos, pois foi feito um incremento na quantidade de unidades distribuídas que

consequentemente aumentaram o recurso aplicado, as quantidades remanescentes serão utilizadas para o abastecimento da gerência NHNI no primeiro quadrimestre de 2018. Salienta-se que o financiamento para a aquisição destes insumos advém da mesma Portaria da Farmácia Básica. Os valores recebidos ficam abaixo das necessidades previstas. O preço dos insumos também sofre reajustes anuais, apresentando necessidades de mais controles, a fim de ampliar acesso para atender às necessidades clínicas dos pacientes.

Observa-se que houve aumento dos recursos aplicados para aquisição de fitas reagentes. Visto que no ano de 2016 houve remanejamento entre as Farmácias Distritais e Unidades de Saúde, como também a verificação de posição de estoque no Almoxarifado da SMS pela ação conjunta com a EMAT/CGATA-SMS. No terceiro quadrimestre de 2017 houve um aumento das entregas realizadas associados ao processo de troca de marca dos aparelhos, pois foi feito um incremento na quantidade de unidades distribuídas que consequentemente aumentaram o recurso aplicado, as quantidades remanescentes serão utilizadas para o abastecimento da gerência NHNI no primeiro quadrimestre de 2018. Devido ao final da validade do registro de preço para os itens que compõem o Programa Municipal de Distribuição dos Insumos Diabetes em 09/10/2017, a Secretaria Municipal da Fazenda (SMF) realizou novo pregão eletrônico nº 154/2017. Tendo o certame homologado com mudança de marca e menor preço para compras das fitas reagentes, lancetas e seringas de insulina. A SMS se organizou dado ao final do ano fiscal, realizando em 09/11/2017 compras dos insumos para o atendimento em dezembro e janeiro de 2018. Essa ação garantiu o não desabastecimento aos pacientes inscritos no PMDID o que possibilitou a troca dos aparelhos glicosímetros em calendário construído para dezembro de 2017 para todos os pacientes das Gerências Distritais Centro, GCC, PLP, LENO, SCS, RES e NEB. Ficando apenas a Gerência Distrital NHNI para março de 2018, até distribuir o saldo das fitas reagentes coletadas no processo de troca dos aparelhos.

Salienta-se que o financiamento para a aquisição destes insumos advém da mesma Portaria da Farmácia Básica. Os valores recebidos ficam abaixo das

necessidades previstas. O preço dos insumos também sofrem reajustes anuais, apresentando necessidades de mais controles, a fim de ampliar acesso para atender às necessidades clínicas dos pacientes.

Atendimento Farmacêutico

Os serviços realizados pelos farmacêuticos nas Unidades de Saúde são voltados à promoção do uso racional e desenvolvimento de ações de educação da população e das equipes de saúde.

Os atendimentos realizados pelos farmacêuticos são limitados em função da escassez de recursos humanos, entretanto a presença do farmacêutico apoiador nas Unidades de Saúde já produziu resultados como aumento dos remanejamentos entre unidades de saúde e maior participação nas reuniões de colegiado e equipes. A série de atividades relacionadas nas tabelas abaixo demonstram o comprometimento do profissional e a inserção nas equipes e no território.

Tabela 150- Número de atendimentos e intervenções farmacêuticas nas Gerências Distritais, entre os anos 2016 e 2015

| Indicadores serviços farmacêuticos das GD | Centro | | GCC | | LENO | | NEB | | NHNI | | PLP | | RES | | SCS | | Total | | Varição |
|--|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|----------|-----------|-----------|-------------|-------------|---------------------|
| | Ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017/2016 |
| Nº de Atendimento Individual do Farmacêutico (em que o paciente foi atendido em sala individual, na FD ou em algumas US, em que houve intervenção e regimento) | 552 | 496 | 143 | 166 | 0 | 0 | 455 | 443 | 36 | 30 | 426 | 246 | 754 | 0 | 44 | 5 | 2410 | 1386 | 1024 (73,9%) |
| Nº de pedidos de medicamentos avaliados | 49 | 8 | 12 | 13 | 22 | 5 | 11 | 16 | 12 | 11 | 13 | 15 | 10 | 5 | 0 | 1 | 129 | 74 | 55 (74,3%) |
| Nº de E22 avaliados | 20 | 5 | 4 | 7 | 0 | 1 | 4 | 9 | 0 | 1 | 4 | 10 | 0 | 0 | 0 | 1 | 32 | 34 | -2 (-5,9) |
| Nº de visitas as unidades de saúde | 1 | 8 | 2 | 7 | 0 | 2 | 1 | 6 | 0 | 3 | 1 | 5 | 2 | 2 | 1 | 4 | 8 | 37 | -29 (-78,3%) |
| Nº de remanejos elaborados e realizados (de medicamentos e de insumos) | 22 | 6 | 2 | 4 | 8 | 5 | 4 | 31 | 2 | 6 | 2 | 10 | 4 | 1 | 2 | 0 | 46 | 63 | -17 (-27%) |
| Nº de devolução para EMAT | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nº de capacitações realizadas pelo farmacêutico | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 31 | 27 | 0 | 0 | 0 | 0 | 51 | 28 | 23 (82,1%) |
| Nº de capacitação farmacêutico Apoiador em reuniões de colegiado | 122 | 7 | 38 | 64 | 5 | 1 | 13 | 16 | 0 | 1 | 6 | 25 | 16 | 0 | 4 | 0 | 204 | 114 | 90 (78,9%) |
| Nº de participação farmacêutico Apoiador em reunião de equipe da US | 66 | 3 | 0 | 4 | 2 | 4 | 6 | 8 | 2 | 16 | 6 | 47 | 9 | 0 | 4 | 3 | 95 | 85 | 10 (11,8%) |
| Nº de participação de reuniões da COORAF | 852 | 533 | 201 | 265 | 37 | 18 | 494 | 530 | 52 | 53 | 489 | 385 | 795 | 8 | 55 | 14 | 2975 | 1821 | 1154 (63,4%) |
| Nº de participação em capacitações e eventos em que o farmacêutico participou. | 552 | 496 | 143 | 166 | 0 | 0 | 455 | 443 | 36 | 30 | 426 | 246 | 754 | 0 | 44 | 5 | 2410 | 1386 | 1024 (73,9%) |
| Nº de atividades PET Saúde | 49 | 8 | 12 | 13 | 22 | 5 | 11 | 16 | 12 | 11 | 13 | 15 | 10 | 5 | 0 | 1 | 129 | 74 | 55 (74,3%) |
| Nº de atividades na Residência | 20 | 5 | 4 | 7 | 0 | 1 | 4 | 9 | 0 | 1 | 4 | 10 | 0 | 0 | 0 | 1 | 32 | 34 | -2 (-5,9%) |
| Nº de atividades realizadas com estagiários | 1 | 8 | 2 | 7 | 0 | 2 | 1 | 6 | 0 | 3 | 1 | 5 | 2 | 2 | 1 | 4 | 8 | 37 | -29 (-78,4%) |
| Nº de participação em atividades de grupo no local da FD ou em outros espaços de saúde. | 22 | 6 | 2 | 4 | 8 | 5 | 4 | 31 | 2 | 6 | 2 | 10 | 4 | 1 | 2 | 0 | 46 | 63 | -17 (-27%) |
| Total | 852 | 533 | 201 | 265 | 37 | 18 | 494 | 530 | 52 | 53 | 489 | 385 | 795 | 8 | 55 | 14 | 2975 | 1821 | 1154 (63,4%) |

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF.

Tabela 151- Número Atendimentos e intervenções farmacêuticas nas farmácias distritais, entre os anos 2017 e 2016

| Indicadores por FD | Centro | | GCC | | LENO | | NEB | | NHNI | | PLP | | RES | | SCS | | Total | | Varição |
|--|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|----------|------------|-----------|-------------|-------------|----------------------|
| | Ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | - |
| Nº de atendimentos Individual do Farmacêutico (em que o paciente foi trazido para dentro da farmácia, em que houve registro da atividade e da intervenção feita) na Farmácia Distrital | 552 | 496 | 143 | 552 | 0 | 0 | 455 | 443 | 154 | 30 | 856 | 246 | 190 | 0 | 532 | 5 | 2882 | 1386 | 1496 (108%) |
| Nº de reuniões de equipe realizadas pelo farmacêutico na FD | 49 | 8 | 12 | 13 | 22 | 5 | 11 | 16 | 7 | 11 | 16 | 15 | 9 | 5 | 52 | 1 | 178 | 74 | 104 (140,5%) |
| Nº de participação do farmacêutico da distrital em reunião de colegiado | 20 | 5 | 4 | 7 | 0 | 1 | 4 | 9 | 0 | 1 | 4 | 10 | 0 | 0 | 18 | 1 | 50 | 34 | 16 (47,1%) |
| Nº de participação de reunião da COORAF | 1 | 8 | 2 | 7 | 0 | 2 | 1 | 6 | 2 | 3 | 1 | 5 | 0 | 2 | 0 | 4 | 7 | 37 | -30 (-81,1%) |
| Nº de participação em capacitações e eventos em que o farmacêutico participou | 22 | 6 | 2 | 4 | 8 | 5 | 4 | 31 | 3 | 6 | 3 | 10 | 0 | 1 | 19 | 0 | 61 | 63 | -2 (-3,2%) |
| Nº de atividades PET Saúde | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nº atividades em Residência | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 31 | 27 | 0 | 0 | 20 | 0 | 71 | 28 | 43 (153,6%) |
| Nº de atividade realizadas com estagiários | 122 | 7 | 38 | 64 | 5 | 1 | 13 | 16 | 16 | 1 | 6 | 25 | 0 | 0 | 95 | 0 | 295 | 114 | 181 (158,8%) |
| Nº de participação e, atividade de grupo no local da FD ou em outros espaços de saúde | 66 | 3 | 0 | 4 | 2 | 4 | 6 | 8 | 2 | 16 | 13 | 47 | 0 | 0 | 68 | 3 | 157 | 70 | 87 (124,3%) |
| Total | 852 | 533 | 201 | 265 | 37 | 18 | 494 | 530 | 184 | 53 | 930 | 385 | 199 | 8 | 804 | 14 | 3701 | 1806 | 1895 (104,9%) |

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF.

Patel e Zed (2002)¹ estimaram que os problemas na farmacoterapia são responsáveis por cerca de 9% a 24% das internações hospitalares provenientes dos atendimentos de urgência, e que cerca de 70% dos problemas na farmacoterapia seriam preveníveis com a atuação clínica do farmacêutico. Se estimarmos através de dados de internação do relatório de gestão de 2016, 21.588 internações foram realizadas em Porto Alegre, destas 1.942 a 5.181 podem ter sido geradas por problemas no uso dos medicamentos e 70% dessas (de 1.360 a 3.626) seriam preveníveis com a atuação clínica do farmacêutico. Sabendo-se que o custo médio da internação no Rio grande do Sul foi de R\$1386,13 podemos estimar que o N° de Atendimentos individuais do Farmacêutico (em que o paciente foi trazido para dentro da farmácia, em que houve registro da atividade e da intervenção feita) no município podem ter gerado uma economia de aproximadamente R\$ 462.130,20 a R\$ 1.232.347,19 por ano, gerados pelos 5.292 atendimentos dos farmacêuticos

¹PATEL, P.; ZED, P. J. Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem? *Pharmacotherapy*, Carlisle, v. 22, n. 7, p. 915-923, 2002.

Observa-se também uma redução no número de visitas realizadas pelos farmacêuticos apoiadores às Unidades de Saúde devido à necessidade de apoio às Farmácias Distritais, entretanto esse apoio refletiu em um aumento do número de atendimentos dos farmacêuticos apoiadores aos pacientes das FDs.

Nesse sentido a COORAF pactuou com todos os farmacêuticos que atuam na Atenção Primária à Saúde a reestruturação de seus indicadores de atendimento para uniformizar o registro das ações de assistência direta ao usuário do SUS. Para que a atuação clínica do farmacêutico possa ser mensurada. A atuação do farmacêutico no cuidado direto ao paciente, à família e à comunidade, a fim de reduzir a morbimortalidade relacionada ao uso dos medicamentos, promover a saúde e prevenir a doença e outras condições, é um desafio para o sistema de saúde brasileiro. Observa-se, no Brasil, um considerável crescimento nos últimos anos em relação à implantação de serviços clínicos, sejam em nível hospitalar, ambulatorial ou na atenção

primária, públicos ou privados. A dispensação exige do farmacêutico formação clínica, haja vista a necessidade de avaliar a prescrição, correlacionar os medicamentos prescritos/ não prescritos com as condições de saúde e características do paciente, além de considerar outros fatores que podem interferir no resultado do tratamento e na segurança do paciente. Deve seguir os princípios preconizados pela OMS na Declaração de Tóquio, ou seja, além de entregar o medicamento ou produto para a saúde, o farmacêutico deve promover as condições para que o paciente utilize-o da melhor maneira possível. Para que essa atuação seja mensurada indicadores foram redefinidos e serão utilizados para avaliar o impacto da atuação clínica do farmacêutico.

Tabela 152- Atendimento a meta de implementação da Assistência Farmacêutica (AF) nos dispensários de Unidades de Saúde da Atenção Básica por GD – Dados quantitativos dos indicadores das etapas do de programação, guarda e recebimento de medicamentos, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|--------------------|---------------|---------------|---|--------------------|--------------|--------------|---|--------------------|--------------|--------------|
| | 2017 | | | | 2016 | | | | Variação | | | |
| | Nº de dispensários (nº unidades de saúde) | Programação % (Nº) | Guarda % | Entrega % | Nº de dispensários (nº unidades de saúde) | Programação % (Nº) | Guarda % | Entrega % | Nº de dispensários (nº unidades de saúde) | Programação % (Nº) | Guarda % | Entrega % |
| SCS | 17 | 100 | 24 | 100 | 17 | 100 | 70 | 58 | 0 | 0,00 | -46,00 | 42,00 |
| NHNI | 12 | 100 | 100 | 83 | 12 | 100 | 64 | 52 | 0 | 0,00 | 36,00 | 31,00 |
| REST | 12 | 100 | 100 | 100 | 12 | 91,67 | 100 | 60 | 0 | 8,33 | 0,00 | 40,00 |
| Centro | 1 | 100 | 100 | 100 | 1 | 100 | 96,33 | 67 | 0 | 0,00 | 3,67 | 33,00 |
| NEB | 26 | 100 | 100 | 100 | 26 | 100 | 98,67 | 67 | 0 | 0,00 | 1,33 | 33,00 |
| LENO | 22 | 100 | 27 | 100 | 22 | 97,67 | 50,33 | 52 | 0 | 2,33 | -23,33 | 48,00 |
| PLP | 22 | 100 | 50 | 100 | 22 | 100 | 93 | 50 | 0 | 0,00 | -43,00 | 50,00 |
| GCC | 24 | 100 | 100 | 100 | 24 | 100 | 96,67 | 67 | 0 | 0,00 | 3,33 | 33,00 |
| Total GDs | 136 | 100% | 75,10% | 97,92% | 136 | 98,67 | 83,63 | 58,96 | 0 | 1,33 | -8,63 | 39,04 |
| Média das etapas | 91,01% | | | | 80,41 | | | | 10,60 | | | |

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF.

A etapa de programação foi qualificada com a inserção dos novos farmacêuticos nas gerências, dando suporte e orientação às US. A etapa de guarda ainda fica comprometida em função das necessidades de apoio dos farmacêuticos das Gerências às Farmácias Distritais para o cumprimento da Assistência Farmacêutica integral nas FDs. No quadro geral do Indicador relacionado às etapas da gestão logística do medicamento houve melhora nas etapas de programação e entrega.

Tabela 153- Atendimento a meta de implementação da Assistência Farmacêutica (AF) nas Farmácias Distritais e Especializadas por GD – Dados quantitativos dos indicadores das etapas do de programação, guarda e recebimento de medicamentos, entre os anos 2017 e 2016

| Farmácia Distrital e Especializada | Nº de Farmácias | Ano | | | | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------|----------------------|-------------|--------------|----------------------|-------------|--------------|----------------------|-------------|--------------|
| | | 2017 | | | 2016 | | | Variação | | |
| | | Programação %(Nº) | Guarda % | Entrega % | Programação %(Nº) | Guarda % | Entrega % | Programação %(Nº) | Guarda % | Entrega % |
| SCS | 1 (FD) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | - | - | - |
| NHNI | 2 (FD) + 1 (SAE) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | - | - | - |
| REST | 1 (FD) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | - | - | - |
| Centro | 2 (FD) + 1 (SAE) + 1 (FH) | 100 | 100 | 90 | 100 | 100 | 100 | - | - | 10 |
| NEB | 1 (FD) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | - | - | - |
| LENO | 1 (FD) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | - | - | - |
| PLP | 1 (FD) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | - | - | - |
| GCC | 1 (FD) + 1 (SAE) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | - | - | - |
| Total GDS | 14 | 100% | 100% | 99% | 100 | 100 | 100 | - | - | -1 |
| Média das etapas | | 99,58 | | | 100 | | | -0,42 | | |

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF.

Os pedidos são feitos de forma qualificada, estabelecido pelo consumo médio mensal e previsões sazonais. A dispensação tem sido realizada com as ferramentas existentes e melhorada, bem como o atendimento maior dos itens da lista básica. Além de fornecer ao paciente um cuidado diferenciado.

Tabela 154- Cálculo da média de atendimento a meta de implementação da Assistência Farmacêutica (AF) das etapas do de programação, guarda e recebimento de medicamentos, entre os anos 2016 e 2015

| Locais | Ano | | | | | | | | | | | | |
|--|------|--------------------------|-------------|--------------|------------|--------------------------|-------------|--------------|------------|--------------------------|-------------|--------------|------------|
| | 2017 | 2017 | | | | 2016 | | | | Variação | | | |
| | | Progra mação %(Nº) | Guarda % | Entrega % | Total % | Progra mação %(Nº) | Guarda % | Entrega % | Total % | Progra mação %(Nº) | Guarda % | Entrega % | Total % |
| Dispensários | 137 | 100 | 75,10 | 97,92 | 91,01 | 98,67 | 83,63 | 58,96 | 80,41 | 1,33 | -8,53 | 38,96 | 10,6 |
| Farmácias Distritais e Especializadas | 14 | 100 | 100 | 98,75 | 99,58 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | -1,25 | -0,42 |
| Média das etapas | | 95,92 | | | | 90,21 | | | | 5,71 | | | |

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF.

No ano de 2017 houve melhora no percentual geral (farmácias e dispensários) desse indicador em comparação ao ano de 2016. Essa melhora na avaliação se dá, principalmente, pela qualificação das etapas nas Unidades de Saúde quanto à entrega e à programação.

7.5 Assistência Laboratorial

A Assistência Laboratorial do município de Porto Alegre tem como missão a realização de exames de diagnóstico em análises clínicas para a população que utiliza o SUS, atendendo às normas de qualidade exigidas pelos órgãos reguladores, a fim de garantir a satisfação dos usuários e de profissionais envolvidos na promoção e recuperação da saúde.

O município de Porto Alegre possui três laboratórios próprios de análises clínicas, estando suas unidades distribuídas no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), no Hospital de Pronto Socorro (HPS) e no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (Laboratório Central - LABCEN). Os dois primeiros realizam quase que exclusivamente exames de demanda interna hospitalar e de urgência / emergência, enquanto o LABCEN atende em maior quantidade os exames de ambulatorios e de rotina para usuários de Unidades de Saúde (tabela 157).

Como a quantidade de exames a serem realizados pelos laboratórios próprios não é suficiente para atendimento total da demanda requisitada para a rede de atenção à saúde básica e especializada, a SMS complementa a mesma através de contratos com outros doze laboratórios (tabela 159).

Tabela 155– Quantitativo total de exames realizados pelos Laboratórios próprios do Município, nos anos de 2016 e 2017, e a variação entre os mesmos

| Exames | Ano | | Variação |
|-----------------------------|----------------|----------------|---------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Genotipagem/Carga Viral HCV | 2.680 | 3.130 | - 450 |
| Bioquímica | 443.742 | 419.435 | 24.307 |
| Imunologia | 56.682 | 49.792 | 6.890 |
| Hematologia e Coagulação | 136.443 | 143.972 | - 7.529 |
| Carga viral HIV | 10.944 | 12.237 | - 1.293 |
| CD4/CD8 | 9.001 | 11.180 | - 2.179 |
| HIV ELISA/ECLIA | 7.881 | 7.333 | 548 |
| Microbiologia | 27.936 | 28.637 | - 701 |
| Parasitologia | 1.146 | 2.087 | - 941 |
| Teste de Esterilização | 3.835 | 3.797 | 38 |
| Tuberculose | 11.515 | 13.679 | - 2.164 |
| Urinálise | 31.363 | 31.353 | 10 |
| Total | 743.168 | 726.632 | 16.536 |

FONTE: Sistema Informatizado de Laboratório – MADYA.

Podemos evidenciar com a tabela acima um acréscimo na produção de exames dos Laboratórios próprios do Município, totalizando um aumento de 16.536 exames no ano de 2017, o que representa um incremento aproximado

de 2% em relação ao ano anterior. A ampliação na quantidade de exames realizados é resultado da alteração na logística de transportes de amostras e, também, de uma reorganização das cotas de Unidades de Saúde, pois houve referenciamento de mais Unidades ao Laboratório Central do Município.

Ainda estamos estudando um modelo organizacional que compreenda a estruturação de postos de coleta de amostras acoplada a um sistema adequado de transporte das mesmas, a fim de aumentar a produção dos laboratórios próprios da rede municipal.

Testes de HIV/AIDS Laboratoriais

Tabela 156– Quantitativo total de testes laboratoriais realizados, entre os anos 2016 e 2015

| Testes | 2017 | 2016 | Varição |
|--------------------------|-------------|-------------|----------------|
| Exames Elisa* realizados | 74.738 | 65.957 | 8.781 |
| Western Blot** | 83 | 153 | - 70 |

FONTE: Tabwin.

Procedimento: *0202030300 e **0202030296.

Com a tabela acima podemos evidenciar que em 2017 houve um aumento na quantidade de exames realizados para testes de HIV por método ELISA e uma queda pelo método de Western Blot.

Cabe destacar que os esforços para a redução da realização dos exames laboratoriais continuam, cujo vetor importante dessa ação é o esclarecimento dos profissionais sobre a importância e os benefícios da realização dos testes rápidos na RAP, principalmente para o usuário.

Tabela 157– Quantitativo de exames realizados pelos laboratórios privados, bem como a referente produção financeira, nos anos de 2016 e 2017, e a variação entre os mesmos

| Laboratórios | Ano | | | | | | | | Variação Produção Física | Variação Produção Financeira (R\$) |
|------------------------------|----------------|-----------------------|------------------|---------------------------|----------------|-----------------------|---------------------------|------------------|--------------------------|------------------------------------|
| | 2017 | | | | 2016 | | | | | |
| | Teto Físico | Teto Financeiro (R\$) | Produção Física | Produção Financeira (R\$) | Teto Físico | Teto Financeiro (R\$) | Produção Financeira (R\$) | Produção Física | | |
| Andradas | 19.465 | 101.218,00 | 177.502 | 928.132,12 | 19.465 | 101.218,00 | 665.437,32 | 127.370 | 50.132 | 262.694,80 |
| Bioanálises | 18.962 | 98.601,39 | 178.596 | 1.144.690,27 | 18.962 | 98.601,39 | 1.192.999,38 | 188.910 | - 10.314 | - 48.309,11 |
| Endocrineta | 28.723 | 149.358,76 | 334.194 | 1.738.973,26 | 28.723 | 149.358,76 | 1.549.304,74 | 301.041 | 33.153 | 189.668,52 |
| Faculdade de Farmácia | 30.000 | 156.000,00 | 157.720 | 994.303,83 | 30.000 | 156.000,00 | 54.046,48 | 6.423 | 151.297 | 940.257,35 |
| Felippe | 13.000 | 67.600,00 | 130.706 | 667.912,71 | 13.000 | 67.600,00 | 601.397,33 | 116.164 | 14.542 | 66.515,38 |
| Geyer | 19.798 | 102.949,60 | 241.052 | 1.230.065,27 | 19.798 | 102.949,60 | 1.116.259,89 | 215.195 | 25.857 | 113.805,38 |
| Jeffman | 19.018 | 98.893,60 | 218.793 | 1.096.783,00 | 19.018 | 98.893,60 | 1.094.347,55 | 211.631 | 7.162 | 2.435,45 |
| Lafont* | 12.777 | 66.440,40 | 62.975 | 320.361,07 | 12.777 | 66.440,40 | 728.323,45 | 140.308 | - 77.333 | - 407.962,38 |
| Lutz | 21.360 | 111.072,00 | 253.497 | 1.265.177,51 | 21.360 | 111.072,00 | 1.206.070,59 | 241.107 | 12.390 | 59.106,92 |
| Marques Pereira | 19.600 | 101.919,65 | 212.136 | 1.082.393,97 | 19.600 | 101.919,65 | 1.167.242,06 | 225.310 | - 13.174 | - 84.848,09 |
| Moogen | 19.629 | 102.072,59 | 222.987 | 1.121.082,47 | 19.629 | 102.072,59 | 1.207.531,30 | 244.162 | - 21.175 | - 86.448,83 |
| Santa Helena | 19.510 | 101.451,48 | 190.451 | 986.364,60 | 19.510 | 101.451,48 | 900.304,28 | 173.521 | 16.930 | 86.060,32 |
| Senhor dos Passos | 25.204 | 131.058,32 | 280.396 | 1.474.968,32 | 25.204 | 131.058,32 | 1.531.024,63 | 292.757 | - 12.361 | - 56.056,31 |
| Total | 267.046 | 1.388.635,79 | 2.661.005 | 14.051.208,40 | 267.046 | 1.388.635,79 | 13.014.289,00 | 2.483.899 | 177.106 | 1.036.919,40 |

FONTE: Tabwin

* - O Laboratório Lafont foi descredenciado em agosto de 2017.

Podemos observar com os dados da tabela acima que houve um acréscimo na quantidade de exames realizados pelos laboratórios privados no ano de 2017 em relação ao de 2016 e, conseqüentemente, no valor investido para financiar os mesmos. Não há uma explicação direta sobre esse aumento de demanda, apenas evidenciamos, conforme o Relatório Anual de 2016, que havia decrescido no período. Portanto, observamos que a demanda agora se encontra mais equilibrada de acordo com os dados populacionais do Município e a incidência de patologias. Mesmo assim, a média mensal de exames nos laboratórios contratados em 2017 resultou em torno de 207 mil, quantidade esta que ainda é significativamente menor que o teto físico contratualizado, que é de 267 mil exames de análises clínicas mensais.

A SMS ainda não possui uma logística para referenciar os laboratórios contratados por gerências distritais, nem ferramentas de gestão adequadas para medição do absenteísmo dos usuários. Outra limitação é o fato de não haver uma rastreabilidade dos usuários para coerente mensuração dos dados de consultas médicas e exames relacionados. Como não houve progresso no desenvolvimento do sistema Gerlab, por motivo de contrato com a Procempa, estamos prevendo licitação para um novo sistema de gestão laboratorial até a metade do ano de 2018, a fim de resolver essas limitações relatadas acima e viabilizar o laudo via Internet, entre outras facilidades.

8 REGULAÇÃO DO SUS

Meta 37. Garantir que 77% das subespecialidades médicas tenham tempo de espera menor ou igual a 30 dias para consulta.

Atingiu-se um percentual de 66,64% das subespecialidades médicas sem demanda reprimida, totalizando 112 subespecialidades médicas sem fila de espera. A meta não foi atingida por ter ocorrido uma mudança no processo de regulação agendando-se os pacientes de acordo com os critérios de prioridade em detrimento da ordem cronológica.

Meta 40. Instituir o indicador de tempo médio de observação em emergência hospitalar em 100% dos prestadores contratualizados.

Quadro 11- Comparativo da meta, entre os anos 2017 e 2016

| Meta 40 | Anual | | Variação |
|--|-------|------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Tempo médio de observação em emergência hospitalar | 70% | 60% | 16% |

Quadro 12- Prestadores com indicador de tempo médio de observação na emergência hospitalar

| 2017 | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| Hospitais com Emergência | Indicador instituído no contrato |
| Irmadade Santa Casa de Misericórdia | Sim |
| Hospital São Lucas da PUCRS | Sim |
| Hospital Vila Nova | Sim |
| Instituto de Cardiologia | Sim |
| Hospital de Clínicas de Porto Alegre | Sim |
| Hospital Nossa Senhora da Conceição | Não |
| Hospital Cristo Redentor | Não |
| Hospital Fêmeina | Não |
| Hospital Restinga | Sim |
| Hospital Banco de Olhos | Sim |
| Total | 70% |

FONTE: NRP/GRSS/SMS

No final de 2017 alcançamos 70% dos hospitais com emergência, com o indicador tempo médio de observação em emergência hospitalar, restando a inclusão nos Hospitais Públicos Federais do Grupo Hospitalar Conceição. O indicador, que no final de 2016 estava instituído em 60% dos contratos, está sendo incluído à medida que novos contratos, ou aditivos, forem firmados.

Os documentos descritivos dos hospitais do Grupo Hospitalar Conceição já estão elaborados, estando contemplados os indicadores em questão e serão publicados em 2018, com cumprimento de 100 % do referido indicador.

Cabe informar que apesar de ainda não terem sido instituídos em todos os contratos, os Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar, conduzidos pela equipe da Média e Alta Complexidade, discutem e acompanham estes indicadores junto aos prestadores.

Meta 41. Monitorar indicadores hospitalares de qualidade em 100% dos hospitais contratualizados ao SUS pela Comissão de Acompanhamento de Contrato (CAC).

Quadro 13- Comparativo do realizado da meta, entre os anos 2017 e 2016

| Meta 41 | Anual | | Variação |
|---|-------|------|----------|
| | 2016 | 2017 | |
| Monitorar Indicadores hospitalares de qualidade | 100% | 100% | 0% |

Quadro 14– Reuniões de Comissão de Acompanhamento de Contratos realizadas em 2017

| HOSPITAL | DATA | | |
|-------------------------|-------|-------|-------|
| Banco de Olhos | 13/03 | 26/06 | 06/11 |
| São Lucas da PUC | 23/03 | 07/07 | 21/11 |
| IC/FUC | 06/03 | 05/07 | 09/11 |
| Beneficência Portuguesa | 08/03 | 28/06 | 07/11 |
| HCPA | 20/03 | 12/06 | 10/11 |
| Conceição | 14/03 | 07/06 | 13/11 |
| Cristo Redentor | 15/03 | 07/06 | 13/11 |
| Femina | 15/03 | 07/06 | 13/11 |
| Independência | 20/03 | 14/06 | 08/11 |
| Espirita | 07/03 | 30/06 | 16/11 |
| Restinga | 21/03 | 31/05 | 17/11 |
| Santa Casa | 06/04 | 30/06 | 20/11 |
| Vila Nova | 21/03 | 23/06 | 22/11 |
| Ernesto Dornelles | 09/03 | 30/06 | 14/11 |

FONTE: NRP/GRSS

Todas as reuniões previstas de acompanhamento de contrato foram realizadas, portanto a meta foi atingida em sua plenitude. Trata-se de prioridade da SMS manter as avaliações em dia, de modo a efetivar as diretrizes de contratualização dispostas na Portaria de Consolidação nº 2/17, anexo XXIII, e avaliar os serviços prestados através de metas físico-financeiras e de qualidades contratadas, encaminhando ao gestor a necessidade de

sanções quando identificadas insuficiências de resultados perante os contratos. Em 2016 esse indicador já estava em 100% de cumprimento.

Meta 47. Contratualizar 100% dos prestadores de serviços ambulatoriais aptos, conforme legislação vigente e necessidade da SMS.

Quadro 15- Comparativo do realizado da meta, entre os anos 2017 e 2016

| Meta 47 | Anual | | Variação |
|--|-------|------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Prestadores ambulatoriais contratualizados | 100% | 85% | 17% |

Quadro 16– Prestadores de serviços ambulatoriais aptos e contratados

| Prestador de serviço ambulatorial apto | Contrato assinado em 31/12/2017 |
|---|---------------------------------|
| Laboratório Andradas | Sim |
| Laboratório Bioanálises | Sim |
| Laboratório Endocrimeta | Sim |
| Laboratório Felipe | Sim |
| Laboratório Geyer | Sim |
| Laboratório Jeffman | Sim |
| Laboratório Lutz | Sim |
| Laboratório Marques Pereira | Sim |
| Laboratório Moogen | Sim |
| Laboratório Santa Helena | Sim |
| Laboratório Senhor dos Passos | Sim |
| Laboratório da Faculdade de Farmácia da UFRGS | Sim |
| RADICOM | Sim |
| SIDI | Sim |
| SESC Odontologia | Sim |
| SESC Exames | Sim |
| SER – Serviços de Doenças Renais | Sim |
| IDR – Instituto de Doenças Renais | Sim |
| CDT – Centro de Diálise e Transplante | Sim |
| AACD | Sim |

FONTE: NRPA/GRSS/SMS.

Em 2016 havia 13 prestadores aptos a contratualizar sendo 11 deles contratualizados. O ano de 2017 encerrou com 20 prestadores ambulatoriais aptos e todos com contrato vigente, atingindo 100% da meta pactuada.

O convênio assinado com o SESC para execução de procedimentos de odontologia foi firmado em caráter de gratuidade.

Quadro 17– Situação de Chamada Pública para Serviços Ambulatoriais

| 2017 | |
|---|---|
| Chamamento Público | Andamento |
| Laboratórios | Realizado/Contratado. |
| Exames | Realizado em 2017/ Em fase de contratualização. |
| Nefrologia | Realizado/Em fase de contratualização. |
| Fisioterapia | Realizado/Em fase de contratualização. |
| Centro Especializado de Reabilitação - CER II | Realizado/Em fase de contratualização. |

FONTE: NRPA/GRSS/SMS.

Quanto ao chamamento público de nefrologia houve 5 (cinco) serviços habilitados, sendo que 2 (dois) estão em fase de contratualização. No chamamento de fisioterapia houve 8 (oito) habilitados, que estão em fase de contratualização. Os serviços habilitados no chamamento público para CER II (CEREPAL e AACD) aguardam, após a divulgação do resultado final, o processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Meta 48. Contratualizar 100% dos prestadores hospitalares vinculados ao SUS no município, conforme necessidade da SMS.

Quadro 18- Comparativo do realizado da meta, entre os anos 2017 e 2016

| Meta 47 | Anual | | Variação |
|---|-------|-------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Prestadores hospitalares contratualizados | 100% | 62,5% | 60% |

Quadro 19– Prestadores hospitalares com contrato vigente no 3º quadrimestre

| Prestadores Hospitalares vinculados ao SUS | Contrato vigente em 30/12/2017 |
|---|---------------------------------------|
| Hospital Banco de Olhos | Sim |
| Hospital Beneficência Portuguesa | Encerrado |
| Hospital Cardiologia | Sim |
| Hospital de Clínicas | Sim |
| Hospital Cristo Redentor | Sim |
| Hospital Independência | Sim |
| Hospital Espírita | Sim |
| Hospital Fêmeina | Sim |
| Hospital Nossa Senhora da Conceição | Sim |
| Hospital São Lucas da PUCRS | Sim |
| Hospital da Restinga | Sim |
| Hospital Santa Ana | Sim |
| Irmandade Santa Casa de Misericórdia | Sim |
| Hospital São Pedro | Sim |
| Hospital Vila Nova | Sim |
| Hospital Materno Infantil Presidente Vargas | Prestador Próprio |
| Hospital de Pronto Socorro | Prestador Próprio |
| Hospital Ernesto Dornelles | Sim |
| Total | 100% |

FONTE: NRP/GRSS

Foi atingido resultado de 100%, considerando os 14 prestadores privados/filantrópicos e 01 prestador público estadual, conforme tabela acima. Em 2016, esse percentual era de 62,5%. Com relação aos 02 prestadores que são próprios municipais informamos que serão contratualizados na modalidade de contrato de gestão nos termos da nossa Constituição Federal.

Cabe salientar que o Hospital Beneficência Portuguesa teve o seu contrato rompido com a SMS-POA em novembro de 2017 por descumprimento de cláusulas contratuais.

8.1 Regulação de Serviços Ambulatoriais Especializados

Tabela 158- Oferta de consultas iniciais dos serviços hospitalares em 2017, reguladas pela Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados de Porto Alegre/RS

| Prestadores hospitalares | Oferta | Bloqueio | % Bloqueios |
|---|----------------|-----------------|--------------------|
| Irmandade da Santa Casa | 49.895 | 57 | 0,11 |
| Hospital São Lucas da PUCRS | 31.239 | 643 | 1,99 |
| Hospital de Clínicas de Porto Alegre | 52.021 | 1.677 | 3,22 |
| Hospital Nossa Senhora da Conceição | 63.774 | 7.237 | 11,35 |
| Hospital Fêmeina | 12.903 | 1.314 | 10,19 |
| Hospital Cristo Redentor | 3.596 | 462 | 12,85 |
| Hospital Materno Infantil Presidente Vargas | 19.331 | 3.927 | 20,31 |
| Hospital Beneficência Portuguesa | 7.448 | 1.090 | 14,63 |
| Hospital Independência | 8.256 | 1.152 | 13,95 |
| Hospital Banco de Olhos | 14.620 | 566 | 3,87 |
| Hospital Restinga | 2.918 | 700 | 23,99 |
| Instituto de Cardiologia | 16.278 | 0 | 0 |
| Associação Hospitalar Vila Nova | 22.826 | 2.120 | 9,29 |
| Total | 305.105 | 20.945 | 6,86 |

FONTE: GERCON/SMS

Não foi possível a extração de dados abertos por prestador no ano de 2016, pois houve a migração do sistema AGHOS para o sistema GERCON. Somente foram disponibilizados dados abertos a partir do 3º quadrimestre de 2016, quando o sistema GERCON já estava em pleno funcionamento. A tabela abaixo demonstra a variação dos dados totalizados, refletindo o contratualizado com os prestadores.

Quadro 20- Oferta de consultas iniciais dos serviços hospitalares, reguladas pela Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados de Porto Alegre/RS

| Tipo de serviço | 2017 | | | 2016 | | | Varição | |
|------------------------|---------------|-------------|---------------|---------------|-------------|---------------|----------------|----------|
| | Oferta | Bloq | % Bloq | Oferta | Bloq | % Bloq | Nº | % |
| Hospitais | 305.105 | 20.945 | 6,86 | 288.800 | 20.122 | 6,97% | 16.305 | + 5,64 |

FONTE: AGHOS e GERCON. CMCE/GRSS

8.2 Produção dos Prestadores Hospitalares

Tabela 159- Faturamento Ambulatorial: Contrato dos hospitais de Porto Alegre

| Hospital | 2017 | | | | 2016 | | | |
|------------------------------|-----------------|-------------------|---------------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| | Produção Físico | Contrato Físico | Produção Financeiro | Contrato Financeiro | Produção Físico | Contrato Físico | Produção Financeiro | Contrato Financeiro |
| Hospital Conceição | 3.361.792 | 2.770.536 | 42.230.540,82 | 37.391.616,00 | 3.379.293 | 2.770.536 | 41.258.944,83 | 35.338.499,76 |
| Hospital Fêmina | 344.718 | 245.568 | 5.962.354,22 | 5.466.321,24 | 318.969 | 245.568 | 6.022.326,84 | 5.466.321,24 |
| Hospital Cristo Redentor | 467.788 | 352.644 | 7.534.411,39 | 4.978.889,16 | 496.703 | 352.644 | 5.990.986,61 | 4.978.883,76 |
| Hospital de Clínicas | 2.480.691 | 2.466.000 | 58.810.726,68 | 53.062.075,44 | 2.613.654 | 2.702.112 | 57.852.800,44 | 67.037.910,36 |
| Hospital Sanatório Partenon | 78.159 | Estadual | 362.868,08 | Estadual | 88.877 | Estadual | 314.010,29 | Estadual |
| Hospital São Pedro | 38.604 | 19.728 | 156.272,66 | 575.089,14 | 71.083 | Estadual | 128.976,56 | Estadual |
| Hospital São Lucas da PUC | 906.323 | 920.172 | 25.713.279,63 | 26.372.949,96 | 936.092 | 1.022.676 | 26.495.650,49 | 24.121.752 |
| Hospital Banco de Olhos | 357.590 | 278.028 | 5.692.736,00 | 3.567.472,32 | 382.991 | 286.284 | 5.994.077,78 | 5.614.235,28 |
| Hospital Independência | 111.657 | 112.020 | 1.367.817,21 | 2.175.836,16 | 117.943 | 282.636 | 2.176.360,82 | 6.899.155,80 |
| Hospital Divina Providência | 12.749 | | 1.603.555,15 | | 14.934 | | 1.855.310,92 | |
| Hospital Ben.Portuguesa | 16.573 | 60.468 | 159.391,92 | 4.611.514,20 | 45.026 | 61.476 | 880.129,38 | 966.180,00 |
| Hospital de Pronto Socorro | 572.165 | Próprio Municipal | 5.390.263,08 | Próprio Municipal | 606.482 | Próprio Municipal | 5.200.102,79 | Próprio Municipal |
| Hospital Presidente Vargas | 931.375 | Próprio Municipal | 6.808.167,55 | Próprio Municipal | 937.939 | Próprio Municipal | 6.815.422,59. | Próprio Municipal |
| Irmandade Santa Casa | 1.991.833 | 2.217.096 | 51.254.515,93 | 62.427.986,40 | 2.111.311 | 2.195.700 | 51.484.199,71 | 55.096.258,68 |
| Hospital Vila Nova | 668.405 | 534.996 | 9.514.969,92 | 7.822.978,68 | 589.384 | 467.724 | 6.303.161,63 | 5.815.159,44 |
| Instituto de Cardiologia | 451.950 | 487.224 | 6.424.580,52 | 6.982.022,76 | 442.803 | 485.760 | 6.120.079,56 | 6.531.752,51 |
| Unidade São Rafael/Santa Ana | 852 | 4.324 | 5.254,25 | 5.601.537,96 | 944 | | 5.775,48 | |
| Hospital Restinga | 472.394 | 786.708 | 2.409.328,98 | 1.918.767,24 | 620.374 | Global | 1.689.249,00 | Global |

FONTE: SIA e SIH/ DATASUS e NRP

*Repasso mensal de R\$ 845.116,29 complementa a produção MAC de R\$ 954.883,71 totalizando R\$ 1.800.000,00.

**O Hospital da Restinga Extremo Sul tem o repasse Federal de R\$ 1.987.610,67; Repasse Estadual de R\$ 1.100.000,00; PROADI Isenção Tributária de R\$ 1.513.704,62 e acréscimo à produção ao incentivo federal de R\$ 312.389,33 Totalizando R\$ 4.913.704,62

O Hospital Conceição e o Hospital Fêmeina, no ano de 2017 em comparação ao ano de 2016, ampliou a sua produção tanto física quanto financeira. O Hospital Cristo redentor apresentou redução na produção física no ano de 2017 em comparação ao ano anterior, mas com aumento de faturamento, o que evidencia uma maior complexidade no perfil dos pacientes atendidos em sua instituição.

O Hospital de Clínicas tendo em vista a redução dos valores contratados apresentou uma redução nos anos em análise tanto na parte física como na parte financeira, mas com uma demonstração de ampliação na complexidade dos pacientes atendidos ao se analisar a produção financeira do ano de 2017 (a redução na produção física foi discretamente maior do que a redução da produção financeira).

O Hospital Sanatório Partenon não estava contratualizado no ano de 2017, no entanto, verificamos uma redução da produção física no ano de 2017 em comparação a 2016, mas com ampliação da produção financeira, a ensejar que os pacientes atendidos apresentaram uma maior complexidade dos recursos ofertados.

O Hospital São Pedro foi contratado no ano de 2017, com ajustes de suas metas físico-financeiras a sua real capacidade instalada de produção. Frente a isso, evidenciou-se uma redução da produção física no ano de 2017 com ampliação da produção financeira no ano corrente, a ensejar maior gravidade nos pacientes regulados.

O Hospital São Lucas da PUCRS evidenciou uma redução na produção físico e financeira no ano de 2017 comparativamente ao ano de 2016, sendo tal volume de produção avaliado no momento da renovação contratual do ano de 2018, com adequação dos tetos contratualizados com a SMS-POA.

O Hospital Banco de Olhos teve uma redução no ano de 2017 na produção física e financeira em comparação ao ano de 2016, muito, devido à redução de valores contratados com a referida instituição. No ano corrente consideramos a série histórica do mesmo para os tetos a serem contratualizados com o gestor municipal.

O Hospital Independência evidenciou no ano de 2017 uma redução na produção físico e financeira. Tais valores de produção foram levados em consideração no momento da renovação contratual de referido hospital, a ensejar uma contratação dentro da capacidade real de oferta de serviços.

O Hospital Beneficência Portuguesa teve seu contrato rescindido com o gestor municipal por descumprimento contratual por parte do prestador hospitalar.

Os dois prestadores hospitalares próprios estão em fase de implementação dos seus processos de faturamento em suas instituições, o que dificulta uma análise mais pormenorizada nos anos de 2016 e 2017.

O Hospital Santa Casa adequou sua produção no ano de 2017 ao valor contratado, com discreta redução na produção física e financeira, a ensejar uma maior complexidade nos pacientes atendidos.

O Hospital Vila Nova ampliou consideravelmente a sua produção física e financeira no ano de 2017 em comparação a 2016, o que foi levado em consideração ao se renovar os seus valores contratuais no ano corrente.

O Hospital Cardiologia ampliou as suas produções tanto físicas quanto financeiras no ano de 2017 em comparação a 2016, o que demonstra uma maior complexidade dos pacientes atendidos.

O Hospital da Restinga em virtude da melhora no seu setor de faturamento evidenciou uma ampliação na sua produção físico e financeira no ano de 2017, comparativamente a 2016, o que demonstra, também, um aumento na complexidade dos pacientes atendidos.

Tabela 160- Faturamento Hospitalar: produção aprovada dos hospitais de Porto Alegre

| Hospitais | 2017 | | | | 2016 | | | |
|----------------------------------|-----------------|-------------------|---------------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| | Produção Físico | Contrato Físico | Produção Financeiro | Contrato Financeiro | Produção Físico | Contrato Físico | Produção Financeiro | Contrato Financeiro |
| Hospital Conceição | 35.335 | 35.856 | 60.870.998,20 | 42.551.009,94 | 37.310 | 35.856 | 60.793.374,35 | 42.551.009,64 |
| Hospital Fêmeina | 10.289 | 12.048 | 9.343.944,81 | 10.648.356,96 | 10.370 | 12.048 | 8.932.371,48 | 10.648.356,96 |
| Hospital Cristo Redentor | 7.410 | 7.524 | 14.503.039,78 | 12.218.961,12 | 7.702 | 7.524 | 12.561.863,13 | 12.218.961,12 |
| Hospital de Clinicas | 33.489 | 31.176 | 79.555.125,39 | 73.272.771,72 | 36.183 | 31.200 | 80.565.050,88 | 56.483.324,88 |
| Hospital Sanatório Partenon | 405 | | 721.112,70 | Estadual | 391 | | 712.042,10 | |
| Hospital Psiquiátrico São Pedro | 706 | 864 | 728.566,35 | 1.068.211,20 | 580 | Estadual | 634.184,06 | Estadual |
| Hospital São Lucas da PUCRS | 16.488 | 18.300 | 41.585.072,70 | 50.545.701,60 | 18.111 | 20.700 | 43.936.525,66 | 40.290.687,60 |
| Hospital Banco de Olhos | 965 | 792 | 2.319.092,83 | 1.293.674,76 | 770 | 708 | 1.771.639,39 | 1.220.242,80 |
| Hospital Independência* | 3.954 | 4.608 | 5.209.533,65 | 10.816.279,44 | 3.498 | 27.084 | 4.365.469,19 | 11.484.430,20 |
| Hospital Beneficência Portuguesa | 2.390 | 6.648 | 3.506.647,74 | 10.890.759,72 | 2.733 | 5.316 | 4.497.414,14 | 13.302.901,80 |
| Hospital Espírita | 1.942 | 2.664 | 1.783.174,43 | 3.073.556,88 | 2.295 | 2.664 | 2.057.256,93 | 3.073.556,88 |
| Hospital de Pronto Socorro | 6.209 | Próprio Municipal | 10.766.844,05 | Próprio Municipal | 5.167 | Próprio Municipal | 8.465.130,63 | Próprio Municipal |

| | | | | | | | | |
|------------------------------|--------|-------------------|---------------|-------------------|--------|-------------------|---------------|-------------------|
| Hospital Presidente Vargas | 5.769 | Próprio Municipal | 5.580.207,54 | Próprio Municipal | 5.746 | Próprio Municipal | 5.663.002,60 | Próprio Municipal |
| Irmandade da Santa Casa | 24.663 | 28.704 | 82.125.763,51 | 92.889.023,28 | 23.207 | 31.728 | 79.396.448,65 | 92.153.837,04 |
| Hospital Vila Nova | 15.561 | 16.248 | 13.359.893,46 | 14.824.898,28 | 14.183 | 14.652 | 12.420.344,54 | 9.787.473,00 |
| Instituto de Cardiologia | 6.116 | 6.492 | 40.523.189,64 | 44.395.464,48 | 5.568 | 6.048 | 37.008.841,06 | 40.642.872,00 |
| Unidade São Rafael/Santa Ana | 480 | 2.760 | 527.250,00 | 2.418.468,08 | 494 | Convênio | 536.199,00 | Convênio |
| Hospital Porto Alegre | | | | | 74 | | 85.955,99 | |
| Hospital Ernesto Dornelles | 161 | 60 | 90.227,86 | Gratuidade | 191 | 720 | 88.142,46 | Gratuidade |
| Hospital Restinga | 3.723 | 4.404 | 1.901.792,77 | 1.929.904,72 | 3.094 | Global | 1.465.601,20 | 55.200,00 |

FONTE: SIA e SIH/ DATASUS e NRP

FATURAMENTO APURADO (SETEMBRO A NOVEMBRO/2017), O MÊS DE DEZEMBRO NÃO ESTÁ DISPONÍVEL NA DATA DE HOJE (04/01/18)

O Hospital Nossa Senhora Conceição apresentou na parte hospitalar uma produção financeira acima do contratado tanto em 2016 quanto em 2017. Na parte física evidenciou-se uma discreta redução na sua produção. Isto pode estar relacionado ao fato de este prestador apresentar uma maior produção na alta complexidade. Destaca-se que os contratos do Grupo Hospitalar Conceição não sofreram variação nos anos de 2016 a 2017, com manutenção dos seus tetos contratuais.

O Hospital Fêmeina também evidenciou uma ampliação na sua produção financeira no ano de 2017, com discreta redução na sua produção física. Tal fato pode estar relacionado a um aumento na complexidade dos pacientes atendidos.

O Hospital Cristo Redentor reduziu no ano de 2017 os seus tetos físico e financeiros produzidos, o que pode estar relacionado à manutenção dos valores contratuais no referido ano.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre no ano de 2017 teve uma redução na sua produção física, acompanhado de uma discreta redução em sua produção financeira, a ensejar que tal instituição cumpre o seu papel na rede, que é o atendimento de pacientes com maior complexidade.

O Hospital Sanatório Partenon ampliou no ano de 2017 a sua produção hospitalar tanto na parte físico quanto financeira.

O Hospital São Pedro no ano de 2017 ampliou sua produção tanto na parte física quanto na parte financeira, o que pode estar relacionada a uma efetiva regulação de seus leitos pelo gestor municipal.

O Hospital da PUC evidenciou uma redução na sua produção físico e financeira no ano de 2017, o que foi levado em consideração no momento da renovação contratual no ano de 2018, a ensejar uma contratação dentro da capacidade de produção do referido prestador hospitalar.

O Hospital Banco de Olhos, referência para o Estado do RS em muitos procedimentos de alta complexidade hospitalar, produziu a maior tanto na parte física quanto financeira contratualizada no ano de 2017 em comparação a 2016.

O Hospital Independência evidenciou melhora do cumprimento das metas quantitativas contratadas tanto físico quanto financeiras, com melhora em relação ao ano anterior.

O Hospital Beneficência Portuguesa teve seu contrato rescindido com o gestor municipal de saúde no ano de 2017 por descumprimento contratual.

O Hospital Espírita reduziu a sua produção física e financeira no ano de 2017 em comparação a 2016. Tal fato pode estar relacionado a um aumento de pacientes crônicos com duração prolongada em referida instituição.

O HPS ampliou a sua produção no ano de 2017 em comparação a 2016. O HMIPV teve uma discreta redução na parte financeira no referido ano. Tais valores estão sendo considerados no momento de sua efetiva contratualização.

A instituição hospitalar Santa Casa produziu a maior tanto na parte físico quanto na parte financeira no ano de 2017, o que está relacionado ao seu papel de atendimento na rede de atenção à saúde, que são pacientes com maior complexidade.

O Hospital Vila Nova produziu a maior no ano de 2017 em comparação a 2016 tanto na meta física como na financeira.

O Instituto de Cardiologia também ampliou no ano de 2017 o cumprimento de suas metas quantitativas contratadas, o que evidencia o perfil de maior complexidade nos pacientes atendidos.

O Hospital Ernesto Dornelles no ano de 2017 produziu a menor na parte física com discreto aumento em sua produção financeira, o que evidencia um aumento na complexidade dos pacientes atendidos.

O Hospital da Restinga ampliou o cumprimento de suas metas físico e financeiras no ano de 2017 em comparação a 2016, a demonstrar um aumento no perfil de complexidade dos pacientes atendidos.

Tabela 161- Faturamento Hospitalar: produção aprovada dos hospitais de Porto Alegre

| Origem do Paciente | 2017 | | | | | 2016 | | | | |
|------------------------------|----------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|----------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|
| | Hospitalar | | | | | Hospitalar | | | | |
| | Quantidade AIH | % | Valor (R\$) | % | Valor médio AIH (R\$) | Quantidade AIH | % | Valor (R\$) | % | Valor médio AIH (R\$) |
| Município de Porto Alegre | 101.278 | 57,5 | 164.467.137,09 | 43,9 | 1.623,92 | 102.506 | 57,7 | 163.935.959,05 | 44,4 | 1.599,28 |
| Municípios do Interior RS | 74.287 | 42,2 | 205.849.445,47 | 54,9 | 2.771,00 | 74.754 | 42,1 | 201.292.549,11 | 54,6 | 2.692,73 |
| Municípios de Outros Estados | 504 | 0,29 | 4.709.304,37 | 1,26 | 9.343,86 | 407 | 0,23 | 3.728.349,28 | 1,01 | 9.160,56 |
| Total | 176.069 | 100 | 375.025.886,93 | 100 | 2.129,99 | 177.667 | 100 | 368.956.857,44 | 100 | 2.076,68 |

FONTE: SIH/SUS

* Excluídos os hospitais que são apenas captadores de órgãos: Moinhos, Mãe de Deus e Divina

Analisando a variação em relação ao ano de 2016, percebe-se em 2017, um pequeno decréscimo nas quantidades de AIH (em torno de 1%) enquanto que os valores utilizados tiveram um aumento de 1% em relação ao seu custo, quando comparados ao ano anterior. O valor médio das AIHs, por sua vez, apresentou uma pequena elevação no seu custo independentemente da origem do paciente. Percebe-se, também, que as internações dos pacientes de municípios do interior custaram mais em relação às internações dos municípios de Porto Alegre. Isso se deve porque a maior parte das internações de alta complexidade são de pacientes do interior. Mesmo assim, outra inferência que pode ser feita é que o valor médio é maior pelo agravamento da situação de saúde desses pacientes e que, por vezes, percorrem longos trajetos até acessarem os serviços hospitalares da capital. Os pacientes provenientes dos outros Estados são em grande maioria pacientes de alta complexidade encaminhados pela Central de Transplantes Estadual e pela Central Nacional Regulação em Alta Complexidade (CNRAC), motivo pelo qual o valor médio das AIH é muito superior.

8.3 Internações Hospitalares por Grupo e Especialidade

Tabela 162- Regulação de internações hospitalares de urgência, por tipologia de leitos, realizadas pela Central de Regulação de Internações Hospitalares de Porto Alegre/RS

| Descrição | Nº Solicitações | | Nº Internações | | % de regulações | | Variação (2017-2016) |
|----------------|-----------------|--------------|----------------|--------------|-----------------|--------------|----------------------|
| | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | |
| UTI Neonatal | 1347 | 1319 | 361 | 348 | 26,80 | 26,38 | 0,42 |
| UTI Pediátrica | 1220 | 1037 | 668 | 559 | 54,75 | 53,91 | 0,85 |
| UTI Adulto | 3034 | 3221 | 1164 | 1030 | 38,37 | 31,98 | 6,39 |
| Infectologia | 786 | 710 | 465 | 288 | 59,16 | 40,56 | 18,60 |
| Psiquiatria | 8012 | 7526 | 6398 | 5626 | 79,86 | 74,75 | 5,10 |
| Clínica Médica | 12361 | 13307 | 8471 | 8777 | 68,53 | 65,96 | 2,57 |
| Pediatria | 3222 | 3103 | 2173 | 1932 | 67,44 | 62,26 | 5,18 |
| Total | 29982 | 30223 | 19700 | 18560 | 65,71 | 61,41 | 4,30 |

FONTE: Sistema Informatizado da SMS/POA.

A Central de Regulação de Internações Hospitalares de Porto Alegre contabilizou no ano de 2017 o total de 111.545 solicitações de internações de urgência e eletivas, sendo autorizadas 98.619 internações pela equipe de reguladores. Não foram contabilizadas as internações eletivas do Grupo Hospitalar Conceição (H. Nossa Senhora da Conceição, H. Cristo Redentor, H. Femina) e Hospital de Clínicas.

A tabela acima não contempla as autorizações de internações eletivas e uma boa parte das autorizações de solicitações próprias dos hospitais de pacientes vindos da emergência.

Ainda em dezembro de 2017 iniciou o projeto piloto de implantação do sistema GERINT no Hospital Nossa Senhora da Conceição e UPA Moacyr Scliar. Em 08 de janeiro de 2018 houve a implantação no restante dos hospitais de POA, sendo que, a partir desta data, todas as internações hospitalares estão reguladas por este sistema, que busca a qualificar o processo de internações hospitalares no município de Porto Alegre.

9 AUDITORIAS DO SUS

9.1 Auditorias Realizadas

Metas 56. Estruturar o componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

A meta foi atingida, pois se considera que o Componente Municipal de Auditoria (SNA) está estruturado. Resta pendente, como necessidades de gestão para 2018, a integração de novos profissionais da área financeira e orçamentária à equipe e a reposição dos servidores egressos.

O Componente Municipal segue desenvolvendo ações de Auditoria de forma compartilhada com o Componente Federal e demais órgãos de controle, produzindo relatórios com maior qualidade, devido ao alinhamento de metodologias de trabalho utilizadas por esses componentes. O Sistema de Auditoria (SISAUD) do DATASUS, que auxilia na elaboração de relatórios de auditoria, permanece com algumas instabilidades e dificuldades no acesso, o que retarda o processo de migração da totalidade dos relatórios para esse sistema.

No ano de 2017 foram realizadas 32 auditorias e 12 pareceres técnicos, conforme já detalhado nos relatórios quadrimestrais.

10 AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde objetivou como prioridade o atendimento das metas do Plano Municipal de Saúde (PMS) referente ao quadriênio 2014 -2017, assim as ações pactuadas nas Programações Anuais de Saúde (PAS) ocorridas em mesmo período.

Salienta-se que no decorrer da vigência do PMS a cada quadrimestre de monitoramento, assim como nas avaliações anuais, praticamente se atendeu em plenitude todas as metas pactuadas.

Segue abaixo as metas do PMS que foram atendidas por esta Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde durante os quatro anos de vigência:

Meta 1. Atingir 95% dos encerramentos oportunos dos casos de doenças e ou agravos de notificação compulsória transmissíveis que necessitam investigação epidemiológica, segundo Portaria Ministerial Consolidada nº 04, de 2017.

Observações: alterou em 2017 a metodologia de cálculo, explicada no capítulo da Vigilância Epidemiológica, considerando somente doenças transmissíveis de notificação compulsória imediata (DNCI) e neste último ano, o de 2017, a meta alterou para 75%, segundo o Business Intelligent (BI) da SES/RS

Status: meta atingida.

Meta 5. Implantar o monitoramento dos resultados de exames de lesões intraepiteliais de alto grau do colo de útero para o acompanhamento das mulheres com esse diagnóstico nas unidades de saúde.

Status: Monitoramento Implantado. Meta atingida.

Meta 14. Elaborar o Plano de Implantação da Vigilância em Saúde Mental:

Status: meta não atingida.

Meta 21. Realizar vigilância e controle vetorial em 100% dos casos confirmados de Dengue, de acordo com o Plano de Contingência da Dengue.

Observações: a vigilância e controle vetorial são realizados em 100% dos casos humanos confirmados, assim como nos casos dos vetores

contaminados confirmados laboratorialmente que são capturados nas armadilhas.

Status: meta atingida.

Meta 22. Realizar bloqueio contra a Raiva em 100% dos casos positivos:

Status: meta atingida.

Meta 23. Elaborar o ranqueamento de risco na avaliação dos estabelecimentos de saúde e de interesse a saúde.

Observações: a meta foi concluída no último quadrimestre de 2016. Foram classificadas todas as atividades econômicas realizadas por pessoas físicas e jurídicas sujeitas à fiscalização higiênico-sanitárias pela Vigilância Sanitária, avaliando seu risco e complexidade de inspeção. Cada atividade foi analisada e avaliada por um Grupo Técnico que classificou em baixo, médio e alto risco à saúde de todos os estabelecimentos e serviços de saúde e de interesse à saúde.

Status: meta atingida.

Meta 24. Investigar 100% dos surtos notificados com doenças transmitidas por alimentos.

Status: meta atingida

Meta 25. Realizar matriciamento em atenção e vigilância à Saúde do Trabalhador adulto e infanto-juvenil em 25% dos serviços da Atenção Primária em Saúde.

Status: meta atingida

Meta 49. Avaliar a adequação de 100% dos serviços de hemodiálise e hemoterapia à legislação sanitária vigente.

Status: meta atingida

CIEVS

O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - CIEVS Porto Alegre integra a Rede CIEVS do Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde que tem com objetivo o fomento à notificação compulsória, o

monitoramento de rumores e de informações estratégicas para a vigilância em saúde e a promoção de ações de comunicação dentro da rede.

O CIEVS integra-se a uma rede de informações nacional e internacional visando a detecção e resposta aos Eventos de Saúde Pública (ESP). Estes eventos são situações que podem constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico-epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes.

Em 2017, o CIEVS Porto Alegre realizou ações gerenciais de promoção dessa estratégia de vigilância com a retomada das reuniões da Sala de Situação para o gerenciamento de situações de emergência em Saúde Pública. Em novembro, participou da oficina "Fortalecimento das Capacidades de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde Pública", nos dias 22 e 23, promovido pelo CIEVS Nacional/MS, com o objetivo de retomar o papel importante dessa estratégia para a vigilância em saúde através de ações de fortalecimento da rede CIEVS nos estados e capitais,

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

Segue abaixo meta da Programação Anual de Saúde 2017 relacionada a esta vigilância.

Meta 25. Realizar matriciamento em atenção e vigilância à Saúde do Trabalhador adulto e infanto-juvenil em 25% dos serviços da Atenção Primária em Saúde.

Realizado no Ano de 2017: 100%.

Matriciamento

Mede-se a meta calculando o percentual acumulado de unidades de saúde de APS que receberam matriciamento. Esse indicador foi pactuado no PMS 2014-2017, onde o CEREST deveria matriciar toda a APS, 141 US de APS e 01 US indígena, em quatro anos, na proporção de 25% de novas

unidades por ano. A totalidade do indicador foi atingida no final de 2017. Até 2016, foram matriciadas 108 US de APS e 01 US indígena, perfazendo um total de 76,76% da APS. Em 2017, e visando completar o pactuado no PMS, foram matriciadas 33 unidades de saúde, o que corresponde a 23,24%, totalizando 100% da APS matriciada na temática saúde do trabalhador.

O matriciamento ocorreu em todas as gerências distritais, tendo havido maior procura pelas unidades localizadas na GCC, LENO, NEB e PLP.

O objetivo do matriciamento em saúde do trabalhador é viabilizar a interconexão entre as diferentes complexidades (Atenção Básica - Especializada - Alta Complexidade), utilizando também a parceria interinstitucional que o CEREST possui, visando um acolhimento integral do trabalhador desde a porta de entrada do SUS.

Em 2017, em vista do trabalho realizado no matriciamento, 35 unidades de saúde pediram auxílio para definição de nexos-causais em 242 casos referenciados ao CEREST. Comparando com 2016, houve um aumento de 72,86% de casos. O aumento é consequência do trabalho de sensibilização das equipes acerca da importância do reconhecimento desse nexo para o trabalhador, principalmente para a garantia de direitos.

Tabela 163- Número de casos referenciados ao CEREST visando definição de nexo causal por gerência e ano.

| Gerência | Número de casos referenciados | | Variação% |
|--------------|-------------------------------|------------|---------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Centro | 16 | 13 | 23,08 |
| GCC | 43 | 31 | 38,71 |
| LENO | 42 | 13 | 223,08 |
| NEB | 37 | 24 | 54,17 |
| NHNI | 22 | 9 | 144,44 |
| PLP | 37 | 32 | 15,63 |
| RES | 27 | 8 | 237,50 |
| SCS | 18 | 10 | 80,00 |
| Total | 242 | 140 | 72,86% |

FONTE: Livro de registros. GERCON (a partir de 02/09/2016); (orientações às unidades por telefone). Procedimento: 0301010056. **07/03/2018.**

No período analisado, foram 506 profissionais de saúde matriciados em saúde do trabalhador pela equipe do CEREST, correspondendo a uma diminuição de 48,05% de participantes, quando comparamos com o ano de 2016 (974 profissionais). Observamos dificuldade no agendamento dos matriciamentos, uma vez que as unidades de saúde diminuíram a quantidade

das reuniões de equipe ao longo de 2017, assim como o seu tempo de duração também foi reduzido. A tabela abaixo descreve as categorias profissionais matriciadas.

Tabela 1644- Percentual de profissionais matriciados em saúde do trabalhador por categoria profissional

| Profissionais matriciados por categoria profissional | Ano | | |
|---|-------------|-------------|-----------|
| | 2017 | 2016 | Varição % |
| Agente comunitário de saúde | 22,8% | 25,5% | -10,59 |
| Agente de combate as endemias | 1,8% | 1,4% | 28,57 |
| Assistente administrativo | 1,1% | 1,1% | 0 |
| Assistente social | 1,4% | 1,3% | 7,69 |
| Atendente de farmácia balconista | 0,1% | 0,2% | -50 |
| Auxiliar de enfermagem | 4,6% | 5,2% | -11,54 |
| Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família | 1,7% | 0,7% | 142,86 |
| Auxiliar de escritório, em geral | 1,2% | 1,3% | -7,69 |
| Auxiliar em saúde bucal | 2,1% | 1,8% | 16,67 |
| Auxiliar em saúde bucal da estratégia de saúde da família | 1,2% | 1,8% | -33,33 |
| Cirurgião dentista clínico geral | 2,1% | 2,2% | 5 |
| Cirurgião dentista da estratégia de saúde da família | 3,1% | 3,4% | -8,82 |
| Cirurgião Dentista Endodontista | 0,1% | - | 0 |
| Cirurgião Dentista Odontologia p pacientes especiais | 0,1% | - | 0 |
| Cirurgião Dentista Periodontista | 0,1% | - | 0 |
| Cirurgião Dentista Traumatologista Bucomaxilofacial | 0,1% | - | 0 |
| Enfermeiro | 4,2% | 4,3% | -2,33 |
| Enfermeiro da estratégia de saúde da família | 6,9% | 7,4% | -6,76 |
| Estudantes | 2,5% | 4,2% | -40,48 |
| Farmacêutico | 0,4% | 0,5% | -20 |
| Fisioterapeuta geral | 0,1% | 0,2% | -50 |
| Fonoaudiólogo | 0,4% | 0,4% | 0 |
| Médico clínico | 1,2% | 1,6% | -25 |
| Médico da estratégia de saúde da família | 3,0% | 2,2% | 36,36 |
| Médico de família e comunidade | 1,4% | 1,3% | 7,69 |
| Médico generalista | 2,8% | 2,3% | 21,74 |
| Médico ginecologista e obstetra | 0,9% | 1,3% | -30,77 |
| Médico pediatra | 1,7% | 1,4% | 21,43 |
| Médico Psiquiatra | 1,9% | - | 0 |
| Não localizados no CNES | 8,5% | 4,5% | 68,89 |
| Nutricionista | 0,7% | 0,4% | 75 |
| Psicólogo clínico | 1,9% | 1,3% | 46,15 |
| Técnico de enfermagem | 4,8% | 4,0% | 20 |
| Técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família | 11,4% | 14,6% | -21,92 |
| Técnico em saúde bucal | 0,2% | 0,4% | -50 |
| Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família | 2,1% | 2,0% | 5 |
| Terapeuta Ocupacional | 0,4% | - | 0 |
| Total | 100% | 100% | |

FONTE: Listas de presença e cadastro dos estabelecimentos de saúde de cada unidade matriciada (CNES)

Observamos um aumento da categoria de profissionais, que passaram a acompanhar os matriciamentos. As equipes de enfermagem (auxiliares e

técnicos de enfermagem e enfermeiros) corresponderam a 33,5% dos participantes do matriciamento em 2017, enquanto os profissionais de saúde bucal (técnico e auxiliar em saúde bucal e cirurgião dentista) e médicos totalizaram 11,3% e 11,5% respectivamente. Comparando com o ano anterior, houve um aumento na participação dos médicos no matriciamento. A categoria agente comunitário de saúde continua com a participação mais expressiva no matriciamento, correspondendo a 22,8% dos profissionais matriciados.

Tabela 165- Total de Matriciamento por Gerências 2014, 2015, 2016 e 2017

| Gerência Distrital | Nº de unidades matriciadas | Unidades | % do total de unidades |
|---------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------|
| Centro | 03 | US Santa Marta US Modelo US Santa Cecília | 100 |
| NHNI | 14 | US Diretor Pestana US Farrapos US Ilha dos Marinheiros US Fradique Vizeu US Vila Ipiranga US Jardim Itu US Conceição US Nazaré US IAPI US Mário Quintana US Ilha da Pintada US Ilha do Pavão US Navegantes US Floresta | 100 |
| NEB | 26 | US Jenor Jarros US Domenico Feoli US Assis Brasil US Ramos US Passo das Pedras I US Passo das Pedras II US Beco dos Coqueiros, US Santa Maria, US Planalto, US Nova Brasília US Santa Rosa US Nova Gleba US São Cristóvão US São Borja US Rubem Berta US Vila Elizabeth US Asa Branca US Esperança Cordeiro US Santa Fé US Santo Agostinho US Nossa Senhora Aparecida US Costa e Silva US Jardim Leopoldina US Parque dos Maias US Santíssima Trindade | 100 |

| | | | |
|------|----|---|-----|
| | | US Sarandi | |
| LENO | 23 | US Vila Safira US Chácara da Fumaça US Jardim Protásio Alves US Barão de Bagé US Jardim da FAPA US Milta Rodrigues US Bom Jesus US Jardim Carvalho US Tijucas US Vila Pinto US Morro Santana US Timbaúva US Vila Brasília US Laranjeiras US Safira Nova US Batista Flores US Vila Jardim US Vila SESC US Divina Providência US Coinma US Vila Fátima US Mato Sampaio US Wenceslau Fontoura | 100 |
| GCC | 24 | US Osmar Freitas US Glória US Jardim Cascata US Rincão US Vila Cruzeiro US Nossa Senhora das Graças US Cristal US Tronco US Vila dos Comerciantes US Cruzeiro do Sul US Orfanotrófio US Santa Anita US Santa Tereza US Belém Velho US Primeiro de Maio US Divisa US Estrada dos Alpes US Alto Embratel US Aparício Borges US Graciliano Ramos US Mato Grosso US Nossa Senhora de Belém US São Gabriel US Vila Gaúcha | 100 |

| | | | |
|-----|--------------------------------|--|-----|
| SCS | 18 | US Cidade de Deus, US Calábria, US Beco do Adelar, US Morro dos Sargentos, US Campo Novo, US Alto Erechim, US Tristeza, US Moradas da Hípica. US Camaquã US Guarujá US Ipanema US Campos do Cristal US Nonoai US Vila Nova Ipanema US São Vicente Mártir US COAB Cavalhada US Jardim das Palmeiras US Monte Cristo | 100 |
| PLP | 21 (+1 US Lomba Kaigang) | US Bananeiras US Panorama US Ernesto Araújo US Santo Alfredo US Lomba do Pinheiro US Pequena Casa da Criança US São José US Pitoresca US Viçosa US CERES US Vila Vargas US Mapa US São Carlos US Campo da Tuca US São Pedro US São Miguel US Lomba Kaigang* US Recreio da Divisa US Herdeiros US Esmeralda US Morro da Cruz US Santa Helena | 100 |
| RES | 12 | US Pitinga US Ponta Grossa US Castelo US Belém Novo US Paulo Viaro US Lami US Chapéu do Sol US Restinga US Quinta Unidade US Chácara do Banco US Macedônia US Núcleo Esperança | 100 |

FONTE: CEREST (Listas de Presença/ SIA Procedimentos: 0102020027; 0101010028;01020100226)

* Percentual considerando o número de unidades pactuadas em 2013 por gerência, e constantes no PMS 2014-2017.

Sobre procedimentos especializados, no período analisado, foram realizadas 842 consultas individuais na especialidade medicina do trabalho, gerando interconsultas com os demais profissionais do CEREST. Houve um

aumento de 13,48% de consultas (2016 – 742 consultas). Para 2018, projetamos diminuição na oferta dessa especialidade, em vista da aposentadoria de mais um médico do trabalho (outro profissional se aposentou em 2017). Não há previsão de reposição dessas vagas.

Quadro 21- Monitoramento do Indicador de Processo (PMS 2014-2017 E PAS 2017) e do Indicador de Resultado (criado no 3º quadrimestre de 2016), da meta 25

| Indicador | Meta | Ano | | |
|------------|-----------------------------------|-------|-------|----------|
| | | 2017 | 2016 | Varição% |
| Processo | 23,24 % (33 US com matriciamento) | 23,24 | 30,71 | -24,32 |
| Resultado* | 25% | 36,4% | 43,26 | -15,86 |

FONTE: CEREST Listas de Presença/ BPA/ SIA Procedimentos: 0102020027 07/03/2018

* Método de cálculo: Média do resultado dos três quadrimestres (Em cada quadrimestre: somatório do número de unidades matriciadas, matriciamento por telefone, solicitação de nexos causal pelo Gercon e unidades notificantes no SIST e SINAN X 100/ 141).

No quadro acima, a meta do indicador de processo nos indica a porcentagem referente ao matriciamento de 33 unidades de saúde, de forma acumulada, no final de 2017, correspondendo a 23,24%. Apesar da variação negativa com 2016, ambas as metas foram atingidas em 2017. A negatividade da variação ocorre pela superação da meta no ano de 2016. Tais indicadores refletem a capilarização dessa temática, junto à rede primária de atenção.

Tabela 166- Outras atividades realizadas pelo CEREST Porto Alegre na sua área de abrangência regional

| Descrição do Item | 2017 | 2016 | Varição % |
|--------------------------|------|------|-----------|
| Palestras e Capacitações | 24 | 33 | -27,27 |
| Ações Fiscalizatórias | 06 | 03 | 100 |

FONTE: CEREST (Listas de Presença/ SIA Procedimentos: 0102020027; 0101010028;01020100226, 0102020035)

Regionalmente, em 2017, foram realizadas 24 atividades educativas em saúde do trabalhador, sendo 19 para os profissionais da saúde e população de Porto Alegre e 5 para os profissionais de saúde da Regional.

As capacitações abordaram: o fortalecimento das Redes de Proteção da Infância e Adolescência para a Erradicação do Trabalho Infantil, das regiões Sul Centro Sul, Nordeste, Restinga Extremo Sul e Partenon Lomba do Pinheiro (em parceria com o Comitê Municipal de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil - COMPETI), o Programa de Qualificação de Ações da Vigilância em Saúde, Saúde Mental no Trabalho e Notificações dos agravos da saúde do trabalhador. Em parceria com o Instituto Calábria, de Porto Alegre, também discutimos com os aprendizes as relações entre o mundo do trabalho e do adoecimento, e em parceria com o CEVS RS, abordamos com os residentes da vigilância em saúde a temática Riscos Ergonômicos e LER. Com a parceria da

Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ) realizamos o Curso Básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador, onde capacitamos profissionais das vigilâncias em saúde e controle social de Porto Alegre e região de abrangência. No Hospital São Lucas da PUC, promovemos uma sensibilização sobre Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) voltada aos profissionais de saúde do hospital. Também em Porto Alegre, com os grupos terapêuticos da US IAPI, trabalhamos o manejo da dor através da Ginástica Terapêutica Chinesa, instruindo 169 usuários. Participaram das capacitações e palestras um total de 516 pessoas.

Como representantes da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e do Ministério da Saúde, a equipe do CEREST foi convocada a participar novamente da “Força Tarefa de Adequação das Condições de Saúde e Segurança do Trabalho em Hospitais”, coordenada pelo Ministério Público do Trabalho do RS, cujo objetivo é investigar as condições de saúde e segurança dos trabalhadores nos postos de trabalho. Em 2017, o CEREST vistoriou dois hospitais: um hospital com 900 empregados e outro com 973 empregados. Tal operação tem caráter interinstitucional e conta com o apoio da rede CEREST do RS, da Fundação Jorge Duprat Figueiredo, de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), vinculada ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), do Conselho Regional de Engenharia e Agronomia do RS (CREA RS), das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e do Sindicato dos Profissionais de Enfermagem, Técnicos, Duchistas, Massagistas e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde do RS (SINDSAÚDE RS). As inadequações dos ambientes, assim como os termos de ajustamento de conduta, estão publicizados na Internet, no site do Ministério Público do Trabalho do RS. As demais fiscalizações ocorreram em estabelecimentos comerciais de pequeno porte, realizadas em novembro e dezembro, após as funções do núcleo de fiscalização da saúde do trabalhador, da CGVS, terem sido transferidas ao CEREST.

No período analisado, o CEREST auxiliou na execução da conferência livre da vigilância em saúde do trabalhador, etapa preparatória da Conferência Municipal da Vigilância em Saúde, de Porto Alegre, e na revisão da Política

Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PMSTT), a pedido da nova gestão da SMS, cujo texto foi aprovado em Plenária do Conselho Municipal de Saúde.

Junto com as Gerências de Tecnologia de Informação (GTI) da SMS e do Grupo Hospitalar Conceição, também assessoramos a construção de marcadores, tipo check box, nos sistemas de triagem do Hospital Cristo Redentor (HCR) e Hospital Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS). O objetivo é rastrear os acidentes de trabalho e de trajeto atendidos pelas emergências desses hospitais.

Sobre a regionalidade, o CEREST permanece com sua área de abrangência contendo 47 municípios, que correspondem a 2º e 18º CRS. Segundo informações da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT), do Ministério da Saúde, o CEREST Porto Alegre possui na sua área de abrangência 1.551.850 habitantes em situação economicamente ativa (IBGE, 2017), 790 estabelecimentos de saúde públicos e 1049 estabelecimentos de saúde com convênio público (CNES DATASUS). Dessa forma, a SMS está analisando estratégias junto ao CEVS RS e MS para a diminuição da área de abrangência do CEREST, tendo em vista a importante densidade populacional sob sua responsabilidade. O pedido deve ser homologado pela Comissão Intergestores Bipartite RS (CIB/RS), através de resolução, em vista da necessidade de alteração de convênio.

Além das atividades já descritas, os profissionais do CEREST representam a SMS em fóruns, comissões e grupos de trabalho: Comissão Normativa de Acidentes com Material Biológico (CNAMB); Comitê Municipal de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (COMPETI); Fórum Estadual de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FEPETI); Fórum Sindical Saúde do Trabalhador (FSST); Fórum Gaúcho de Combate aos Impactos dos Agrotóxicos (FGCIA); Comissão Intersetorial Saúde do Trabalhador /SMS (CIST); Comissão Intersetorial Saúde do Trabalhador /SES (CIST); Conselho Gestor CEREST Estadual; GT dos Frigoríficos; GT dos Hospitais e GT das LER/DORT.

Trabalho Infantil

Em 2017, o CEREST promoveu capacitações para as Redes de Proteção da Infância e Adolescência, visando a Erradicação do Trabalho Infantil, das regiões Sul Centro Sul, Nordeste, Restinga Extremo Sul e Partenon Lomba do Pinheiro, em parceria com o Comitê Municipal de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (COMPETI), mobilizando 103 profissionais da educação, saúde e assistência social.

No período analisado, a partir das capacitações das redes, as microrredes foram estimuladas e encaminhar projetos para a COMPETI, objetivando repasse de recursos para a execução dos mesmos. O CEREST e os demais componentes da COMPETI analisaram os projetos de todas as redes de proteção da infância e adolescência do município, com previsão de realização no decorrer de 2018 e 2019.

O CEREST também tem realizado busca ativa dos casos de trabalho infantil notificados nos sistemas de saúde, reunindo-se com as unidades de saúde, e envolvendo a rede de proteção da região nos encaminhamentos.

O CEREST compôs um grupo de trabalho, visando elaborar um projeto de intervenção a ser apresentado para a Câmara de Dirigentes Logistas (CDL), em vista da identificação de um grande número de crianças e adolescentes em situação de trabalho de rua, em frente a estabelecimentos comerciais da Capital.

Vigilância da Saúde do Trabalhador

A partir de 01º de novembro de 2017, e em vista de novo organograma da SMS, as atribuições da vigilância em saúde do trabalhador foram remanejadas ao CEREST, onde deve haver um Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. O RH que desempenhava essas ações na CGVS foi transferido para outras equipes da mesma, ficando as competências da temática na responsabilidade do CEREST.

Tabela 167- Óbitos relacionados ao trabalho notificados e investigados pela EVSA/CGVS, entre os anos 2017 e 2016

| Óbitos relacionados ao trabalho decorrentes de acidente Município Residência | Ano | | | | | |
|--|--------|---------|--------|---------|----------|---------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Típico | Trajeto | Típico | Trajeto | Típico | Trajeto |
| Porto Alegre | 3 | | 10 | - | -70,00% | |
| Região Metropolitana | 1 | | - | - | 100,00% | |

FONTE: SIM e SINAN- EVEV/ EVSAT/CGVS/ SMS

No ano de 2016, em Porto Alegre, foram investigados e notificados 10 acidentes típicos, todos residentes em Porto Alegre e um óbito por pneumoconiose (veio de Brasília, candidato a transplante de pulmão).

No ano de 2016 as causas de óbito foram: queda de altura, duas quedas de andaime, disco da esmerilhadora saltou cortando a carótida, dois óbitos atingido por descarga elétrica, motorista de caminhão morreu em acidente na estrada, queda da marquise no local de trabalho, soldado levou um coice do cavalo, barbeiro foi assassinado em assalto.

Em 2017 em Porto Alegre foram 3 óbitos típicos (um politraumastimo por queda de parede, um por capotamento de trator investigados e um por eletroplessão). Ainda em 2017 foi investigado o óbito de uma queda de andaime, o falecido residia em Canoas.

Há uma queda de casos de 2017 em relação a 2016, isto é justificado pois os óbitos investigados chegavam a EVSAT por meio das Declarações de Óbito que a EVEV/CGVS repassava e por pesquisa na mídia.

Tabela 168- Distribuição das notificações do SINAN segundo município de residência, acidentes e doenças/agravos relacionados ao trabalho, entre os anos 2017 e 2016

| SINAN | POA | | | Interior RS | | | Total | | |
|---|------|------|----------|-------------|------|----------|-------|------|----------|
| | Ano | | | | | | | | |
| | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação |
| Acidente Grave | 61 | 53 | 15,10% | 58 | 81 | -28,40% | 119 | 134 | -11,20% |
| LER/DORT | 62 | 102 | 39,20% | 35 | 56 | -37,50% | 97 | 158 | -38,60% |
| Intoxicação exógena relacionada ao trabalho | 2 | 2 | 0 | 7 | 3 | 133,30% | 9 | 5 | 80,00% |
| Dermatoses ocupacionais | 9 | 2 | 350,00% | 2 | 1 | 100,00% | 11 | 3 | 266,70% |
| Trabalho infantil* | 4 | 5 | -20,00% | 4 | 5 | -20,00% | 8 | 10 | -20,00% |
| Pneumoconiose | 0 | 1 | -100,00% | 3 | 1** | 200,00% | 3 | 2 | 50,00% |
| PAIR | 1 | - | 100,00% | 4 | - | 400,00% | 5 | - | 500,00% |
| Transtorno Mental | 27 | 19 | 42,10% | 10 | - | 1000,0% | 37 | 19 | 94,70% |
| Total | 166 | 184 | -9,80% | 123 | 147 | -16,30% | 289 | 331 | -12,70% |

FONTE: SINAN-EVSAT/CGVS/SMS.

*Dados referentes à informação do SINAN Violência Interpessoal/Autoprovocada.

**Veio de Brasília.

No ano de 2016, com residência em Porto Alegre foram notificados no SINAN 184 casos: 53 casos de acidente grave (aqui há uma caso de trabalho infantil), 102 casos de LER/DORT, 02 casos de intoxicação exógena, 02 casos de dermatose ocupacional, 05 casos de trabalho infantil, 01 caso de Pneumoconiose e 19 casos de transtorno mental relacionado ao trabalho. Ainda em 2016, não residentes em Porto Alegre, foram notificados no SINAN 147 casos: 81 casos de acidente grave, 56 casos de LER/DORT, 03 casos de intoxicação exógena, 01 caso de dermatose ocupacional, 05 casos de trabalho infantil e 01 caso de pneumoconiose (óbito).

Lembramos que conforme combinado em reunião (CEREST, EVEV e EVSAT), as notificações do Trabalho Infantil estão sendo encaminhadas para o CEREST.

Quanto aos acidentes com exposição a material biológico, lembramos que é considerado o local de ocorrência e não residência. Foram notificados 1.121 casos de acidente com exposição a material biológico no ano de 2016.

No ano de 2017, com residência em Porto Alegre foram notificados no SINAN 166 casos: 61 casos de acidente grave, 62 casos de LER/DORT, 02 casos de intoxicação exógena, 09 casos de dermatose ocupacional, 04 casos de trabalho infantil, 01 caso de PAIR e 27 casos de transtorno mental. Ainda em 2017, residentes no interior, foram notificados 123 casos: 58 casos de acidente grave, 35 casos de LER/DORT, 07 casos de intoxicação exógena, 02 casos de dermatose ocupacional, 04 casos de trabalho infantil, 03 casos de pneumoconiose, 04 casos de PAIR e 10 casos de transtorno mental.

Foram notificados em 2017 1.396 de acidentes com exposição a material biológico.

Tabela 169– Distribuição dos casos de doenças e agravos notificados nos sistemas de informação segundo sexo, entre os anos 2017 e 2016

| SISTEMA | Anual | | Variação % |
|------------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| SIST | | | |
| Feminino | 1.794 | 1.336 | 34,30 |
| Masculino | 636 | 562 | 13,20 |
| Total | 2.430 | 1.898 | 28,00 |
| SINAN | | | |
| Feminino | 1.022 | 994 | 2,80 |
| Masculino | 374 | 458 | -18,30 |
| Total | 1.396 | 1.452 | -3,80 |

FONTE: EVSAT/CGVS/SMS.SINANNET/SIST

Em 2016 foram notificados 1.898 casos no SIST e 1.452 casos no SINAN.

No ano de 2017 foram notificados 2.430 casos no SIST e 1.396 casos no SINAN.

As Unidades Notificadoras em 2017 no SINAN para acidentes e doenças/agravos descritos nas tabelas apresentadas são: Hospital Vila Nova, Hospital Beneficência Portuguesa, CEREST, Hospital Cristo Redentor, Hospital de Clínicas de POA, Hospital Divina Providência, Hospital Ernesto Dornelles, Hospital Fêmeina, Hospital Mãe de Deus, Hospital Presidente Vargas, Hospital Moinhos de Vento, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Porto Alegre, HPSP, Hospital São Lucas da PUC, HPS, Instituto de Cardiologia de POA, Hospital de Pronto Socorro, Instituto de Cardiologia, Santa Casa, PA Bom Jesus, PA Cruzeiro do Sul, PA Lomba do Pinheiro, PA Moacyr Scliar, CGVS Ambulatório de doenças do Trabalho do HCPA, ESF Paulo Viaro, ESF Chapéu do Sol, UBS Tristeza, ESF São Vicente Martir, UBS Guarujá, ESF Estrada dos Alpes.

As Unidades Notificadoras em 2017 no SIST são: Hospital de Clínicas de POA, Hospital São Lucas da PUC, Santa Casa, Hospital Mãe de Deus, Hospital Moinhos de Vento, Ambulatório da GKN DRIVELINE, Hospital Cristo Redentor, Instituto de Cardiologia de POA, Hospital Vila Nova, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Ernesto Dornelles, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital de Pronto Socorro, Hospital Porto Alegre, CEREST, ESF São Pedro, Unidade de Saúde São José, Ambulatório da VONPAR, Sanatório São José, Serviço Biomédico da Procuradoria Geral, SETRAUMA, Unidade de Saúde Nossa Senhora da Medianeira, Hospital Divina Providência, Centro de

Saúde Bom Jesus, Clínica ORTRA, Clínica Santo Antônio, Hospital Banco de Olhos, PA Lomba do Pinheiro, ESF Campos do Cristal, ESF Alto Erexim, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Instituto de Assistência a Saúde, Centro Clínico Gaúcho, Clínica de Ortopedia Dr. Carlos Eduardo, Clínica de traumatologia Dr. Ricardo Debona, ESF IAPI, Serviço Médico do Sindicato dos Metalúrgicos, UBS VII, URGETRAUMA, Clínica Dr. João Luiz Castilhos, Clínica Psiquiátrica Dr. Oscar James, ESF Santa Tereza, ESF Tijuca, UBS Assis Brasil, UBS Chácara da Fumaça, UBS jardim da Palmeiras, pronto Socorro Cruz Azul, ESF Timbaúva, Clínica de Traumato e Ortopedia Moinhos de Vento, Ortopedia Zona Sul.

10.1 Vigilância Epidemiológica

10.1.1 Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Meta 5. Implantar o monitoramento dos resultados de exames de lesões intraepiteliais de alto grau do colo de útero para o acompanhamento das mulheres com esse diagnóstico nas unidades de saúde.

Monitoramento Implantado.

Tabela 170- Acompanhamento das mulheres com resultados de exames de colo de útero com lesão de alto grau (NIC 2, 3 e alto grau microinvasão).

| Mulheres Acompanhadas | Gerência Distrital | Ano | | Variação % |
|--|--------------------|---------------|---------------|--------------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Alto Grau (Nic 2,3); alto grau microinvasão | Centro | 3 | 5 | -40,00 |
| | GCC | 11 | 13 | -15,38 |
| | LENO | 39 | 17 | 129,41 |
| | NEB | 6 | 7 | -14,29 |
| | NHNI | 4 | 7 | -42,86 |
| | PLP | 20 | 15 | 33,33 |
| | RES | 7 | 2 | 250,00 |
| | SCS | 4 | 7 | -42,86 |
| | Vazio | 145 | 114 | 27,19 |
| | Total | 239 | 187 | 27,81 |
| Total Geral de exames citopatológicos coletados | | 79.065 | 82.977 | -4,71 |

FONTE: SISCOLO- EVEV/CGVS/SMS – Dados atualizados

Tabela 171- Acompanhamento das mulheres com lesão de alto grau do colo de útero, entre 2017 e 2016

| Gerência Distrital | US | Ano | | | | | |
|--------------------|------------------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| | | 2017 | | 2016 | | Variação N | |
| | | Total | Alterados | Total | Alterados | Total | Alterados |
| Centro | UBS Modelo | 658 | 1 | 1056 | 3 | -398 | -2 |
| | UBS Santa Marta | 1123 | 2 | 1757 | 1 | -634 | 1 |
| | USF Santa Marta | | | 101 | | -101 | 0 |
| | USF Modelo | 296 | | 437 | 1 | -141 | -1 |
| | Ambulatório Dermatologia Sanitária | | | | | 0 | 0 |
| Sub Total | | 2077 | 3 | 3351 | 5 | -1274 | -2 |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|----|
| Noroeste/Humaita Navegantes/Ilhas (NHNI) | CS IAPI | 1607 | | 2642 | 3 | -1035 | -3 |
| | UBS Diretor Pestana | 825 | | 1036 | 1 | -211 | -1 |
| | UBS Farrapos | 184 | | 477 | 1 | -293 | -1 |
| | UBS Navegantes | 815 | 1 | 898 | 1 | -83 | 0 |
| | USF Fradique Vizeu | 523 | | 515 | 1 | 8 | -1 |
| | USF Ilha da Pintada (HNV) | 136 | | 183 | | -47 | 0 |
| | USF Ilha dos Marinheiros (HNV) | 368 | 2 | 342 | | 26 | 2 |
| | USF Mario Quintana | 233 | | 279 | | -46 | 0 |
| | USF Nazaré | 266 | 1 | 284 | | -18 | 1 |
| Sub Total | 4957 | 4 | 6656 | 7 | -1699 | -3 | |
| Norte/Eixo Baltazar (NEB) | UBS Assis Brasil | 117 | | 320 | | -203 | 0 |
| | UBS Nova Brasília | 555 | 1 | 649 | | -94 | 1 |
| | UBS Passo das Pedras | 431 | | 737 | 2 | -306 | -2 |
| | UBS Ramos | 661 | 1 | 717 | 1 | -56 | 0 |
| | UBS Rubem Berta | 462 | | 768 | 1 | -306 | -1 |
| | UBS Santa Rosa | 697 | | 1122 | | -425 | 0 |
| | UBS São Cristóvão | 150 | | 480 | 2 | -330 | -2 |
| | UBS Sarandi | 11 | | 172 | 1 | -161 | -1 |
| | UBS Vila Elizabeth | 380 | 2 | 592 | | -212 | 2 |
| | USF Beco dos Coqueiros | 80 | | 192 | | -112 | 0 |
| | USF Domênico Feoli | 22 | 1 | 282 | | -260 | 1 |
| | USF Esperanca Cordeiro | 53 | | 153 | | -100 | 0 |
| | USF Passo das Pedras 2 | 167 | | 284 | | -117 | 0 |
| | USF Planalto | 53 | | 161 | | -108 | 0 |
| | USF São Borja | 323 | 1 | 300 | | 23 | 1 |
| USF Santa Fe | 28 | | 109 | | -81 | 0 | |
| USF Santo Agostinho | 188 | | 310 | | -122 | 0 | |
| Sub Total | 4378 | 6 | 7348 | 7 | -2970 | -1 | |
| Leste/Nordeste (LENO) | UBS Bom Jesus | 399 | 1 | 984 | | -585 | 1 |
| | UBS Chácara da Fumaça | 521 | | 754 | | -233 | 0 |
| | UBS Hospital São Lucas (PUC) | 3549 | 28 | 5363 | 14 | -1814 | 14 |
| | UBS Morro Santana | 294 | | 592 | | -298 | 0 |
| | UBS Vila Jardim | 387 | 1 | 494 | | -107 | 1 |
| | USF Batista Flores | 229 | | 308 | | -79 | 0 |
| | USF Brasília | 206 | 4 | 311 | 1 | -105 | 3 |
| | USF Jardim da Fapa | 251 | 1 | 343 | 1 | -92 | 0 |
| | USF Jardim Protásio Alves | 189 | | 310 | 1 | -121 | -1 |
| | USF Laranjeiras | 94 | 1 | 138 | | -44 | 1 |
| | USF Mato Sampaio | 284 | | 372 | | -88 | 0 |
| | USF Milta Rodrigues | 295 | | 356 | | -61 | 0 |
| | USF Safira Nova | 264 | 1 | 425 | | -161 | 1 |
| | USF Vila Safira | 12 | | 59 | | -47 | 0 |
| | USF Tijuca | 196 | | 268 | | -72 | 0 |
| | USF Timbaúva | 103 | | 62 | | 41 | 0 |
| | USF Vila Pinto | 199 | 1 | 224 | | -25 | 1 |
| USF Wenceslau Fontoura | 182 | 1 | 221 | | -39 | 1 | |
| Sub Total | 7654 | 39 | 11584 | 17 | -3930 | 22 | |

| | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|-----------|-------------|-----------|--------------|-----------|----|
| Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) | UBS Aparício Borges | 561 | | 720 | 3 | -159 | -3 |
| | UBS Cristal | 441 | | 620 | 3 | -179 | -3 |
| | UBS Cruzeiro/FEBEM | 342 | | 412 | 1 | -70 | -1 |
| | UBS Estrada dos Alpes | 190 | 1 | 239 | | -49 | 1 |
| | UBS Glória | 339 | | 442 | | -103 | 0 |
| | UBS Primeiro de Maio | 380 | 1 | 490 | 1 | -110 | 0 |
| | UBS Tronco | 446 | 1 | 561 | | -115 | 1 |
| | UBS Vila dos Comercia- rios | 543 | 3 | 621 | 3 | -78 | 0 |
| | USF Alto Embratel | 352 | | 457 | | -105 | 0 |
| | USF Cruzeiro do Sul | 205 | 1 | 231 | | -26 | 1 |
| | USF Divisa | 120 | | 171 | | -51 | 0 |
| | USF Jardim Cascata | 226 | | 303 | 1 | -77 | -1 |
| | USF Graciliano Ramos | | | 1 | | -1 | 0 |
| | USF Mato Grosso | 213 | | 254 | 1 | -41 | -1 |
| | USF Medianeira | | 1 | 263 | | -263 | 1 |
| | USF Nossa Senhora das Graças 1 | 82 | | 161 | | -79 | 0 |
| | USF Nossa Senhora de Belém | 258 | | 307 | | -49 | 0 |
| | USF Orfanotrofio | 162 | 1 | 187 | | -25 | 1 |
| | USF Belém Velho | 131 | | 240 | | -109 | 0 |
| | USF Osmar Freitas 1 | 229 | 1 | 325 | | -96 | 1 |
| USF Rincão | 534 | | 691 | | -157 | 0 | |
| USF Santa Anita | 147 | | 182 | | -35 | 0 | |
| USF Santa Teresa 1 | 282 | 1 | 328 | | -46 | 1 | |
| USF São Gabriel | 169 | | 197 | | -28 | 0 | |
| Sub Total | 6352 | 11 | 8403 | 13 | -2051 | -2 | |
| Sul/Centro Sul (SCS) | UBS Beco do Adelar | 402 | 1 | 589 | | -187 | 1 |
| | UBS Calábria | 512 | | 708 | | -196 | 0 |
| | UBS Camaquã | 753 | | 1168 | 2 | -415 | -2 |
| | UBS Campo Novo | 215 | | 262 | 1 | -47 | -1 |
| | UBS Guarujá | 590 | | 785 | | -195 | 0 |
| | UBS Ipanema | 441 | | 498 | | -57 | 0 |
| | UBS Jardim das Palmei- ras | 451 | | 560 | | -109 | 0 |
| | UBS Monte Cristo | 496 | 1 | 637 | | -141 | 1 |
| | UBS Nonoai | 436 | 1 | 651 | 2 | -215 | -1 |
| | UBS Tristeza | 703 | | 909 | | -206 | 0 |
| | USF Alto Erechim | 252 | | 380 | | -128 | 0 |
| | USF Campos do Cristal | 260 | | 352 | 1 | -92 | -1 |
| | USF Cidade de Deus | 178 | 1 | 250 | | -72 | 1 |
| | USF Cohab Cavahada | 380 | | 481 | 1 | -101 | -1 |
| | USF Moradas da Hípica 1 | 16 | | 31 | | -15 | 0 |
| | USF Morro dos Sargen- tos 1 | 124 | | 189 | | -65 | 0 |
| USF Vila Nova Ipanema | 279 | | 339 | | -60 | 0 | |
| Sub Total | 6488 | 4 | 8789 | 7 | -2301 | -3 | |

| | | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------|------------|--------------|------------|--------------|-----------|----|
| Partenon/Lomba (PLP) | UBS Bananeiras | 958 | | 1386 | | -428 | 0 |
| | UBS Campo da Tuca | 310 | 2 | 489 | | -179 | 2 |
| | UBS Ceres | 238 | | 248 | | -10 | 0 |
| | UBS Mapa | 471 | 1 | 647 | | -176 | 1 |
| | UBS Panorama | 455 | | 349 | 2 | 106 | -2 |
| | UBS Pequena Casa da Criança | 289 | 1 | 396 | 2 | -107 | -1 |
| | UBS São Carlos | 673 | 1 | 903 | 3 | -230 | -2 |
| | UBS São Jose | 586 | | 877 | 1 | -291 | -1 |
| | UBS São Miguel | 411 | 3 | 644 | 2 | -233 | 1 |
| | UBS Vila Vargas | 401 | 6 | 534 | | -133 | 6 |
| | USF Ernesto Araujo 1 | 404 | | 479 | | -75 | 0 |
| | USF Esmeralda | 339 | 1 | 362 | 1 | -23 | 0 |
| | USF Herdeiros | 173 | 1 | 240 | 1 | -67 | 0 |
| | USF Lomba do Pinheiro | 229 | | 271 | 2 | -42 | -2 |
| | USF Maria da Conceição | 225 | | 286 | | -61 | 0 |
| | USF Morro da Cruz | 270 | 1 | 372 | | -102 | 1 |
| | USF Recreio da Divisa | 120 | | | | 120 | 0 |
| | USF Pitoresca 1 | 196 | | 280 | | -84 | 0 |
| | USF Santa Helena 1 | 295 | 1 | 429 | | -134 | 1 |
| | USF Santo Alfredo | 371 | 1 | 516 | | -145 | 1 |
| USF São Pedro 1 | 306 | | 410 | | -104 | 0 | |
| USF Viçosa | 189 | 1 | 345 | 1 | -156 | 0 | |
| Sub Total | 7909 | 20 | 10463 | 15 | -2554 | 5 | |
| Restinga/Extremo Sul | UBS Belém Novo | 357 | 1 | 431 | | -74 | 1 |
| | UBS Lami | 128 | | 357 | 1 | -229 | -1 |
| | UBS Macedônia | 361 | | 520 | | -159 | 0 |
| | UBS Restinga | 547 | | 709 | 1 | -162 | -1 |
| | USF Castelo 1 | 448 | 2 | 574 | | -126 | 2 |
| | USF Chapéu do Sol | 257 | 2 | 149 | | 108 | 2 |
| | USF Chácara do Banco | 247 | | 254 | | -7 | 0 |
| | USF Núcleo Esperança | 45 | | 119 | | -74 | 0 |
| | USF Paulo Viaro 1 (HMV) | 119 | | 228 | | -109 | 0 |
| | USF Pitinga | 267 | 1 | 384 | | -117 | 1 |
| | USF Ponta Grossa 1 | 348 | 1 | 437 | | -89 | 1 |
| | USF Quinta Unidade | 60 | | 216 | | -156 | 0 |
| Sub Total | 3184 | 7 | 4378 | 2 | -1194 | 5 | |
| Vazio | HCPA | 3095 | 35 | 5346 | 44 | -2251 | -9 |
| | HNSC | 7946 | 73 | 12339 | 59 | -4393 | 14 |
| | ISCM | | | 3480 | | -3480 | 0 |
| | Vazio | 25025 | 37 | 840 | 11 | 24185 | 26 |
| Sub Total | 36066 | 145 | 22005 | 114 | 14061 | 31 | |
| Total geral | 79065 | 239 | 82977 | 187 | -3912 | 52 | |

FONTE: SISCOLO- EVEV/CGVS/SMS

O seguimento do cuidado da paciente com lesão de alto grau alterado é atribuição da Rede de Atenção à Saúde.

Vigilância em Saúde Mental

Meta 14. Elaborar o Plano de Implantação da Vigilância em Saúde Mental:

Informamos que a meta sobre a vigilância em saúde mental pactuada no PMS 2014-2017 seguirá como ação da PAS 2018. No decorrer dos anos realizamos o diagnóstico de saúde mental e trabalhamos na qualificação dos registros. Em 2017 procedeu-se ao monitoramento dos atendimentos para crianças e adolescentes nos Plantões de Saúde Mental, através do preenchimento do FORMSUS, indicando motivo do atendimento, procedimento realizado e encaminhamentos. Nesse método, foi possível identificar as demandas prevalentes, as regiões com maior número de casos encaminhados e o acesso aos serviços da RAPS. Para 2018 busca-se aprimorar o monitoramento e qualificar os fluxos de acesso aos serviços. Ainda no ano em análise, levantou-se o quantitativo de casos de adultos com reinternações frequentes em saúde mental, identificando quais usuários e os contextos/motivos em que essa conduta se deu. A partir de 2018, propõem-se o acompanhamento desses casos, através do monitoramento e articulação dos serviços da RAPS, visando à diminuição das internações com a inclusão e vinculação dos usuários em outros serviços da rede de saúde mental. Para fins de diagnóstico de vigilância em saúde mental, a Equipe do VIVA Contínuo identifica como interface possível, no momento, as notificações de lesões autoprovocadas (tentativas de suicídio/TS e autoagressões), contempladas na ficha SINAN 5.1.

Embora a notificação das violências seja compulsória desde 2011 (Portaria 204 MS/GM 17/02/2016), ainda ocorre subnotificação na rede de saúde. Tratando-se de TS e autoagressões e considerando-se as duas emergências de saúde mental da cidade, para onde acorrem a maioria dos casos, constata-se a não notificação pelo PA Cruzeiro do Sul(PACS).

O PACS, desde 2009 já participou de capacitações em diversas oportunidades, sendo a última em setembro de 2015. Além das capacitações, a EVEV realizou também reuniões com a coordenação do PACS e, recentemente com o representante da Coordenação de Urgências. Além disso, buscou-se

apoio com a Secretaria Adjunta e com a Coordenação Geral de Políticas Públicas em Saúde da SMS. Até o presente momento, nenhuma das iniciativas obtiveram sucesso e as notificações não se efetivaram.

Salienta-se que quinzenalmente, pelo programa Pré-Parar, envia-se para as Gerências Distritais e Coordenação Geral de Políticas Públicas em Saúde, relatórios dos casos de violência notificados para a garantia de seguimento da linha de cuidado que deve ser realizado em cada território.

Vida no trânsito

O Programa Vida no Trânsito constitui uma ação intersetorial que objetiva o fortalecimento de políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito por meio da qualificação das informações, planejamento, monitoramento e avaliação de intervenções. É desenvolvido em parceria com a EPTC, DETRAN/RS e SES/RS desde o ano 2012.

Por meio da Comissão de Análise e Gestão da Informação foram realizadas neste período 36 reuniões de análise de acidentes fatais que permitiram conhecer o perfil de risco dos acidentes com mortes ocorridos no período e direcionar intervenções.

Além disto, baseadas nas prioridades definidas para intervenção a partir da análise de acidentes de 2016, pedestres e motociclistas como principais vítimas no trânsito de Porto Alegre, deu-se continuidade ao Projeto Pedestre Idoso.

Este projeto objetiva reduzir acidentes de trânsito com lesões e mortes em pessoas de mais de 60 anos. Para tanto foram realizadas atividades de educação para mobilidade com grupos de idosos e quatro cursos de capacitação para multiplicadores, de ações de prevenção de acidentes, envolvendo 120 pessoas. Dois cursos de se destinaram a operadores de transporte coletivo (cobradores e motoristas) e dois a pessoas envolvidas no trabalho com idosos na rede de saúde e assistência.

Foi realizada uma pesquisa, com coleta de campo, com 550 motociclistas para identificação do perfil de risco/comportamento e para que se possam direcionar ações a este público. Foi iniciada a discussão intersetorial

para construção de um projeto voltado para intervenções com motociclistas, Programa Motociclista Seguro.

Realizada campanha de comunicação nos ônibus da cidade, para motociclistas tendo como foco sua fragilidade e responsabilidade com a segurança no trânsito, junto com EPTC e DETRAN/RS, no mês de dezembro.

Participação nas atividades de expansão do Programa Vida no Trânsito, nas cidades de Santa Maria, Caxias e Pelotas junto com SES/RS e Detran/RS. Realização de Oficina na cidade de Caxias do Sul no mês de dezembro.

Em 2017 foi concluído e executado Plano de Ação Intersectorial do Programa Vida no Trânsito.

VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes

A partir dos dados do VIVA SINANNET, a equipe de Vigilância das Violências está realizando a vigilância dos casos de violência de repetição. Além de enviar um relatório quinzenal para as unidades de saúde do município com os casos notificados daquela gerência, também organizamos em parceria com a equipe do ESUS/SMS, uma metodologia de alerta, registrando no próprio prontuário ESUS, os casos que existem mais de uma notificação do mesmo usuário.

Participação no Fórum Permanente de Prevenção e Combate à Violência Sexual Praticada Contra Crianças e Adolescentes e no Fórum Permanente de Prevenção à Venda e ao Consumo de Bebidas Alcolólicas por Crianças e Adolescentes, promovidos pelo Centro de Apoio Operacional da Infância, Juventude, Educação, Família e Sucessões do Ministério Público do RS.

Realização em 2017, de 7 (sete) Capacitações para profissionais da área da Saúde da rede intra e intersectorial, incluindo a rede privada de Saúde: Capacitação para o Hospital Moinhos de Vento.

10.1.2 Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis

Meta 1. Atingir 95% dos encerramentos oportunos dos casos de doenças e ou agravos de notificação compulsória transmissíveis que necessitam investigação epidemiológica, segundo Portaria Ministerial Consolidada nº 04, de 2017. Meta atingida.

Até 2016 o *Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN* o indicador tinha como base de cálculo (plataforma própria) que dá a proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) encerrados oportunamente após a notificação. O encerramento oportuno dos casos notificados como suspeitos/ confirmados deverá ser efetuado dentro de um prazo de tempo estabelecido por normas técnicas (definidas pelo Ministério da Saúde), que varia de acordo com o agravo notificado. Este é um indicador de avaliação da vigilância epidemiológica quanto à agilidade no encerramento dos casos, na informação da investigação concluída oportunamente permitindo a orientação e aplicação de medidas de controle em tempo hábil, sensibilidade para detectar casos e ainda prover bases para o planejamento de programas de controle de doenças.

Importa salientar que as doenças alvo desta análise são somente: Botulismo, Cólera, Coqueluche, Difteria, Doença de Chagas, Febre Amarela, Febre do Nilo, Febre Maculosa, Febre Tifóide, Hantavirose, Hepatite Viral, Leishmaniose Visceral e tegumentar, Leptospirose, Malária, Meningite, Paralisia Flácida Aguda, Peste, Raiva, Rubéola e SRC, Sarampo, Tétano Acidental e Neonatal.

A partir de 2017 conforme decisão na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 24 de novembro de 2016 e publicado no Diário Oficial da União, em 12 de dezembro de 2016, por meio da Resolução nº 8, o indicador *Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias, após notificação, foi alterado*. Para este indicador, foram definidas, em virtude de sua magnitude e relevância, os seguintes eventos e doenças de notificação imediata nacional, listados na Portaria Consolidada nº 04, de 2017: Antraz pneumônico, Arenavírus, Botulismo, Cólera, Dengue (óbitos), Ebola, Febre amarela, Febre do Nilo

ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública, Febre maculosa e outras rickettsioses, Febre purpúrica brasileira, Hantavirose, Influenza humana produzida por novo subtipo viral, Lassa, Malária na região extra Amazônica, Marburg, Poliomielite por poliovírus selvagem, Peste, Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika, Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya, Raiva humana, Rubéola, Sarampo, Síndrome de paralisia flácida aguda, Tularemia, Varíola e outras emergências de saúde pública.

Diante disto se está utilizando as informações através do portal Gestor Municipal utilizando ferramentas de Business Intelligence (BI) disponibilizadas pela Vigilância Epidemiológica do Estado. Importa salientar que a meta foi alterada de 95% na metodologia anterior, passando para 75% de encerramento oportuno.

Tabela 172- Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias, após notificação

| Investigação das notificações compulsórias - PAS 1; SISPACTO 5; PQA-VS 7; GIQ-SUS CGVS 3 | | Ano | | |
|--|----------------------------|-------|-------|----------|
| | | 2017 | 2016 | Varição% |
| Notificações | Recebidas | 14 | 18 | - 22,22 |
| | Investigadas | 14 | 18 | -22,22 |
| | % Investigadas (Meta 100%) | 100% | 100% | - |
| | Encerradas oportunamente | 13 | 12 | 8,33 |
| | % Encerradas (Meta 75%) | 92,9% | 66,7% | 39,28 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN/BI - Dados atualizados em 14/03/2018 sujeitos a alteração.

Hanseníase

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

Tabela 173– Diagnóstico de Hanseníase Paucibacilar, entre os anos 2017 e 2016

| Diagnóstico de hanseníase | | Meta | Ano | | |
|---------------------------|----------------|--|------|------|----------|
| | | | 2017 | 2016 | Varição% |
| Casos | Total | Diagnosticar 50% dos casos de hanseníase paucibacilar entre os casos novos de hanseníase | 17 | 11 | 54,54 |
| | Novos | | 9 | 8 | 12,50 |
| | Pauciliares | | 1 | 0 | 100,00 |
| | % pauciliares | | 11% | 0% | 1100,00 |
| | Status da meta | | 22% | 0% | - |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET/ Base de dados de 08/01/2018. Dados sujeitos a alterações. Dados 2016 atualizados

Diminuiu o quantitativo de diagnósticos no ano de 2017, quando comparado ao ano de 2016. Entretanto, o diagnóstico permanece tardio, pois os pacientes apresentam formas clínicas mais avançadas de doença (classificação operacional multibacilar) não atingindo a meta (50%).

Tabela 174- Relação dos casos notificados, investigados, confirmados e proporção de cura para hanseníase, entre os anos 2017 e 2016

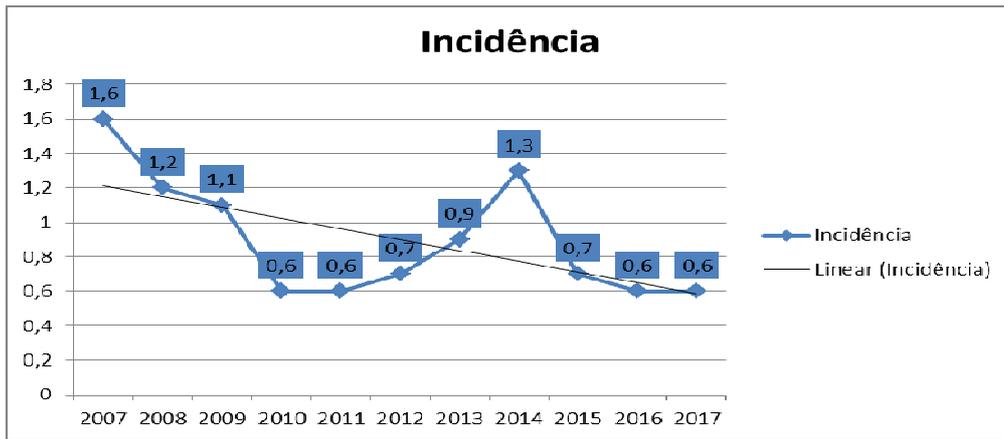
| Proporção de casos novos de Hanseníase | | Meta | Ano | | |
|--|-------------------------|--|------|------|----------|
| | | | 2017 | 2016 | Varição% |
| Nº. Casos Novos da coorte de cura | Notificado | NP | 11 | 18 | -38,89 |
| | Investigado | | 11 | 18 | -38,89 |
| | Confirmado | | 11 | 18 | -38,89 |
| | % Investigado | | 100 | 100 | - |
| Casos curados (dentre os casos diagnosticados) | Nº. casos curados MB | Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase para 90% | 7* | 16 | -56,25 |
| | Nº. casos curados PB | | 1** | 0 | 100,00 |
| | % cura | | 72% | 88% | - |
| Contatos | Nº contatos registrados | Garantir exames em 55% dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase | 41 | 45 | -8,89 |
| | Nº contatos avaliados | | 29 | 39 | -25,64 |
| | Proporção | | 70% | 86% | -18,60 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET. BASE DE DADOS DE 08/01/2018. Coorte Multibacilar (ANUAL 2016) 2014-2016 - Coorte Multibacilar (ANUAL 2017) 2015-2017 - Coorte Paucibacilar (ANUAL 2017) 2016-2017

*Obs1: Total de 10 casos novos MB (7 curaram, 1 continua em tratamento e 2 abandonaram). O caso que continua em tratamento: está fazendo esquema ROM sendo que já concluiu 24 doses e fará mais 24 doses ROM a critério médico, pois não respondeu bem ao tratamento. Uma das pacientes que abandonou o tratamento teve resultado de biópsia negativo; e a outra paciente que abandonou o tratamento não foi localizada pelas Unidades de Saúde apesar das buscas ativas.

**Obs2: O único caso novo PB, curou.

Gráfico 1 – Incidência de Hanseníase, por ano, em residentes de Porto Alegre.



FONTE: SINAN NET VERSÃO 5.2/EVDT/CGVS/SMS/PMPA. BASE DE DADOS DE 08/01/2018.

Leptospirose

Tabela 175– Casos de leptospirose, entre os anos 2017 e 2016

| Investigação dos casos de Leptospirose | | Ano | | |
|--|----------------|------|------|-----------|
| | | 2017 | 2016 | Varição % |
| Casos | Notificados | 139 | 147 | -5,44 |
| | Investigados | 139 | 147 | -5,44 |
| | % Investigados | 139 | 147 | -5,44 |
| | Confirmados | 50 | 33 | 51,51 |

FONTE: EVDT/CGVS/SINAN NET. Dados sujeitos a alterações. Dados 2016 atualizados

A Leptospirose é um agravo de ocorrência sazonal, ligada ao risco de exposição dos indivíduos aos fatores de risco (água ou lama contaminado com urina de roedores). Em meses mais chuvosos, com temperaturas mais elevadas e contato da população com alagamentos ou enxurradas, a incidência aumenta e, da mesma forma, diminui em períodos de maior seca ou frio.

No ano de 2017 foram emitidos dois alertas epidemiológicos devido às fortes chuvas e inundações que ocorreram na capital e região metropolitana com o objetivo de prevenir o risco de adoecimento pelo contato com água possivelmente contaminada por urina de roedores e orientação aos profissionais da rede assistencial na detecção e tratamento precoce dos casos.

Comparando com o ano de 2016 com 2017 percebemos uma pequena redução no número de casos notificados e um aumento significativo de casos confirmados. Isso pode ter sido decorrência dos maiores índices pluviométricos ocorridos no decorrer do ano 2017 que ocasionaram alagamentos e enchentes, aumentando a exposição de pessoas a este agravo.

Tabela 176- Casos de Leptospirose por Gerência Distrital, entre os anos de 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | Varição% |
|--------------------|-----------|-----------|--------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Centro | 3 | 2 | 50,00 |
| GCC | 4 | 2 | 100,00 |
| LENO | 3 | 1 | 200,00 |
| NHNI | 7 | 4 | 75,00 |
| NEB | 10 | 7 | 42,86 |
| PLP | 14 | 7 | 100,00 |
| RES | 7 | 3 | 133,33 |
| SCS | 2 | 7 | -71,43 |
| Total | 50 | 33 | 51,51 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET Dados atualizados em 09/03/2018 sujeitos a alteração. Dados 2016 atualizados

O município de Porto Alegre monitora e identifica os locais prováveis de contaminação para leptospirose desde 1995 e, além das áreas já identificadas

de risco como a região do Partenon, a região do Arquipélago passou a incorporar estas áreas, uma vez que os alagamentos são freqüentes, com áreas que permanecem inundadas por vários dias após as chuvas intensas e inúmeros moradores realizam a reciclagem de lixo, favorecendo a presença de roedores e o contato com a água e lama contaminadas.

Tabela 177– Investigação de Leptospirose - Freqüência por Evolução segundo Ano Inic.Sintomas

| Ano Início Sintomas | Cura | Óbito pelo agravo notificado | Letalidade (percentual) |
|----------------------------|-------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| 2013 | 46 | 4 | 8,70 |
| 2014 | 28 | 5 | 17,85 |
| 2015 | 40 | 6 | 15,00 |
| 2016 | 32 | 1 | 3,12 |
| 2017 | 47 | 3 | 6,38 |
| Total | 193 | 19 | 4,66 |

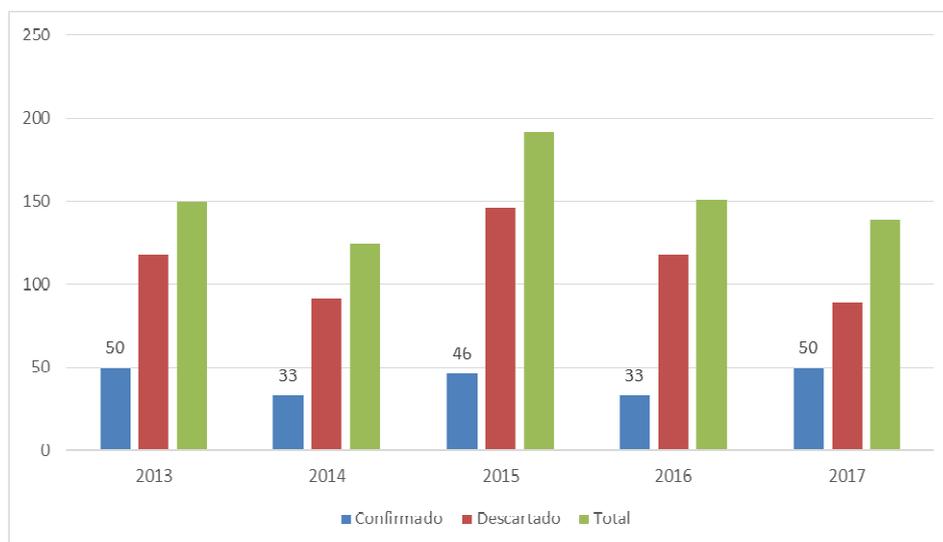
FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET Dados atualizados em 13/03/2018 sujeitos a alteração.

Verifica-se que a letalidade por leptospirose de 2015 para 2016 reduziu significativamente em mais de 50% podendo ser por vários fatores como a sensibilização da rede de atenção com diagnóstico rápido e tratamento, busca dos recursos de saúde logo que iniciam os sintomas, virulência das sorovares, condições orgânicas individuais do paciente. Já em 2017 houve um aumento de casos, óbitos e letalidade, provavelmente pelos maiores índices pluviométricos ocorridos no decorrer do ano 2017 que ocasionaram alagamentos e enchentes, aumentando a exposição de pessoas a este agravo.

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

O gráfico abaixo demonstra os casos investigados e confirmados de Leptospirose em moradores de Porto Alegre em 2013 até 2017.

Gráfico 6 - Distribuição de casos de Leptospirose e moradores de Porto Alegre, descartados e confirmados 2013-2017



FONTE: SINAN NET/EVDT/SMS/PMPA Dados sujeitos a alterações

A tabela abaixo demonstra as atividades realizadas para realizar o controle de Leptospirose

Tabela 178- Controle da Leptospirose, entre os anos 2017 e 2016

| Leptospirose e Controle de Roedores | Ano | | |
|---|-------|-------|---------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| Vigilância da Leptospirose - Inquéritos | 43 | 39 | 10,25% |
| Vigilância Mordedura de Rato | 03 | 5 | -40,00% |
| Desratizações | 2.550 | 2.474 | 3,07% |
| Desratizações Comunitárias | 20 | 10 | 100,00% |
| Visitas Domiciliares | 1377 | 770 | 78,83% |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVRV/CGVS/SMS e Sistema Fala Porto Alegre.

Os casos confirmados de leptospirose notificados pela Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis (EVDT) tiveram as medidas de controle ambiental executadas, bem como investigados os locais prováveis de infecção com o objetivo de detectar os fatores e áreas de risco e evitar novos casos na mesma localidade.

As atividades de controle de leptospirose sofreram variação durante o ano em função da demanda da população, que é feita pelo telefone 156 e sofre oscilações sazonais, assim como pelos fatores determinantes e condicionantes ambientais, principalmente em função das condições climáticas que ocorreram com alagamentos e enchentes que favorece a disseminação da doença no ambiente e expõe mais as pessoas ao contágio. Além disso, há um significativo número de demandas de desratização comunitária e através dos serviços de saúde.

Em junho e outubro de 2017, devido às fortes chuvas e inundações no período, foram emitidos dois alertas epidemiológicos em função do aumento de casos de leptospirose. Todos os casos confirmados de leptospirose tiveram as medidas de controle ambiental executadas, bem como investigados os locais prováveis de infecção.

As solicitações de desratização sofreram um pequeno aumento, resultado da crescente organização de atividades programadas pela área técnica (área central, orla do Guaíba, etc.), além da demanda direta da população, através do telefone 156. As visitas domiciliares resultantes da solicitação de desratização comunitária pelos serviços de saúde aumentaram de um ano para o outro. Já o decréscimo na vigilância da mordedura de ratos pode ter ocorrido por fatores sazonais ou por falha na notificação dos casos.

Sarampo/Rubéola

Tabela 179- Investigação oportuna dos casos notificados de Rubéola, entre os anos 2017 e 2016

| Encerrar 100% das notificações de casos suspeitos e investigados doenças exantemáticas (Rubéola) | Ano | | |
|--|------|------|------------|
| | 2017 | 2016 | Variação % |
| Notificados | 4 | 9 | -44,44 |
| Investigados | 4 | 9 | -44,44 |
| Confirmados | 0 | 0 | |
| Descartados | 4 | 9 | -44,44 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET. Dados sujeitos a alterações

No final do ano de 2015 o *Brasil assinou o certificado de Eliminação da Rubéola no país*; pois não há registro de casos da transmissão endêmica da doença há cinco anos consecutivos. O certificado foi entregue ao ministro da Saúde, Marcelo Castro, em cerimônia na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

O Brasil está oficialmente livre da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Para receber o título, o país comprovou não registrar casos da transmissão endêmica das doenças desde 2008 e 2009, respectivamente.

A certificação de eliminação da rubéola é muito significativa em termos de saúde pública e em breve, espera-se a eliminação do sarampo. Para tanto, todo o caso suspeito é imediatamente investigado e coletado espécimes para a

identificação viral o que serve para a comprovação da procedência do vírus e sua circulação ou não no território.

Em 2017 houve uma redução de mais de 44% de casos suspeitos notificados, passando de 9 para 4 casos que em números absolutos tem pouca significância epidemiológica.

Em 2017 não houve casos confirmados de rubéola ou sarampo em nossa cidade, apesar de surtos descritos em vários países da Europa e da notificação de casos em Roraima.

Febre Amarela

No ano de 2016 foi notificado um caso suspeito de Febre Amarela que foi descartado, em 2017 nenhum caso foi notificado cidade apesar do surto que ocorre em Estados como Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo.

Dengue, Chikungunya e Zika Vírus

Meta 21. Realizar vigilância e controle vetorial em 100% dos casos confirmados de Dengue, de acordo com o Plano de Contingência da Dengue.

A vigilância e controle vetorial são realizados em 100% dos casos humanos confirmados, assim como nos casos dos vetores contaminados confirmados laboratorialmente que são capturados nas armadilhas.

A meta de realizar a vigilância e controle vetorial em 100% dos casos confirmados de Dengue, Chikungunya e Zika Vírus foi 100% atingida.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde, a dengue é a arbovirose mais prevalente nas Américas. Entretanto, a introdução dos vírus zika e chikungunya criou novos desafios para a saúde pública das Américas, tendo em vista a similaridade de sintomas entre as três doenças, especialmente na fase aguda, o que dificulta o gerenciamento adequado dos casos. Os desafios perpassam também pelo diagnóstico sorológico, devido à reação cruzada entre os anticorpos da dengue e zika, dificultado a confirmação laboratorial dos casos e comprometendo a vigilância epidemiológica.

Dengue, zika e chikungunya são vírus transmitidos principalmente pela picada da fêmea infectada dos mosquitos *Aedes aegypti*, especialmente. O vetor *Aedes albopictus* também pode transmitir os três vírus, mas no Brasil, apesar de estar presente em diversos estados, esse vetor ainda não foi associado à transmissão. O *Aedes aegypti* está amplamente disseminado no Brasil, disperso em áreas urbanas. Outras vias de transmissão da dengue, zika e chikungunya podem ser a transfusional e a vertical. A vertical, apesar de ser possível nas três doenças, tem maior impacto na transmissão do zika vírus, em função da associação a malformações e desordens clínicas variadas no feto. Para esse vírus, ainda há a via de transmissão sexual, já comprovada, mas ainda são necessários maiores estudos para determinar o impacto epidemiológico dessa forma de transmissão.

A prevenção é a melhor forma de evitar a infecção por zika, dengue e Chikungunya. Para se proteger, a pessoa deve cobrir a pele com roupas de mangas compridas e calças; dormir em locais protegidos por mosquiteiros; e usar telas nas janelas e portas para reduzir o contato com mosquitos. Durante relações sexuais, é importante também a utilização de preservativos para evitar a transmissão de Zika por meio de fluidos corporais.

As tabelas a seguir demonstram a distribuição por Gerência Distrital dos casos notificados e confirmados de dengue, chikungunya e zika em Porto Alegre, nos anos 2017 e 2016, respectivamente.

Tabela 180– Casos Notificados e confirmados de Dengue, Chikungunya e Zika Vírus em residentes em Porto Alegre 2017, por Gerência Distrital

| Gerência Distrital | ANUAL | | | | | | | |
|---------------------|-----------------|-------------|----------------------|-------------|---------------------|-------------|---------------------------|-------------|
| | Casos de Dengue | | Casos de Chikungunya | | Casos de Zika vírus | | Total Dengue, ChikV eZikV | |
| | Notificados | Confirmados | Notificados | Confirmados | Notificados | Confirmados | Notificados | Confirmados |
| Centro | 85 | 02 | 15 | 02 | 10 | 01 | 110 | 05 |
| GCC | 27 | 0 | 04 | 01 | 01 | 0 | 32 | 01 |
| LENO | 37 | 0 | 11 | 01 | 03 | 0 | 51 | 01 |
| NEB | 39 | 0 | 11 | 0 | 03 | 0 | 53 | 0 |
| NHNI | 59 | 0 | 15 | 01 | 03 | 0 | 77 | 01 |
| PLP | 49 | 0 | 06 | 0 | 02 | 0 | 57 | 0 |
| RES | 25 | 0 | 02 | 0 | 0 | 0 | 27 | 0 |
| SCS | 69 | 0 | 09 | 02 | 04 | 01 | 82 | 03 |
| Porto Alegre | 390 | 02 | 74 | 07 | 26 | 02 | 489 | 11 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN ONLINE e SINANNET Dados atualizados em 08/03/2018, sujeitos à alteração.

Tabela 181– Casos Notificados e confirmados de Dengue, Chikungunya e Zika Vírus em residentes em Porto Alegre 2016, por Gerência Distrital

| Gerência Distrital | ANUAL | | | | | | | |
|---------------------|-----------------|-------------|----------------------|-------------|---------------------|-------------|---------------------------|-------------|
| | Casos de Dengue | | Casos de Chikungunya | | Casos de Zika vírus | | Total Dengue, ChikV eZikV | |
| | Notificados | Confirmados | Notificados | Confirmados | Notificados | Confirmados | Notificados | Confirmados |
| Centro | 345 | 42 | 36 | 14 | 50 | 09 | 431 | 65 |
| GCC | 131 | 10 | 6 | 3 | 13 | 0 | 150 | 13 |
| LENO | 299 | 107 | 13 | 4 | 15 | 01 | 327 | 112 |
| NEB | 195 | 20 | 10 | 4 | 15 | 0 | 220 | 24 |
| NHNI | 225 | 13 | 23 | 1 | 42 | 13 | 290 | 27 |
| PLP | 216 | 51 | 10 | 2 | 10 | 0 | 236 | 53 |
| RES | 78 | 11 | 2 | 0 | 05 | 01 | 85 | 12 |
| SCS | 384 | 101 | 18 | 2 | 31 | 04 | 433 | 107 |
| Porto Alegre | 1873 | 355 | 118 | 30 | 181 | 28 | 2172 | 413 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN ONLINE e SINANNET. Dados atualizados em 08/03/2018, sujeitos à alteração.

A análise das tabelas acima permite observar que em 2017 houve mais casos de chikungunya do que de dengue e zika no município, diferente de 2016, quando houve maior incidência de dengue. No cenário nacional, a incidência maior foi de dengue, em comparação à chikungunya e zika.

Dengue

Tabela 182- Relação dos casos notificados, investigados e confirmados de dengue, entre os anos 2017 e 2016

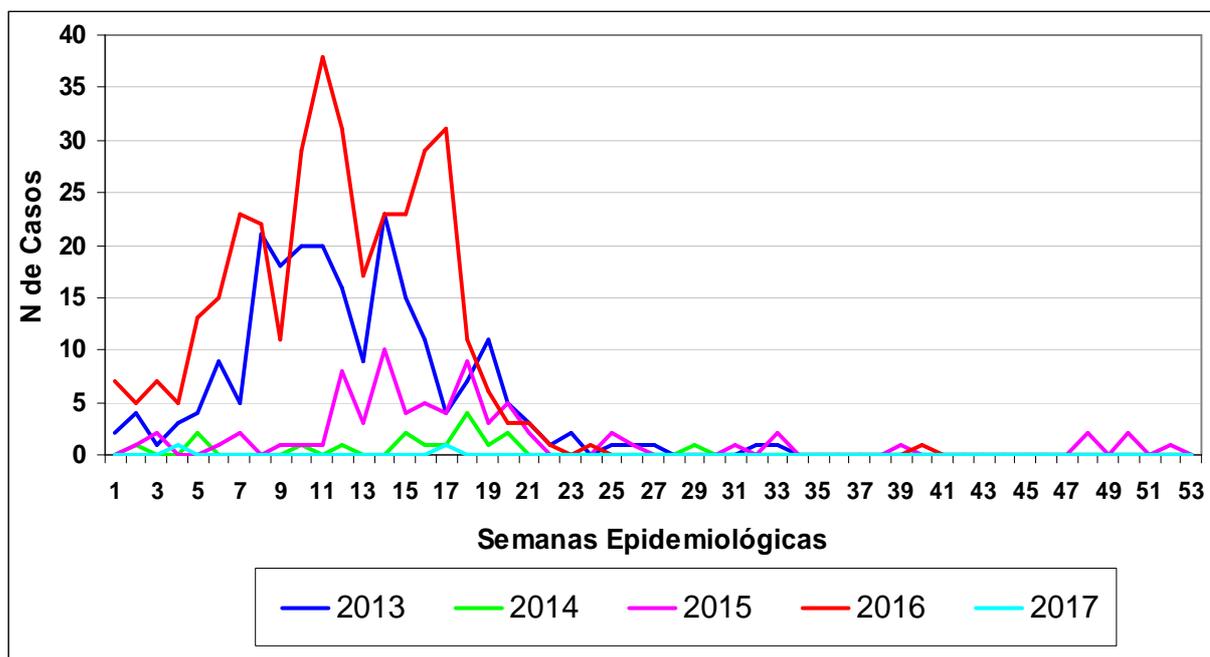
| Notificação e investigação imediatas dos casos de dengue clássico, suas formas graves, óbitos e taxa de letalidade por dengue / PAS 21 | | Meta | Ano | | |
|--|--------------------|------|------|------|------------|
| | | | 2017 | 2016 | Variação % |
| Casos | Notificados | NP | 390 | 1873 | -79,18 |
| | Investigados | | 390 | 1873 | -79,18 |
| | Confirmados | | 02 | 355 | -99,44 |
| Casos Graves | Notificados | 100% | 0 | 04 | -100,00- |
| | Investigados | | 0 | 04 | -100,00 |
| | Confirmados | | 0 | 04 | -100,00 |
| | % da meta atingida | | 0 | 100 | - |
| Óbitos/Letalidade | Notificados | NP | 0 | 0 | - |
| | Investigados | | 0 | 0 | - |
| | Confirmados | | 0 | 0 | - |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados sujeitos a alterações. Dados 2016 atualizados

A tabela acima expressa a variação negativa ocorrida de 2016 para 2017 em relação aos casos notificados e confirmados de dengue, bem como em relação aos casos graves.

A seguir, o gráfico abaixo apresenta a série histórica de casos confirmados de dengue entre moradores de Porto Alegre, de 2013 a 2017.

Gráfico 7- Série histórica de casos confirmados de Dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, residentes em Porto Alegre/RS, 2013 a 2017 (SE 52). Dados sujeitos à alteração.

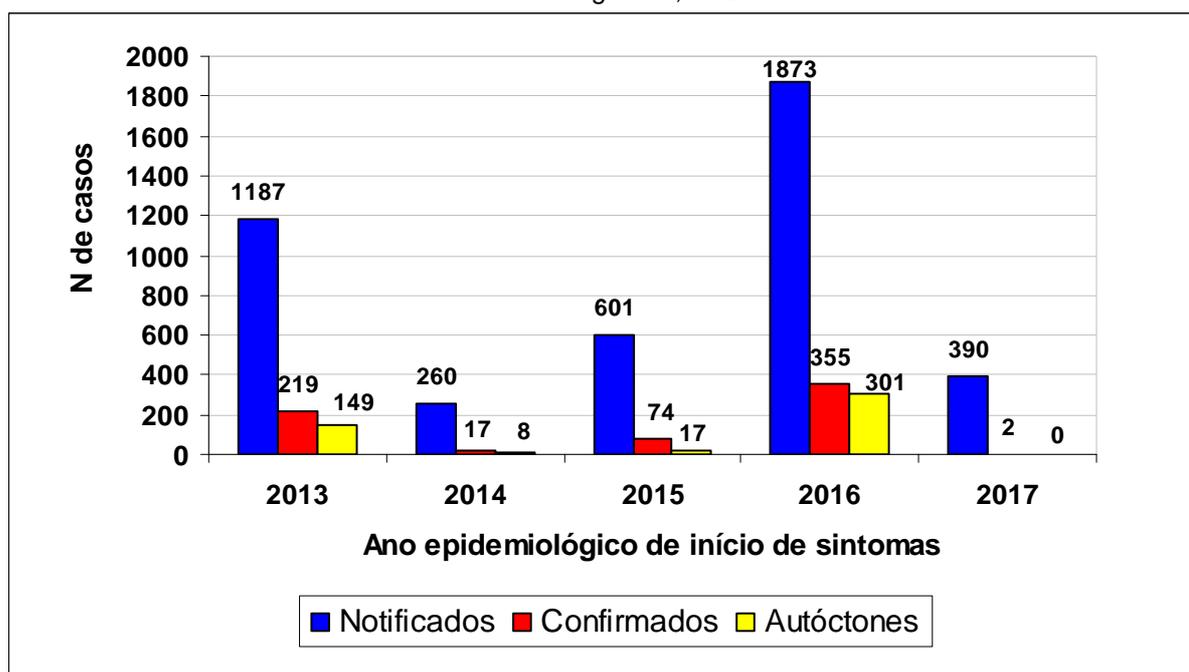


FONTE: SINAN ONLINE/Dengue

No gráfico acima, é possível observar, em toda a série histórica, a sazonalidade da dengue, concentrando o maior número de casos entre as SE 7 e 19.

O gráfico abaixo demonstra a distribuição dos casos notificados de dengue, segundo classificação final, de 2013 a 2017.

Gráfico 8- Distribuição dos casos notificados para Dengue, segundo classificação final, residentes em Porto Alegre/RS, de 2013 -17



FONTE: SINAN ONLINE/Dengue, Dados atualizados em 08/03/2018, sujeitos à alteração

Referente à classificação final dos casos, segundo o gráfico acima, de 2016 para 2017 houve variação não somente no número de casos notificados e confirmados, mas também em relação à autoctonia: em 2016, 301 dos 355 casos confirmados foram autóctones; já em 2017, os dois casos confirmados de dengue foram importados: um da Indonésia (SE 4) e outro de Recife (SE 17).

Em 2017, o acompanhamento dos casos foi compartilhado entre a CGVS e a Atenção Básica, com o encaminhamento de informações quanto ao caso suspeito, fornecendo orientações para a coleta oportuna de sorologia e solicitando ações para controle ambiental do vetor, busca ativa de novos casos na região e o acompanhamento do paciente.

A análise desse fluxo evidenciou que houve uma maior integração entre a Vigilância e a Atenção Básica apesar de em alguns isso não ocorreu. É necessário reforçar essa articulação, visando ao melhor planejamento e à melhor resposta para possíveis futuras epidemias.

Em novembro de 2017, conforme exigência do Ministério da Saúde, passou-se a realizar a vigilância sentinela das doenças neuroinvasivas por arbovírus. A seleção da Unidade Sentinela (Hospital Nossa Senhora

Conceição) seguiu os critérios definidos pelo MS, bem como o consenso entre as vigilâncias municipal e estadual e o próprio Hospital. Após a oficialização desse fluxo junto à Unidade Sentinela e ao Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/RS), foram investigados 11 casos suspeitos, sendo três de moradores de Porto Alegre. Nenhum caso de doença neuroinvasiva por arbovírus foi confirmado entre residentes de Porto Alegre, em 2017.

Chikungunya

A Febre Chikungunya é uma doença transmitida pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. A doença compreende a fase aguda, a subaguda e a crônica. Não existe vacina ou tratamento específico. Em 2013, teve início a transmissão autóctone da Febre Chikungunya em vários países do Caribe. Atualmente, há circulação nas Américas, África, Europa, Ásia e Oceania. No Brasil, a circulação do vírus foi identificada pela primeira vez em 2014, já havendo transmissão autóctone em setembro do mesmo ano. Em Porto Alegre, os primeiros casos de chikungunya foram identificados em 2016.

A tabela a seguir compara os casos notificados, investigados e confirmados de Chikungunya em Porto Alegre, em 2016 e 2017.

Tabela 183- Relação dos casos notificados, investigados e confirmados de Chikungunya, entre os anos 2017 e 2016

| Notificação e investigação imediatas dos casos de Chikungunya, óbitos e taxa de letalidade por Chikungunya Vírus | | Meta | Ano | | |
|--|-----------------|------|------|------|------------|
| | | | 2017 | 2016 | Variação % |
| Casos | Notificados | NP | 74 | 118 | -37,28 |
| | Em Investigação | | 74 | 118 | -37,28 |
| | Confirmados | | 07 | 30 | -76,66 |
| Óbitos/Letalidade | Notificados | NP | 0 | - | |
| | Investigados | | 0 | - | |
| | Confirmados | | 0 | - | |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados atualizados em março de 2018, sujeitos a alterações. Dados 2016 atualizados

A tabela acima expressa a variação negativa ocorrida de 2016 para 2017, dos casos notificados e confirmados de chikungunya em Porto Alegre. Todos os casos notificados como suspeitos foram investigados. Até o momento não foi detectada transmissão autóctone de chikungunya em Porto Alegre. Em 2017, os casos importados foram dos estados de Roraima (01), Pará (01), Ceará (04) e Rio de Janeiro (01).

Definição de caso suspeito de chikungunya: “febre de início súbito e

artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Zika Vírus

O Zika vírus foi identificado pela primeira vez no Brasil em abril de 2015, inicialmente no estado da Bahia. Em Porto Alegre, o primeiro caso foi importado, em final de 2015

Tabela 184- Relação dos casos notificados, investigados e confirmados de Zika Vírus, entre os anos 2017 e 2016

| Notificação e investigação imediatas dos casos de Zika Vírus, Microcefalias e Síndrome de Guillain-barré por ZikV | | Meta | Ano | | |
|---|--------------|------|------|------|---------|
| | | | 2017 | 2016 | Varição |
| Casos | Notificados | NP | 26 | 181 | -85,63 |
| | Investigados | | 26 | 181 | -85,63 |
| | Confirmados | | 02 | 28 | -92,85 |
| Microcefalias | Notificados | NP | 26 | 35 | - 25,71 |
| | Investigados | | 26 | 35 | - 25,71 |
| | Confirmados | | 0 | 0 | - |
| Guillain- Barré | Notificados | NP | 6 | - | 600,00 |
| | Investigados | | 6 | - | 600,00 |
| | Confirmados | | 0 | - | - |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados sujeitos a alterações. Dados 2016 atualizados

Conforme mostra a tabela acima, houve variação negativa comparando 2017 com 2016, tanto de casos notificados como de confirmados. Em 2016, foram notificados e investigados 181 casos em moradores de Porto Alegre. Desses, 28 foram confirmados, sendo 14 autóctones. Em 2017 foram notificados e investigados 26 casos, sendo dois confirmados, importados de Cuba

O Zika é um vírus transmitido pelo *Aedes aegypti* e foi identificado pela primeira vez no Brasil em abril de 2015. No mundo, segundo a OMS, desde 2007, quando foi detectada a primeira grande epidemia do zika, em Yap, na Micronésia, 72 países e territórios já notificaram a transmissão do vírus por mosquitos — sendo 69 deles a partir do ano passado. Até o momento, 46 (64% do total) países e territórios das Américas confirmaram a circulação do vírus zika, que pode causar malformações congênitas em bebês e outras complicações. A população mundial exposta ao vírus Zika é de 1.357.605.792 pessoas, das quais 15,3% são brasileiros. Esta informação ilustra o grande

potencial de expansão da transmissão viral no mundo. Além da transmissão vetorial, envolvendo principalmente o *Aedes aegypti*, já há pesquisas que confirmam a transmissão sexual pelo vírus.

Síndrome Congênita do Zika vírus

Em 22 de outubro de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco notificou um aumento do número de casos de microcefalia, o que gerou preocupação por parte das autoridades estaduais. Em 24 de novembro de 2015, foi publicada a “Avaliação Rápida de Risco – Microcefalia no Brasil potencialmente relacionada à epidemia de vírus Zika”, realizada pelo Centro de Controle de Doenças da União Européia (ECDC). Neste documento é informado que a Polinésia Francesa notificou um aumento incomum de pelo menos 17 casos de malformações do Sistema Nervoso Central em fetos e recém-nascidos durante 2014-2015, coincidindo com o Surto de Zika vírus nas ilhas da Polinésia Francesa. Em 28 de novembro de 2015, o Ministério da Saúde reconheceu a relação entre o aumento na prevalência de microcefalias no Brasil com a infecção pelo vírus Zika durante a gestação. Em 29 de novembro, mudou a classificação desse evento, no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), para potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII); o Brasil foi pioneiro na associação do vírus e na detecção da síndrome. Em recentes trabalhos publicados já se sabe, no entanto, que a infecção congênita por Zika não ocasiona apenas microcefalia, mas outras diversas conseqüências no Sistema Nervoso Central em decorrência de o vírus ser comprovadamente neurotrópico afetando fetos em decorrência da fase de formação desse sistema. O número de casos no país vem aumentando coincidindo com a incidência do vírus.

No Rio Grande do Sul ocorreram surtos isolados de Zika e, até o momento, nenhum nascimento com microcefalia foi confirmado por infecção pelo vírus de forma autóctone no estado.

Em Porto Alegre o acumulado de casos de 2016 foi de 35 casos notificados no sistema de Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP), nenhum por zika vírus: 6 eram PIGs (pequeno para idade gestacional), 2 prematuros, 3 por sífilis, 1 por Toxoplasmose, 1 por Parvovirose. Os demais

com malformações múltiplas ou de etiologia familiar. Em 2017 foram 26 casos de microcefalia, nenhuma associado ao vírus zika: 5 tinham malformações múltiplas, 2 prematuros, 6 PIGs, 2 por álcool e outras drogas na gestação, 1 HIV, 1 Toxoplasmose, 1 sífilis, 3 estão em acompanhamento e os demais foram descartados.

A Vigilância da Síndrome Congênita por Zika é recente no mundo e no país. Bem como nos demais locais, em Porto Alegre é uma vigilância que está em constante construção sofrendo modificações freqüentes.

Síndrome de Guillain-Barré:

Esta síndrome é de notificação em menores de 15 anos em busca da identificação de casos de Paralisia Aguda Flácida- PAF e outras faixas etárias com historia de viagem para países com a circulação da pólio vírus selvagem (área endêmica). Em relação à PAF foram notificados e investigados 11 casos destes 2 residentes da capital.

Com a vigilância das doenças neuroinvasivas por arbovirus, recebemos a notificação de 6 casos de Guillain Barré. Nenhum foi atribuído a algum arbovirus (Dengue, Zika ou Chikungunya).

Controle do Aedes

Tabela 185– Produção do laboratório de Entomologia Médica, entre os anos 2017 e 2016

| Laboratório de Entomologia Médica | Ano | | |
|--|------|------|---------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| Número total de amostras | 66 | 523 | -87,38% |
| Número de espécimes de <i>Ae. aegypti</i> | 262 | 1832 | -85,70% |
| Número de espécimes de <i>Ae. albopictus</i> | 15 | 137 | -89,05% |
| Número de espécimes de outras espécies | 144 | 766 | -81,20% |

FONTE: Banco de dados gerenciais do EVRV/CGVS/SMS. Dados sujeitos a alterações

Poucas amostras de mosquitos foram coletadas, pois a obtenção do índice de infestação adotado pela EVRV, é feita pelo Sistema MIAedes, o qual consiste na coleta de fêmeas adultas de *Aedes aegypti* e identificação dos exemplares pelos agentes em campo.

A demanda de identificação dos vetores da dengue, chikungunya e zika vírus diminuiu. Por outro lado, a rotina laboratorial de determinação específica de insetos aumentou devido à maior quantidade de amostras recebidas em

função da vigilância dos vetores da leishmaniose visceral.

Visitas domiciliares

Tabela 186– Inspeção em imóveis, entre os anos 2017 e 2016

| Imóveis inspecionados | Ano | | |
|-----------------------|------|----------|---------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| Residenciais | NA | 71.269 | NA |
| Comerciais/outros | NA | 19.417 | NA |
| Terrenos baldios | NA | 667 | NA |
| Total | NA | 91.353 | NA |
| Fechados/recusados | NA | 41.806 | NA |
| Depósitos eliminados | NA | 131,469 | NA |
| Bairros visitados* | NA | 82 TODOS | NA |

FONTE: Banco de dados gerenciais do EVRV/CGVS/SMS e DengueReport.

NA: Não se aplica

A organização das atividades dos Agentes de Combate a Endemias é realizada desde 2013 pelas Gerências Distritais de Saúde / Coordenação de Atenção Primária, onde os trabalhadores encontram-se lotados. A CGVS repassa orientações às GDs, baseadas na situação epidemiológica e de infestação vetorial identificadas, com o uso das armadilhas e levantamento larvário.

Manteve-se a atualização periódica das informações sobre os casos de dengue e a situação da infestação vetorial no site www.ondeestaoedes.com.br.

Os resultados do monitoramento com o Google Analytics no período de fevereiro a agosto mostraram 92.960 visualizações de página, 26.369 sessões e 18.582 usuários. Acessaram a página internautas de 50 países e 442 cidades. Porto Alegre concentra 82,47% dos acessos, o que reforça a importância do site para a informação atualizada aos moradores e para a divulgação na mídia local. Essas informações atualizadas sobre a infestação vetorial e a situação epidemiológica da doença na cidade tem sido fundamental para a transparência e controle social das ações de prevenção à dengue.

Operação do Monitoramento Inteligente da Dengue – MI Aedes

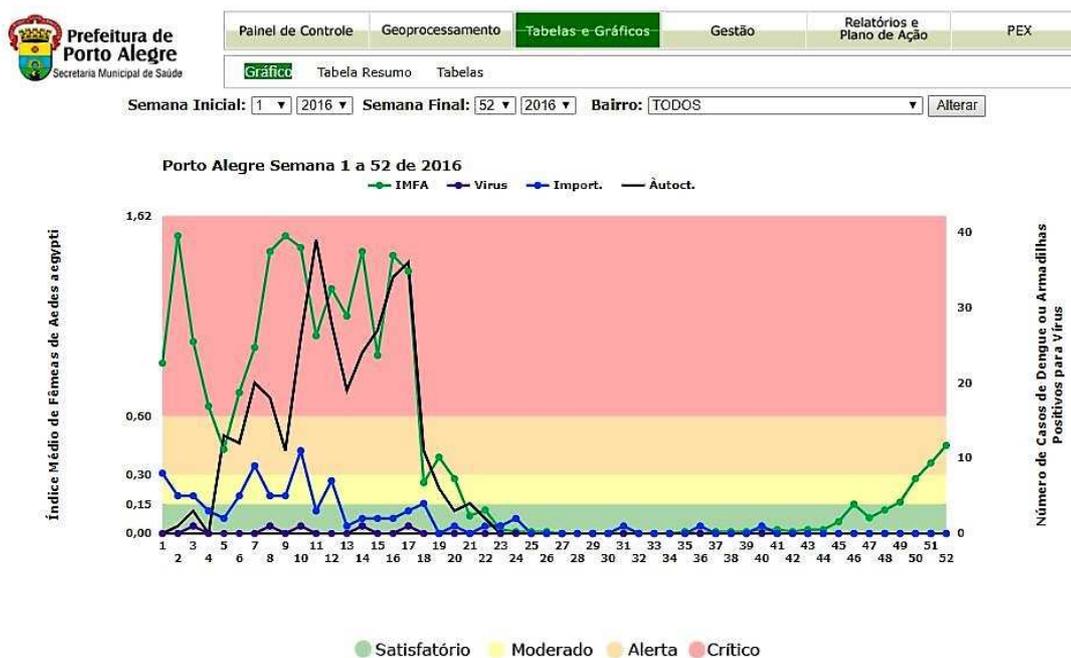
Tabela 187- MI Dengue, entre os anos 2017 e 2016

| MI Dengue | Ano | | |
|-------------------------|--------|--------|---------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| Vistorias em armadilhas | 47.530 | 46.158 | 2,97% |
| Amostras coletadas | 9.662 | 7.728 | 25,02% |
| Espécimes capturados | 18.750 | 19.080 | -1,73% |
| Amostras com vírus | 02 | 4 | -50,00% |

FONTE: Banco de dados gerenciais do EVRV/CGVS/SMS; Dengue Report MIDENGUE – ECOVEC.

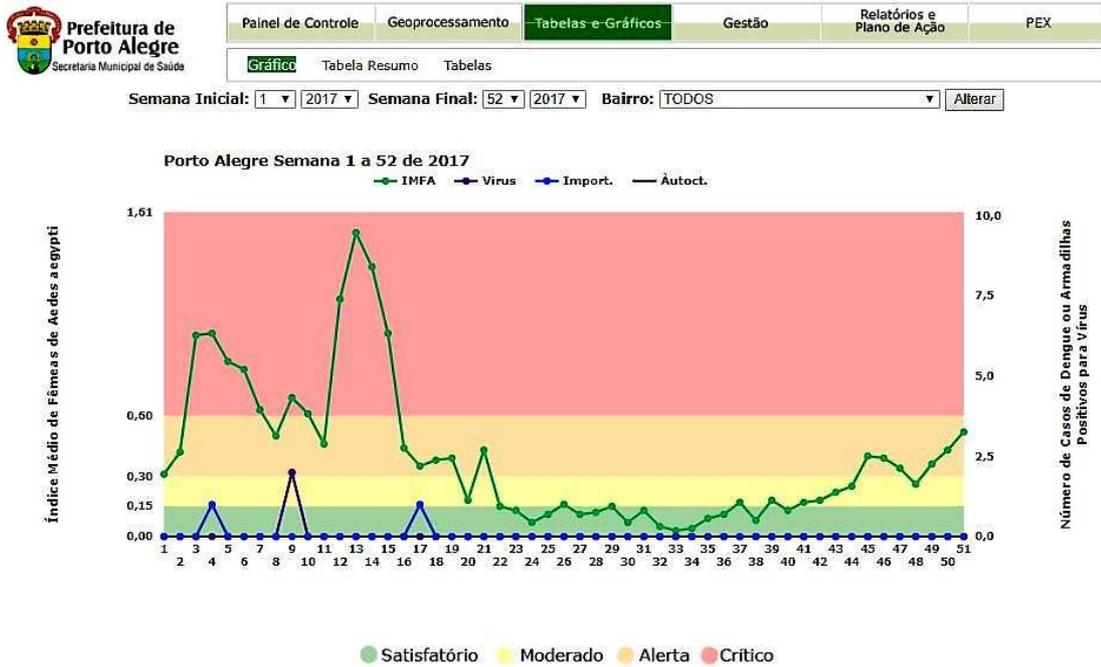
Segue abaixo o histórico da infestação do vetor da dengue, bem como os casos da doença e de circulação viral nos mosquitos, no ano de 2016 e 2017, obtido através das informações do MIDENGUE

Gráfico 9- Histórico da infestação vetorial, casos de Dengue e circulação viral nos mosquitos, no ano de 2016



FONTE: MI-AEDES/ECOVEC

Gráfico 10- Histórico da infestação vetorial, casos de Dengue e circulação viral nos mosquitos, no ano de 2017



FONTE: MI-AEDES/ECOVEC

Ao longo de 2016 e 2017, foi possível observar a marcante sazonalidade, característica de Porto Alegre, a qual é destacada por temperaturas mais altas nos meses de janeiro a abril, pela queda da mesma a partir de maio, e pelo aumento gradativo novamente a partir de setembro.

Em 2016, o mês de abril foi marcado pela queda abrupta das temperaturas, as quais se mantiveram baixas até o final do mês de setembro. Pode ser observado no gráfico A, que nos meses de inverno o IMFA permaneceu zerado, interrompendo a circulação viral intensa registrada nos primeiros meses do ano.

A infestação vetorial em 2017, representada no gráfico B, seguiu a mesma tendência sazonal, no entanto, no inverno, em nenhuma semana a infestação baixou a zero, e registrou-se a segunda maior infestação desde 2013, perdendo apenas para 2015. Isto significa que a população de adultos de *Aedes aegypti* foi mantida, ao longo da estação, permitindo uma retomada de níveis de população críticos para a transmissão de doenças logo no início da primavera, no entanto, esta previsão não foi confirmada, provavelmente pela

baixa ocorrência de casos no Brasil.

Os dados do MIAedes permitem acompanhar, de forma semanal, a infestação vetorial nos bairros com armadilhas. Esses dados estão apresentados em um mapa da cidade, que pode ser acessado no site www.ondeestaoedes.com.br.

Controle Químico

Tabela 188- Aplicação de inseticida, entre os anos 2017 e 2016

| Aplicações de Inseticida (nº de imóveis) | Ano | | |
|--|------|--------|---------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| Peridomiciliar | 613 | 15.816 | -96,12% |
| A partir da via pública | 0 | 0 | 0 |

FONTE: Banco de dados gerenciais da EVRV/CGVS/SMS.

A aplicação de inseticida em imóveis situados na área de abrangência de casos de dengue, zika e chikungunya e de armadilhas com vírus em mosquitos diminuiu consideravelmente.

Em 2017 não houve autoctonia de nenhuma das doenças, e ocorreu significativa redução de casos em relação a 2016: 02 confirmados de Dengue, 07 de Chikungunya e 02 de Zika.

Meningite Bacteriana

Tabela 189- Relação dos casos notificados e investigados de Meningite Bacteriana em relação ao diagnóstico laboratorial, entre os anos 2017 e 2016

| Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningites bacteriana por meio das técnicas de cultura contra imunoeletroforese e látex | | Ano | | |
|--|--|---------------|---------------|----------|
| | | 2017 | 2016 | Varição% |
| Meningite Bacteriana | Notificado | 400 | 333 | 20,12 |
| | Investigados | 400 | 333 | 20,12 |
| | Casos confirmados de Meningite Bacteriana | 121 | 90 | 34,44 |
| | Nº. absoluto Diag. Lab. (cultura, CIE látex) | 55 | 49 | 12,24 |
| | Percentil atingido (diag. laboratorial/ casos confirmados x 100) | 45,45% | 54,44% | -16,69% |
| | Status da meta | Meta Atingida | Meta Atingida | |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados atualizados em 12/03/2018, sujeitos a alterações. Dados 2016 atualizados

A Meningite Bacteriana pode ser causada por uma grande variedade de bactérias. Os principais agentes bacterianos são a Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e Mycobacterium

tuberculosis que representaram 55,28% em 2017 e 64,44% no ano de 2016. Os demais casos de Meningite Bacteriana são provocados por outro agente causal, ou não são especificados.

A Tabela acima relaciona os casos de Meningite Bacteriana em relação à meta definida pela técnica laboratorial utilizada, cabe considerar:

- O LACEN não tem utilizado a técnica de contraímunoeletroforese (CIE) na análise para meningite, são utilizadas atualmente Látex, PCR e Cultura.
- As investigações de meningites bacterianas contemplam no resultado laboratorial, sempre a cultura e muitas vezes PCR e/ou Látex, que não são considerados na análise do número absoluto de diagnóstico laboratorial, por apresentarem resultados negativos na identificação do agente causal;
- Cabe destacar que se inclui nos casos confirmados de meningite bacteriana, a Meningite por Tuberculose, que possibilita vários critérios de confirmação, entre eles o clínico. Dos casos confirmados de Meningite Bacteriana em 2017, 13 (10,56%) são por meningite tuberculosa com critério de confirmação clínica e no ano de 2016 11(12,22%).

Tabela 190- Relação dos casos notificados e investigados de Meningite Bacteriana por gerência, entre os anos de 2017 e 2016.

| Gerência Distrital | ANO | | | | | |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação % | |
| | Notificados | Confirmados | Notificados | Confirmados | Notificados | Confirmados |
| Centro | 43 | 26 | 43 | 29 | 0 | -10,34 |
| GCC | 50 | 34 | 28 | 24 | 78,57 | 41,66 |
| LENO | 52 | 40 | 53 | 41 | -1,88 | -2,43 |
| NEB | 88 | 66 | 65 | 50 | 35,38 | 32,00 |
| NHNI | 55 | 41 | 39 | 23 | 41,02 | 78,26 |
| PLP | 52 | 37 | 35 | 30 | 48,57 | 23,33 |
| RES | 22 | 14 | 27 | 20 | -18,51 | -30 |
| SCS | 33 | 21 | 40 | 28 | -17,5 | -25 |
| Porto Alegre | 395 | 279 | 330 | 245 | 19,69 | 13,87 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados atualizados em 12/03/2018, sujeitos a alteração.

Nos anos analisados observa-se ao relacionar os casos com as gerências um número menor do total de casos notificados e investigados. Em 2016 foram notificados/investigados 333 casos, no total por gerências 330 casos (99,09%), no ano de 2017 foram 400 casos, no total por gerência 395 (98,75%), a impossibilidade de identificação esta associada ao endereço incompleto ou não existência na relação dos territórios de saúde.

Ao analisar os casos da doença, distribuído pelas Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre, observa-se que o número total de casos confirmados representa em 2017 uma incidência de 19,79%/100,000hab. e 17,38%/100,000hab em 2016, apresentado uma variação de aumento de 13,87% dos casos confirmados. A distribuição da doença é uniforme na cidade. Não houve surtos na cidade.

Tabela 191- Distribuição dos casos de meningites segundo classificação final, entre os anos 2017 e 2016

| Classificação do caso | Frequência | | | Proporção (%) | | |
|--|------------|------|----------|---------------|--------|---------|
| | Ano | | | | | |
| | 2017 | 2016 | Varição% | 2017 | 2016 | Varição |
| Descartados | 119 | 87 | 36,78 | 29,75% | 26,12% | 13,89 |
| Doença Meningocócica | 18 | 23 | - 21,73 | 4,5% | 6,90% | -34,78 |
| Meningite TBC | 27 | 20 | 35,00 | 6,75% | 6,0% | 12,50 |
| Meningite bacteriana por outras bactérias | 10 | 06 | 66,66 | 2,5% | 1,8% | 38,89 |
| Meningite bacteriana não especificada | 45 | 26 | 73,07 | 11,25% | 7,80% | 44,23 |
| Meningite não especificada | 16 | 21 | -23,80 | 4,0% | 6,30% | -36,51 |
| Meningite Viral | 112 | 118 | -5,08 | 28,00% | 35,43% | -20,97 |
| Meningite por outra etiologia | 32 | 17 | 113,33 | 8,0% | 5,10% | 6,86 |
| Meningite por hemófilo | 1 | 01 | 0 | 0,25% | 0,30% | -16,67 |
| Meningite Pneumocócica | 20 | 14 | 42,85 | 5,0% | 4,20% | 19,05 |
| Total de casos investigados | 400 | 333 | 20,12 | na | na | na |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados atualizados em 12/03/2018, sujeitos a alterações. Dados 2016 atualizados

Na tabela acima foi acrescentado na classificação de caso, Meningite por Hemófilo e Meningite bacteriana por outras bactérias.

A maioria dos casos de meningite bacteriana são classificados como meningites bacterianas não especificadas, 59,21% em 2017 o que acaba prejudicando a definição do agente causal e o acompanhamento do perfil epidemiológico e uma parcela significativa por outras bactérias, prejudicando a classificação final e o acompanhamento do perfil. O processo de acompanhamento das culturas deverá intensificado a fim qualificar este processo.

Na tabela acima se observa que as meningites por outras etiologias, são 8,0% do total das meningites em 2017. No ano de 2016 100% dos casos de Meningites por outras etiologias são casos de meningites fúngicas (cryptococcus) e estão associados a HIV/AIDS, em 2017 situações idênticas corresponde a 23 (71,87%).

Tabela 192- Frequência de casos e óbitos de Doenças Meningocócica, entre os anos 2017 e 2016

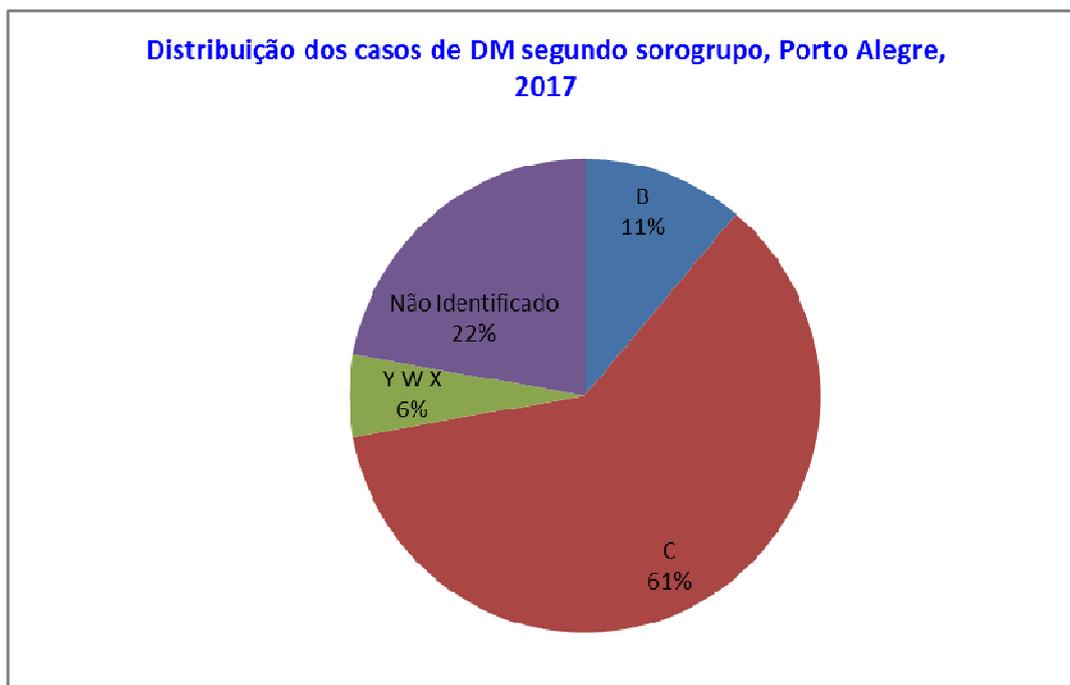
| Descrição | Ano | | |
|---|-------|------|----------|
| | 2017 | 2016 | Varição% |
| Doença Meningocócica | 18 | 23 | -21,73 |
| Número de Óbitos | 2 | 2 | 0 |
| Letalidade nos Casos de Doença Meningocócica % | 11,11 | 8,69 | +27,84 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados sujeitos a alterações.

A Doença Meningocócica ocorre em todo o mundo – diferenças regionais na incidência e sorogrupos – forma endêmica, surtos e epidemias. Incidência e letalidade variam entre países –Letalidade: 6-10% (países desenvolvidos) 10-20% (países em desenvolvimento).

No período avaliado observa-se que a letalidade mantém-se em parâmetros dentro do esperado para os países em desenvolvimento. Importante destacar que a variação positiva da letalidade em 2017 deve ser analisada com a diminuição de casos, no mesmo ano. O controle da doença meningocócica depende da rápida identificação e notificação, a fim de estabelecer a quimioprofilaxia, orientações e esclarecimentos para os contatos. É recomendação do Ministério da Saúde a notificação imediata após instalada a suspeita para que a vigilância possa estabelecer todo processo de investigação e definição da necessidade de quimioprofilaxia.

Gráfico 11- Distribuição dos casos de DM segundo sorogrupo, Porto Alegre, 2017



Os menores de 1 ano prevalecem com cerca de 25% da incidência dos casos. Apesar do tipo C ser preponderante, há um deslocamento da faixa etária acometida, atingindo maiores de 10 anos com, apenas 1 caso aos 2 meses (antes de receber a 1º dose da vacina).

Influenza

Tabela 193- Número de coletas preconizadas e realizadas na rede sentinela para influenza, entre os anos 2017 e 2016

| Realizar avaliação de desempenho da rede sentinela de Influenza* | | | Ano | | |
|--|-------------------------------------|----------------------|------|------|------------|
| | | | 2017 | 2016 | Variação % |
| Coletas | Nº coletas de amostras preconizadas | 5/coletas por semana | 260 | 260 | 0 |
| | Nº coletas realizadas | | 200 | 188 | 6,38 |
| | % atingido da meta | | 76,9 | 72,3 | 6,36 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SIVEP-gripe. Dados atualizados em 08/03/2018 sujeitos a alterações. Dados 2016 atualizados

Referente à Unidade Sentinela de síndrome gripal (SG) do HNSC realizada através da UPA Zona Norte, tivemos uma variação positiva em relação ao ano de 2016, mesmo assim a meta de 80% não foi atingida, conforme preconizado.

As unidades de sentinela da influenza fazem parte de uma rede mundial que tem como objetivo monitorar as cepas dos vírus da Influenza circulantes, responder a situações inusitadas, avaliar o impacto da vacinação entre outras.

Tabela 194- Relação entre casos notificados, investigados e confirmados de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) , entre os anos 2017 e 2016

| Notificação, investigação e confirmação de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) | | Ano | | |
|--|-------------|------|-------|----------|
| | | 2017 | 2016 | Varição% |
| Casos | Notificado | 1158 | 1.806 | -35,88 |
| | Investigado | 1158 | 1.806 | -35,88 |
| | Confirmados | 137 | 365 | -62,46 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN Web. Dados atualizados em 08/03/2018 sujeitos a alterações. Dados 2016 atualizados

Na vigilância da Influenza dos casos hospitalizados - Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), no ano de 2017 predominou a circulação de Influenza A tipo H3N2, seguido de Influenza B, apresentando uma baixa circulação comparativamente ao ano de 2016 que teve uma grande circulação de Influenza A do tipo H1N1.

Conforme tabela abaixo a Gerência Norte Eixo Baltazar (NEB) concentra o maior número de notificações de casos, seguida pela Gerência Leste Nordeste e NHNI. Na NEB nesta região há uma instituição hospitalar (N^a S^a Conceição) que como fonte notificadora representa 37,82% das SRAGs na capital.

Tabela 195- Número de casos notificados, confirmados para Influenza por Gerencia Distrital - 2017, entre os anos 2017 e 2016

| GD | Ano | | | | | |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2017 | | 2016 | | Varição% | |
| | Notificados | Confirmados | Notificados | Confirmados | Notificados | Confirmados |
| Centro | 60 | 15 | 155 | 49 | -61,29 | -69,39 |
| GCC | 52 | 10 | 128 | 43 | -59,37 | -76,74 |
| LENO | 225 | 21 | 305 | 58 | -26,23 | -63,79 |
| NEB | 438 | 31 | 565 | 57 | -22,48 | -45,61 |
| NHNI | 203 | 21 | 245 | 42 | -17,14 | -50,00 |
| PLP | 84 | 17 | 179 | 48 | -53,07 | -64,58 |
| RES | 46 | 08 | 101 | 28 | -54,45 | -71,43 |
| SCS | 50 | 14 | 128 | 40 | -60,94 | -65,00 |
| Porto Alegre | 1158 | 137 | 1806 | 365 | -35,88 | -62,46 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN WEB Dados atualizados em 08/03/2018. Dados sujeito a alterações. Dados 2016 atualizados

Verifica-se analisando a tabela acima que houve uma redução significativa do número de casos notificados e confirmado em 2017 em relação a 2016. Isso pode ser por uma redução da circulação viral na cidade, principalmente devido a elevavada cobertura vacinal da influenza nas populações alvo o que diminui a circulação viral das variantes que compões a vacina.

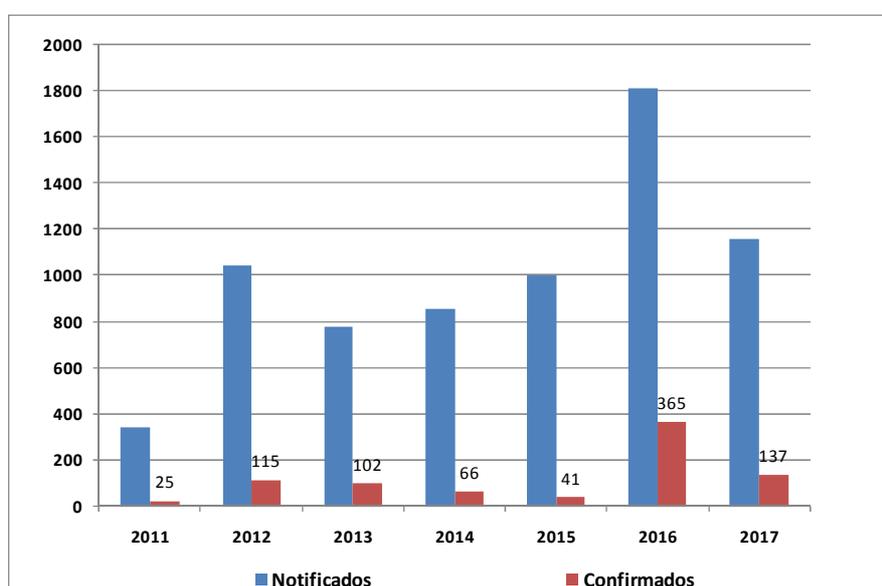
Tabela 196- Frequência de casos e óbitos por Influenza, residentes Porto Alegre, entre os anos 2017 e 2016

| Descrição | Ano | | |
|--|------|------|----------|
| | 2017 | 2016 | Varição% |
| Influenza | 137 | 365 | - 62,46 |
| Número de Óbitos por Influenza | 08 | 35 | - 77,14 |
| Letalidade nos Casos de Influenza % | 5,8% | 9,6% | - 39,58 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN WEB Dados atualizados em 05/03/2018 sujeito a alterações.

Com relação a letalidade houve uma diminuição de mais de 39% quando comparado com o 2016, momento em que houve uma maior circulação do vírus da Influenza.

Gráfico 12- Distribuição de casos de SRAG residentes em Porto Alegre investigados e confirmados 2013-2017



FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN WEB Dados atualizados em 05/03/2018 sujeito a alterações.

Quanto a distribuição de casos de Influenza, após a pandemia de 2009 aonde circulou a Influenza A (H1N1), observou-se que de 2012 a 2013 predominou o H1N1, 2014 e 2015, circulou H3N2, no ano de 2016 um aumento significativo de casos de H1N1, com início antecipado da ocorrência de casos comparativamente aos anos anteriores. No ano de 2017 predominou a circulação de Influenza H3N2, com diminuição significativa do número de casos.

Diante da situação ocorrida no continente europeu, asiático e americano aonde vários países passaram por surtos de Influenza, necessitamos estar alertas para a possibilidade de uma maior circulação do vírus da Influenza em nosso país, principalmente diante da sazonalidade da doença e das

características do sul do país com a proximidade do inverno. Nos Estados Unidos da América do Norte subtipo predominante é Influenza A (H3N2) e B, os mais acometidos tem sido crianças e idosos. Segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) a atividade da gripe dos EUA é agora a mais difundida desde a pandemia de influenza A (H1N1) 2009. A taxa de hospitalizações e óbitos agora está se aproximando - e pode exceder, especialmente em mortes pediátricas - registrada na temporada grave 2014-2015.

Tétano

No ano de 2017 ocorreram cinco casos de tétano acidental em residente da capital geralmente secundário a ferimentos não devidamente valorizados ou tratados.

Tabela 197- Relação entre casos notificados, investigados e confirmados de tétano acidental

| Notificação, investigação e confirmação de casos de Tétano Acidental | | Quadrimestre | | |
|--|-------------|--------------|------|---------|
| | | 2017 | 2016 | Varição |
| Casos | Notificado | 5 | 4 | +25% |
| | Investigado | 5 | 4 | +25% |
| | Confirmados | 5 | 4 | +25% |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET Dados atualizados em 08/03//2018 sujeitos a alteração

Não há registro de tétano neonatal na capital!

Caxumba

Em relação às doenças imunopreveníveis, observou-se um importante decréscimo da incidência e mortalidade da maioria das doenças ao longo dos anos. Entretanto algumas doenças ressurgiram como a caxumba que apresentou vários surtos na cidade no ano de 2016.

Tabela 198- Distribuição dos casos de caxumba em Porto Alegre de 2015 à 2017

| Ano da Notificação | Frequência |
|--------------------|------------|
| 2015 | 137 |
| 2016 | 4075 |
| 2017 | 665 |

Fonte: SINAN NET/EVDT/SMS/PMPA 08/03/2018 Dados sujeitos a alterações. Dados 2016 atualizados

Com relação à distribuição de casos por gerência distrital percebe-se uma maior incidência da doença na área da Leste/Nordeste e Partenon/Lomba que de ser devido a maior notificação destas gerências.

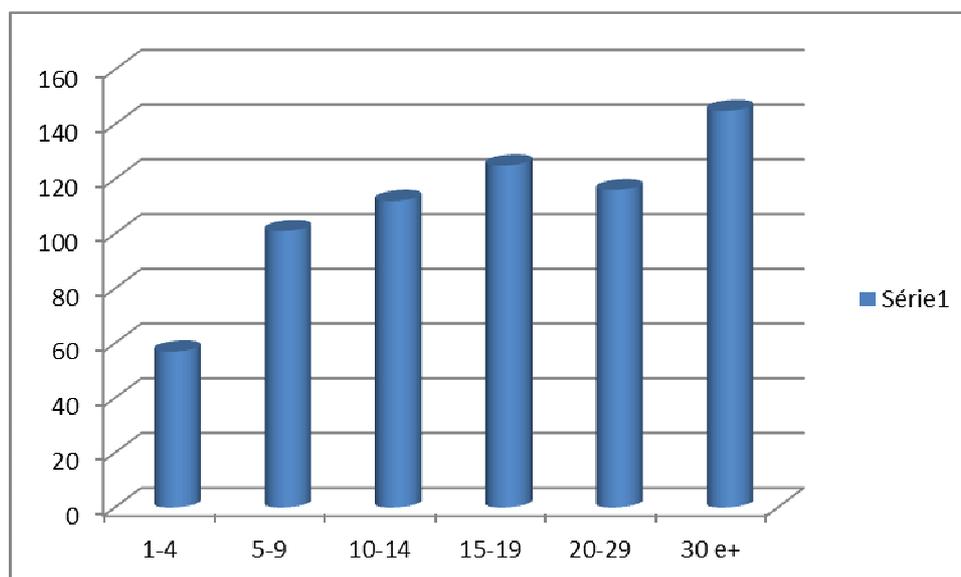
Tabela 199- Distribuição dos casos de caxumba em Porto Alegre por gerência, 2017

| Gerência Distrital | 2017 | | 2016 | | Variação | |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Notificados | Confirmados | Notificados | Confirmados | Notificados | Confirmados |
| Centro | 46 | 46 | 213 | 213 | -78,40 | -78,40 |
| GCC | 96 | 96 | 537 | 537 | -82,13 | -82,13 |
| LENO | 175 | 175 | 882 | 882 | -80,16 | -80,16 |
| NEB | 77 | 77 | 483 | 483 | -84,05 | -84,05 |
| NHNI | 68 | 68 | 159 | 159 | -57,23 | -57,23 |
| PLP | 134 | 134 | 1115 | 1115 | -87,98 | -87,98 |
| RES | 22 | 22 | 262 | 262 | -91,60 | -91,60 |
| SCS | 42 | 42 | 330 | 330 | -87,27 | -87,27 |
| Porto Alegre | 660 | 660 | 3981 | 3981 | -83,42 | -83,42 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET Dados atualizados em 08/03/2018 sujeitos a alteração

Após o surto ocorrido na cidade em 2016, no ano de 2017 observamos uma queda do número de casos. Resultado no incremento da aplicação da vacina tríplice viral em adolescentes e adultos jovens e/ou aumento da população imunizada naturalmente (diminuição de suscetíveis).

Gráfico 13- Distribuição dos casos de caxumba em Porto Alegre por faixa etária, 2017



FONTE: SINAN NET/EVDT/SMS/PMPA sujeitos a alteração

Observando o gráfico acima, houve uma distribuição homogênea entre as várias faixas etárias, com menor acometimento de crianças menores de 4 anos. Provavelmente pela maior cobertura vacinal e vacinação recente (a vacina é indicada para todas as crianças com 12 meses e reforço com 15 meses). Por outro lado, observa-se um incremento dos casos à medida que

aumenta a faixa etária, refletindo possível diminuição da proteção da vacina com o passar do tempo

Coqueluche

Tabela 200- Número de casos confirmados de Coqueluche por Gerência Distrital, entre os anos de 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | Varição% |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2017 | 2016 | |
| | Confirmados | Confirmados | Confirmados |
| Centro | 5 | 1 | 400,00 |
| GCC | 13 | 1 | 1200,00 |
| LENO | 5 | 4 | 25,00 |
| NEB | 11 | 3 | 266,66 |
| NHNI | 8 | 2 | 300,00 |
| PLP | 16 | 3 | 433,33 |
| RES | 10 | 3 | 333,33 |
| SCS | 6 | 3 | 100,00 |
| Porto Alegre | 74 | 20 | 370,00 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET Dados atualizados em 19/01/2018 sujeitos a alteração

A coqueluche, apesar de ser uma doença imunoprevenível, continua a ter uma alta prevalência em nossa cidade (como ocorre em todo o mundo). E em 2017 observamos um novo recrudescimento dos casos (voltando aos números de 2011, abaixo dos números de 2012), apesar da introdução da vacina dTpa para gestantes em final de 2014.

A distribuição da doença pela cidade pode variar de um ano a outro mas não há bairros com alta prevalência sustentada.

Tabela 201- Coqueluche em Porto Alegre: frequência de internação x faixa etária

| Faixa Etária | Ano | | Varição% |
|--------------|-------------------|-------------------|---------------|
| | 2017 ^o | 2016 ^o | |
| <1 Ano | 58 | 19 | 205,26 |
| 1-4 | 11 | 1 | 1000,00 |
| 5-9 | 1 | 0 | 100,00 |
| 10-14 | 2 | 0 | 200,00 |
| 15-19 | 0 | 0 | - |
| 20-29 | 1 | 0 | 100,00 |
| 30 e + | 1 | 0 | 100,00 |
| Total | 74 | 20 | + 370% |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET Dados atualizados em 19/01/2018 sujeitos a alteração

Os dados referem-se apenas a pacientes com coqueluche internados. Pode-se observar que a população mais vulnerável à coqueluche com complicações é a faixa etária menor de 1 ano. Os óbitos ocorrem exclusivamente neste grupo. Houve 2 óbitos em Porto Alegre no ano de 2017.

Por isso foi introduzido em 2014 a vacina dTpa para gestantes, visando proteger os recém nascidos que já teriam anticorpos contra a doença ao nascer, até receberem as 3 doses de vacina preconizadas no primeiro ano de vida.

Tabela 202- Doses de vacinas DTP (ou pentavalente) x faixa etária em pacientes internados por coqueluche

| Doses Vacina DPT | Frequência Ano | | |
|-------------------|----------------|------|----------|
| | 2017 | 2016 | Varição% |
| UMA | 17 | 3 | 466,67 |
| DUAS | 11 | 2 | 450,00 |
| TRÊS | 7 | 1 | 600,00 |
| TRÊS + REFORÇO | 1 | 0 | 100,00 |
| TRÊS + 2 REFORÇOS | 3 | 0 | 300,00 |
| NUNCA VACINADO | 17 | 14 | 21,43 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET Dados atualizados em 08/03//2018 sujeitos a alteração

Como era de se esperar, menor número de doses de vacina realizadas maior chance de internar com a doença. Lembrando que a maior parte das crianças que internam são menores de 1 ano, muitas menores de 6 meses, que não tiveram tempo de fazer as 3 doses preconizadas no PNI. Desde novembro de 2014 há indicação das grávidas fazerem vacina dTpa a partir das 20 semanas de gestação para que o RN nasça com anticorpos contra a coqueluche.

Leishmaniose

Leishmaniose Visceral – LV/ Leishmaniose Visceral Humana

A Leishmaniose Visceral (LV) e assim como a Raiva são consideradas pelo Ministério da Saúde, em recente publicação, como zoonoses de relevância em Saúde Pública, conforme Manual de Vigilância, prevenção e controle de zoonoses: normas técnicas e operacionais (MS, 2016). A execução das ações, das atividades e das estratégias de vigilância, prevenção e controle de zoonoses de relevância para a saúde pública estende-se para outras doenças de transmissão vetorial. Assim, tais doenças subdividem-se em três grupos, sendo: zoonoses monitoradas por programas nacionais de vigilância e controle do Ministério da Saúde (MS), zoonoses de relevância regional ou local e zoonoses emergentes ou reemergentes.

A Leishmaniose visceral (LV) é uma protozoonose crônica, sistêmica, caracterizada em humanos por febre de longa duração, perda de peso, astenia,

adinamia e anemia, entre outras manifestações. Quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos. No cão, principal reservatório e fonte de infecção no meio urbano, a doença caracteriza-se por febre irregular, apatia, emagrecimento, descamação furfurácea e úlceras na pele – em geral, no focinho, nas orelhas e extremidades –, conjuntivite, parestesia do trem posterior, fezes sanguinolentas e crescimento exagerado das unhas. A enzootia canina tem precedido a ocorrência de casos humanos e a infecção em cães tem sido mais prevalente que no homem. No ambiente silvestre, os reservatórios são as raposas (Graxains) e os marsupiais (Gambás).

Nas últimas décadas, a LV tem passado por um processo de urbanização e os cães (*Canis familiaris*) são considerados os principais reservatórios responsáveis pela persistência da LV nas áreas endêmicas. Surtos de infecções humanas são comumente associados à presença de cães soropositivos. A permanência de cães peridomicílio e em áreas próximas a florestas são os principais fatores de risco para a infecção canina.

Cabe salientar que a Leishmaniose Visceral (LV) é uma zoonose causada pelo protozoário *Leishmania chagasi* nas Américas, transmitida através da picada de fêmeas do inseto vetor (flebotomíneo) infectado e tem como reservatórios principais animais silvestres (raposas e marsupiais) e o cão na área urbana e periurbanas que é o caso de Porto Alegre este último.

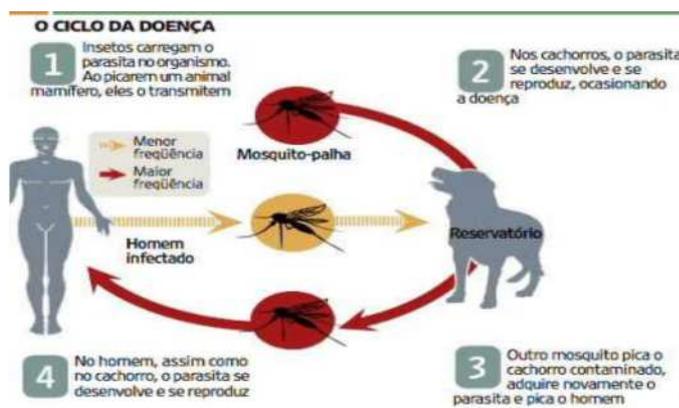


Figura 1- Ciclo biológico da Doença

FONTE: [Google.com/ciclo biológico](http://Google.com/ciclo_biológico)

Em Porto Alegre, até o mês de setembro de 2016, não havia registro da ocorrência de casos de Leishmaniose Visceral Humana. Embora tenha sido

emitido um Alerta Epidemiológico em 28/08/2014, após o diagnóstico de Leishmaniose Visceral em cães no entorno do Campus da UFRGS, o flebótomo *Lutzomyia longipalpis*, responsável pela transmissão, não foi encontrado no município.

Em setembro de 2016 a EVDT recebeu a notificação de um caso confirmado de Leishmaniose Visceral Humana internada no Hospital de Clínicas. A investigação concluiu que se tratava de um caso autóctone do bairro Protásio Alves (Gerência Leste/Nordeste). A partir da notificação foi emitido um novo Alerta Epidemiológico sobre a autoctonia da doença em Porto Alegre. Desde então ocorreram mais dois casos suspeitos, ambos descartados por sorologia e biópsia de medula. Além disso, inúmeras ações (capacitações, vistorias, análise sorológica de cães, sensibilização da comunidade) foram desenvolvidas pela CGVS e outras secretarias naquela comunidade e Gerência Distrital. Desde então ocorreu à notificação de mais um caso, que foi descartado.

Em 03 de outubro, devido à situação de emergência foi realizada uma reunião com as equipes envolvidas com a doença e decidido criar a sala de situação da LV que já ficou marcada para o dia 07/10/2016 com periodicidade das reuniões semanais.

Em 09 de novembro de 2016 foi publicada a Portaria Municipal 1438/16 que declara Emergência em Saúde Pública de Interesse Municipal.

Em fevereiro de 2017 recebemos outra notificação de LVH com data de início dos sintomas em 2016, nosso segundo caso deste ano, inúmeras ações (capacitações, vistorias, análise sorológica de cães, pesquisa vetorial, sensibilização da comunidade) foram desenvolvidas pela CGVS e outras secretarias naquela comunidade e Gerência Distrital.

Tabela 203- Relação entre casos notificados, investigados e confirmados de Leishmaniose Visceral Humana, residentes Porto Alegre, entre os anos de 2017 e 2016

| Notificação, investigação e confirmação de casos de Leishmaniose Visceral Humana | | Ano | | |
|--|--------------|------|------|----------|
| | | 2017 | 2016 | Varição% |
| Casos | Notificados | 49 | 02 | 2350,00 |
| | Investigados | 49 | 02 | 2350,00 |
| | Confirmados | 06 | 02 | 200,00 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET Dados atualizados em 09/03/2018 sujeitos a alteração.
Obs : Os dados obtidos são a partir da data de início de sintomas.

Na tabela acima se observa um aumento significativo de casos notificados de LVH. Dos 6 casos confirmados, um caso foi considerado importado, paciente natural do Ceará, tendo vivido no município de Parambu (área rural) até o final de março de 2017. Esse município é área com transmissão esporádica de LVH. Além disso, no inquérito sorológico canino nenhum foi positivo para Leishmaniose Visceral Canina, assim como não foi identificado, em pesquisa vetorial, vetores passíveis de fazerem parte do ciclo de transmissão

Tabela 204- Frequência de casos e óbitos Leishmaniose Visceral Humana residentes Porto Alegre, entre os anos 2017 e 2016

| Descrição | Ano | | |
|---|-------|------|----------|
| | 2017 | 2016 | Varição% |
| Leishmaniose Visceral | 06 | 02 | 200,00 |
| Número de Óbitos por Leishmaniose Visceral | 02 | 02 | - |
| Letalidade nos Casos de leishmaniose Visceral % | 33,33 | 100 | -66,67 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET Dados atualizados em 09/03/2018 sujeitos a alteração.

No ano de 2016 100% dos casos confirmados de LVH evoluíram para óbito, por ser uma doença nova na cidade e pelo desconhecimento desta doença, assim como pelo estado avançado do quadro clínico dos pacientes no diagnóstico, não permitindo assim que as medidas terapêuticas realizadas tivessem efeito.

A partir de medidas de sensibilização da rede atenção, houve um aumento significativo de notificações e também o diagnóstico precoce dos casos. Mesmo assim tivemos um percentual de óbitos de 33,33% no ano de 2017, melhorando significativamente em relação a 2016, em que foi de 100%. Cabe salientar que a média nacional está entre 10 e 19%.

Vários esforços tem sido empreendidos para que este quadro reverta; através de informações dos achados, alertas, capacitações, busca ativa de possíveis sintomáticos nas áreas de casos humanos.

Leishmaniose Tegumentar Americana – LTA

Em 2002 foi confirmado o primeiro caso autóctone de Leishmaniose Tegumentar Americana em Porto Alegre. Desde então foram confirmados 26 casos, todos eles em pessoas que moram ou freqüentam áreas silvestres na zona sul da cidade. (Gerência Sul/Centro Sul). No ano de 2016 e 2017 não houve ocorrência de nenhum caso autóctone de LTA em Porto Alegre.

Os 5 casos que foram diagnosticados em 2017 são todos importados.

Tabela 205- Relação entre casos notificados, investigados e confirmados de Leishmaniose Tegumentar Americana, entre 2017 e 2016

| Notificação, investigação e confirmação de casos de Leishmaniose Visceral Humana | | Ano | | |
|--|-------------|------|-------------------|-----------------------|
| | | 2017 | 2016 ^o | Varição% ^o |
| Casos | Notificado | 5 | 0 | 500,00 |
| | Investigado | 5 | 0 | 500,00 |
| | Confirmados | 5 | 0 | 500,00 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET Dados atualizados em 15/03/2018 sujeitos a alteração

Imunizações

Tabela 206- Cobertura vacinal para < 1 ano por unidade, entre os anos 2017 e 2016

| Vacinas | População < 1 ano (SINASC 2014) | Ano | | | | | |
|--------------|---------------------------------|--------|------|--------|------|-----------|------|
| | | 2017 | | 2016 | | Variação* | |
| | | D.A | CV % | DA | CV % | DA | CV % |
| BCG | 19.188 | 18.329 | 95,5 | 17.757 | 92,5 | +572 | +3 |
| Meningo C | | 13.836 | 72,1 | 14.321 | 74,6 | -485 | -2,5 |
| Pentavalente | | 14.023 | 73,1 | 13.710 | 71,5 | +313 | +1,6 |
| Pneumocócica | | 15.358 | 80,0 | 14.937 | 77,9 | +421 | +2,1 |
| Poliomielite | | 14.412 | 75,1 | 13.413 | 69,9 | +999 | +5,2 |
| VORH | | 13.729 | 71,6 | 13.228 | 68,9 | +501 | +2,7 |
| FA | | 7.486 | 39,0 | 7.780 | 40,6 | -194 | -1,6 |

FONTE: SI-PNI NI/EVDT/CGVS/ SMS. Dados 2016 atualizados

Avaliando o ano de 2017, se observa a queda da cobertura vacinal em quase todos os imunobiológicos, exceto Poliomielite e Febre Amarela. As vacinas BCG, Rotavírus Humano e Pentavalente tiveram períodos de desabastecimento, o que justifica a queda da cobertura vacinal. Já a Meningo C e a Pneumocócica 10 tiveram seu abastecimento normal ao longo de 2017.

Outra justificativa para a queda da cobertura vacinal, se deve à informatização dos registros do vacinado. Em setembro, 100% das Unidades de Saúde operavam com o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), e apesar de o Núcleo de Imunizações ter realizado várias capacitações sobre o uso do novo Sistema de Informação, a adaptação à um novo recurso tecnológico gera dúvidas e dificuldades.

A implantação do novo sistema nominal, SIPNI, qualificou o sistema de informação, e hoje o registro de doses aplicadas no vacinado, pode ser consultado em todo o território brasileiro. Essa ação garante, em primeiro lugar, a segurança do paciente, evitando erros de imunização, e possibilitando a

investigação e análise das ações através de inúmeros relatórios que o sistema nos permite gerar.

O sistema anterior, APIWEB, não era nominal e registrava somente o número total de doses por faixa etária. Havia uma senha para todo o município, impedindo o acesso à relatórios mais detalhados sendo altamente passível de erros. Não era possível rastrear digitações equivocadas, dificultando a leitura e interpretação correta dos dados.

Além disso, um aspecto que também contribui para uma baixa cobertura é a rotatividade de profissionais de saúde nas suas atividades e/ou serviços dificultando a consolidação das rotinas da sala de vacina, impactando diretamente nas atividades realizadas por este setor. O monitoramento mensal da cobertura vacinal e a busca aos faltosos também fica muito prejudicada.

É importante salientar que o número de doses aplicadas corresponde à última dose do esquema, que é a dose considerada para o cálculo da cobertura vacinal.

Influenza

Tabela 207- Dados da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, entre os anos 2017 e 2016

| Grupos | Meta | | | Doses aplicadas | | | Cobertura vacinal % | | |
|-------------|---------|---------|----------|-----------------|---------|----------|---------------------|--------|----------|
| | Ano | | | | | | | | |
| | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação |
| Idosos | 191.702 | 170.402 | 21.300 | 209.168 | 205.904 | 3.264 | 98,20 | 96.67 | +1,6% |
| Crianças | 67.797 | 60.246 | 7.551 | 58.707 | 75.308 | -16.601 | 77,93 | 99.97 | -28,3% |
| Gestantes | 12.952 | 11.512 | 1.440 | 10.351 | 10.961 | -610 | 71,92 | 76.17 | -5,9% |
| Puérperas | 2.129 | 1.892 | 237 | 2.401 | 2.951 | -550 | 101,48 | 124.73 | -22,9% |
| Trab. Saúde | 74.217 | 59.939 | 14.278 | 59.973 | 82.464 | -22.491 | 72,73 | 110.06 | -51,3% |
| Índios | 504 | 405 | 99 | 590 | 527 | 63 | 105,36 | 103.94 | -1,3% |
| Total | 349.303 | 304.415 | 44.888 | 341.063 | 374.084 | -33.021 | 87,88 | 98.31 | -11,9% |

FONTE: SI-PNI NI/EVDT/CGVS/ SMS. Dados sujeitos a alterações.

A meta de cobertura vacinal estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2017, relacionada à campanha da influenza, foi de 90% para os grupos prioritários, sendo que em 2016 a meta foi de 80%. Esta meta foi atingida somente nos seguintes grupos: idosos, puérperas e indígenas. A baixa procura levou o Ministro da Saúde a ampliar a vacinação para toda a população no mês

de junho. Crianças, gestantes e trabalhadores de saúde não atingiram a meta preconizada.

Neste ano, a cepa circulante mais presente foi a H3N2, que não eleva acima da média o número de hospitalizações e óbitos como quando à predominância da cepa do H1N1. Diante disso, a procura diminuiu por a doença não ser considerada “grave” pela população e estoques maiores acabam ficando disponíveis nas unidades de saúde.

Importante ressaltar que alguns grupos elencados pelo Ministério da Saúde como prioritários para recebimento da vacina não tem meta a ser cumprida, mas o número total de doses aplicadas nestes grupos foi bastante significativo:

- Pessoas com comorbidade: 142.540 doses aplicadas
- Professores: 14.287 doses aplicadas
- Funcionários do sistema prisional: 2.473 doses aplicadas
- População privada de liberdade: 3.487 doses aplicadas

Estes grupos totalizaram 162.787 doses aplicadas. No final da campanha, a vacina foi liberada para a população geral que totalizou mais 152.267 doses aplicadas.

Portanto, 656.117 porto alegrensenses receberam a vacina no ano de 2017.

Papiloma vírus Humano – HPV

Tabela 208- Cobertura vacinal meninas de 9 a 13 anos vacina HPV, entre os anos 2017 e 2016

| População | Ano | | | | Variação | |
|-----------|--------|------|-------|-------|----------|------|
| | 2017 | | 2016 | | DA | CV% |
| | DA | CV% | DA | CV% | | |
| 19188 | 10.060 | 43,4 | 8.549 | 33,6% | +1.511 | +9,8 |

FONTE: SI-PNI NI/EVDT/CGVS/ SMS. Dados sujeitos a alterações.

A vacina HPV (Papiloma vírus Humano) indicada para a faixa etária de 9 a 14 anos, faz parte do Calendário de Vacinação da Criança e Adolescente. Os dados informados anteriormente foram revisados e atualizados e foi detectada uma diferença importante nos dados anteriores. É importante salientar que o número de doses aplicadas correspondem ao total, incluindo a primeira e a

segunda dose do esquema. Para avaliação da cobertura vacinal, somente o término do esquema deverá ser considerado, isto é, a segunda dose.

Para cálculo de cobertura vacinal em maiores de um ano, se utiliza a população informada pelo IBGE de dois anos anteriores, ou seja, 2015. Foi feita uma média da população considerando a faixa etária 9 a 13 anos.

No período de 21 à 25/08/2017, foi realizada no Rio Grande do Sul a campanha de vacinação do adolescente, gerando aumento da procura deste imunobiológico nas unidades de saúde no 2º quadrimestre. O Ministério da Saúde ampliou temporariamente a faixa etária para recebimento desta vacina exatamente no mesmo período da campanha estadual, de 18 de agosto à 01º de setembro, sem as mudanças necessárias no sistema de informação (SIPNIWEB) para realizar o registro nominal, o que não altera os dados informados.

Difteria e Tétano - DT

Tabela 209- Dados das doses aplicadas vacina DT, entre os anos 2017 e 2016

| Doses | Ano | | |
|------------|--------|--------|---------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| D1 | 9.600 | 7.161 | +25,4% |
| D2 | 3.650 | 2.017 | +44,7% |
| D3 | 2.170 | 1.174 | +45,9% |
| REV | 21.355 | 29.318 | -37,3% |

FONTE: SI-PNI NI/EVDT/CGVS/ SMS. Dados sujeitos a alterações.

A vacina Dupla Adulto (dT), proteção contra difteria e tétano faz parte do Calendário de Vacinação a partir dos 7 anos. Adolescentes ou adultos que já receberam anteriormente 03 doses da vacina DTP, Dupla Adulto ou pentavalente, aplicar uma dose de reforço a cada 10 anos.

Está sendo informado somente as doses aplicadas no ano de 2017 e 2016, visto que para esta vacina não se calcula cobertura vacinal.

Este imunobiológico é administrado por demanda espontânea nas unidades de saúde, assim como nas emergências do Hospital Cristo Redentor e do Hospital de Pronto Socorro do município de Porto Alegre.

10.1.3 Vigilância em Saúde Ambiental

Vigilância de Flebotomíneos (Vetores LV e LTA)

Tabela 210- Estudo entomológico de flebotomíneos, entre os anos 2017 e 2016

| Realizar vigilância e estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose (LTA e LV) | Meta Pactuada | Ano | | Variação |
|--|--------------------------------|------|------|----------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Nº de capturas | Em 100 % dos casos confirmados | 71 | 42 | 69,05% |

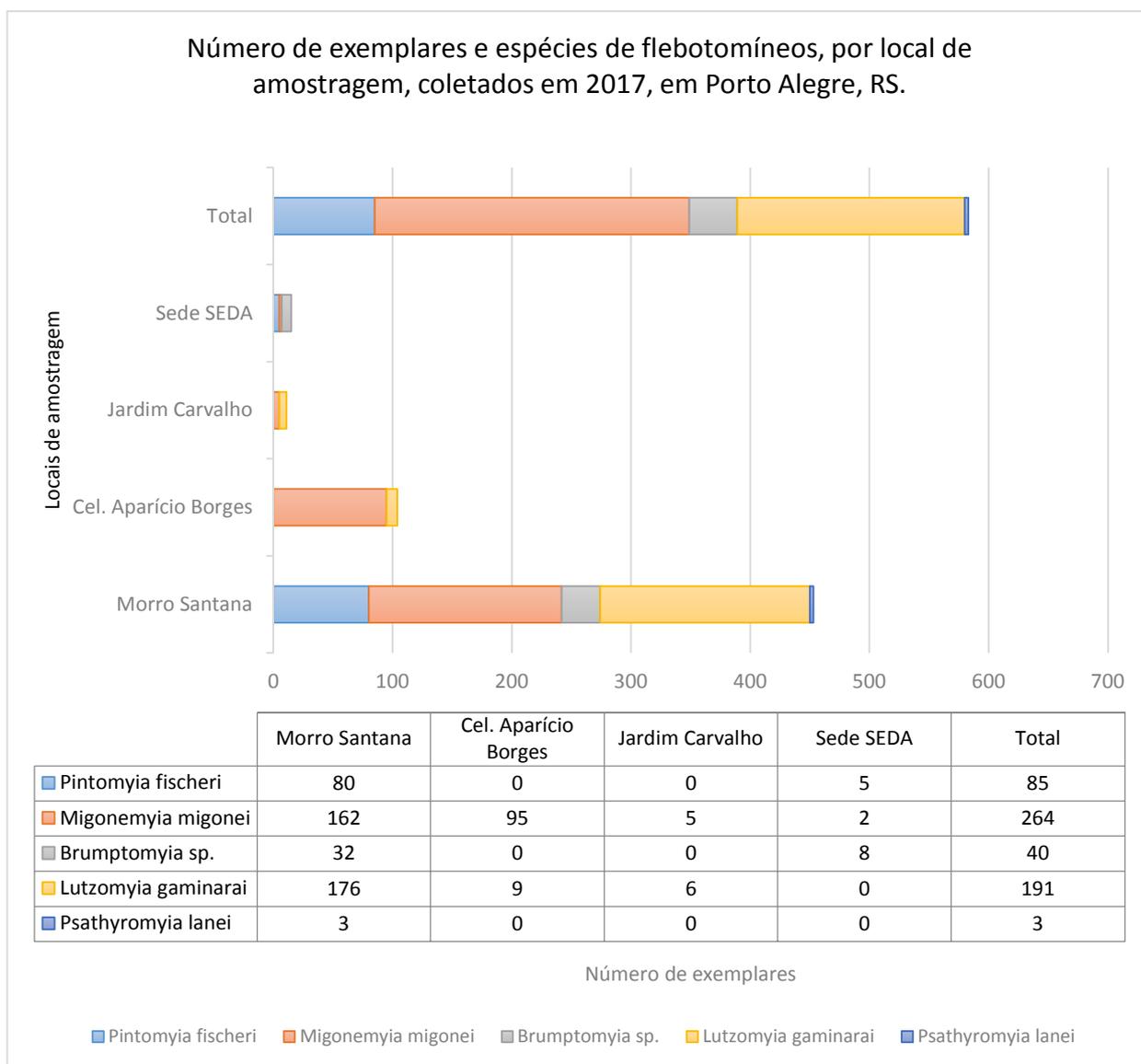
FONTE: Banco de dados gerenciais do NVRV/ CGVS/ SMS

O número de investigações entomológicas aumentou em função da confirmação de novos casos caninos da leishmaniose visceral, em áreas distintas das notificações anteriores, e também dos casos autóctones humanos ocorridos no Morro Santana (2016 – 1 caso, 2017 – 2 casos, respectivamente, nos bairros Morro Santana e Jardim Carvalho) e Morro da Polícia (2017 - 3 casos, Bairro Cel. Aparício Borges).

Em 2017, foram analisadas 625 amostras de insetos e identificados 583 flebotomíneos, os quais estão representados no gráfico abaixo, por espécie e local de amostragem. Em comparação, em 2016, foram estudadas apenas 72 amostras e realizadas 164 identificações de flebotomos.

Fêmeas de todas as espécies de flebotomíneos coletadas no Morro Santana (área da Pedreira) foram enviadas para o Centro de Pesquisas René Rachou (FIOCRUZ/MG), em março de 2017, visando à detecção da infecção por *Leishmania infantum*, pela técnica da PCR (kDNA). Os resultados mostraram 4 amostras positivas para *Le. infantum*, sendo duas na espécie *Lu. gaminarai* (dentro de casa e fora de casa), uma em *Mg. migonei* (fora de casa) e uma em *Pi. fischeri* (fora de casa). Estes resultados são indicativos da importância epidemiológica dessas três espécies no ciclo de transmissão da LV em Porto Alegre.

Gráfico 14- Número de exemplares e espécies de flebotomíneos, por local de amostragem, coletados em 2017, em Porto Alegre, RS



FONTE: Banco de dados gerenciais da EVRV/ CGVS/ SMS

Vigilância de População Animal relacionadas a LVC

Ações de Vigilância da Leishmaniose Visceral Canina (LVC)

Neste ano foram coletados 1005 animais para realização de exames sorológicos para pesquisa de LVC. Nas coletas foram realizados Teste Rápido (TR-DPP – Biomanguinhos) em 945 animais, destes 125 foram positivos e enviado ao LACEN para teste confirmatório, sendo que destes 100 animais confirmaram o diagnóstico e de 04 ainda não foram recebidos os resultados. Todos os animais coletados foram identificados eletronicamente e receberam

coleiras repelentes (se necessário). Neste ano foram entregues 762 coleiras parasiticidas.

As ações e atividades de investigação e vigilância de LVC, que foram realizadas respondem aos cinco (5) casos humanos de Leishmaniose Visceral Humana ocorridos no município em 2017 e também aos casos de LVC notificados a esta equipe. Além disso, se manteve a coleta de animais de regiões da cidade que continuam sendo monitoradas (Morro Santana – Vila Laranjeiras), e repondo as coleiras repelentes.

Tabela 211– Atividades realizadas relacionadas com LVC pela Vigilância da População Animal, entre os anos 2017 e 2016

| Atividade | Ano | | Variação % |
|---|------|------|------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Número de Coletas Realizadas para LVC | 1005 | 427 | 135,36 |
| Número de Testes rápido LVC | 945 | 383 | 146,73 |
| Coleiras antiparasitárias entregues | 762 | 82 | 829,27 |
| Nº de amostras enviadas para exame sorológico de LVC. (1) | 164 | 115 | 42,61 |
| Nº TR positivos | 125 | 70 | 78,57 |
| Cães positivos LVC - LACEN | 100 | 67 | 49,25 |
| Cães ainda aguardando resultado LACEN (novo) | 04 | - | 400,00 |
| Reuniões técnicas LVC | 42 | 15 | 180,00 |
| Nº de Orientações dadas para LVC | 261 | 93 | 180,64 |

FONTE: Banco de dados gerenciais NVPA/CGVS/SMS

Sem teste, mais TRs positivos, pois houveram períodos em que faltaram TRs.

1) Realizados pelo NVPA

Doença de Chagas

Tabela 212– Pesquisa de triatomíneos, entre os anos 2017 e 2016

| Realizar pesquisa de Triatomíneos. | Meta Pactuada | Ano | | |
|------------------------------------|-------------------|------|------|----------|
| | | 2017 | 2016 | Variação |
| Nº de visitas | 1 visita PIT/ mês | 48 | 48 | 0,00 |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVRV/ CGVS/SMS.

Em 2017, foram analisados dois barbeiros da espécie *Panstrongylus megistus*, enquanto em 2016, foram identificados três exemplares da mesma espécie.

A demanda é espontânea e depende dos moradores encontrarem esses vetores silvestres nas suas residências, localizadas geralmente próximas de mata. Os dois barbeiros analisados eram provenientes de duas residências localizadas nos bairros Ponta Grossa (1 fêmea) e Belém Novo (1 fêmea). O espécime proveniente da Ponta Grossa não foi examinado quanto ao conteúdo fecal, pois estava morto e o outro exemplar, capturado no Belém Novo, foi

negativo, não apresentando protozoários flagelados (*Trypanosoma cruzi*-like) nas fezes.

Nas duas residências foram realizadas visitas domiciliares e efetuadas orientações aos moradores para evitar a aproximação e domiciliação do vetor.

10.2 Ações e Serviços em Vigilância Sanitária

10.2.1 Ações e Serviços em Vigilância Sanitária

Meta 23. Elaborar o ranqueamento de risco na avaliação dos estabelecimentos de saúde e de interesse a saúde:

A Meta da PAS foi concluída no último quadrimestre de 2016. Foram classificadas todas as atividades econômicas realizadas por pessoas físicas e jurídicas sujeitas à fiscalização higiênico-sanitárias pela Vigilância Sanitária, avaliando seu risco e complexidade de inspeção. Cada atividade foi analisada e avaliada por um Grupo Técnico que classificou em baixo, médio e alto risco à saúde de todos os estabelecimentos e serviços de saúde e de interesse à saúde.

Meta 24. Investigar 100% dos surtos notificados com doenças transmitidas por alimentos:

A meta foi atingida plenamente, ou seja, realizada a investigação de 100% das notificações recebidas de surtos em 2017.

Tabela 213– Investigação de surtos alimentares, entre os anos 2017 e 2016

| Investigação de surtos alimentares/PAS 24 e CIB 250/07 | | Meta | Ano | | Variação% |
|--|-----------------|--|------|------|-----------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Surtos | Notificados | Investigar 100% dos surtos notificados | 11 | 15 | -26,67 |
| | Investigados | | 11 | 15 | -26,67 |
| | Em investigação | | 0 | 0 | - |

FONTE: Banco de dados gerenciais da EVA/CGVS/SMS.

Todos os surtos tiveram amostras de alimentos coletados para análise junto ao LACEN, a caráter de monitoramento da condição sanitária de produção dos alimentos investigados.

Até o momento, dos 11 surtos investigados durante o ano emitiu-se relatório final preliminar de 7 casos investigados. Estes relatórios aguardam análise junto a DVE/CEVS para confirmação das conclusões, entretanto já estão lançados no SINAN.

Os resultados preliminares são: dos 7 surtos concluídos, foi possível identificar o alimento incriminado em apenas 4 casos, todos os alimentos com ingredientes de origem animal. Dos 7 surtos concluídos, foi possível identificar

o agente causador em apenas 4: Clostridium sp. e Salmonella sp., Bacillus cereus, S. aureus

Os demais surtos ocorridos foram investigados, os 4 ocorridos no último quadrimestre ainda as análises não foram concluídas.

Importante relatar que em 1 dos surtos ocorridos em Dezembro, envolvendo consumo de pizzas de um restaurante, as amostras de monitoramento indicaram a presença (o padrão aceitável nos alimentos é ausência) do bactéria Listeria monocytogenes em recheios de queijo utilizados no preparo das pizzas. O referido surto ainda não foi concluído, portanto ainda não se pode afirmar que o patógeno foi o agente causador do surto. Entretanto, devido a sua relevância em saúde pública, o local de preparo das pizzas teve suas atividades suspensas em 12/01 (data em que foram recebidos os laudos do LACEN/RS), para realização de limpeza e desinfecção do local, e demais medidas necessárias no sentido de eliminar o patógeno do processo produtivo dos alimentos ali produzidos.

Há alguns casos em que não se consegue identificar os alimentos ou agentes do surto, devido ao tempo transcorrido entre a ocorrência do agravo e a notificação, bem como as limitações laboratoriais. Além disso, outro fator que dificulta a conclusão, muitas vezes, do caso é a dificuldade de alcance de todos os comensais envolvidos, principalmente em surtos envolvendo restaurantes, onde o público é aberto, e normalmente a notificação se dá por apenas uma pessoa e a investigação ocorre com um número reduzido de entrevistados (geralmente dois envolvidos), gerando pouco subsídio para a investigação epidemiológica do caso, conseqüentemente dificultando a conclusão.

10.2.2 Fiscalização Sanitária e Zoossanitária

Equipe de Vigilância de Alimentos - EVA

Tabela 214- Dada de fiscalização de Vigilância de Alimentos, entre os anos 2017 e 2016

| Indicador | Ano | | Variação% |
|--|-------|-------|-----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Número de vistorias / inspeções realizadas | 4.477 | 6.789 | -34,05 |
| Nº Notificações Lavradas | 1.026 | 1.258 | -18,44 |
| Nº Autos de Infração Exarados | 423 | 514 | -17,70 |
| Interdições / suspensão de Atividades | 92 | 97 | -5,15 |

FONTE: Banco de dados gerenciais da EVA/CGVS/SMS.

No segundo semestre de 2017, houve uma redução de 67% do número de fiscais, devido a aposentadoria e saídas da equipe. Houve também 67% de redução do número de técnicos, pelos mesmos motivos. Tal situação impactou de forma relevante no número de vistorias/ inspeções realizadas, notificações lavradas, autos de infração exarados e interdições/suspensão de atividades como demonstra a tabela 197 na coluna Variação.

No primeiro semestre de 2017 a equipe contava com 06 técnicos (médicos veterinários) e 15 Agentes de Fiscalização. No fim do primeiro semestre de 2017 a equipe de alimentos teve redução de 02 técnicos (médicos veterinários) e 5 Agentes de Fiscalização, passando a contar com apenas 10 Agentes de Fiscalização, também houve mudança na logística como; recolhimento dos veículos oficiais, conduzido pelos fiscais, em estacionamento centralizado, aumentando o tempo de deslocamento.

Diferentemente dos outros indicadores, o número de interdições mesmo com a redução das histórias e fiscalizações se manteve similar entre 2016 e 2017.

Tabela 215- Quantidade de produtos apreendidos e inutilizados de Vigilância de Alimentos, entre os anos 2017 e 2016

| Produtos apreendidos | Ano | | Variação% |
|------------------------------|--------|----------|-----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Quantidade (kg) | 24.664 | 21.187,4 | -8,56 |
| Quantidade (unidades) | 2.383 | 1769 | -32,8 |
| Quantidade (litros) | 69,90 | 56 | -73,1 |

FONTE: Banco de dados gerenciais da EVA/CGVS/SMS.

Em relação a variação positiva em todos os itens da tabela 199, destoando das demais tabelas, no comparativo entre o ano de 2016 e 2017, cabe considerar alguns fatores; a variação é pouco expressiva em relação ao

total de estabelecimentos vistoriados, o volume apreendido não é necessariamente proporcional ao número de estabelecimentos vistoriados, pois em vistorias de retorno, salvo exceções, não são realizadas apreensões porém somam-se vistorias de retorno ao total de vistorias realizadas. Também é necessário considerar a intensificação de inspeções em regiões cuja a VISA tinha pouca atuação proporcionalmente aumentando o número de apreensões de produtos impróprios para consumo.

Tabela 216- Metas Comissão Intergestora Bipartite - CIB 250/2007 Atual. 2012 - Vigilância Alimentos, entre os anos 2017 e 2016

| Atividade | Meta Anual | Ano | | Variação% |
|--|--|-------|-------|-----------|
| | | 2017 | 2016 | |
| 1. Praças de alimentação de shoppings centers e similares. N - 12 | Inspeções anuais em 30% dos estimados/cadastrado (4 shoppings) | 4 | 4 | - |
| 2. Supermercados e hipermercados. N - 95 | Inspeções anuais em 30% dos estimados/cadastrados (34 Super e Hiper) | 75 | 86 | -13,15 |
| 3. Cozinhas industriais. N - 100 | Inspeção anual em 50% das cozinhas industriais cadastradas (50 cozinhas) | 63 | 82 | -23,17 |
| 4. Cozinhas hospitalares. N - 25 | Inspeção anual em 100% das cozinhas hospitalares cadastradas | 26 | 27 | -3,70 |
| 5. Mercado público municipal (número de bancas). N - 72 | Inspeções anuais nas bancas de alimentos | 21 | 72 | -70,83 |
| 6. Restaurantes e similares. N 3000 | Inspeção anual em 20% dos restaurantes cadastrados/ estimados (600 estabelecimentos) | 1.932 | 2.121 | -8,91 |
| 7. Escolas de Ensino Municipal N - 56 | Inspeção anual em 20% (12 escolas) | 13 | 16 | -18,75 |
| 8. Escolas de Ensino Estadual. N - 260 | Inspeção anual em 20% (52 escolas) | 57 | 59 | -3,39 |

FONTE: Banco de dados gerenciais EVA/CGVS/SMS
N= Número Absoluto

Todas as metas pactuadas seguem sendo atingidas no ano, mesmo com a redução significativa de contingente de técnicos e agentes de fiscalização.

Tabela 217- Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas pelo EVA, entre os anos 2017 e 2016

| Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07 | | Meta | Ano | | Variação% |
|---|---|------------------------------------|---------------|---------------|-----------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Nº. de Reclamações e Denúncias | Recebidas | 70% de atendimento das reclamações | 1.015 | 1.158 | -12,35 |
| | Atendidas | | 714 | 921 | -22,47 |
| | % atendidas/recebidas | | 70,34 | 79,53 | -11,55 |
| | Status da meta | | Meta Atingida | Meta Atingida | NA |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta | | 711 | 811 | -12,33 |

FONTE: Banco de dados gerenciais EVA/CGVS/SMS
N= Número Absoluto

Houve uma redução das denúncias em 2017, mas foram atendidas mais de 70 % das recebidas no corrente ano atendendo a meta proposta, mesmo com a redução significativa de contingente de pessoal.

Portanto, em 2017, todas as denúncias que entram na equipe sofrem triagem e análise diariamente, sendo encaminhadas para fiscalização num prazo curto, dando mais agilidade no seu atendimento. Um procedimento que contribuiu para o atendimento ágil das denúncias e o atendimento da meta foi o fato de que as denúncias começaram a ser tratadas pontualmente, ou seja, durante a vistoria, no estabelecimento, a ação fiscal geralmente é focada basicamente no teor da denúncia.

10.2.3 Vigilância de Serviços de Saúde e de Interesse à Saúde

Vigilância dos serviços de Hemodiálise e Hemoterapia

Meta 49. Avaliar a adequação de 100% dos serviços de hemodiálise e hemoterapia à legislação sanitária vigente.

Em 2016 foram avaliadas as adequações de 100% dos serviços de Hemodiálise (14) e Hemoterapia (07), atingindo plenamente a meta proposta.

Tabela 218- Vigilância de Hemodiálise e Hemoterapia, entre os anos 2017 e 2016

| Indicadores CIB 250/07 - PAS 49 | Meta Pactuada Anual | Ano | | Variação |
|---|--|------|------|----------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de núcleo de hemoterapia. N 7 | Inspecionar 100% dos serviços de núcleo de hemoterapia. | 100% | 100% | - |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços Terapia Renal Substitutiva (Diálise) N 14 | Inspecionar 100% dos serviços de Serviços Terapia Renal Substitutiva (Diálise) | 100% | 100% | - |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVSIS / CGVS/ SMS

Com o fechamento da Clínica Nefrobelém – Clínica de Doenças Renais, restaram apenas 14 serviços de Terapia Renal Substitutiva no exercício de 2017.

Com o fechamento da Clínica Nefrobelém – Clínica de Doenças Renais, restaram apenas 14 serviços de Terapia Renal Substitutiva no exercício de 2016.

Tabela 219- Dados de fiscalização da Vigilância de Serviços de Saúde e de Interesse à Saúde, entre os anos 2017 e 2016

| Indicador | Ano | | Variação |
|--|------|------|-----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Número de vistorias / inspeções realizadas | 3982 | 3732 | + 6,70 % |
| Nº Notificações Lavradas | 906 | 1216 | - 25,50 % |
| Nº Autos de Infração Exarados | 75 | 97 | - 22,68 % |
| Interdições / suspensão de Atividades | 22 | 12 | + 83,33 % |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVSIS / CGVS/ SMS.

As vistorias são focadas nos fluxos e nos processos de trabalhos, além das condições da infraestrutura dos serviços assistenciais e estabelecimentos de interesse à saúde, verificando os aspectos higiênico-sanitários e atendimento à legislação sanitária vigente, de acordo com o ramo de atividade.

Em uma vistoria, quando constatada determinada irregularidade sanitária, o estabelecimento pode ser notificado e/ou infracionado, ter as

atividades suspensas ou ser interditado, objetivando proteger o usuário dos serviços de saúde e minimizar riscos e agravos à saúde pública.

No primeiro quadrimestre o número de inspeções/vistorias é menor que nos dois outros quadrimestres, pois o período de férias dos servidores concentra-se nos primeiros meses do ano.

Em uma análise da tabela praticamente não houve variação significativa entre os anos de 2016 e 2017 em relação aos dados de fiscalização da equipe e o número de notificações e autos de infração lavrados dependem da situação observada no momento da vistoria.

Tabela 220- Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas pelo NVSIS, entre os anos 2017 e 2016

| Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07 | | Meta | Ano | | Variação |
|---|---|------------------------------------|---------------|---------------|----------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Nº. de Reclamações e Denúncias | Recebidas | 70% de atendimento das reclamações | 454 | 440 | + 3,18 % |
| | Atendidas | | 421 | 398 | + 5,78 % |
| | % atendidas/ recebidas | | 92,73 | 90,45 | + 2,28 % |
| | Status da meta | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta | | 318 | 308 | + 3,25 % |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVSIS / CGVS/ SMS.

Não houve alteração significativa em relação as reclamações atendidas e recebidas entre os anos de 2017 e 2016.

A meta foi proposta foi atingida.

Tabela 221– Metas Comissão Intergestora Bipartite – CIB 250/07 Atual 2012 - da Vigilância de Serviços Saúde e de Interesse à Saúde, entre os anos 2017 e 2016

| Indicador CIB 250/07 | Ação | Meta | Ano | | Variação |
|--|------------------------|--|---------------|---------------|-----------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar clínicas de vacinação. N 35 | Inspecionadas | Atender 70% dos processos e solicitações recebidas | 21 | 26 | - 19,23 % |
| | Solicitações recebidas | | 23 | 26 | - 11,54 % |
| | Solicitações atendidas | | 23 | 26 | - 11,54 % |
| | % de atendimento | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar consultórios e clínicas sem procedimento. N 2.000 | Inspecionadas | Atender 70% dos processos e solicitações recebidas | 852 | 718 | + 18,66 % |
| | Solicitações recebidas | | 865 | 648 | + 33,49 % |
| | Solicitações atendidas | | 865 | 718 | + 20,47 % |
| | % de atendimento | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar clínicas | Inspecionadas | Atender 70% dos processos e solicitações | 16 | 22 | - 27,27 % |
| | Solicitações recebidas | | 16 | 22 | - 27,27 % |

| | | | | | |
|--|------------------------|--|---------------|---------------|-----------|
| ou serviços de ultrassonografia. N 16 | Solicitações atendidas | recebidas | 16 | 22 | - 27,27 % |
| | % de atendimento | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar consultórios e clínicas com procedimentos invasivos (inclusive cirurgias). N 671 | Inspecionadas | Atender 70% dos processos e solicitações recebidas | 566 | 564 | - 0,36 % |
| | Solicitações recebidas | | 762 | 619 | + 23,10 % |
| | Solicitações atendidas | | 586 | 589 | - 0,51 % |
| | % de atendimento | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Remoção Móvel de Urgência e Emergência (Ambulâncias). N 18 | Inspecionadas | Atender 70% dos processos e solicitações recebidas | 18 | 19 | - 5,26 % |
| | Solicitações recebidas | | 18 | 13 | + 38,46 % |
| | Solicitações atendidas | | 18 | 13 | + 38,46 % |
| | % de atendimento | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Consultórios e Clínicas Odontológicas com e sem RX. N 1.447 | Inspecionadas | Atender 70% dos processos e solicitações recebidas | 199 | 248 | - 19,76 % |
| | Solicitações recebidas | | 221 | 253 | - 12,65 % |
| | Solicitações atendidas | | 197 | 249 | - 20,88 % |
| | % de atendimento | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Laboratórios de Prótese Dentária. N 33 | Inspecionadas | Atender 70% dos processos e solicitações recebidas | 3 | 4 | - 25,00 % |
| | Solicitações recebidas | | 3 | 4 | - 25,00 % |
| | Solicitações atendidas | | 3 | 4 | - 25,00 % |
| | % de atendimento | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Estabelecimentos de Longa Permanência de Idosos (ILPI). N 236 | Inspecionadas | Atender 70% dos processos e solicitações recebidas | 270 | 233 | + 15,88 % |
| | Solicitações recebidas | | 273 | 368 | - 25,82 % |
| | Solicitações atendidas | | 290 | 338 | - 14,20 % |
| | % de atendimento | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Tatuagens e Piercings N 96 | Inspecionadas | Atender 70% dos processos e solicitações recebidas | 58 | 210 | - 72,48 % |
| | Solicitações recebidas | | 34 | 42 | - 19,05 % |
| | Solicitações atendidas | | 31 | 36 | - 13,89 % |
| | % de atendimento | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVSIS/ CGVS/ SMS
N= Número Absoluto

Consultórios e clínicas sem procedimento invasivo: a variação entre o número de solicitações recebidas e o de atendidas deve-se, primordialmente, às adequações à legislação sanitária, solicitadas aos requerentes, o que pode

se dar no quadrimestre subsequente. Houve um significativo aumento das solicitações, tendo em vista o credenciamento de médicos na UNIMED, com a exigência de apresentação do Alvará de Saúde.

Consultórios e clínicas com procedimentos invasivos (inclusive cirurgias): foram atendidas solicitações em número maior que as recebidas devido à demanda sem atendimento dos quadrimestres anteriores. Essa variação entre o número de solicitações recebidas e o de atendidas deve-se, primordialmente, às adequações à legislação sanitária, solicitadas aos requerentes, o que pode se dar no quadrimestre subsequente.

Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgência e Emergência (Ambulâncias): o objeto da fiscalização nas empresas de ambulâncias (Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel) são as bases dos serviços (Sede) e os veículos ambulâncias de cada empresa. O “N” refere-se às bases da empresa e neste indicador não estão incluídos os diversos tipos de veículos vistoriados. O “N” refere-se às bases da empresa e neste indicador não estão incluídos os diversos tipos de veículos vistoriados. Em 2017 foram vistoriadas 158 ambulâncias.

Consultórios e Clínicas Odontológicas com e sem RX: a variação entre o número de solicitações recebidas e o de atendidas deve-se, primordialmente, às adequações à legislação sanitária solicitadas aos requerentes, o que pode se dar no quadrimestre subsequente.

Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI): as solicitações atendidas referem-se aos estabelecimentos vistoriados e licenciados no período, bem como as vistorias realizadas a fim de atender demandas solicitadas pelo Ministério Público, e de diversos outros órgãos, incluída a Delegacia de Polícia de Proteção à Pessoa Idosa, e demandas requeridas pelo disque denúncia da PMPA. O número de solicitações atendidas é inferior ao número de solicitações recebidas em razão de eventos educacionais oferecidos ao setor regulado, e realizado pelos fiscais das ILPIs dentro dos quadrimestres no decorrer do ano.

Serviços de Tatuagens e Piercings: foram atendidas 58 demandas, entre processos e denúncias, para atividades de tatuagem e micropigmentação

estética. Houve uma diminuição em relação ao ano anterior pois ainda não foi implantado na Equipe um sistema de busca ativa e pela carência de recursos humanos ocasionada pelas aposentadorias efetivadas e as em andamento.

Tabela 222- Metas Comissão Intergestora Bipartite – CIB 250/07 Atual. da Vigilância de Serviços Saúde e de Interesse à Saúde, entre os anos 2017 e 2016

| Indicadores CIB 250/07 | Meta Pactuada Anual | Ano | | | Observações específicas |
|--|--|------|------|----------|--|
| | | 2017 | 2016 | Variação | |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Hemocentro. N 1 | Inspecionar 100% dos serviços de Hemocentro. | 1 | 1 | - | |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Serviços de núcleo de hemoterapia. N 7 | Inspecionar 100% dos serviços de núcleo de hemoterapia. | 7 | 7 | - | |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços coleta e transfusão. N 2 | Inspecionar 100% dos serviços de coleta e transfusão | 2 | 2 | - | |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Centro de Triagem Laboratorial de Doadores. N 1 | Inspecionar 100% dos serviços de Centro de Triagem Laboratorial de Doadores | 1 | 1 | - | |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Agência Transfusional de Doadores. N 12 | Inspecionar 100% dos serviços de Serviços de Agência Transfusional de Doadores | 12 | 12 | - | O N 13 de serviços de AGT passou a N 12 devido à suspensão das atividades de Agência Transfusional do Hospital Parque Belém. |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Bancos de Tecidos Oculares. N 2 | Inspecionar 100% dos serviços de Bancos de Tecidos Oculares. | 2 | 2 | - | |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Bancos de Células e tecidos germinativos. N 9 | Inspecionar 100% dos serviços de Bancos de Células e tecidos germinativos | 7 | 5 | + 40% | |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Laboratórios Clínicos Hospitalares N 17 | Inspecionar 100% dos serviços de Laboratórios Clínicos Hospitalares e Postos de coleta | 17 | 17 | - | |

| | | | | | |
|---|--|----|----|----------|---|
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Postos de coleta. N 05 | Inspecionar 100% dos serviços de Laboratórios Clínicos Hospitalares e Postos de coleta | 5 | 10 | - 50% | |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Home Care. N 20 | Inspecionar 100% dos serviços de Serviços de Home Care | 20 | 19 | + 5,26% | |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços Terapia Antineoplásica (Quimioterapia) N 26 | Inspecionar 100% dos Serviços Terapia Antineoplásica (Quimioterapia) | 26 | 27 | - 3,70 % | |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços Terapia Renal Substitutiva (Diálise) N 14 | Inspecionar 100% dos Serviços Terapia Renal Substitutiva (Diálise) | 14 | 14 | - | A Clínica Nefrobelém - Clínica de Doenças Renais encontra-se com suas atividades encerradas. Neste caso o N mudou para 14. |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Hospitais Gerais (inclusive com unidades de internação pediátrica e obstétrica) N 14 | Inspecionar 100% dos serviços de Hospitais Gerais | 13 | 14 | - 7,14 % | Conforme Terminologia Básica em Saúde – MS – 1983 – série B – Textos Básicos de Saúde, 4, conceitua-se: Hospital Geral: hospital destinado a prestar assistência a paciente, primordialmente, nas quatro especialidades médicas básicas (clínica médica, cirurgia geral, ginecologia-obstetrícia e pediatria); Hospital Especializado: hospital destinado a prestar assistência a pacientes, em uma ou mais especialidades. |

| | | | | | |
|---|---|----|----|-----------|---|
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Hospitais Infantis com e sem UTI neonatal e pediátrica N 3 | Inspecionar 100% dos serviços de Hospitais Infantis | 3 | 3 | - | A cidade de Porto Alegre tem três Serviços de Hospital Infantil: HMIPV, HCC (Hospital da Criança Conceição) e HCSA (Hospital da Criança Santo Antônio), sendo que o HMIPV também é contemplado no indicador Serviço Hospitalar de Atenção ao Parto e a Criança. |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços Hospitalares de Atenção ao Parto e à Criança. N 2 | Inspecionar 100% dos serviços de Serviços Hospitalares de Atenção ao Parto e à Criança. | 2 | 2 | - | São considerados como Serviço Hospitalar de Atenção ao Parto e a Criança de Porto Alegre os hospitais: Hospital Fêmeina e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Conforme pactuação devem ser vistoriadas as seguintes áreas: Centro Obstétrico, UTI Neonatal e UTI Pediátrica. |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços Hospitalares Especializados. N 10 | Inspecionar 50% dos serviços de Serviços Hospitalares Especializados. | 8 | 9 | - 11,11 % | Excluem-se os hospitais especializados no atendimento materno-infantil (HMIPV e HF). |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Nutrição Enteral. N 24 | Inspecionar 50% dos serviços de Serviços de Nutrição Enteral. | 24 | 25 | - 4,00% | N alterou para 25 pela inclusão do hospital Restinga Extremo Sul/Associação Hospitalar Moinho de Ventos |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Lactário. N 13 | Inspecionar 50% dos serviços de Serviços de Lactário. | 12 | 14 | - 14,29 % | |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVSIS/ CGVS/ SMS.

ND: Não disponível.

N: Número Absoluto.

Em 2017, nas atividades de alta complexidade Banco de Células e Tecidos não se realizou a meta de 100% preconizada por falta de contingente devido a processo de aposentadoria de profissional técnico especializado.

Os serviços de hemoterapia, laboratórios clínicos hospitalares e bancos de células e tecidos germinativos (BCTG) são monitorados e fiscalizados por

duas técnicas (uma Enfermeira e outra Médica Veterinária), que, além disso, são responsáveis pelos laboratórios extra hospitalares, (não apenas os clínicos, mas também os de patologia, de citologia, de biologia molecular e os analíticos - análise de água, alimentos, medicamentos, microbiológicos e químicos -, pelo laboratório de imunologia de transplantes, pelos bancos de tecidos oculares, pelos centros de tecnologia celular (bancos de células tronco) e pelos de células progenitoras hematopoiéticas, sejam estabelecimentos públicos ou privados. Como toda a EVSIS, fazem relatórios e pareceres, emitem notificações e autos de infração, realizam avaliação de processos e atendem às reclamações recebidas pelo 156. Realizam análise de documentação relativa a Bancos de Sangue (HEMOPROD, NOTIVISA) e relativa aos BCTG (SISEMBRIO). Os postos de coleta são fiscalizados por uma técnica que realiza também todas as solicitações de alvará de saúde (intra e extra hospitalares) e as reclamações recebidas pelo 156.

Mesmo com a redução do contingente de pessoal com o esforço da equipe se conseguiu ainda atender as metas da CIB 250/2007 atualizada em 2012.

Devido ao crescente número de estabelecimentos e da diversidade e complexidade envolvidas, aliadas ao número reduzido de recursos humanos capacitados para essas atividades (a Farmacêutica e a Bióloga aposentaram-se), não foi possível atender a meta relativa aos bancos de células e tecidos germinativos.

Segue abaixo lista de hospitais, seguindo essa conceituação, existentes em Porto Alegre:

Quadro 22– Hospitais de Porto Alegre, segundo conceituação, entre os anos 2016 e 2015

| 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 | HBO – Hospital Banco de Olhos |
| HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição | HPS – Hospital Pronto Socorro |
| ISCOMPA – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre | HSP – Hospital São Pedro |
| HDP – Hospital Divina Providência | HBP – Hospital Beneficência Portuguesa |
| HED – Hospital Ernesto Dornelles | HSP – Hospital Sanatório Partenon |
| HVN – Hospital Vila Nova | HF – Hospital Fêmea |
| HBM – Hospital Brigada Militar | HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas |
| HPB - Hospital Parque Belém | HI – Hospital Independência |
| HPA - Hospital Porto Alegre | UAA – Unidade Álvaro Alvim/HCPA |
| HGE - Hospital Geral do Exército | HCC – Hospital da Criança Conceição |
| HR – Hospital da Restinga e Extremo Sul | |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVSIS/ CGVS/SMS.

Deve-se ratificar que três hospitais especializados - HF, HMIPV e HCC – estão contemplados no indicador de “hospitais infantis com ou sem UTI neonatal e pediátrica” e “hospitais de atenção ao parto e à criança”. Desta maneira, totalizam 14 hospitais gerais e 10 hospitais especializados no “n” dos indicadores do quadro supramencionado.

A Equipe de Vigilância em Serviços de Interesse à Saúde mantém pactuação na área materno infantil através da CIB contemplando fiscalização no Centro Obstétrico, UTI Neonatal, UTI Pediátrica. Além desses serviços também são priorizadas áreas críticas que envolvem um processo de trabalho elaborado e/ou atendimento assistencial complexas, como Bloco Cirúrgico (BC), Centro de Material e Esterilização (CME) e UTI Adulto. Demandas oriundas da GRSS/SMS, MP, CEVS, Conselhos de Classe e denúncias também foram atendidas no ano.

O grupo dos hospitais permanece monitorando as notificações das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde do município, através do formulário eletrônico do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), bem como as notificações de germes multirresistentes em ferramenta FormSUS, própria da VISA municipal. No próximo mês será publicado o Boletim CMCIH – Coordenação Municipal de Controle de Infecção Hospitalar – que divulga os indicadores de controle de infecção municipais referente ao ano 2017.

O grupo avalia, ainda, os indicadores do Plano de Contingência para o Controle de mecanismos de Resistência – Placon - RM, enviados trimestralmente pelos hospitais.

A Comissão Municipal de Segurança do Paciente com membros representantes dos Núcleos de Segurança do Paciente dos hospitais e representantes do núcleo dos hospitais da EVSIS/CGVS realizou várias reuniões no decorrer de 2017 e houve a realização do evento I Jornada de Segurança do Paciente em 17/11/17 com cerca de 200 participantes.

O núcleo dos hospitais permanece monitorando as notificações dos eventos adversos de assistência à saúde não infecciosos, parte integrante das ações de Segurança do Paciente. A meta da ANVISA é a investigação, por parte das visas municipais, de eventos adversos graves e de óbitos.

Tabela 223- Inspeção de escolas de educação infantil, entre os anos 2017 e 2016

| Cadastrar, inspecionar e licenciar Escolas de Educação Infantil (EEI). N 700 - CIB 250/07 atual. 2012 | | Meta Pactuada Anual | Ano | | Variação |
|--|---|---|---------------|---------------|-----------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Nº EEI | Inspeccionadas | Inspeccionar 20% das escolas já cadastradas | 221 | 261 | - 15,33 % |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual) | | 140 | 140 | - |
| | Status da meta % | | 157,86 | 186,43 | - 28,57 % |
| Nº reclamações/denúncias | Recebidas | Atender 70% das reclamações recebidas | 16 | 11 | + 45,45 % |
| | Atendidas | | 14 | 11 | + 27,27 % |
| | % atendidas em relação às recebidas | | 87,50 % | 100 % | - 22,50 % |
| | Status da meta % | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta | | 11 | 8 | + 37,50 % |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVSIS/CGVS/SMS.

* Essa meta somente pode ser analisada anualmente.

N= Número Absoluto.

Em relação às escolas de educação infantil, as áreas vistoriadas referem-se à totalidade dos ambientes, incluindo cozinha, berçário, salas de recreação, despensa, lavanderia, administrativo e área externa. Os riscos relacionados a esses estabelecimentos referem-se, prioritariamente, à toxinfecção alimentar e diferentes tipos de viroses. Com a perspectiva de aposentadoria nos próximos meses do servidor mais antigo e com ampla experiência em Estabelecimentos de Educação Infantil, contamos apenas com outro servidor com carga horária de 30 horas semanais.

Em 2017 houve uma diminuição no número de inspeções realizadas em relação a 2016, tendo em vista a aposentadoria de um servidor.

Tabela 224- Inspeção de escolas de educação infantil, entre os anos 2017 e 2016

| Cadastrar, inspecionar e licenciar Escolas de Educação Infantil (EEI). N 700 - CIB 250/07 atual. 2012 | | Meta Pactuada Anual | Ano | | Variação |
|--|---|---|---------------|---------------|-----------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Nº EEI | Inspeccionadas | Inspeccionar 20% das escolas já cadastradas | 221 | 261 | - 15,33 % |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual) | | 140 | 140 | - |
| | Status da meta % | | 157,86 | 186,43 | - 28,57 % |
| Nº reclamações/denúncias | Recebidas | Atender 70% das reclamações recebidas | 16 | 11 | + 45,45 % |
| | Atendidas | | 14 | 11 | + 27,27 % |
| | % atendidas em relação às recebidas | | 87,50 % | 100 % | - 22,50 % |
| | Status da meta % | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta | | 11 | 8 | + 37,50 % |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVSIS/CGVS/SMS.

* Essa meta somente pode ser analisada anualmente.

N= Número Absoluto.

Em relação às escolas de educação infantil, as áreas vistoriadas referem-se à totalidade dos ambientes, incluindo cozinha, berçário, salas de recreação, despensa, lavanderia, administrativo e área externa. Os riscos relacionados a esses estabelecimentos referem-se, prioritariamente, à toxinfecção alimentar e diferentes tipos de viroses. Com a perspectiva de aposentadoria nos próximos meses do servidor mais antigo e com ampla experiência em Estabelecimentos de Educação Infantil, contamos apenas com outro servidor com carga horária de 30 horas semanais.

Em 2017 houve uma diminuição no número de inspeções realizadas em relação a 2016, tendo em vista a aposentadoria de um servidor.

Tabela 225- Inspeção de escolas de educação infantil, entre os anos 2017 e 2016

| Cadastrar, inspecionar e licenciar Escolas de Educação Infantil (EEI). N 700 - CIB 250/07 atual. 2012 | | Meta Pactuada Anual | Ano | | Variação |
|--|---|---|---------------|---------------|-----------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Nº EEI | Inspeccionadas | Inspeccionar 20% das escolas já cadastradas | 221 | 261 | - 15,33 % |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual) | | 140 | 140 | - |
| | Status da meta % | | 157,86 | 186,43 | - 28,57 % |
| Nº reclamações/denúncias | Recebidas | Atender 70% das reclamações recebidas | 16 | 11 | + 45,45 % |
| | Atendidas | | 14 | 11 | + 27,27 % |
| | % atendidas em relação às recebidas | | 87,50 % | 100 % | - 22,50 % |
| | Status da meta % | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta | | 11 | 8 | + 37,50 % |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVSIS/CGVS/SMS.

* Essa meta somente pode ser analisada anualmente.

N= Número Absoluto.

Em relação às escolas de educação infantil, as áreas vistoriadas referem-se à totalidade dos ambientes, incluindo cozinha, berçário, salas de recreação, despensa, lavanderia, administrativo e área externa. Os riscos relacionados a esses estabelecimentos referem-se, prioritariamente, à toxinfecção alimentar e diferentes tipos de viroses. Com a perspectiva de aposentadoria nos próximos meses do servidor mais antigo e com ampla experiência em Estabelecimentos de Educação Infantil, contamos apenas com outro servidor com carga horária de 30 horas semanais.

Em 2017 houve uma diminuição no número de inspeções realizadas em relação a 2016, tendo em vista a aposentadoria de um servidor.

10.2.4 Vigilância de Produtos de Saúde e Interesse à Saúde

Tabela 226- Dados de fiscalização pela Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde, entre os anos 2017 e 2016

| Indicador | Ano | | Variação |
|--|------|------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Número de vistorias / inspeções realizadas | 775 | 804 | -3,6% |
| Nº Notificações Lavradas | 124 | 135 | -8,14% |
| Nº Autos de Infração Exarados | 47 | 58 | -18,96% |
| Interdições / suspensão de Atividades | 18 | 7 | 157,14% |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVPIS/CGVS/SMS.

As vistorias são focadas nos fluxos e processos de trabalhos, infraestrutura dos serviços e estabelecimentos que produzam, manipulem, industrializem, distribuam, armazenem, transportem e comercializem produtos de interesse à saúde, controladoras de pragas, verificando os aspectos higiênico-sanitários e atendimento aos regulamentos técnicos e à legislação sanitária vigente, de acordo com o ramo de atividade.

Houve um decréscimo no número de vistorias, notificações e autos de infração lavrados, comparando os anos de 2016 e 2017, porque um agente de fiscalização da área de drogarias (que possui a maior demanda de atendimento) passou a acumular função de chefia. Houve também sobreposição de tarefas para os demais fiscais, acumulando vistorias de outros setores da equipe, e o agravante que um veículo utilizado para as vistorias permaneceu vários meses desativado para conserto. Neste ano houve significativa elevação do indicador interdições / suspensão de atividades.

Em uma vistoria, quando constatadas irregularidades sanitárias, o estabelecimento pode ser notificado e/ou infracionado, os produtos apreendidos, as atividades suspensas e/ou o estabelecimento interditado, objetivando proteger o consumidor e minimizar riscos e agravos à saúde pública.

Tabela 227- Quantidades de produtos apreendidos e inutilizados pela Vigilância de Produtos de Saúde e Interesse à Saúde, entre os anos 2017 e 2016

| Produtos apreendidos | Ano | | Variação |
|-----------------------|-------|-------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Quantidade (kg) | 26,65 | 14,62 | 82,28% |
| Quantidade (unidades) | 120 | 282 | - 57,44% |
| Quantidade (litros) | 74,94 | 51,17 | 46,45% |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVPIS/CGVS/SMS.

No ano de 2017 as apreensões dos produtos cosméticos álcool gel ou sabonete líquido foram provenientes da continuidade do programa de monitoramento da CEVS/RS, iniciado em 2015, cumprindo programa de monitoramento da CEVS/RS no comércio varejista de Porto Alegre. Os produtos foram encaminhados integralmente ao Lacen/RS. Percebe-se um aumento dos quantitativos apreendidos neste ano em relação ao ano de 2016.

Tabela 228 - Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas pela NVPIS, entre os anos 2016 e 2015

| Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07 | | Meta | Ano | | Variação |
|---|---|------------------------------------|---------------|---------------|----------|
| | | | 2016 | 2015 | |
| Nº. de Reclamações e Denúncias | Recebidas | 70% de atendimento das reclamações | 179 | 163 | 9,81 |
| | Atendidas | | 150 | 143 | 4,89 |
| | % atendidas/ recebidas | | 83,79 | 87,73 | -4,49 |
| | Status da meta | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta | | 125 | 114 | 9,65 |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVPIS/ CGVS/ SMS

Comparando os dados de 2016 e 2017 observa-se que houve aumento no número de reclamações/denúncias encaminhadas à equipe e diminuição no número de atendimentos. No ano de 2017 a meta não foi atingida pelos motivos já mencionados na análise da tabela.

A grande demanda de reclamações é proveniente do ramo de drogarias, geralmente encaminhadas pelo Conselho Regional de Farmácia/R, bem como as recebidas através do Sistema Fala Porto Alegre - 156. A EVPIS atingiu, ao longo deste ano, mais do que a meta de 70% de atendimento total das reclamações recebidas. Das reclamações provenientes do 156- Porto Alegre, a EVPIS atendeu mais de 80 %, mantendo-se similar ao ano de 2016.

Tabela 229- Metas Comissão Intergestora Bipartite - CIB 250/2007 Atual. 2012 - Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde, entre os anos 2017 e 2016

| Indicador | Ação | Meta Anual | Ano | | Variação |
|---|------------------------|---|---------------|--------|----------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar as indústrias de cosméticos e saneantes e reembaladoras N 33 | Solicitações | Licenciamento e fiscalização de 100% da indústria de Saneantes e cosméticos (que solicitarem alvará sanitário e/ ou se houver denúncias) | 6 | 10 | - 40% |
| | Fiscalizadas | | 20 | 21 | - 4,76% |
| | Licenciadas | | 9 | 14 | - 35,71% |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar as distribuidoras, importadoras, exportadoras e transportadoras de cosméticos e saneantes e reembaladoras N 143 | Fiscalizadas | Licenciamento e fiscalização de 30% das distribuidoras, importadoras, exportadoras e transportadoras de Saneantes e cosméticos cadastradas. | 79 | 83 | - 4,81 % |
| | Licenciadas | | 79 | 51 | 54,9 % |
| | N mínimo | | 42,9 | 17 | - |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar as distribuidoras e transportadoras de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos. N 96 | Solicitações recebidas | Atender 70% dos processos e solicitações recebidas | 118 | 93 | 26,88% |
| | Inspecionadas | | 35 | 29 | 20,68% |
| | N mínimo | | 82 | 65 | - |
| | % atendidas/recebidas | | 42,68 | 44,54 | - 4,17 % |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar as distribuidoras, importadoras, exportadoras e transportadoras de Produtos para a Saúde N 400 | Solicitações recebidas | Licenciamento e fiscalização de 30% das distribuidoras, importadoras, exportadoras e transportadoras de produtos para a saúde. | 322 | - | |
| | Fiscalizadas | | 189 | - | |
| | Licenciadas | | 282 | - | |
| | N mínimo | | 120 | - | |
| | Status da meta | | Meta Atingida | | |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar as importadoras e fracionadoras de insumos farmacêuticos e medicamentos. N 5 | Solicitações recebidas | Atender 70% dos processos e solicitações recebidas | 3 | 3 | - |
| | Inspecionadas | | 3 | 1 | 200,00% |
| | N mínimo | | 2 | 2 | - |
| | % atendidas/recebidas | | 100 | 33,33 | 200,00% |
| Cadastrar, inspecionar e licenciar as empresas controladoras de pragas. N 15 | Solicitações recebidas | Atender 70% dos processos e solicitações recebidas | 11 | 7 | 57,14% |
| | Inspecionadas | | 10 | 12 | -16,66% |
| | N mínimo | | 7,7 | 5 | 54,00% |
| | % atendidas/recebidas | | 90,9 | 142,85 | -36,36% |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVPIS/CGVS/SMS.

N: Número Absoluto

Em comparação com o ano de 2016 ocorreu um decréscimo no nº de solicitações de alvarás sanitários (inicial ou renovação) para indústrias de cosméticos ou saneantes e conseqüentemente de alvarás liberados. O número de estabelecimentos vistoriados manteve-se praticamente o mesmo.

O dado resultante da razão das solicitações atendidas sobre as recebidas das empresas distribuidoras e transportadoras de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos apresentou um pequeno decréscimo.

A meta de importadoras e fracionadoras de insumos farmacêuticos e medicamentos assim como de distribuidoras, importadoras, exportadoras e transportadoras de Produtos para a Saúde foi ultrapassada.

A diminuição no número de solicitações de alvarás sanitários para controladoras de pragas se dá pela tentativa do setor de buscar instalações passíveis de licenciamento, uma vez que dependem do licenciamento ambiental da FEPAM para sua regularização.

Tabela 230- Inspeção de Drogarias-Comissão Intergestora Bipartite - CIB 250/2007 Atual. 2012 - Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde, entre os anos 2017 e 2016

| Cadastrar, inspecionar, monitorar e licenciar as drogarias. CIB 250/07 N 662 | | Meta CIB Anual | Ano | | Variação |
|--|---|---------------------------------------|-------------------|---------------|----------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Nº drogarias | Inspecionadas | Inspeccionar 20% das drogarias. | 350 | 385 | - 9,09% |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual) | | 132 | 111 | 18,91% |
| | Status da meta parcial % | | Meta Atingida | Meta Atingida | |
| Nº reclamações/denúncias | Recebidas | Atender 70% das reclamações recebidas | 102 | 87 | 17,24% |
| | Atendidas | | 48 | 70 | - 31,42% |
| | % atendidas em relação às recebidas | | 47% | 80,45% | - 41,57% |
| | Status da meta | | Meta não atingida | Meta Atingida | |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta | | 71,40 | 61 | 17% |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVPIS/ CGVS/ SMS
N= Número Absoluto

Para análise da tabela acima é importante considerar que o N aumentou de 557(2016) para 662(2017).

Houve diminuição no número de vistorias em drogarias, mas a meta foi superada porque houve aumento considerável no número de estabelecimentos na cidade. As drogarias são o ramo de atividade do nosso setor regulado com

o maior número de estabelecimentos, bem como o maior número de denúncias recebidas na Equipe. Por fatores já explicados anteriormente, contingente de pessoal, a meta de atendimento às reclamações/denúncias não foi alcançada.

Tabela 231- Farmácias de manipulação - Comissão Intergestora Bipartite - CIB 250/2007 CIB 250/2007 Atual. 2012 - Vigilância de Produtos de Saúde e Interesse à Saúde, entre os anos 2017 e 2016

| Cadastrar, inspecionar, monitorar e licenciar as farmácias de manipulação. CIB 250/07 N 156 | | Meta CIB Anual | Ano | | Variação |
|---|---|---|-------------------|-------------------|-----------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Nº Farmácias de Manipulação | Inspecionadas | Inspecionar 30% das farmácias de manipulação. | 47 | 57 | - 17,54% |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual) | | 46,8 | 49 | - 4,48% |
| | Status da meta parcial % | | Meta atingida | Meta atingida | - |
| Nº reclamações/denúncias | Recebidas | Atender 100% das reclamações recebidas | 13 | 19 | - 31,57 % |
| | Atendidas | | 9 | 12 | - 25,00% |
| | % atendidas em relação às recebidas | | 69,23 | 63,15 | 9,62% |
| | Status da meta | | Meta não atingida | Meta não atingida | - |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVPIS/CGVS/SMS.
N: Número Absoluto

Embora o número de inspeções tenha diminuído, a meta das farmácias de manipulação foi atingida, porém no atendimento das denúncias, a meta ficou abaixo do pactuado.

A meta das inspeções em farmácia de manipulação foi atingida tanto em 2016 como em 2017. Quanto ao atendimento das denúncias, a meta não foi atingida, devido a contingenciamento de pessoal.

Tabela 232- Serviço de farmácia hospitalar - Metas Comissão Intergestora Bipartite - CIB 250/2007 Atual. – 2012 - Vigilância de Produtos de Saúde e Interesse à Saúde

| Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de farmácia hospitalar CIB 250/07 N 25 | | Meta CIB Anual | Ano | | Variação |
|---|------------------------|--------------------------------|------|------|----------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Nº Serviços | Solicitações recebidas | Inspecionar 30% das farmácias. | - | | |
| | Fiscalizadas | | - | | |
| | Licenciadas | | - | | |
| | N mínimo | | - | | |
| | Status da meta | | - | | |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVPIS/CGVS/SMS
N: Número Absoluto

A tabela acima foi instituída nos relatórios a partir de 2017, por isso não apresenta dados comparativos.

Embora a análise numérica dos dados aponte para o não atendimento da meta, A EVPIS considera atendidas as solicitações com relação às farmácias uma vez que o atendimento aos estabelecimentos é feito através da vistoria técnica ou pela renovação cartorial dos alvarás, a partir de análise documental e declarações dos responsáveis técnicos.

Tabela 233- Unidades Públicas Dispensadoras de Talidomida - Vigilância de Produtos de Saúde Interesse à Saúde

| Cadastrar e inspecionar as Unidades Públicas Dispensadoras de Talidomida N 5 | | Meta Anual | Anual | | |
|--|------------------------|--|---------------|------|---------|
| | | | 2017 | 2016 | Varição |
| Nº serviços | Solicitações recebidas | Atendimento de 100% da demanda recebida. | 6 | - | |
| | Fiscalizadas | | 5 | - | |
| | Status da meta | | Meta atingida | - | |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVPIS/ CGVS/ SMS Dados atualizados em 16/01/2018 sujeitos a alterações.
N= Número Absoluto

Assim como a tabela 234, a tabela 235 foi incluída nos relatórios em 2017.

A terceira UPDT (Unidades Públicas Dispensadoras de Talidomida) do 3º quadrimestre, não foi atendida porque foi solicitada em 27/12/17, por isso a equipe considera a meta atingida em 100%.

Tabela 234- Serviço de Análise de Certificados de Boas Práticas Farmacêuticas e de Produtos de Saúde. – EVPIS

| Atividade | | Meta | Anual | | Varição |
|---|------------------------|--|---------------|------|---------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Inspeccionar e emitir relatório de Certificação de Boas Práticas de Distribuidoras, Importadoras de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos. | Solicitações recebidas | Atendimento de 100% da demanda recebida. | 2 | - | - |
| | Solicitações atendidas | | 2 | - | - |
| | N mínimo | | 2 | - | - |
| | Status da meta | | Meta atingida | - | - |
| Inspeccionar e emitir relatório de Certificação de Boas Práticas de Distribuidoras e Importadoras de Produtos para a Saúde | Solicitações recebidas | Atendimento de 100% da demanda recebida. | 13 | - | - |
| | Solicitações atendidas | | 13 | - | - |
| | N mínimo | | 13 | - | - |
| | Status da meta | | Meta atingida | - | - |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVPIS/ CGVS/ SMS.

A EVPIS apresenta na tabela acima, incluída no relatório em 2017, os atendimentos aos estabelecimentos que desejam Certificação de Boas Práticas junto à ANVISA. Para adquirir a certificação, as empresas necessitam de

minuciosa inspeção técnica sanitária e auditoria documental, com emissão de Relatório específico que contempla as exigências para tal certificação. São os técnicos e os agentes de fiscalização da EVPIS, os responsáveis pela auditoria e avaliação da empresa que almeja a certificação. Com o parecer destes servidores, a ANVISA concede as Certificações de Boas Práticas para atividades de Distribuição e Importação de Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Produtos para a Saúde. Referente às certificações de produtos para Saúde, a meta foi atendida, conforme mostra a tabela.

10.2.5 Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde

Tabela 235- Dados de fiscalização da Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde, entre os anos 2017 e 2016

| Indicador | Ano | | Variação |
|--|------|------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Número de vistorias / inspeções realizadas | 108 | 119 | -9,24% |
| Nº Notificações Lavradas | 62 | 65 | -4,61% |
| Nº Autos de Infração Exarados | 8 | 11 | -27,27% |
| Interdições / suspensão de Atividades | 0 | 0 | - |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVESIS/ CGVS/ SMS

As ações fiscalizatórias da equipe sempre objetiva sanar as questões esgotando as tratativas, atuando só em último caso, visto que o interesse é de regularização dos EAS.

Tabela 236- Avaliação de projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – CIB 250/07 Atual 2012 - Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde, entre os anos 2016 e 2015

| Indicador CIB 250/07 | Ação | Meta | Ano | | Variação |
|---|---|--|------|------|----------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Avaliação documental, aprovação de projeto arquitetônico, de infra-estrutura e vistorias para licenciamento e construção dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. | Inspecionadas | Atender 70% dos processos e solicitações recebidas | 06 | 03 | 100,00% |
| | Abertura de processos SEI para análise e aprovação de projetos de EAS | | 49 | 38 | 28,95% |
| | Análises de Projetos de EAS, com protocolo SEI | | 138 | 202 | -31,68% |
| | Análises de Projetos de EAS, sem protocolo SEI | | 60 | 55 | 9,09% |
| | Projetos Aprovados | | 24 | 40 | -40,00% |
| | Orientações técnicas sobre projetos de EAS, com ou sem protocolo SEI, presenciais, por e-mail ou por telefone | | 58 | 63 | -8,62% |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVESIS/ CGVS/ SMS

Em 2017, houve um decréscimo de análises de projetos em relação a 2016, devido à alta demanda de projetos a serem analisados e a existência de apenas uma servidora técnica para realizar esta função, além de que, esta mesma servidora também participou ativamente de diversas reuniões promovidas pela equipe técnica de engenharia do Centro Estadual de Vigilância em Saúde – CEVS – a respeito da revisão da RDC 50/02, demandada pela Anvisa. Mesmo havendo, em alguns períodos, diminuição das análises de projetos, salienta-se que nunca houve perda de prazo legal para

emissão de pareceres técnicos, sendo todos estes documentos enviados para os requerentes antes do prazo máximo.

Neste ano foram realizadas inspeções de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde que tiveram seus projetos aprovados junto à esta Equipe, para fins de verificação da conformidade do projeto aprovado com o executado. Houve uma significativa redução do número de projetos aprovados, decorrente das irregularidades dos projetos enviados para análise, pois é imprescindível que, para que o projeto de um EAS seja aprovado, este deve estar em conformidade com a RDC 50/02 e demais legislações vigentes. Foram incluídas outras atividades que realizadas frequentemente na equipe, como análises de projetos que não possuem processo SEI para aprovação, por se tratar de baixa complexidade, projetos que estão na fase de ante-projeto e que necessitam de orientação prévia à abertura de processo, principalmente relativos aos hospitais públicos novos ou em reforma e, também, apoio técnico à Equipe de Serviços de Interesse à Saúde em reuniões onde são necessárias orientações sobre área física de EASs em funcionamento. Resgatou-se as informações referentes a estas atividades realizadas em 2016 e observou-se que não houve grande variação entre 2017 e 2016.

É importante salientar que, a única engenheira responsável pela análise e aprovação de projetos também é a chefe do núcleo, sendo responsável pelos assuntos administrativos, ajustes de efetividade dos servidores, abertura de processos e/ou fornecimento de informações para processos requisitados pela administração municipal, havendo necessidade de reposição do quadro de técnicos na equipe.

Tabela 237- Metas Comissão Intergestora Bipartite - CIB 250/2007 Atual.- 2012 - Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde, entre os anos 2017 e 2016

| Indicadores CIB 250/07 | Meta Pactuada | Ano | | Variação |
|---|---|------|------|----------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Cadastrar, inspecionar, licenciar e verificar a qualidade da imagem de os Serviços de imagem SUS (mamografia). N 11 | Inspeccionar 100% dos Serviços de Mamografia SUS. | 7 | 12 | -41,67% |
| Cadastrar, inspecionar, licenciar e verificar a qualidade da imagem de os Serviços de imagem PARTICULAR (mamografia). N 43 | Inspeccionar 100% dos Serviços de Mamografia PARTICULAR. | 28 | 37 | -24,32% |
| Cadastrar, inspecionar, licenciar e verificar a qualidade dos Serviços radioterapia. N 5 | Inspeccionar 100% dos serviços de Radioterapia | 5 | 5 | - |
| Cadastrar, inspecionar, licenciar e verificar a qualidade da imagem de os Serviços Medicina Nuclear. N 13 | Inspeccionar 100% dos serviços de Medicina Nuclear | 7 | 13 | -46,15% |
| Cadastrar, inspecionar, licenciar e verificar a qualidade da imagem de os Serviços Radiodiagnóstico Médico (Raio-X, Tomografia e Densitometria Óssea). N 101 | Inspeccionar 100% dos serviços de Radiodiagnóstico Médico | 59 | 99 | -40,40% |
| Cadastrar, inspecionar, licenciar e verificar a qualidade da imagem de os Serviços de Radiodiagnóstico Odontológico (Tomografia e Raio X panorâmico) N 20 | Inspeccionar 50% dos Serviços de Radiodiagnóstico Odontológico | 22 | 12 | 83,33% |
| Cadastrar, inspecionar, licenciar e verificar a qualidade dos Serviços de demais Serviços de Imagem Ressonância Magnética, Ultrassonografia N 70 | Inspeccionar 50% dos Serviços de Imagem Ressonância Magnética, Ultrassonografia | 64 | 66 | -3,03 |
| Cadastrar, inspecionar, licenciar e verificar a qualidade dos Serviços de demais Serviços de Imagem Hemodinâmica N 6 | Inspeccionar 100% dos Serviços de Imagem Hemodinâmica | 7 | 6 | 16,67 |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVESIS/CGVS/SMS.

N= Número Absoluto.

Os Serviços de radioterapia tiveram a vistoria concluída, não sendo possível com os de Medicina Nuclear que são em número de 13. Um deles, não permitiu acesso a visita, tendo sido autuado por impedir a ação fiscal, e os demais estão com o alvará válido até meados de 2018, visto que demoraram para concluir o processo de alvará em 2016.

Os Serviços de Mamografia SUS foram todos vistoriados e os Particulares que não foram visitados este ano, serão contemplados no 1º quadrimestre de 2018. Alguns já encerraram a atividade, não perfazendo mais o número de 43.

O cadastramento dos Serviços de Radiodiagnóstico Odontológico, bem como os demais Serviços de Imagem foram contemplados em uma tabela a parte, visto cada vez maior número fora da tabela de pactuação CIB.

Tabela 238 - Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas pela NVESIS, entre os anos 2017 e 2016

| Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07 | | Meta | Ano | | Variação |
|---|---|------------------------------------|---------------|---------------|----------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Nº. de Reclamações e Denúncias | Recebidas | 70% de atendimento das reclamações | 5 | 5 | - |
| | Atendidas | | 5 | 5 | - |
| | % atendidas/ recebidas | | 100 | 100 | - |
| | Status da meta | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta | | 4 | 4 | - |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVESIS/CGVS/SMS.

O volume de reclamações do setor não costuma ser significativo, em face de especificidade do Serviço, pode-se observar que a média de 2016 se manteve. As reclamações geralmente referem-se a condições higiênico-sanitárias inadequadas e a proteção radiológica e sempre se busca atendê-las imediatamente.

10.2.6 Vigilância Ambiental – Fiscalização

Tabela 239- Dados de fiscalização Núcleo de Fiscalização Ambiental, totais entre os anos 2017 e 2016

| Indicador | Ano | | Variação % |
|--|------|------|------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Número de vistorias / inspeções realizadas | 4469 | 4113 | 8,65 |
| Nº Notificações Lavradas | 177 | 71 | 149,29 |
| Nº Autos de Infração Exarados | 19 | 2 | 850,00 |
| Interdições / suspensão de Atividades | - | - | - |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NFA/CGVS/SMS..

Tabela 240- Dados de fiscalização Núcleo de Fiscalização Ambiental, Vigilância da Água entre os anos 2017 e 2016

| Indicador | Ano | | Variação % |
|--|------|------|------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Número de vistorias / inspeções realizadas | 824 | 969 | - 14,96 |
| Nº Notificações Lavradas | 27 | 54 | - 50,00 |
| Nº Autos de Infração Exarados | 7 | 1 | 600,00 |
| Interdições / suspensão de Atividades | - | - | - |

Tabela 241- Dados de fiscalização Núcleo de Fiscalização Ambiental – Vigilância de Roedores e outros Vetores, entre os anos 2017 e 2016

| Indicador | Ano | | Variação % |
|--|------|------|------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Número de vistorias / inspeções realizadas | 152 | 57 | 166,67 |
| Nº Notificações Lavradas | 2 | 1 | 100,00 |
| Nº Autos de Infração Exarados | 1 | - | 100,00 |
| Interdições / suspensão de Atividades | - | - | - |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NFA/CGVS/SMS..

Tabela 242- Dados de fiscalização Núcleo de Fiscalização Ambiental – Vigilância População Animal, entre os anos 2017 e 2016

| Indicador | Ano | | Variação % |
|--|------|------|------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Número de vistorias / inspeções realizadas | 328 | 266 | 23,31 |
| Nº Notificações Lavradas | 3 | 2 | 50,00 |
| Nº Autos de Infração Exarados | - | - | - |
| Interdições / suspensão de Atividades | - | - | - |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NFA/CGVS/SMS..

Tabela 243- Dados de fiscalização da Vigilância da Qualidade da Água, entre os anos 2017 e 2016

| Indicador | Ano | | Variação |
|--|------|------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Número de vistorias / inspeções realizadas | 29 | 33 | -12,12 |
| Nº Notificações Lavradas | 6 | 6 | 0 |
| Nº Autos de Infração Exarados | 1 | 4 | -75,00 |
| Interdições / suspensão de Atividades | 0 | 3 | -100,00 |

FONTE: Banco de dados gerenciais do EVQA/CGVS/SMS.

As 29 vistorias realizadas ao longo do ano de 2017 analisaram fundamentalmente a adequação das soluções alternativas ao regramento estabelecido pela Portaria de Consolidação número 5 Anexo XX (Portaria 2.914 de 2011). Majoritariamente as demandas são advindas do Departamento Municipal de Águas e Esgoto para esta EVQA/CGVS ou denúncias protocoladas pelo 156.

Segundo a legislação supracitada, *“A autoridade municipal de saúde pública não autorizará o fornecimento de água para consumo humano, por meio de solução alternativa coletiva, quando houver rede de distribuição de água, exceto em situação de emergência e intermitência”*. Uma segunda situação relevante prevista pela Portaria da potabilidade e vistoriada por esta EVQA refere-se ao Art. 16º, onde *“A água proveniente de solução alternativa coletiva ou individual, para fins de consumo humano, não poderá ser misturada com a água da rede de distribuição”*.

A comparação com o ano de 2016, não indica mudanças no fluxo de trabalho, apenas expressa a variabilidade natural das demandas externas. A perspectiva para 2018 é a manutenção das ações de inspeção, articulação com demais órgãos relacionados e ampliação da comunicação ao cidadão sobre os riscos das soluções alternativas em inconformidade com a legislação federal.

Tabela 244- Dados de fiscalização da Vigilância da População Animal, entre os anos 2017 e 2016

| Indicador | Ano | | Variação |
|--|------|------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Número de vistorias / inspeções realizadas | 46 | 80 | - 42,50 |
| Nº Notificações Lavradas | 03 | 42 | - 92,86 |
| Nº Autos de Infração Exarados | - | 1 | -100,00 |
| Interdições / suspensão de Atividades | - | - | - |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVPA/CGVS/SMS.

Tendo em vista a situação da Leishmaniose Visceral (LV) que está ocorrendo em nosso município a equipe priorizou as ações e atividades

realacionadas a LV, ficando as ações de fiscalização de estabelecimentos e serviços veterinários um pouco prejudicado, pois são os mesmos profissionais que laboram.

Tabela 245- Dados de fiscalização da Vigilância e da Saúde do Trabalhador, entre os anos 2017 e 2016

| Indicador | Ano | | Variação |
|--|------|------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Número de vistorias/inspeções realizadas | 145 | 174 | -16,7% |
| Nº Notificações Lavradas | 5 | 32 | - 84,4% |
| Nº Autos de Infração Exarados | 1 | 8 | -87,5% |
| Nº Processos de licenciamento analisados | 29 | 26 | 11,5% |

FONTE: Banco de dados gerenciais da EVSAT/CGVS/SMS.

Em 2017 houve redução no número de vistorias, de Notificações e de Autos de Infração. Esclarecemos que equipe trabalha sob demanda e a lavratura de documentação fiscal não é obrigatória no atendimento das ocorrências. A redução das vistorias/inspeções se deu devido ao contingenciamento dos serviços pela Prefeitura.

Tabela 246– Dados Fiscalização das Estações de Rádio Base – Vigilância Ambiental, entre os anos 2017 e 2016

| Fiscalização de Estação de Rádio Base (ERB) | Ano | | Variação |
|---|------|-------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Solicitações recebidas | 27 | 29 | -6,9% |
| Fiscalizações | 27 | 27 | 0% |
| % atingido | 100 | 93,10 | 7,4% |

FONTE: Banco de dados gerenciais da EVSAT/CGVS/SMS

Em relação à fiscalização de Estação de Rádio Base, as solicitações recebidas se mantiveram estáveis. Atingimos a meta e observamos uma maior agilidade na resolução e no trâmite dos licenciamentos devido à implantação de um sistema eletrônico de gerenciamento de processos.

Tabela 247– Dados Fiscalização Ambientes livres do tabaco – Vigilância Ambiental, entre os anos 2017 e 2016

| Fiscalização de ambientes livres do tabaco | | Ano | | Variação |
|--|------------|------|------|----------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Estabelecimentos de interesse a saúde | Recebidas | 8 | 7 | 14,3% |
| | Atendidas | 6 | 7 | 14,3% |
| | % atingido | 100 | 100 | 0% |

FONTE: Banco de dados gerenciais da EVSAT/CGVS/SMS.

As demandas de fumo também estão categorizadas como Saúde Ambiental e se apresentam em poucos números devido à divisão de tarefas entre SMS e SMIC.

A fiscalização em bares, restaurantes e casas noturnas, que são alvo de maior número de denúncias, fica a cargo da SFAL/SMIC. As outras demandas em ambientes coletivos públicos e/ou de trabalho coletivo são atendidas pela EVSA/CGVS/SMS. A meta foi atingida.

Tabela 248 - Dados de fiscalizações realizadas pela CGVS, entre os anos 2017 e 2016

| Indicador | Ano | | Variação |
|--|--------|--------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Número de vistorias / inspeções realizadas | 14.053 | 17.322 | -18,87 |
| Nº Notificações Lavradas | 2.309 | 2.841 | -18,72 |
| Nº Autos de Infração Exarados | 574 | 695 | -17,41 |
| Interdições / suspensão de Atividades | 132 | 121 | 9,09 |

FONTE: Banco de dados gerenciais do RG/CGVS/SMS.

A tabela acima compila os dados das fiscalizações realizadas pelas equipes da CGVS no ano de 2016 e 2017. Em 2016 foram realizadas por semana em média 333 fiscalizações/vistorias, 55 lavraturas de notificações, 13 lavraturas de autos de infração e 2 interdições. Já em 2017 foram realizadas por semana em média 270 fiscalizações/vistorias, 44 lavraturas de notificações, 11 lavraturas de autos de infração e 2,5 interdições.

Verifica-se comparando o ano de 2016 e 2017 que houve uma diminuição significativa de fiscalizações e vistorias em mais de 3.000, e em torno de 18% de diminuição em notificações e infrações exaradas. As interdições tiveram um pequeno incremento em torno de 9% a mais que o ano anterior.

Pelo redução contingente de técnicos e agentes de fiscalização, mesmo assim pela qualidade dos serviços prestados os dados demonstram que se realiza um quantitativo de fiscalizações e vistorias bem expressivo. Estas ações fiscalizatórias impactam diretamente na saúde da população, minimizando e eliminando riscos à saúde pública e qualificando a prestação de serviços de saúde e de interesse à saúde.

Ainda mesmo com vários fiscais em processo de aposentadoria e gozando de suas licenças, houve o esforço da gestão em reorganizar processos de trabalho, associado à disponibilização de horas extras para estas atividades fora do horário usual de trabalho incrementando diretamente no número de fiscalizações realizadas.

Atendimento de denúncias e reclamações

Tabela 249- Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas pelo Núcleo de fiscalização Ambiental Total, entre os anos 2017 e 2016

| Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07 | | Meta | Ano | | Variação % |
|---|---|------------------------------------|---------------|---------------|------------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Nº de Reclamações e Denúncias | Recebidas | 70% de atendimento das reclamações | 2.054 | 3.476 | - 40,91 |
| | Atendidas | | 4.209 | 4.624 | - 8,97 |
| | % atendidas/ recebidas | | 204,92 | 133,03 | 54,04 |
| | Status da meta | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta | | 1.438 | 2.433 | - 40,89 |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NFA/CGVS/SMS.

Esta tabela compila as reclamações recebidas de todas as áreas de atuação do Núcleo de Fiscalização ambiental, atingindo plenamente a meta.

Importa salientar que o núcleo de Fiscalização Ambiental atende demandas do NPVA, EVQA, NVRV e Dengue.

Os dados refletem a situação do ano em tela que mostra redução de demandas recebidas de 2017 em relação a 2016 de 40,91%, mas mantendo uma média de atendimentos em função de Projeto de Fiscalização Pontual em Borracharias realizado no 2º Quadrimestre de 2017; mesmo assim, foi conseguido atingir as metas propostas nos referidos anos.

Tabela 250- Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas Núcleo de fiscalização Ambiental - Águas, entre os anos 2017 e 2016

| Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07 | | Meta | Ano | | Variação % |
|---|---|------------------------------------|---------------|---------------|------------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Nº. de Reclamações e Denúncias | Recebidas | 70% de atendimento das reclamações | 549 | 701 | - 21,68 |
| | Atendidas | | 812 | 949 | - 14,43 |
| | % atendidas/ recebidas | | 147,91 | 135,38 | 9,25 |
| | Status da meta | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta | | 384 | 491 | - 21,79 |

FONTE: Banco de dados gerenciais NFA/CGVS/SMS.

Os dados refletem a situação do ano em tela que diminuiu em relação a 2016 do número de denúncias recebidas. Há um número maior de reclamações atendidas em relação às recebidas, pois o seu número indica que algumas denúncias foram resolvidas no ano em tela, mas foram recebidas em períodos anterior.

Tabela 251- Dados de fiscalização Núcleo de Fiscalização Ambiental – Aedes, entre os anos 2017 e 2016

| Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07 | | Meta | Ano | | Variação % |
|---|---|------------------------------------|---------------|---------------|------------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Nº de Reclamações e Denúncias | Recebidas | 70% de atendimento das reclamações | 1.172 | 2.476 | - 52,66 |
| | Atendidas | | 2.948 | 3.391 | - 13,06 |
| | % atendidas/ recebidas | | 251,54 | 136,95 | 83,67 |
| | Status da meta | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta | | 820 | 1.733 | - 52,68 |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NFA/CGVS/SMS.

Os dados refletem uma redução de demandas recebidas de 52,66% em relação a Dengue de 2016 para 2017, pois em 2016 estávamos no auge do surto epidemiológico de dengue no Brasil, devido à grande repercussão dos órgãos de imprensa, ingressou um grande número de demandas via 156, houve um aumento excessivo de demandas recebidas no mês Dezembro, chegando a 700% em relação ao mês de Novembro de 2016; as demandas atendidas mantiveram-se relativamente na média de 2017 em relação a 2016 sofrendo uma pequena redução de 13,06%; mesmo assim, as metas propostas foram atingidas com relação ao Aedes nos referidos anos

Há um número maior de reclamações atendidas em relação às recebidas, pois o seu número indica que algumas denúncias foram resolvidas no ano em tela, mas foram recebidas em períodos anteriores.

Tabela 252- Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas Núcleo de fiscalização Ambiental – Roedores e outros vetores, entre os anos 2017 e 2016

| Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07 | | Meta | Ano | | Variação % |
|---|---|------------------------------------|---------------|-------------------|------------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Nº de Reclamações e Denúncias | Recebidas | 70% de atendimento das reclamações | 142 | 115 | 23,47 |
| | Atendidas | | 146 | 53 | 175,47 |
| | % atendidas/ recebidas | | 102,82 | 53,91 | 90,72 |
| | Status da meta | | Meta Atingida | Meta Não Atingida | - |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta | | 99 | 81 | 22,22 |

FONTE: Banco de dados gerenciais NFA/CGVS/SMS.

Houve um aumento de demandas recebidas de 23,47 % de 2017 em relação a 2016 em fiscalização de Roedores e Vetores, tendo tido um aumento

significativo de demandas atendidas de 175,47%, de 2017 em relação a 2016, atingindo dessa maneira a meta proposta em 2017.

Tabela 253- Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas Núcleo de fiscalização Ambiental – Vigilância População Animal, entre os anos 2017 e 2016

| Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07 | | Meta | Ano | | Variação % |
|---|---|------------------------------------|---------------|---------------|------------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Nº de Reclamações e Denúncias | Recebidas | 70% de atendimento das reclamações | 191 | 184 | 3,80 |
| | Atendidas | | 303 | 231 | 31,17 |
| | % atendidas/ recebidas | | 158,64 | 125,54 | 26,37 |
| | Status da meta | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta | | 134 | 129 | 3,87 |

FONTE: Banco de dados gerenciais NFA/CGVS/SMS.

Os dados refletem a situação do ano de 2017, havendo um pequeno acréscimo de demandas recebidas de 3,80% em relação a 2016; bem como um pequeno acréscimo de demandas atendidas de 2016 para 2017, na ordem de 26,37%, não tendo tido reflexos consideráveis, pois as metas foram atingidas nos referidos anos.

O número de ações fiscais zoossanitárias é maior do que o número de denúncias/reclamações recebidas do período.

Também pode ocorrer de as reclamações atendidas terem 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.

Tabela 254 - Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas Vigilância Saúde Ambiental e do Trabalhador, entre os anos 2017 e 2016

| Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07 | | Meta | Ano | | Variação |
|---|---|------------------------------------|---------------|---------------|----------|
| | | | 2017 | 2016 | |
| Nº de Reclamações e Denúncias | Recebidas | 70% de atendimento das reclamações | 86 | 83 | 3,6% |
| | Atendidas | | 111 | 106 | 4,7% |
| | % atendidas/ recebidas | | 129,1 | 127,71 | 1,1% |
| | Status da meta | | Meta Atingida | Meta Atingida | - |
| | N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta | | 60 | 58 | 3,4% |

FONTE: Banco de dados gerenciais da EVSAT/CGVS/SMS.

Há um número maior de reclamações atendidas em relação às recebidas, pois o seu número indica que algumas denúncias foram resolvidas no ano tela, mas foram recebidas em períodos anteriores. Esta situação tem explicação nos prazos legais de atendimentos das demandas. Em 2017 o número de reclamações recebidas e atendidas permaneceram estáveis.

10.2.7 Vigilância População Animal

Tabela 255- Demandas recebidas e demonstrativos de ações desenvolvidas, entre os anos 2017 e 2016

| Atividade | Anos | | Variação |
|---|-------|-------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Outras Reuniões Técnicas | 30 | 15 | 100,00 |
| Vistorias Técnicas/Ações Fiscais Zoossanitárias | 35 | 78 | - 55,12 |
| Ações Fiscais Zoossanitárias | 11 | 80 | - 86,25 |
| Liberação Alvará de Saúde | 62 | 65 | - 4,61 |
| Orientações 156 – Carrapatos | 94 | 51 | 84,31 |
| Orientações 156 – Pombos | 103 | 105 | - 1,90 |
| Orientações 156 – Pulgas | 42 | 44 | - 4,45 |
| Orientações 156 - Morcegos | 7 | 5 | 40,00 |
| Vacina Antirrábica-Cães | 12 | 64 | - 81,25 |
| Vacina Antirrábica-Gatos | 1 | 27 | - 96,30 |
| Análise P/ Diagnóstico de Raiva Cães | 0 | 2 | - 100,00 |
| Análise P/ Diagnóstico de Raiva Gatos | 0 | 00 | - |
| Análise P/ Diagnóstico de Raiva Morcegos | 14 | 44 | - 68,18 |
| Atividade Educativa P/A População | 11 | 03 | 266,67 |
| Domicílios Visitados em Ação de Vigilância da Raiva | 4 | 27 | - 85,18 |
| Investigação Leptospirose (Em Conjunto C/Nrvv) | 0 | 0 | - |
| Cadastro de Processos de Alvará de Saúde | 101 | 45 | 124,44 |
| Vistorias Técnicas | 35 | 68 | - 48,52 |
| Investigação Febre Amarela e/ou Coleta de Amostras | 1 | 0 | 100,00 |
| Fichas atendimento antirrábico inseridas SINAN | 2.823 | 2.705 | 4,36 |
| Capacitações oferecidas | 03 | 4 | - 25,00 |

FONTE: Banco de dados gerenciais NVPA/CGVS/SMS.

Vistorias Técnicas Zoossanitárias

No item vistoria técnica estão incluídas inspeções realizadas por técnicos em situações com problemas com pombos, morcegos em estabelecimentos de uso coletivo como escolas, condomínios e outros, como também vistorias em estabelecimentos veterinários (hospitais, clínicas, consultórios e laboratórios) no sentido de apontar os problemas encontrados e orientar soluções.

Licenciamento de Estabelecimentos Veterinários (liberação de alvará de saúde)

A liberação do licenciamento sanitário de Estabelecimentos Veterinários está condicionada a um trâmite administrativo que consta da abertura de processo com a apresentação de documentação que atendas as exigências legais e a realização de vistoria para identificar o atendimento das condições sanitárias. A dificuldade e o atraso na liberação dos processos de solicitação ou renovação de alvará sanitário são decorrentes, na maioria das vezes, de

problemas de inadequação documental dos estabelecimentos. Com a implementação do Serviço Eletrônico esperamos dar mais agilidade a esse tramite. Neste ano com o advento da ocorrência de Leishmaniose Visceral as ações fiscalizatórias nos estabelecimentos ficaram um pouco prejudicadas, pois os profissionais são os mesmos que laboram em ambas as áreas.

Orientações 156

As demandas atendidas pelo núcleo dizem respeito a problemas com carrapatos, pulgas, pombos e morcegos. Muitas vezes consistem em solicitações de orientação, atendidas através do envio de documento contendo medidas para sanar o problema, e em outros casos trata-se de reclamações que são atendidas através da fiscalização. Toda demanda foi atendida.

Ações de Vigilância da Raiva

Meta 22. Realizar bloqueio contra a Raiva em 100% dos casos positivos

Em 2017 houve um caso de herbívoro positivo para raiva ocorridos na zona sul do Município de Porto Alegre, com a vacinação de 12 cães da propriedade e vizinhos do caso.

Todas as demandas (animais – morcegos) encontrados mortos ou não que caracterizassem risco de transmissão foram enviados para diagnóstico.

No item que se refere a “Manter programa permanente de ações de vigilância e prevenção da raiva”, salientamos que o programa refere-se a todas as ações listadas anteriormente, que inclui também atividades decorrentes do programa de Profilaxia de Raiva Humana, que vem sendo desenvolvido pelo NVPA desde julho de 2014.

Tabela 256- Resumo das ações de Vigilância da Raiva decorrentes das notificações de Raiva Animal no município, entre os anos 2017e 2016

| Ações | Ano | | Variação |
|----------------------|---|------------------|----------|
| | 2017 | 2016 | |
| Nº Laudo | 169/17 | 224/16 | - |
| Endereço do foco | Estrada da Extrema 100, esquina São Caetano | Estr São Caetano | |
| Data bloqueio | 22/02/2017 | 21/03/2016 | |
| Cães vacinados | 12 | 47 | -74,47% |
| Gatos vacinados | 0 | 09 | -100,00% |
| Domicílios visitados | 03 | 13 | -76,92% |

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVPA/CGVS/SMS.

Fichas SINAN Atendimento antirrábico humano

No ano de 2017 foram inseridas no sistema SINAN 2.823 fichas de notificação de atendimento antirrábico humano de pacientes residentes em Porto Alegre. Essas fichas foram avaliadas, qualificadas e inseridas no banco de dados do Programa Nacional de Atendimento Antirrábico Humano.

Remessa de Material para diagnóstico de Raiva

As amostras enviadas para diagnóstico de raiva referem-se principalmente a morcegos recolhidos por demandas da comunidade e referem-se a animais caídos, mortos ou adentrados em residências do município. Outros animais (cães e gatos) podem também ser enviados para diagnóstico de raiva desde que tenham participado de algum acidente (mordedura ou arranhadura) e tenham vindo a óbito durante o período de observação. As amostras recolhidas devem ser entregues no IPVDF, localizado em Eldorado do Sul, situação que dificulta a atividade devido à necessidade de transporte para deslocamento para fora do município.

Bloqueios Vacinais

O Núcleo realizou a investigação e vigilância de todos os casos positivos para raiva em animais para atendimento nos serviços de saúde de referência. O número de animais (cães e gatos) vacinados contra raiva constante na tabela acima inclui os vacinados nas ações de bloqueio e também animais contactantes com morcegos. A meta era realizar vacinação em todas as ações de bloqueio instaladas.

No entanto, salientamos que por conforme recomendações do Ministério da Saúde inseridas na Norma Técnica nº 19/2012 e “Guia de Vigilância Epidemiológica” (MS, 2014) (pág. 714), o Bloqueio Vacinal, ou seja, a vacinação de bloqueio em cães e gatos, deverá ser realizado APENAS em casos de cães e gatos positivos com variantes 1 e 2, em um período imediato e logo após a ocorrência do registro do caso de Raiva animal.

Nos casos positivos em herbívoros e morcegos em áreas urbanas NÃO são recomendados bloqueios vacinais em cães e gatos.

Tabela 257- Atividades realizadas pelo NVPA relacionadas com a Vigilância da Raiva, entre os anos 2017 e 2016

| Atividades – Meta 22 PAS 2016 | Ano | | Variação % |
|---|-------|-------|------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Nº de Fichas Digitadas SINAN | 2.823 | 2.705 | 4,36 |
| Nº Investigações do Atendimento Antirrábico Humano – CID W64 | 2.823 | 2.705 | 4,36 |
| Nº de amostras de quirópteros enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva | 14 | 44 | - 68,18 |
| Nº de amostras caninas enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva | 0 | 1 | - 100,00 |
| Nº de amostras felinas enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva | 0 | 0 | - |
| Nº de amostras de animais silvestres enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva | - | 1 | -100,00 |
| Nº de cães vacinados para RAIVA | 12 | 58 | - 79,31 |
| Nº de gatos vacinados para RAIVA | 1 | 27 | - 96,29 |
| Nº de domicílios visitados em bloqueio vacinal antirrábico | 12 | 25 | - 52,00 |

FONTE: Banco de dados gerenciais NVPA/CGVS/SMS

Deve-se manter o programa permanente de ações de vigilância e prevenção da raiva, salientamos que este programa refere-se a todas as ações listadas anteriormente, que inclui também atividades decorrentes do programa de Profilaxia de Raiva Humana, que vem sendo desenvolvido pelo NVPA desde julho de 2014.

Observa-se neste ano que houve uma diminuição das amostras de quirópteros encaminhados para virologia da raiva, assim como de animais vacinados em bloqueio.

Vigilância da Febre Amarela:

A equipe é responsável pela vigilância da Febre Amarela (FA) em Primatas Não Humanos (PNH) no município de Porto Alegre que deve ser

investigada com determinação da localização do animal, preenchimento da Ficha de notificação Compulsória de Epizootias e Coleta de amostras biológicas para envio ao Laboratório Oficial para pesquisa da patologia e diagnóstico.

Salienta-se que os PNH são sentinelas da Febre Amarela, eles não transmitem ao ser humano, mas quando positivo indica a circulação viral na região onde está habitando o que auxilia nas ações de prevenção e controle do agravo no ser humano.

No ano de 2017, foi recebida uma notificação de FA com a realização da investigação embora não tenha sido realizada a coleta de material devido ao avançado estado de decomposição (inadequado para coleta) da carcaça animal.

Acidentes por Animais Peçonhentos – Escorpião Amarelo

Em 2017, ocorreram 05 (cinco) acidentes com escorpiões amarelos, descritos a seguir:

- Acidente com morador do Bairro São José, após compra de uvas em um mercado do local, ocorrido ;
- Acidente com dois trabalhadores da CEASA;
- Acidente com duas crianças, de 5 e 11 anos de idade, moradoras do Loteamento Quinta do Portal. O acidente com a criança de 5 anos teve como consequência um “Alerta Epidemiológico” em função de sua gravidade, que necessitou uso de soro antiescorpiônico e internação em UTI pediátrica.
- Identificada mais uma área de risco em relação ao escorpionismo (acidente com inoculação do veneno escorpiônico), Bairro Lomba do Pinheiro (Quinta do Portal).

Após evidências relatadas pelo Centro de Informações Toxicológicas do Rio Grande do Sul e os acidentes ocorridos com seus trabalhadores, a CEASA foi apontada como ponto focal de infestação pelo escorpião amarelo, decorrente do recebimento de hortifrutigranjeiros através de caminhões, que podem conter escorpiões amarelos. Assim o Núcleo de Fiscalização Ambiental (NFA) notificou a CEASA para “elaboração e implantação de plano de controle

e eliminação de escorpiões amarelos alojados em suas dependências”. O plano está em andamento, sendo monitorado pelo NFA.

Recebidas 23 (vinte e três) reclamações, sendo que 04 (quatro) envolvendo escorpiões amarelos, 08 (oito) envolvendo escorpiões pretos e o restante solicitando orientações.

No mês de dezembro foram capacitados pelo NFA, 163 trabalhadores da saúde, com o objetivo de otimizar a vigilância ambiental do escorpião amarelo, sendo 72 (setenta e dois) Agentes de Combate a Endemias, 61 (sessenta e um) Agentes Comunitários de Saúde e outros profissionais da saúde. Foram abordados assuntos sobre o comportamento dos escorpiões, sua importância médica, ação do veneno no organismo humano e manejo para captura. Salientado que apenas os Agentes de Combate a Endemias poderão realizar captura, levadas em consideração suas atribuições, com uso obrigatório de Equipamentos de Proteção Individual.

10.2.8 Vigilância da Qualidade da Água

Metas SISPACTO

Meta 10 - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. (Meta: 90%)

Meta plenamente atendida. Cabe registrar que a sustentabilidade do programa VIGIAGUA e o alcance das metas foi fortalecida pela renovação dos equipamentos para coleta de campo (Colorímetro e Turbidímetro).

Meta RS 2 - Proporção de amostras de água com presença de *Escherichia coli*, em Soluções Alternativas Coletivas. (Meta: 15%)

Plenamente atendida. Porto Alegre, por ter uma cobertura de abastecimento por rede pública de 98,1% (SAAs, atendidas pelo DMAE), poucos são os locais onde é necessário o atendimento por SACs. Por isto, as Soluções Alternativas autorizadas pela SMS resumem-se em caminhões pipa do próprio DMAE, que são carregados por água da rede pública. Não obtivemos amostras com presença de *E. coli* no corrente ano.

Tabela 258- Análise da qualidade de água para consumo humano, entre os anos 2017 e 2016

| Indicador | Meta Pactuada Anual | Ano | | Variação |
|--|---------------------|---------|---------|----------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. N 848 SISPACTO | 90% | 102,74% | 100,33% | 2,40% |

FONTE: Banco de dados gerenciais da EVQA/CGVS/SMS

Plenamente atendida. As análises que devem ser realizadas pela Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) são determinadas pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (Ministério da Saúde, 2006, <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes>). O número de amostras está relacionado com a população dos municípios.

O indicador pactuado é a proporção de análises realizadas em relação ao definido na Diretriz Nacional e se manteve com bons resultados. Como se trata de apenas um indicador para três parâmetros, é necessário definir um

método para chegar ao valor final, que não está definido no SISPACTO. Para isto, então, complementamos a definição do indicador, resultando num número final constituído do somatório de análises de cloro residual livre, turbidez e coliformes totais realizadas dividido pelo somatório do número mínimo preconizado na Diretriz Nacional para os mesmos parâmetros, representados percentualmente.

Enquanto o parâmetro “coliformes” foi realizado pelo LACEN, o “cloro residual livre” e a “turbidez” foram determinados em campo pela EVQA/CGVS, e a meta de 90% para o ano foi superada.

Tabela 259- Dados estratificados das coletas para os indicadores para as metas SISPACTO 10 e RS 2, 2017

| Coletas realizadas em 2017 | | | | Total |
|--|------------|------------|------------|----------------|
| | Cloro | Turbidez | Coli | |
| SAA* | 792 | 790 | 782 | 2.364 |
| SAC** | 14 | 14 | 12 | 40 |
| Total | 806 | 804 | 794 | 2.404 |
| Coletas previstas para 2017 | | | | Total |
| | Cloro | Turbidez | Coli | |
| SAA | 780 | 780 | 780 | 2.340 |
| Percentual de amostras realizadas | | | | 102,74% |

FONTE: Banco de dados gerenciais da EVQA/CGVS/SMS

*SAA – Sistema de Abastecimento de Água.

**SAC – Solução Alternativa Coletiva.

Outras Ações Serviços e Atividades Realizadas pela Equipe

Uma das ações realizadas voltada à segurança da água consumida foram as matérias jornalísticas em televisão, rádio e jornal no mês de maio de 2017, bem como no site próprio da PMPA, sobre uso de fontes públicas contaminadas, via ASSECOM-SMS e ASSECOM-CGVS.

As ações desenvolvidas no âmbito do Grupo de Trabalho Arroios da Cidade e GT Parque Linear da Bacia do Arroio Taquara (com participação desta EVQA/CGVS) têm por objetivo sensibilizar gestores, técnicos e cidadãos da necessidade de preservação das bacias hidrográficas. Neste sentido, abarcamos fóruns importantes ao longo de 2017, como a Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Câmara de Vereadores de Porto Alegre e Conselho Distrital de Saúde da Lomba do Pinheiro. O trabalho com escolares e moradores das mais diversas regiões da cidade também ocorreu com a mesma

perspectiva. Nestes encontros, a partir da defesa da qualidade da água de abastecimento, foram debatidas as aproximações necessárias com as políticas de saneamento e políticas de recursos hídricos. Em 12 de agosto de 2017, a EVQA/CGVS participou entre os organizadores do 1º Seminário sobre o Arroio Taquara que contou como conferência livre da 2ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde. Participaram cerca de 70 pessoas.

Uma segunda vertente de trabalho, entre os setores e equipes da própria CGVS se dedicou à promoção da saúde e prevenção das doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado. Destacamos nesta frente de trabalho as palestras do VIGIAGUA municipal sobre a regulação do setor de empresas que realizam limpeza e desinfecção de reservatórios de água potável a pedido do CEVS SES.

Em articulação com o Núcleo de Vigilância da População animal, deflagramos ações de combate ao Aedes com os ACEs e ACSs da SMS. O impacto foi mensurado através da participação ativa dos 35 Agentes de Endemias na capacitação, dia 24/10/17 e o empenho destes, nos dias 25 e 26/10/17, durante as atividades de campo, onde abordaram os usuários e transeuntes presentes nos três locais onde instalamos os postos de divulgação e orientação sobre o controle do Aedes aegypti e a prevenção Dengue, Chikungunya e Zika.

Ainda com este mesmo núcleo, apoiados pela Defesa Civil, mobilizamos as comunidades do Morro da Polícia e Morro Santana para instalação das placas que comunicam o risco ambiental para a Leishmaniose Visceral Humana.

Entre estes eixos, foram realizadas diversas reuniões de planejamento e programação, dez (10) intervenções específicas que contaram com a presença direta de mais de 450 pessoas.

Vigilância em Saúde Ambiental

Em 2017 em parceria com a Coordenadoria Geral de Atenção Primária da SMS, a equipe de Vigilância em Saúde Ambiental – EVSA - realizou o

monitoramento de impactos de eventos adversos nos serviços de saúde o que resultou em um relatório final dos dados analisados.

Em relação a Vigilância de Agrotóxicos, a equipe realizou o Diagnóstico Ambiental na área de atuação da US Paulo Viaro com o objetivo de futuro planejamento de ações de promoção e prevenção a saúde na região.

A equipe participou das seguintes atividades e reuniões, até outubro de 2017: Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador (CIST); Comissão de Normatização de Acidentes com Material Biológico (CNAMB); Programa Trabalho Seguro do Tribunal Regional do Trabalho (TRT); Grupo de trabalho dos SESMTs (hospitais e empresas); Grupo de Trabalho para a elaboração do Plano de Implantação da Vigilância em Saúde Mental; Grupo de Trabalho para a Construção da Política de Vigilância dos Agrotóxicos em Porto Alegre; Fórum da Promoção da Saúde da SMS, realização do IVº Workshop da Saúde do Trabalhador; Construção do plano local de vigilância a exposição dos agrotóxicos no território de abrangência da Unidade de Saúde Paulo Viaro na GD RES em articulação com a equipe de saúde local; Aproximação com o GT Saúde Mental da GD LENO para desenvolvimento de experiência piloto, voltada para construção da vigilância em saúde mental na área de abrangência da região; equipe de monitoramento da GD LENO; e é campo da RIS - Residência Integrada em Saúde- Ênfase Vigilância em Saúde.

Conforme referido no relatório anterior, a partir de primeiro de novembro de 2017, houve o repasse da Vigilância em Saúde do Trabalhador para o CEREST.

10.2.9 Apoio Administrativo

Tabela 260– Demonstrativo das atividades e ações desenvolvidas, entre os anos 2017 e 2016

| Ações da EAA | | Ano | | |
|---|---------------|------|------|------------|
| | | 2017 | 2016 | Variação % |
| Números de Processos Administrativos Sanitários (PAS) instaurados | EV Engenharia | 0 | 3 | - 100,00 |
| | EVSAT | 0 | 6 | - 100,00 |
| | VPIS | 29 | 29 | - |
| | EVQA | 1 | 1 | - |
| | EVA | 613 | 442 | 38,69 |
| | EVSIS | 58 | 80 | -27,50 |
| | NVRV | 0 | 0 | - |
| | NVPA | 0 | 5 | -100,00 |
| | EFA | 10 | 3 | 233,33 |
| Números de Recursos/defesas de Auto de Infração Impetrados | EV Engenharia | 0 | 1 | -100,00 |
| | EVSAT | 0 | 3 | -100,00 |
| | VPIS | 12 | 19 | -36,84 |
| | EVQA | 1 | 0 | 100,00 |
| | EVA | 223 | 220 | 1,36 |
| | EVSIS | 29 | 52 | -44,23 |
| | NVRV | 0 | 0 | - |
| | NVPA | 0 | 3 | -100,00 |
| | EFA | 1 | 0 | 100,00 |
| Notificações de Multas Aplicadas | EV Engenharia | 1 | 2 | -50,00 |
| | EVSAT | 0 | 9 | -100,00 |
| | VPIS | 5 | 61 | -91,80 |
| | EVQA | 0 | 1 | -100,00 |
| | EVA | 206 | 455 | -54,72 |
| | EVSIS | 9 | 36 | -75,00 |
| | NVRV | 2 | 0 | 100,00 |
| | NVPA | 0 | 3 | -100,00 |
| | EFA | 0 | 2 | -100,00 |
| Recursos Defesas de Multas Aplicadas | EV Engenharia | 0 | 0 | - |
| | EVSAT | 2 | 3 | -33,33 |
| | VPIS | 1 | 26 | -96,15 |
| | EVQA | 0 | 1 | -100,00 |
| | EVA | 19 | 142 | -86,62 |
| | EVSIS | 2 | 17 | -88,23 |
| | NVRV | 0 | 0 | - |
| | NVPA | 0 | 1 | -100,00 |
| | EFA | 0 | 1 | -100,00 |
| Multas Pagas | EV Engenharia | 0 | 1 | -100,00 |
| | EVSAT | 1 | 2 | -50,00 |
| | VPIS | 13 | 26 | -50,00 |
| | EVQA | 0 | 0 | - |
| | EVA | 138 | 313 | -55,91 |
| | EVSIS | 6 | 23 | -73,91 |
| | NVRV | 0 | 0 | - |
| | NVPA | 1 | 2 | -50,00 |
| | EFA | 0 | 1 | -100,00 |

| | | | | |
|--|---------------|------------|------------|---------|
| Valor das Multas Pagas em R\$ | EV Engenharia | 0 | 1.277,54 | -100,00 |
| | EVSAT | 7.029,36 | 5.110,14 | 37,56 |
| | EVPIIS | 33.584,72 | 52.013,92 | -35,43 |
| | EVQA | 0,00 | 365,10 | -365,10 |
| | EVA | 327.138,60 | 536.199,69 | -38,99 |
| | EVSIS | 21.478,60 | 63.292,73 | -66,06 |
| | NVRV | 0,00 | 0,00 | - |
| | NVPA | 390,52 | 2.737,58 | -85,73 |
| | EFA | 0,00 | 912,53 | -912,53 |
| | Total | 389.622,80 | 661.909,23 | -41,14 |
| Alvarás Iniciais Emitidos CIB 250/07 | EV Engenharia | 8 | 15 | -46,67 |
| | EVSAT | 0 | 0 | - |
| | EVPIIS | 202 | 161 | 25,46 |
| | EVQA | 11 | 8 | 37,50 |
| | EVA | 367 | 345 | 6,37 |
| | EVSIS | 1.076 | 1.048 | 2,67 |
| | NVRV | 0 | 0 | - |
| | NVPA | 26 | 24 | 8,33 |
| | Total | 1.690 | 1.601 | 5,56 |
| Renovação de Alvarás emitidos | EV Engenharia | 22 | 21 | 4,76 |
| | EVSAT | 0 | 0 | - |
| | EVPIIS | 928 | 875 | 6,06 |
| | EVQA | 38 | 28 | 35,71 |
| | EVA | 172 | 90 | 91,11 |
| | EVSIS | 1.302 | 1.274 | 2,19 |
| | NVRV | 0 | 0 | - |
| | NVPA | 21 | 12 | 75,00 |
| Processos de solicitação de alvará em comparecimento (aguardando regularização documental) | EV Engenharia | 2 | 14 | 85,71 |
| | EVSAT | 0 | 0 | 0,00 |
| | EVPIIS | 20 | 56 | -64,28 |
| | EVQA | 7 | 15 | -53,33 |
| | EVA | 21 | 48 | -56,25 |
| | EVSIS | 72 | 208 | -65,38 |
| | NVRV | 0 | 0 | - |
| | NVPA | 2 | 9 | -77,78 |
| Licenças Sanitárias de Eventos emitidas | EVPIIS | 0 | 0 | - |
| | EVQA | 0 | 0 | - |
| | EVA | 0 | 0 | - |
| | EVSIS | 0 | 0 | - |
| | NVPA | 0 | 0 | - |
| Licenças Sanitárias de Feiras de Alimentos emitidas | EV Alimentos | 0 | 1 | -100,00 |
| Licenças Sanitárias de produção Caseiras de Alimentos emitidas | EV Alimentos | 6 | 10 | -40,00 |
| Licenças Sanitárias de Transportes emitidas | EVPIIS | 0 | 0 | - |
| | EVA | 0 | 0 | - |
| | EVSIS | 0 | 0 | - |
| | NVPA | 0 | 0 | - |
| | EAA | 1.012 | 973 | 4,01 |
| Registro de Certificados emitidos | EAA | 29 | 23 | 26,09 |

FONTE: Banco de dados gerenciais da EAA/CGVS/ SMS. NA=Não se aplica

A tabela acima demonstra os dados de produção da Equipe de Apoio Administrativo, uma equipe meio que encaminha todo este quantitativo de processos e documentos, incluindo a notificação e cobrança de multas exaradas após julgamento do processo Administrativo Sanitário (PAS).

Percebe-se um sensível aumento do número de alvarás iniciais emitidos, provavelmente decorrência da informatização dos requerimentos dos alvarás sanitários através do processo SEI.

Observa-se que houve um decréscimo significativo dos valores de multas arrecadados, assim como do número julgamentos dos processos administrativos sanitários, em virtude da redução de pessoal decorrente de aposentadoria e transferências.

11 AÇÕES ESPECÍFICAS

11.1 Agravos Transmissíveis

HIV/AIDS

Meta 8. Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo para 70/100.000 habitantes.

Tabela 261– Casos de Aids em maiores de 13 anos, segundo raça/cor, entre os anos 2017 e 2016

| Raça/Cor | | Ano | | Variação % |
|----------|---------------------|------|------|------------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Casos | Branca | 445 | 547 | -18,65 |
| | Negra (Preta+parda) | 247 | 335 | -26,27 |
| | Amarela | 2 | 3 | -33,33 |
| | Indígena | 4 | 3 | 33,33 |
| | Ignorado | 21 | 45 | -53,33 |
| | Total | 719 | 933 | -22,94 |

FONTE: EVDT/ CGVS/SMS/SINAN – NET. Dados atualizados em 05/03/2018.

Não houve alteração significativa em valores absolutos no número de casos de Aids em maiores de 13 anos por raça/cor/etnia em relação ao ano anterior. Cabe destacar uma variação negativa de 22,94% de uma forma geral.

O percentual da raça negra, em relação ao total de casos foi de 34,35% no ano de 2017 e continua merecendo atenção dada à proporção da população negra em relação ao total da população (aproximadamente 20%), considerando que grande parte desta encontra-se em situação de vulnerabilidade sócio-econômica e é usuária do Serviço Único de Saúde (SUS). Por outro lado, é importante salientar que houve uma variação negativa de 26,27% em relação ao número de casos na raça negra em 2016.

Observa-se, ainda, a redução em 53,33% nos casos ignorados a qual pode estar relacionada à melhora na qualidade das informações no preenchimento das fichas de notificação.

Assim, analisando os casos de Aids e HIV, desde o ano de 2013 quando Porto Alegre iniciou a notificação do HIV, percebe-se uma tendência de diminuição de números total de casos de Aids e HIV, bem como em ambas as incidências, chegando a uma incidência de aids 51casos/100000 habitantes no ano de 2017 e uma incidência de HIV de 56,5 casos/100000habitantes (gráfico 1).

Gráfico 15– Incidência e número de casos de Aids e de portadores de HIV de Porto Alegre, período de 2013 a 2017

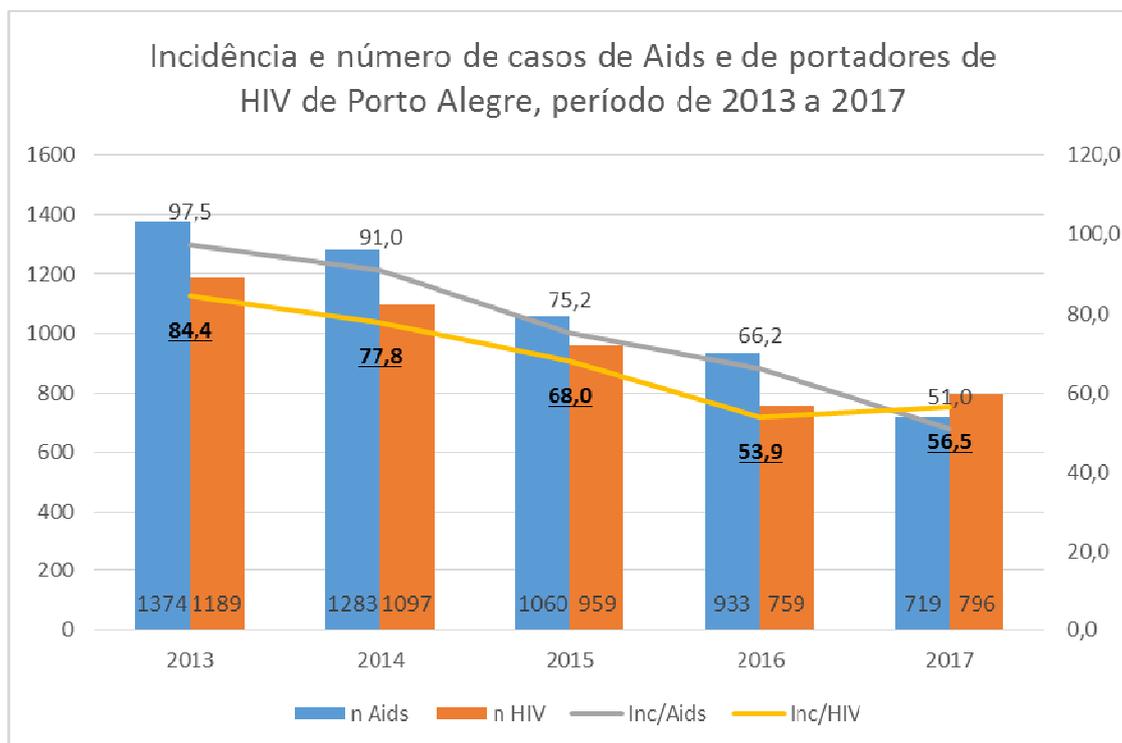


Tabela 262– Número de casos de Aids em maiores de 13 anos, residentes em Porto Alegre distribuição por Gerência Distrital de Saúde e sexo, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | | | | | Variação | | |
|--------------------|------|-----|-------|------|-----|-------|----------|--------|--------|
| | 2017 | | | 2016 | | | % | | |
| | M | F | Total | M | F | Total | M | F | Total |
| Centro | 96 | 21 | 117 | 106 | 28 | 134 | -9,43% | -25 | -12,69 |
| GCC | 54 | 38 | 92 | 58 | 42 | 100 | -6,90% | -9,52 | -8 |
| LENO | 51 | 40 | 91 | 67 | 53 | 120 | -23,88% | -24,53 | -24,17 |
| NEB | 55 | 37 | 92 | 63 | 51 | 114 | -12,70% | -27,45 | -19,30 |
| NHNI | 66 | 26 | 92 | 62 | 41 | 103 | 6,45% | -36,59 | -10,68 |
| PLP | 67 | 40 | 107 | 107 | 50 | 157 | -37,38% | -20 | -31,85 |
| RES | 27 | 25 | 52 | 48 | 35 | 83 | -43,75 | -28,57 | -37,35 |
| SCS | 44 | 30 | 74 | 62 | 51 | 113 | -29,03% | -41,18 | -34,51 |
| Total | 460 | 257 | 719 | 575 | 353 | 933 | -20% | -27,20 | -22,74 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN – NET. Dados atualizados em 05/03/2018.

Dois casos em 2017 não tiveram seu endereço localizado e sem informação de Gerencia. Em 2016 foram 5 casos sem informação de GD. As GD PLP e Centro se mantêm com o maior número de casos de Aids nos anos de 2016 e 2017.

Observa-se, na tabela acima, redução no número de casos nos sexos masculino e feminino e nas GD de forma geral. As GD RES, SCS e PLP destacam-se na redução dos casos em relação ao ano de 2016. Exceto nas GD PLP (onde o público masculino diagnosticado se destaca em função dos dados do presídio central) e RES, nas demais a variação negativa foi predominante no sexo feminino. Estes resultados, provavelmente, refletem a tendência de as mulheres acessarem mais aos serviços, obtendo, assim, mais oportunidades de informações e ações de prevenção e promoção da saúde.

No entanto, ainda nesta perspectiva, é oportuno salientar que, o longo do período de 2007 a 2017 a razão de sexo dos casos de Aids se mantém em 1,5 casos com pequenas variações anuais, como nos anos de 2014 e 2017 que atingiram 1,8 casos de homens para cada mulher (tabela abaixo) . Portanto, ainda há necessidade de um olhar atento para esta população específica onde o número de casos se mantém predominante.

Tabela 263- Casos de Aids por sexo e razão de sexo no período de 2007 a 2017 em Porto Alegre

| Ano Diagnóstico | Masculino | Feminino | Razão M/F |
|-----------------|-----------|----------|-----------|
| 2007 | 775 | 534 | 1,5 |
| 2008 | 792 | 622 | 1,3 |
| 2009 | 789 | 599 | 1,3 |
| 2010 | 888 | 589 | 1,5 |
| 2011 | 801 | 542 | 1,5 |
| 2012 | 774 | 566 | 1,4 |
| 2013 | 829 | 545 | 1,5 |
| 2014 | 817 | 466 | 1,8 |
| 2015 | 641 | 419 | 1,5 |
| 2016 | 578 | 355 | 1,6 |
| 2017 | 462 | 257 | 1,8 |
| Total | 8.146 | 5.494 | 1,5 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN – NET. Dados atualizados em 05/03/2018.

Tabela 264– Número de casos de Aids em maiores de 13 anos, em residentes em Porto Alegre, distribuição por faixa etária, entre os anos 2017 e 2016

| Faixa Etária | Ano | | Variação |
|--------------|------|------|----------|
| | 2017 | 2016 | % |
| 13 -24 | 62 | 78 | -20,51 |
| 25-34 | 182 | 275 | -33,82 |
| 35-44 | 215 | 277 | -22,38 |
| 45-54 | 169 | 169 | 0 |
| 55-64 | 64 | 98 | -34,69 |
| 65 e + | 27 | 36 | -25 |
| Total | 719 | 933 | -22,94 |

FONTE: EVDT/ CGVS/SMS/SINAN – NET. Dados atualizados em 05/03/2018.

Na distribuição por idade do diagnóstico de Aids em maiores de 13 anos o ano de 2017 mostra uma redução em todas as faixas etárias de uma forma geral, exceto na faixa etária de 45-54 anos, onde não houve variação. A faixa etária de 35 a 44 anos se mantém com o maior número de casos diagnosticados em ambos os anos. No entanto a variação apresentada evidencia uma tendência de redução ainda mais significativa comparada com RAG 2016.

As ações planejadas e desempenhadas ao longo do ano de 2017 deram continuidade ao trabalho desempenhado a alguns anos. Pode-se inferir que, gradativamente, surge um impacto positivo no que tange ao controle da epidemia da AIDS. Sabe-se que ainda há muito a ser feito, porém acredita-se ser este o caminho (intervenções, palestras, monitoramento, capacitações de profissionais, intensificação dos testes rápidos, entre outros), ações integradas com parcerias como o controle social, Organizações não Governamentais (ONGs), Secretaria Municipal de Educação (SMED) ,entre outros.

A descentralização do atendimento aos usuários para Rede de Atenção Primária à Saúde ratifica-se como um vetor facilitador no que se refere à testagem rápida (diagnóstico precoce) e ao acesso ao atendimento (adesão ao tratamento) e também evidencia seus reflexos positivos nos dados supracitados.

Fique Sabendo Jovem – IST

No ano de 2017, o projeto atingiu, aproximadamente, 2.320 indivíduos, os quais participaram de intervenções, oficinas e realizaram testes rápidos para HIV, sífilis e em algumas ações para hepatite C também. Nos dois primeiros

quadrimestres, as ações com a Unidade Móvel (UM) continuaram com agenda fixa, porém em domingos alternados, no Parque Farroupilha (Redenção), em frente ao Monumento dos Expedicionários, área de grande concentração de jovens e de jovens gays, uma das populações-chave do projeto.

Destaca-se um aumento considerável de 2º quadrimestre apresentado no gráfico abaixo. Esses aumentos significativos se devem a ampliação da agenda, possível por meio de melhor articulação entre as diferentes áreas e coordenações que compõe a atenção primária à saúde, gestão, gerências distritais e profissionais de saúde, e o estabelecimento de novas parcerias, tais como Coordenadoria da Juventude da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, FASC, Ação Rua, Banho Solidário, e instituições educacionais filantrópicas como a Fundação Pão dos Pobres, que atende jovens em situação de alta vulnerabilidade social moradores/as de vários bairros do município.

Além disso, a atual gestão, em uma nova perspectiva, ampliou as ações com a UM estendendo os atendimentos à população em geral, e não restritamente ao público jovem.

Gráfico 16- Quantitativo de jovens atendidos no Projeto Fique Sabendo Jovem no ano de 2017 por quadrimestre

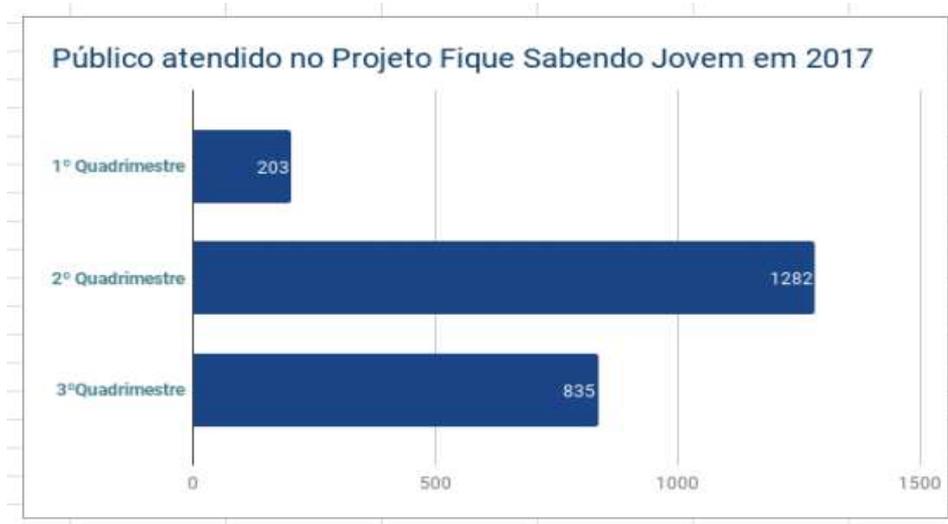
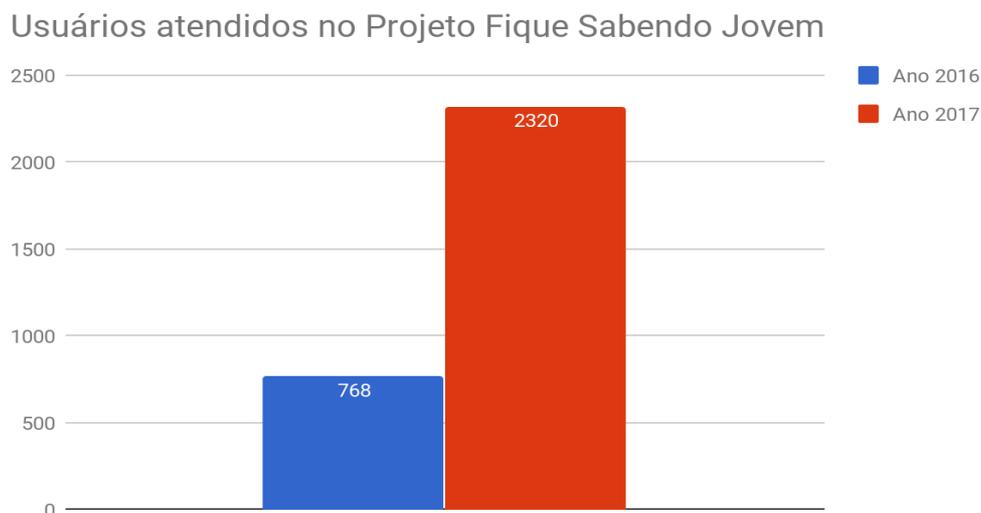


Gráfico 2 – Usuários atendidos no Projeto Fique Sabendo Jovem: comparativo entre os anos 2016 e 2017



Meta 9 - Reduzir a mortalidade por AIDS para 26 /100.000 habitantes com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo/faixa etária.

Em relação à mortalidade por Aids, em 2017 houve 24,83 óbitos para cada 100.000 habitantes e em 2016, 22,90/100.000 habitantes. Apesar discreto aumento no índice em relação a 2016, a meta anual proposta foi atingida. Este resultado reflete o desenvolvimento de inúmeras ações, entre elas ações conjuntas entre o Comitê de Mortalidade e a rede de assistência à saúde de pessoas que vivem com HIV/Aids e ampliação do diagnóstico precoce, com início imediato do tratamento antirretroviral, com consequente redução do risco de doenças oportunistas e óbito.

Hepatites Virais

Tabela 265- Notificações, investigações e confirmações dos casos de Hepatites Virais, entre os anos 2017 e 2016

| Atendimento de casos de hepatites | | Meta | Ano | | |
|-----------------------------------|--------------------|---|-------|-------|------------|
| | | | 2017 | 2016 | Variação % |
| A | Notificado | Atender 90% dos casos diagnosticados de hepatites virais crônicas | 13 | 12 | 8,33 |
| | Investigado | | 13 | 12 | 8,33 |
| | Confirmado | | 13 | 12 | 8,33 |
| B | Notificado | | 238 | 265 | -10,19 |
| | Investigado | | 238 | 265 | -10,19 |
| | Confirmado | | 238 | 265 | -10,19 |
| | % da meta atingida | | 100 | 100 | - |
| C | Notificado | | 1.250 | 1.275 | -1,96 |
| | Investigado | | 1.250 | 1.275 | -1,96 |
| | Confirmado | | 1.250 | 1.275 | -1,96 |
| | % da meta atingida | | 100 | 100 | - |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados atualizados em 05/03/2018.

Com relação às Hepatites Virais (HV) em 2017 o número de casos de hepatite A teve acréscimo de um único caso, mantendo um número reduzido de indivíduos notificados/investigados nestes dois anos para este agravo. Esta pequena elevação no número de casos indica que o surto de hepatite A verificado na Região Sudeste do País, ainda não se refletiu nos dados epidemiológicos da cidade de Porto Alegre.

Em relação à hepatite B, a redução em 10% dos casos pode ser decorrente, entre outros fatores, ao aumento do número de pessoas imunizadas para o agravo no município.

A hepatite C não apresentou variação significativa, mantendo um alto número de casos novos. O tratamento para hepatite C ofertado pelo Ministério da Saúde e disponível no SAE hepatites, deve ao longo do tempo reduzir o percentual de indivíduos com a doença uma vez que apresenta índices de cura superiores à 90%.

A Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais é dada pela busca ativa dos casos junto aos hospitais, laboratórios e da Rede de Atenção Primária em Saúde. Os dados epidemiológicos dependem de muitos fatores, desde a ocorrência da contaminação da pessoa em determinado momento até a agilidade do paciente na procura pela realização das consultas médicas e realização dos exames e, por fim o preenchimento adequada da notificação.

Tuberculose

Meta 10 - Diagnosticar 80% dos casos novos estimados de tuberculose

No ano de 2017 foram diagnosticados 83% dos casos novos estimados de tuberculose, sendo, portanto, atingida a meta anual proposta.

Ao longo do ano, ações foram desenvolvidas em parceria com a Rede de Atenção Primária à Saúde e Assistência e Controle Social em diferentes GDs salientando a manutenção e intensificação do TDO às populações de maior vulnerabilidade: portadores de HIV/AIDS, indígenas, população negra, população prisional e egressos, população em situação de rua, dependentes químicos e outros transtornos mentais, multidroga resistentes.

Cabe destacar que ratifica-se a necessidade de um monitoramento constante e efetivo no que diz respeito ao ingresso, continuidade e conclusão do tratamento para impactar com aumento da taxa de cura para um futuro controle da epidemia.

Tabela 266- Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre (PAS 10) , entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | | | | | | |
|--------------------|--------------|--------------|-----------|--------------|--------------|-----------|-------------|-------------|
| | 2017 | | | 2016 | | | Variação % | |
| | Meta | Nº | % | Meta | Nº | % | Nº | % |
| Centro | 233 | 177 | 76 | 223 | 199 | 89 | -11,06 | -14,61 |
| GCC | 219 | 171 | 78 | 190 | 161 | 85 | 6,21 | -8,24 |
| LENO | 201 | 152 | 76 | 230 | 137 | 60 | 10,95 | 26,67 |
| NHNI | 191 | 150 | 78 | 146 | 132 | 90 | 13,64 | 13,33 |
| NEB | 132 | 125 | 95 | 193 | 170 | 88 | -26,47 | 7,95 |
| PLP | 349 | 284 | 81 | 375 | 277 | 74 | 2,53 | 9,46 |
| RES | 102 | 124 | 121 | 105 | 124 | 118 | 0 | 2,54 |
| SCS | 158 | 133 | 84 | 142 | 115 | 81 | 15,65 | 3,70 |
| Total | 1.586 | 1.318 | 83 | 1.604 | 1.315 | 82 | 0,23 | 1,22 |

FONTE: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMS/PMPA/IBGE 2010. Base de dados de 28/12/2017. Dados sujeitos a alteração

Analisando a tabela acima vemos que houve uma diminuição dos casos novos de tuberculose por todas as formas clínicas no ano de 2017 em relação ao ano de 2016. Quando observamos o número de casos entre as GDs da cidade, vemos que houve uma diminuição dos casos apenas na Centro e NEB e a variação nas demais não foi significativa.

Tabela 267- Número de casos novos de tuberculose *pulmonar com confirmação laboratorial, entre residentes em Porto Alegre, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | | | | | | |
|--------------------|--------------|------------|-----------|--------------|------------|-----------|-------------|-------------|
| | 2017 | | | 2016 | | | Variação | |
| | Meta | N | % | Meta | N | % | N | % |
| Centro | 221 | 113 | 51 | 221 | 119 | 54 | -5,04 | -5,5 |
| GCC | 119 | 120 | 101 | 119 | 105 | 88 | 14,29 | 14,77 |
| LENO | 121 | 112 | 93 | 121 | 92 | 76 | 21,74 | 22,37 |
| NEB | 151 | 88 | 58 | 151 | 118 | 78 | -25,42 | -25,64 |
| NHNI | 147 | 83 | 56 | 147 | 86 | 59 | -3,48 | -5,08 |
| PLP | 139 | 230 | 165 | 139 | 221 | 159 | 4,07 | 3,77 |
| RES | 76 | 78 | 103 | 76 | 75 | 99 | 4 | 4,04 |
| SCS | 153 | 81 | 53 | 153 | 72 | 47 | 12,5 | 12,77 |
| Total | 1.127 | 905 | 80 | 1.127 | 888 | 79 | 1,91 | 1,27 |

FONTE: EVDT/SMS/SINAN NET/IBGE 2010.

* Em virtude da mudança de conceito pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) em julho de 2015, os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera passam a ser definidos como casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial. Portanto o termo pulmonar bacilífero não será mais usado.

A tabela acima mostra que nos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial não houve variação significativa de forma geral em relação ao ano anterior. A GD que apresentou a redução mais expressiva foi a NEB, com variação negativa de 25,42 no valor absoluto.

Tabela 268- Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, por Gerência Distrital, por raça/cor/etnia, entre residentes em Porto Alegre, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------|--------|-------|----------|---------|-------|----------------|--------|-------|----------|---------|-------|----------------|--------|--------|----------|---------|--------|
| | 2017 | | | | | | 2016 | | | | | | Variação | | | | | |
| | Sem Informação | Branca | Negra | Indígena | Amarela | Total | Sem Informação | Branca | Negra | Indígena | Amarela | Total | Sem Informação | Branca | Negra | Indígena | Amarela | Total |
| Centro | 1 | 73 | 37 | 0 | 2 | 113 | 1 | 143 | 55 | 0 | 0 | 199 | 0 | 69,77 | -32,73 | 0 | 0 | -43,22 |
| GCC | 0 | 67 | 51 | 0 | 2 | 120 | 1 | 98 | 60 | 1 | 1 | 161 | -100 | -31,63 | -15 | -100 | -100 | -25,47 |
| LENO | 1 | 50 | 58 | 0 | 3 | 112 | 1 | 73 | 62 | 0 | 1 | 137 | 0 | -31,51 | -6,45 | 0 | -100 | -18,25 |
| NEB | 0 | 65 | 23 | 0 | 0 | 88 | 0 | 105 | 65 | 0 | 0 | 170 | 0 | -38,1 | -64,62 | 0 | 0 | -48,24 |
| NHNI | 1 | 59 | 23 | 0 | 0 | 83 | 1 | 93 | 38 | 0 | 0 | 132 | 0 | -36,56 | -39,47 | 0 | 0 | -37,12 |
| PLP | 4 | 140 | 84 | 0 | 2 | 230 | 1 | 148 | 127 | 0 | 1 | 277 | 300 | -5,41 | -33,86 | 0 | 0 | -16,97 |
| RES | 0 | 50 | 27 | 1 | 0 | 78 | 0 | 70 | 53 | 0 | 1 | 124 | 0 | -28,57 | -49,06 | 0 | 0 | -37,1 |
| SCS | 0 | 51 | 30 | 0 | 0 | 81 | 1 | 68 | 46 | 0 | 0 | 115 | -100 | -25 | -34,78 | 0 | 0 | -29,57 |
| Total | 7 | 555 | 333 | 1 | 9 | 905 | 6 | 798 | 506 | 1 | 4 | 1.315 | 16,67 | -30,45 | -34,19 | 0 | 0 | -31,18 |

FONTE: EVDT/SMS/SINAN NET/IBGE 2010. Base de dados de 28/12/2017. Dados sujeitos a alteração.

Na tabela acima, destaca-se uma redução do número dos casos novos de tuberculose todas as formas clínicas na raça negra. Nesse sentido, é necessário investigar se este resultado não estará relacionado a uma igual redução constatada nas avaliações de baciloscopias de escarro tanto na rede hospitalar como na rede ambulatorial. Para isso, a intensificação do acompanhamento e monitoramento do atendimento aos casos suspeitos e confirmados de tuberculose na Rede de APS estão previstos no Plano de Entrentamento da Tuberculose para o Município de Porto Alegre, o qual está em fase de finalização.

Tabela 269- Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, por Gerência Distrital, por faixa etária, entre residentes em Porto Alegre, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | Variação% | | | | | | | | |
|--------------------|----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|-----------|-------------|------------|--------------|---------------|-------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|
| | 2017 | | | | | | | | | 2016 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <1 Ano | 1a14 | 15a19 | 20a34 | 35a49 | 50a64 | 65a79 | 80 e+ | Total | <1 Ano | 1a14 | 15a19 | 20a34 | 35a49 | 50a64 | 65a79 | 80 e+ | Total | <1 Ano | 1a14 | 15 a19 | 20a34 | 35a49 | 50a64 | 65a79 | 80 e+ | Total |
| Centro | 0 | 2 | 3 | 44 | 55 | 39 | 26 | 8 | 177 | 0 | 3 | 4 | 60 | 62 | 40 | 20 | 10 | 199 | 0 | 33,33 | -25 | - | 11,29 | -2,5 | 30 | -20 | -11,06 |
| GCC | 0 | 6 | 14 | 59 | 46 | 35 | 9 | 2 | 171 | 1 | 8 | 18 | 45 | 43 | 31 | 12 | 3 | 161 | -100 | -25 | 77,77 | 31,11 | 6,98 | - | -50 | - | 6,21 |
| LENO | 1 | 4 | 8 | 52 | 43 | 35 | 9 | 2 | 154 | 0 | 3 | 11 | 34 | 35 | 33 | 18 | 3 | 137 | 0 | 33,3 | -27,27 | 52,94 | 22,86 | 6,06 | -50 | -33,3 | 12,41 |
| NEB | 0 | 4 | 8 | 51 | 39 | 30 | 15 | 3 | 150 | 1 | 2 | 12 | 48 | 46 | 36 | 19 | 6 | 170 | -100 | 100 | -33,33 | 6,25 | - | - | -21,05 | -50 | -11,76 |
| NHNI | 1 | 1 | 4 | 40 | 39 | 27 | 8 | 5 | 125 | 0 | 2 | 6 | 39 | 35 | 30 | 15 | 5 | 132 | 0 | -50 | -33,33 | 2,56 | 11,43 | 3 | -46,66 | 66,6 | -5,3 |
| PLP | 1 | 8 | 11 | 146 | 73 | 34 | 8 | 3 | 284 | 0 | 3 | 14 | 132 | 71 | 42 | 12 | 3 | 277 | 0 | 166,6 | -21,43 | 10,6 | 2,82 | - | -33,33 | 0 | 2,53 |
| RES | 1 | 4 | 11 | 37 | 31 | 27 | 10 | 3 | 124 | 3 | 1 | 10 | 37 | 38 | 24 | 10 | 1 | 124 | 66,6 | 300 | 10 | 0 | 18,42 | 12,5 | 0 | 200 | 0 |
| SCS | 0 | 2 | 10 | 36 | 43 | 28 | 12 | 2 | 133 | 0 | 2 | 9 | 41 | 23 | 29 | 10 | 1 | 115 | 0 | 0 | 11,11 | 12,2 | 86,96 | -3,45 | 20 | 100 | 15,65 |
| Total | 4 | 31 | 69 | 465 | 369 | 255 | 97 | 28 | 1318 | 5 | 24 | 84 | 436 | 353 | 265 | 116 | 32 | 1315 | -20 | -87,5 | -17,86 | 6,66 | 4,53 | -3,77 | -16,38 | -12,5 | 0,23 |

FONTE: EVDT/SMS/SINAN NET/IBGE 2010. Base de dados de 28/12/2017. Dados sujeitos a alteração.

Tabela 270- Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, por Gerência Distrital, por sexo, entre residentes em Porto Alegre, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | | | | | | | |
|--------------------|------------|------------|--------------|------------|------------|--------------|------------|-------------|-------------|
| | 2017 | | | 2016 | | | Variação % | | |
| | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino | Total |
| Centro | 117 | 60 | 177 | 129 | 70 | 199 | -9,30 | 1,22 | -11,06 |
| GCC | 106 | 65 | 171 | 100 | 61 | 161 | 6 | 6,56 | -0,94 |
| LENO | 105 | 53 | 154 | 80 | 57 | 137 | 31,25 | -7,02 | 12,41 |
| NHNI | 79 | 46 | 125 | 105 | 65 | 170 | -24,76 | 1,09 | -26,47 |
| NEB | 103 | 47 | 150 | 90 | 42 | 132 | 41,44 | 11,9 | 13,64 |
| PLP | 223 | 61 | 284 | 214 | 63 | 277 | 4,21 | -3,17 | 2,53 |
| RES | 78 | 46 | 124 | 87 | 37 | 124 | -10,34 | 24,32 | 0 |
| SCS | 75 | 58 | 133 | 70 | 45 | 115 | 7,14 | 28,89 | 15,66 |
| Total | 882 | 436 | 1.318 | 875 | 440 | 1.315 | 0,8 | -0,9 | 0,23 |

FONTE: EVDT/SMS/SINAN NET/IBGE. Base de dados de 28/12/2017. Dados sujeitos a alteração

Os casos novos de Tuberculose todas as formas clínicas continuam sendo predominantes, em valores absolutos, no sexo masculino. Destaca-se, ainda o aumento significativos no número de casos no sexo masculino nas GD NEB e LENO em 41,44% e 31,25%, respectivamente.

Tabela 271- Número de Sintomáticos Respiratórios (SR) avaliados através de baciloscopia de escarro, residentes em Porto Alegre, entre os anos 2017 e 2016

| Laboratórios | Ano | | |
|-------------------|--------|--------|------------|
| | 2017 | 2016 | Variação % |
| Rede Ambulatorial | 7.789 | 10.348 | -24,73% |
| Rede Hospitalar | 4.261 | 8.289 | -48,50% |
| Total POA | 12.050 | 18.637 | -35,34% |

FONTE: Informe Mensal de Baciloscopias/LACEN/RS. Atualizado em 02/03/2018.

A tabela acima demonstra uma redução de sintomáticos respiratórios avaliados tanto na rede ambulatorial quanto na rede hospitalar. Presume-se que há a necessidade de reforçar ações de monitoramento e busca dos casos suspeitos, além de intensificar as capacitações dos profissionais para a identificação de sinais e sintomas para a investigação.

Tabela 272- Total de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar com confirmação laboratorial e Testagem para HIV em residentes de Porto Alegre, entre os anos 2017 e 2016

| Casos Novos com Confirmação Laboratorial | Ano | | |
|--|-------|------|------------|
| | 2017 | 2016 | Variação % |
| Total de casos TB | 1.318 | 888 | 48,42 |
| Teste anti-HIV realizado | 1.170 | 807 | 44,98 |
| Teste anti-HIV realizado % | 89% | 91% | -2,2 |
| Nº absoluto de positivos | 311 | 193 | 61,14 |
| % de Positividade | 27% | 24% | 12,5 |

FONTE: EVDT/SMS/SINAN NET/IBGE 2010.

Observa-se um aumento de 48,42% nos casos novos confirmados de Tuberculose Pulmonar. Houve, também, aumento de 44,98% na realização de testes anti-HIV com aumento de 61,14% no número absoluto de casos positivos. Ratifica-se por tanto, a importância da oferta de testes rápidos para HIV para pacientes com TB.

Meta 11. Ampliar a taxa de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial para 75%, com equidade raça/cor/etnia/sexo/faixa/etária.

Tabela 273– Taxa de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar com confirmação laboratorial, por raça/cor e Gerência Distrital, residentes em Porto Alegre, no ano de 2016

| Gerência Distrital | Ign/Branco | | | Amarela | | | Branca | | | Negra | | | Indígena | | | Total | | |
|--------------------|------------|---|-----|---------|---|---|--------|-----|----|-------|-----|----|----------|---|---|-------|-----|----|
| | N | n | % | N | n | % | N | n | % | N | n | % | N | n | % | N | n | % |
| Centro | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 89 | 53 | 60 | 33 | 9 | 27 | 0 | 0 | 0 | 123 | 62 | 50 |
| GCC | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 66 | 36 | 55 | 46 | 22 | 48 | 1 | 0 | 0 | 115 | 58 | 50 |
| LENO | 1 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 46 | 30 | 65 | 43 | 16 | 37 | 0 | 0 | 0 | 90 | 47 | 52 |
| NEB | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 65 | 45 | 69 | 53 | 35 | 66 | 0 | 0 | 0 | 118 | 80 | 68 |
| NHNI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 68 | 40 | 59 | 21 | 12 | 57 | 0 | 0 | 0 | 89 | 52 | 58 |
| PLP | 1 | 1 | 100 | 1 | 0 | 0 | 116 | 71 | 61 | 104 | 56 | 54 | 0 | 0 | 0 | 222 | 128 | 58 |
| RES | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 41 | 23 | 56 | 34 | 16 | 47 | 0 | 0 | 0 | 76 | 40 | 53 |
| SCS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 | 28 | 68 | 31 | 14 | 45 | 0 | 0 | 0 | 72 | 42 | 58 |
| Total | 4 | 2 | 50 | 3 | 1 | 0 | 532 | 326 | 61 | 365 | 180 | 49 | 1 | 0 | 0 | 905 | 509 | 56 |

FONTE: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA

Base de dados de 29/12/2017

Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

A taxa de cura informada foi de 56% com grau de cumprimento III da meta proposta para o ano de 2017, conforme método de cálculo. Em relação à última taxa de cura apresentada no RAG de 2015 (54%), houve uma discreta melhora, mas ainda há muito a ser feito. Para isso, ações como a intensificação do monitoramento dos casos para adesão e continuidade ao tratamento estão previstas no plano de enfrentamento da tuberculose no município.

Tabela 274 - Taxa de abandono de casos novos de Tuberculose Pulmonar com confirmação laboratorial, por raça/cor e Gerência Distrital, residentes em Porto Alegre, no ano de 2016

| Gerência Distrital | Ign/Branco | | | Amarela | | | Branca | | | Negra | | | Indígena | | | Total | | |
|--------------------|------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|----------|----------|------------|------------|------------|-----------|
| | N | n | % | N | n | % | N | n | % | N | n | % | N | n | % | N | n | % |
| Centro | 1 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 89 | 19 | 21 | 33 | 14 | 42 | 0 | 0 | 0 | 123 | 34 | 28 |
| GCC | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 100 | 66 | 14 | 21 | 46 | 11 | 24 | 1 | 1 | 100 | 115 | 27 | 23 |
| LENO | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 46 | 8 | 17 | 43 | 17 | 40 | 0 | 0 | 0 | 90 | 25 | 28 |
| NEB | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 65 | 11 | 17 | 53 | 12 | 23 | 0 | 0 | 0 | 118 | 23 | 19 |
| NHNI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 68 | 10 | 15 | 21 | 4 | 19 | 0 | 0 | 0 | 89 | 14 | 16 |
| PLP | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 100 | 116 | 23 | 20 | 104 | 32 | 31 | 0 | 0 | 0 | 222 | 56 | 25 |
| RES | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 41 | 9 | 22 | 34 | 14 | 41 | 0 | 0 | 0 | 76 | 23 | 30 |
| SCS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 | 6 | 15 | 31 | 9 | 29 | 0 | 0 | 0 | 72 | 15 | 21 |
| Total | 4 | 1 | 25 | 3 | 2 | 67 | 532 | 100 | 19 | 365 | 113 | 31 | 1 | 1 | 100 | 905 | 217 | 24 |

A coorte de tratamento do ano de 2016 mostra que o abandono dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial foi de 24%. Em relação à última taxa de abandono apresentada no ano de 2015 (27%), houve, também, uma pequena redução de 3%. Os resultados maiores para a taxa de abandono na raça negra em comparação à raça branca ratificam-se neste relatório..

Salientamos que a tuberculose é uma doença de Coorte; que o tratamento mínimo é por 6 meses, sendo assim, o banco de 2017 será fechado em outubro de 2018.

Tabela 275- Taxa de cura e abandono de casos novos de Tuberculose Pulmonar com confirmação laboratorial, na PPL (População Privada de Liberdade), na PSR (População em Situação de Rua) por Gerência Distrital, residentes em Porto Alegre, no ano de 2016

| Gerência Distrital | Cura | | | | | | Abandono | | | | | |
|--------------------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|
| | PPL | | | PSR | | | PPL | | | PSR | | |
| | Nº | n* | % |
| Centro | 3 | 0 | 0 | 57 | 15 | 26 | 3 | 2 | 66 | 57 | 21 | 36 |
| LENO | 7 | 1 | 14 | 10 | 3 | 30 | 7 | 5 | 71 | 10 | 4 | 40 |
| NEB | 8 | 3 | 37 | 8 | 1 | 12 | 8 | 5 | 62 | 8 | 5 | 62 |
| NHNI | 7 | 2 | 28 | 4 | 0 | 0 | 7 | 3 | 42 | 4 | 2 | 50 |
| GCC | 11 | 1 | 9 | 9 | 0 | 0 | 11 | 4 | 36 | 9 | 3 | 33 |
| RES | 6 | 4 | 66 | 5 | 2 | 40 | 6 | 1 | 16 | 5 | 2 | 40 |
| SCS | 5 | 4 | 80 | 6 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 6 | 5 | 83 |
| PLP | 91 | 58 | 63 | 6 | 1 | 16 | 91 | 19 | 20 | 6 | 3 | 50 |
| Total | 138 | 71 | 51 | 105 | 22 | 20 | 138 | 39 | 28 | 105 | 45 | 42 |

FONTE: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA. Base de dados de 28/12/17. Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

*n – total de pacientes com cura ou que abandonaram o tratamento

Total: Números de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial com cura e abandono na PPL e PSR, divididos pelo número total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, na PPL e da PSR.

Salientamos que a tuberculose é uma doença de Coorte; que o tratamento mínimo é por 6 meses, sendo assim, o banco de 2017 será fechado em outubro de 2018.

Tabela 276- Proporção de contatos de casos novos de Tuberculose examinados entre os registrados, entre residentes de Porto Alegre (indicador pactuado pela Programação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS) , entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | | | | | | |
|--------------------|------------------------|---------------------|------------|------------------------|---------------------|------------|------------------------|---------------------|
| | 2017 | | | 2016 | | | Variação % | |
| | Contatos Identificados | Contatos Examinados | *Proporção | Contatos Identificados | Contatos Examinados | *Proporção | Contatos Identificados | Contatos Examinados |
| Centro | 144 | 37 | 26 | 222 | 73 | 33 | 18,03 | -49,32 |
| GCC | 281 | 120 | 43 | 295 | 80 | 27 | -4,74 | 50 |
| LENO | 399 | 138 | 35 | 390 | 74 | 19 | 2,31 | -64,62 |
| NEB | 320 | 64 | 20 | 322 | 75 | 23 | -0,62 | -14,67 |
| NHNI | 216 | 44 | 20 | 175 | 36 | 21 | 23,43 | 22,22 |
| PLP | 398 | 82 | 21 | 316 | 133 | 42 | 8,33 | -38,35 |
| RES | 153 | 75 | 49 | 156 | 77 | 49 | -1,92 | -2,6 |
| SCS | 235 | 103 | 44 | 296 | 71 | 49 | -2,06 | 45,07 |
| Total | 2146 | 663 | 31 | 2172 | 619 | 24 | -1,2 | 7,11 |

FONTE: EVDT/SMS/SINAN NET/IBGE 2010

*Proporção: nº dos casos examinados pelo nº dos casos registrados x100.

Segundo a Portaria MS 1708, de 16 de agosto de 2013, incluem-se a meta de Proporção de contatos de casos novos de Tuberculose examinados entre os registrados, entre residentes de Porto Alegre. Percebe-se que, de modo geral, houve redução no número de contatos identificados. Porém, em 2017 não houve variação significativa, de uma forma geral, em relação a 2016.

Meta 12. Reduzir a mortalidade proporcional de coinfetados por TB e HIV, para 25,0%, com equidade raça/cor/etnia/sexo/faixa etária.

Quanto à mortalidade proporcional de coinfetados por TB e HIV, em 2016 foi de 24,38%. No ano de 2017, foi de 26%. Portanto, a meta de 2017, que era de 25%, por muito pouco, não foi atingida.

Tabela 277- Taxa de óbito dos casos novos pulmonares positivos, residentes em Porto Alegre, coorte de tratamento 2016

| Óbitos | Ano | | Variação % |
|--------------------|------|------|------------|
| | 2017 | 2016 | |
| Nº Total de óbitos | 105 | 108 | -2,78 |
| Taxa óbito total | 9,2% | 10% | -8 |
| Óbitos por TB | 53 | 48 | 10,42 |
| Taxa óbito por TB | 4,6% | 4% | 15 |
| Óbitos TB x HIV | 38 | 48 | 1,65 |
| Taxa óbito TB/HIV | 3,3% | 4% | -17,5 |

FONTE: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA

Base de dados de 10/01/2017. Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de caso.

11.2 Agravos Não Transmissíveis

Meta 2. Implantar 100% do plano de controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis DANT com recorte raça/cor/etnia/sexo, na RAS com foco em Controle do Tabagismo, Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida, monitoramento da violência, e doenças crônicas não transmissíveis prioritárias (HAS, DM, DRC, Obesidade, Neoplasias Malignas).

Quadro 23- Demonstrativo de atingimento da meta

| Ações | Peso da Ação | Realizado | Considerações |
|---|--------------|-----------|---|
| Ampliação do coeficiente de fumantes, 18 ou mais, tratados para o tabagismo de 97,26 para 112,77 para cada 10.000 fumantes, na população estimada de fumantes em Porto Alegre. | 15 | 15 | Realizado 264% 297,83/10.000 |
| Implantação e implementação da abordagem de beira de leito para fumantes internados na Rede Hospitalar SUS. | 5 | 0,67 | Realizado parcialmente – 13,4% Implantado no Hospital Vila Nova. Falta implementação. Implantado e implementado no GHC |
| Credenciamento de 100% das unidades da Atenção Básica para a oferta do tratamento ao fumante conforme Portaria 571/13 do Ministério da Saúde/Brasil. | 10 | 9,8 | Realizado parcialmente – 98% (137 unidades das 140) |
| Monitoramento das práticas corporais / atividade física em grupo na Atenção Básica e das atividades educativas/ orientações em grupo na atenção básica (código da tabela e-SUS). | 10 | 10 | Realizado – 100% (contato telefônico com todas as US através de resposta a questionário padrão confeccionado pela área da nutrição) |
| Ampliação do foco das Gerências Distritais para os casos de violência no território e acompanhamento do relatório de notificações de violência da CGVS pelas Gerências Distritais, com recorte por tipo de violência. | 10 | 6,25 | Realizado parcialmente – 62,5% |

| | | | |
|---|-------------|-------|--|
| Realização de eventos pontuais e itinerantes de Promoção à saúde e prevenção de DCNT e de Enfrentamento à Violência e Acidentes: Dia Mundial da Saúde; Atividade Física; Cigarão; Feira da Saúde itinerante; Maio Vermelho Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCTab); Alimentação Saudável; Combate a Asma, DPOC, DCV, DM e Câncer; Jogos Indígenas de Porto Alegre; Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa e sua Família; Projeto Casa; e Rua Segura para Prevenção de Quedas e acidentes de trânsito em idosos. | 10 | 10 | Realizado – 118%. 13 eventos dos 11 planejados (Novembro azul com ênfase a prevenção de doença cardiovascular, respiratórias, câncer, DM para a população adulta e idosa, Projeto casa e rua segura, Alimentação saudável, mais dez participações nas edições da Prefeitura nos Bairros realizadas entre maio e novembro de 2017 com abordagem das temáticas pactuadas). |
| Implementação da Ferramenta Acesso mais Seguro do Comitê Internacional da Cruz Vermelha- CICV para todos os distritos de saúde da cidade que tiveram ocorrência de violência pela Atenção Básica | 10 | 10 | Realizado – 100% |
| Monitoramento de óbitos prematuros por DCNT em relação aos Fatores de Risco para DCNT na população entre 30 e 69 anos, nos Pronto Atendimento, para óbitos até seis horas. | sem medição | - | Realizado Análise dos dados obtidos através dos coordenadores dos PAs (GT mortalidade precoce em PA) |
| Capacitação dos técnicos da RAS sobre as Linhas de Cuidado da Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC, Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS, Diabetes Mellitus - DM, Obesidade. | 15 | 2,5 | Realizado parcialmente – 16,7% (Finalizadas a confecção das linhas de cuidado prioritárias. Capacitações previstas para 2018: Elaboração da linha de cuidado da Doença Renal Crônica): |
| Implantar o Plano Municipal da Pessoa Idosa de Porto Alegre no eixo saúde. | 15 | 12,85 | Realizado parcialmente – 85,7% |
| Total | 100 | | 77,1% |

Observou-se um aumento do percentual de cumprimento das ações propostas na meta. Durante o ano foram realizadas várias ações propostas no Plano de Controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) com o foco no cuidado da população idosa, na incorporação da saúde do homem na saúde do adulto e do idoso, objetivando uma visão integral de cuidado dos usuários em suas múltiplas necessidades; elaboração dos guias práticos da

DCNTs para a RAS e ampliação do acesso dos usuários ao programa de tratamento ao tabagista.

A coordenação das ações específicas levou a integralidade do cuidado e serviços de saúde para os munícipes de Porto Alegre através do Projeto Prefeitura nos Bairros, oportunizando assim uma maior proximidade do usuário com as políticas públicas de saúde. Observa-se a necessidade de avançar com as linhas de cuidado prioritárias e também na abordagem de beira de leito para fumantes internados nos hospitais da Rede de Atenção a Saúde- RAS.

Tabela 278- Proporção de unidades credenciadas e serviços da atenção primária que ofertaram o tratamento do tabagismo, e ainda número de usuários que realizaram tratamento e destes a taxa de cessação do tabagismo

| Quantitativo de Serviços da Atenção Primária por Gerência | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|---------------------|-------------|------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| Gerência Distrital | Total Unidades por GD | Credenciados | | Ofertados | | Tratamento | | Taxa de cessação | |
| | | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 |
| Centro | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 350 | 195 | 43% | 49,70% |
| GCC | 24 | 23 | 23 | 21 | 7 | 273 | 253 | 27% | 31% |
| LENO | 23 | 23 | 23 | 22 | 12 | 383 | 370 | 34% | 35% |
| NEB | 26 | 24 | 24 | 24 | 13 | 440 | 357 | 48% | 39% |
| NHNI | 14 | 14 | 14 | 14 | 9 | 497 | 353 | 31% | 56% |
| PLP | 21 | 21 | 20 | 21 | 6 | 144 | 156 | 27% | 34% |
| RES | 12 | 12 | 12 | 11 | 6 | 276 | 207 | 29% | 35,00% |
| SCS | 17 | 17 | 17 | 17 | 7 | 332 | 337 | 32% | 40% |
| Total | 140 | 137 | 136 | 133 | 63 | 2695 | 2228 | 35% | 39% |

FONTE: Programa Municipal de Controle do Tabagismo/Gerência NT/CGPPS/SMS dados de 06/02/2018.

A variação de Recursos Humanos na Atenção Primária a Saúde - APS e o foco no aumento de oferta de tratamento pelas unidades que já são credenciadas impediram, mesmo que de forma indireta, que se alcança a meta de 100% das unidades da APS credenciadas para o tratamento do tabagista. Apesar de termos cobertura de 100% em 6 das 8 Gerências Distritais - GD, terminamos 2017 com 98% das Unidades de Saúde -US da APS credenciadas e aptas a oferecer o tratamento no total de Porto Alegre.

Um avanço de máxima relevância foi o total de US credenciadas que ofereceram o tratamento ao fumante durante 2017. De 46% em 2016 para 97% em 2017, alcançando uma marca histórica do programa de controle do tabagismo na APS de Porto Alegre. Destacam-se as Gerências Centro, NHNI, PLP e SCS com oferta de tratamento em 100% das unidades ao longo do ano.

Considerando os tratamentos realizados percebe-se que os grupos e atendimentos individuais foram eficazes, tendo em vista que a taxa ficou em 35% em 2017 e 39% em 2016. Apesar da redução da taxa de sucesso obtido entre os anos de 2016 e 2017 ela mantém-se superior aos 30% preconizados pelo INCA (Instituto do Câncer), chegando à 56% na GD NHNI em 2016 e 48% em 2017 na GD NEB.

As principais dificuldades relatadas pelas unidades de saúde para a realização do tratamento e conseqüente cessação do tabagismo, sejam no atendimento em grupo ou individual, estavam na falta de grupos e de profissional prescritor ou de profissional capacitado. Pretende-se que estas dificuldades sejam sanadas com o lançamento da Nota Técnica de prescrição e dispensação do Cloridrato de Bupropiona ocorrida em dezembro de 2017, que legitima que todos os profissionais médicos da APS e Cirurgiões Dentistas capacitados podem prescrever a medicação e ainda com o lançamento do curso de capacitação e atualização no Tratamento do Tabagista, que será realizado em plataforma moodle EAD em 2018.

Tabela 279- Proporção de unidades credenciada e serviços da atenção especializada que ofertaram o tratamento do tabagismo, e ainda número de usuários que realizaram tratamento e destes a taxa de cessação do tabagismo

| Quantitativo Serviços Ambulatorial Especializado e Hospitalar | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|---------------------|-------------|------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| Tipo de Serviço | Total Unidades | Credenciados | | Ofertados | | Tratamento | | Taxa de cessação | |
| | | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 |
| Serviços Ambulatoriais e CAPS | 67 | 8 | 8 | 4 | 5 | 216 | 205 | 9% | 7% |
| Hospitais | 24 | 22 | 7 | 8 | 6 | 1476 | 1092 | 23% | 17% |
| Total | 32 | 30 | 25 | 12 | 11 | 1692 | 1297 | 22% | 15% |

FONTE: Programa Municipal de Controle do Tabagismo/Gerência NT/CGPPS/SMS dados de 08.01.2018.

Ocorreu um aumento de 62% no número de Serviços Hospitalares credenciados para o tratamento do Tabagismo, quando comparados 2017 e 2016, porém a oferta dos serviços ainda é baixa.

Obtivemos um aumento no número de pacientes tratados quando comparados 2017 e 2016. E também um aumento na taxa de cessação.

Em comparação com a rede APS, a taxa de cessação do tabagismo nos pacientes atendidos nos serviços ambulatoriais, especializados e rede hospitalar é de 22% enquanto que na rede APS é de 35%. Acredita-se que o vínculo, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado ocorridos na APS são fatores importantes para o sucesso do tratamento contra o tabaco.

Estão sendo realizadas tratativas com a direção do Hospital Vila Nova para a abordagem a beira de leito de pacientes internados e o Grupo Hospital Conceição já iniciou esta atividade em suas unidades. O tratamento inicial do fumante em momentos que ele está mais suscetível a aceitar a proposta de cessação, bem como a integralidade entre a rede de serviços ambulatorial e Hospitalar e a atenção básica são fundamentais para a manutenção da cessação do tabaco.

No 2º quadrimestre tivemos o lançamento da funcionalidade “*Quero parar de fumar*” no aplicativo #eufacopoa, objetivando que os usuários possam demandar o atendimento diretamente no aplicativo e ter a garantia de que serão contatados com brevidade pela equipe de sua unidade de saúde de referência. Tivemos 61 usuários cadastrados, sendo 17 da GD Centro, 11 da GD GCC, 2 da GD Leno, 11 da GD NEB, 4 da GD NHNI, 7 da GD PLP, 3 da GD RES, 4 da GD SCS e 2 de outro município. Dos cadastrados no aplicativo, obtivemos retorno das unidades informando que 39,3 % destes receberam atendimento na APS.

Doenças Cardiovasculares

Tabela 280- Proporção de óbitos nas internações por Doenças Cardiovasculares (DCV) e suas complicações (CID 10 - I00 - I99) em adultos entre 30 a 69 anos, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | Ano | | |
|--------------|------|------|-----------|
| | 2017 | 2016 | Varição % |
| | 3,56 | 3,69 | -3,5 |

FONTE: SIH/Datasus e IBGE SIH. Dados preliminares para o ano de 2017.

Apesar de preliminares, o percentual de óbitos entre os internados por doenças cardiovasculares em 2107 apresenta uma pequena redução. É possível que as ações previstas e as realizadas na meta 2, tais como: identificação e manejo precoce do AVC nas unidades hospitalares, o monitoramento de altas na operação inverno, o estímulo na APS aos fatores de proteção, como a prática de atividade físicas alimentação mais saudável e o tratamento para a cessação do tabagismo sejam, direta ou indiretamente, responsáveis pela tendência de redução dos índices.

A divulgação dos guias práticos do manejo das DCNT na RAS deverá impactar positivamente nestes índices, bem como auxiliar na melhora do cuidado pré-hospitalar do usuário do SUS.

Tabela 281- Proporção de óbitos nas internações por IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) em adultos de 30-69 anos (nº de óbitos por IAM/internações por IAM) , entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | Ano | | |
|--------------|------|------|------------|
| | 2017 | 2016 | Variação % |
| | 2,67 | 2,57 | 3,9 |

FONTE: SIH/Datasus e IBGE SIH. Dados preliminares para o ano de 2017.

Observou-se um aumento na proporção de óbitos nas internações por IAM entre os anos 2016 e 2017, conforme tabela acima. Esta variação é muito pequena e a manutenção do pequeno percentual de óbitos entre os internados por IAM deve-se a implementação dos protocolos de manejo do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) nos prontos atendimentos e emergências permitindo ao usuário ser transferido ao hospital em estabilidade clínica.

Tabela 282- Coeficiente de óbito por Doenças Cardiovasculares DCV e suas complicações (CID 10 - I00 - I99) em adultos entre 30 e 69 anos, com recorte raça/cor/etnia e sexo (por 10.000 habitantes), entre os anos 2017 e 2016

| Sexo | Raça/Cor | Ano | | |
|--------------|----------|-------|-------|----------|
| | | 2017 | 2016 | Variação |
| Masculino | Negro | 12,34 | 18,43 | -33,05 |
| | Indígena | 12,67 | - | - |
| | Branco | 10,77 | 16,61 | -35,15 |
| | Amarelo | - | - | - |
| | Total | 11,10 | 17,57 | -36,82 |
| Feminino | Negro | 9,33 | 10,25 | -9,00 |
| | Indígena | 10,93 | - | - |
| | Branco | 6,71 | 8,39 | -20,02 |
| | Amarelo | - | - | - |
| | Total | 7,20 | 9,27 | -22,33 |
| Total | | 9,42 | 13,01 | -27,60 |

FONTE: SIM/CGVS. Dados preliminares para o ano de 2017.

Embora se trabalhe com dados preliminares para 2017, na análise da tabela acima se observa uma redução de óbitos por DCV entre os anos de

2016 e 2017 na população de 30 a 69 anos, independente do gênero e raça/cor. Percebe-se que a variação é mais intensa entre o sexo masculino, mas que mantêm ainda percentuais mais elevados de óbitos por esta causa.

Apesar da redução evidenciadas ainda se observa índices mais elevados entre homens de raça negra. Tal dado determina a necessidade de um olhar mais atento para as necessidades integrais dessa população. A ampliação dos horários de atendimento visando abarcar a população masculina deve redundar numa redução destes índices. Identifica-se que não houve registro do campo “não identificado raça/cor/etnia”, o que permite verificar que houve uma qualificação do registro.

Diabetes Mellitus

Tabela 283- Proporção de óbitos nas internações por Diabetes Mellitus (DM) e suas complicações (CID 10 - E10 - E14) em adultos entre 30 e 69 anos, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | Ano | | |
|--------------|------|------|---------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| | 3,80 | 2,24 | 69,64 |

FONTE: SIH/Datasus e IBGE SIH. Dados preliminares para o ano de 2017.

Apesar de ser baixo o percentual de usuário internados que vão ao óbito, observamos um aumento na proporção dos óbitos entre pacientes hospitalizados por DM. É complexo realizar uma análise precisa que explique tal variação, porém um diagnóstico tardio da doença, pela sua evolução silenciosa e o aumento geral da obesidade com suas comorbidades (incluindo o DM), poderia em parte justificar este aumento. Deve-se ainda considerar o registro em prontuários onde muitas vezes o DM é colocado como comorbidade e não consta no BO.

Espera-se que a constituição e implementação da linha de cuidado da DM e da obesidade, a instrumentalização do cuidado com os guias práticos e a qualificação do monitoramento individual do uso do glicosímetro possam impactar positivamente nesse índice nos próximos anos.

Tabela 284- Coeficiente de óbito por Diabetes Mellitus DM e suas complicações (CID 10 - E10 - E14) em adultos entre 30 e 69 anos, com recorte raça/cor/etnia e sexo (por 10.000 habitantes) , entre os anos 2017 e 2016

| Sexo | Raça/Cor | Ano | | |
|--------------|----------|-------------|-------------|---------------|
| | | 2017 | 2016 | Varição |
| Masculino | Negro | 2,89 | 4,33 | -33,25 |
| | Indígena | - | 13,35 | - |
| | Branco | 2,82 | 3,95 | -28,61 |
| | Amarelo | - | - | - |
| | Total | 3,01 | 4,20 | -28,33 |
| Feminino | Negro | 2,76 | 3,94 | -29,94 |
| | Indígena | - | - | - |
| | Branco | 1,85 | 2,08 | -11,06 |
| | Amarelo | - | - | - |
| | Total | 2,13 | 2,60 | -22,81 |
| Total | | 2,53 | 3,69 | -31,43 |

FONTE: SIM/CGVS. Dados preliminares para o ano de 2017.

Na tabela acima se observa uma significativa redução dos coeficientes de óbito por DM entre a população de 30 a 69 anos, principalmente entre homens de raça negra. Apesar desta redução observada, a população masculina ainda apresenta índices de óbito por DM muito mais elevada que a população feminina. Este dado aponta para a necessidade de ações estruturadas para esta população e a qualificação do cuidado na atenção básica.

Doenças Respiratórias Crônicas

Tabela 285- Proporção de óbitos nas internações por Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) e suas complicações (CID 10 - J40 - J47) em adultos entre 30 e 69 anos, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | Ano | | Varição |
|--------------|------|------|---------|
| | 2017 | 2016 | |
| | 5,49 | 4,87 | 12,32 |

FONTE: SIH/Datasus e IBGE SIH. Dados preliminares para o ano de 2017.

Ocorreu um aumento na proporção de óbitos entre pacientes internados por DRC e suas complicações, entre os anos de 2016 e 2017. A maior amplitude do tratamento do tabagismo e o aumento nos índices de cessação podem impactar significativamente nesta proporção nos próximos anos, visto que a população nesta faixa de idade compreende predominantemente pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica associada intimamente ao hábito tabágico.

Tabela 286- Coeficiente de óbito por Doença Respiratória Crônica (DRC) e suas complicações (CID 10 - E10 - E14) em adultos entre 30 e 69 anos, com recorte raça/cor/etnia e sexo (por 10.000 habitantes), entre os anos 2017 e 2016

| Sexo | Raça/Cor | Ano | | |
|--------------|--------------|-------------|-------------|---------------|
| | | 2017 | 2016 | Varição |
| Masculino | Negro | 3,53 | 4,65 | -24,08 |
| | Indígena | - | - | - |
| | Branco | 2,38 | 3,55 | -32,86 |
| | Amarelo | - | 10,68 | - |
| | Total | 2,63 | 4,04 | -34,90 |
| Feminino | Negro | 1,97 | 2,54 | -22,44 |
| | Indígena | - | - | - |
| | Branco | 2,31 | 4,07 | -43,24 |
| | Amarelo | - | - | - |
| | Total | 2,29 | 2,92 | -21,57 |
| Total | | 2,44 | 3,42 | -28,65 |

FONTE: SIM/CGVS. Dados preliminares para o ano de 2017.

Observou-se uma significativa redução no coeficiente de óbito por DRC entre os anos de 2016 e 2017. Esta redução foi observada independente do quesito raça/cor ou sexo. Tal resultado tem varias possíveis explicações: instituição da operação inverno 2017 com ênfase na revisão precoce pós-hospitalização, ampla disposição de medicação gratuita para manejo da DRC, dentre outras.

Neoplasias Malignas

Tabela 287- Proporção de óbitos nas internações por Neoplasias Malignas e suas complicações (CID 10 - C00 - C97) em adultos entre 30 e 69 anos, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | Ano | | |
|--------------|------|------|---------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| | 9,22 | 9,41 | -2,44 |

FONTE: SIH/Datasus e IBGE SIH. Dados preliminares para o ano de 2017.

Ocorreu uma discreta redução na proporção dos óbitos entre pacientes internados por Neoplasias nos anos de 2016 e 2017, porem pelas características das patologias a proporção de óbitos se mantém elevado (1 em cada 10). Algumas medidas já implementadas a ampliação do tratamento do tabagismo, orientações de alimentação saudável e estímulo a atividade física devem levar a redução deste índice nos próximos anos. Porem, deve-se considerar que o envelhecimento da população deve de uma maneira geral impactar no aumento do índice da doenças crônicas não transmissíveis, em especial as neoplasias. Tal constatação leva a necessidade de enfatizar as ações atuais e ampliar o conhecimento deste grupo de patologias priorizando o diagnóstico precoce.

Tabela 288- Coeficiente de óbito por Neoplasias Malignas e suas complicações (CID 10 - C00 - C97) em adultos entre 30 e 69 anos, com recorte raça/cor e sexo (por 10.000 habitantes) , entre os anos 2016 e 2017

| Sexo | Raça/Cor | Ano | | |
|--------------|------------------|--------------|--------------|---------------|
| | | 2017 | 2016 | Varição |
| Masculino | Negro | 16,99 | 13,63 | 24,65 |
| | Indígena | 40,05 | - | - |
| | Branco | 18,55 | 21,66 | -14,36 |
| | Amarelo | 32,05 | - | - |
| | Não Identificado | - | - | - |
| | Total | 19,36 | 21,87 | -11,48 |
| Feminino | Negro | 13,27 | 11,96 | 10,95 |
| | Indígena | 21,91 | 10,95 | 100,91 |
| | Branco | 15,07 | 16,26 | 0,38 |
| | Amarelo | - | 26,27 | -7,32 |
| | Não Identificado | - | - | - |
| | Total | 15,48 | 13,61 | 13,74 |
| Total | | 17,22 | 17,33 | -0,63 |

FONTE: SIM/CGVS. Dados preliminares para o ano de 2017.

A variação no coeficiente de óbito por Neoplasias entre os anos de 2017 e 2016 foi muito discreta, mas uma avaliação para o recorte raça/cor e sexo permite observar um aumento no índice entre negros, independente do sexo, apesar dos valores ainda serem maiores entre a população de raça branca. A grande variação observada entre indígenas deve-se ao pequeno número para comparação. Com ações mais amplas de vigilância e capacitação para diagnóstico precoce devemos observar uma redução destes índices nos próximos anos.

Tabela 289- Morte prematura por Doenças Crônicas Não transmissíveis. Entre 2017 e 2016

| DCNT | População (IBGE)/ 2010 30-69 anos | Ano | | | | Varição 2017/2016 |
|---|-----------------------------------|------|-------------|--------|-------------|-------------------|
| | | 2017 | | 2016 | | |
| | | N | coeficiente | N | coeficiente | |
| Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) | 692480 | 780 | 112,64 | 905 | 130,69 | -13,81 |
| Neoplasias | 692480 | 1251 | 180,66 | 1286 | 185,71 | -2,72 |
| Diabetes | 692480 | 212 | 30,61 | 232 | 33,5 | -8,62 |
| Doenças Aparelho Respiratório (DAR) | 692480 | 207 | 29,89 | 238 | 34,37 | -13,02 |
| Total de óbitos | 692480 | 2450 | 384,27 | 353,80 | 2661 | 7,9 |

FONTE: EVEV/CGVS/SMS/SIM – Sistema de Informação de Mortalidade, atualizado em 23/03/2018 sujeitos a alterações

Dados atualizados até 23/03/2018, preliminares, pois a avaliação do indicador é anual.

* representa o número absoluto de óbitos por conjunto das quatro principais doenças crônicas por DCNT a cada 100.000 habitantes

Observa-se indicação de possível redução dos óbitos nesta faixa etária, mas os dados não se encontram consolidados nem fechados, são apenas preliminares até 23/03/2018.

Eixo dos Agravos (Violências e Acidentes)

Tabela 290- Internações por Causas Externas (CID 10 cap. XIX e XX) , entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | Ano | | |
|--------------|------|------|---------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| | 9416 | 8912 | 5,65 |

FONTE: SIH/Datasus e IBGE SIH.

Na análise observa-se que as internações por causas externas aumentaram, apresentando uma variação de 5,65% em relação a 2016.

Tabela 291- Número de notificações de violência segundo sexo, raça/cor/etnia, entre os anos 2017 e 2016

| Sexo | Raça/Cor | Ano | | | | | |
|-----------|---|-------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|
| | | *2017 | | 2016 | | Varição | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Feminino | Notificações de Violência – raça/etnia Branca | 1824 | 75,7 | 1458 | 74,2 | 366 | 25,1 |
| | Notificações de Violência – raça/etnia Negra | 506 | 21,0 | 425 | 21,6 | 81 | 19,0 |
| | Notificações de Violência – raça/etnia Ignorada | 66 | 2,7 | 74 | 3,8 | -8 | -10,8 |
| | Notificações de Violência – raça/etnia Amarela | 06 | 0,2 | 6 | 0,3 | 0 | 0 |
| | Notificações de Violência – raça/etnia Indígena | 06 | 0,2 | 1 | 0,1 | 5 | 500 |
| | Total de notificações | 2408 | 100 | 1964 | 100 | 444 | 22,6 |
| Masculino | Notificações de Violência – raça/etnia Branca | 828 | 74,5 | 802 | 74,1 | 26 | 3,2 |
| | Notificações de Violência – raça/etnia Negra | 232 | 20,9 | 229 | 21,1 | 3 | 1,3 |
| | Notificações de Violência – raça/etnia Ignorada | 44 | 4,0 | 45 | 4,2 | -1 | -2,2 |
| | Notificações de Violência – raça/etnia Amarela | 05 | 0,5 | 6 | 0,6 | -1 | -16,6 |
| | Notificações de Violência – raça/etnia Indígena | 02 | 0,2 | 1 | 0,1 | 1 | 100 |
| | Total de notificações | 1111 | 100 | 1083 | 100 | 28 | 2,6 |
| Total | Notificações de Violência – raça/etnia Branca | 2652 | 75,4 | 2260 | 74,2 | 392 | 17,3 |
| | Notificações de Violência – raça/etnia Negra | 738 | 21,0 | 654 | 21,5 | 84 | 12,8 |
| | Notificações de Violência – raça/etnia Ignorada | 110 | 3,1 | 119 | 3,9 | -9 | -7,5 |
| | Notificações de Violência – raça/etnia Amarela | 11 | 0,3 | 12 | 0,4 | -1 | -8,3 |
| | Notificações de Violência – raça/etnia Indígena | 08 | 0,2 | 2 | 0,1 | 6 | 300 |
| | Total de notificações | 3519 | 100 | 3047 | 100 | 472 | 15,5 |

FONTE: SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. *

Os dados do ano de 2017 são preliminares, correspondem às notificações que entraram no banco de dados até o dia 01/03/2018, embora

não consolidado, evidencia-se um aumento de 15,5% nas notificações de 2017 em relação ao ano de 2016.

As notificações de violência do sexo feminino apresentam variação de 22,6% em comparação ao ano de 2016 e para o sexo masculino uma variação de 2,6%.

Em relação à raça/cor/etnia, pessoas de raça branca ainda representam o maior número absoluto de notificações de violência com uma variação de 17,3% em relação ao ano de 2016. Não devendo esse dado ser julgado como coeficiente em relação à população total de cada raça/cor/etnia.

Tabela 292- Número de notificações de violência segundo sexo e faixa etária, entre os anos 2017 (até 01/03/2018) e 2016

| Notificações de Violência | Ano | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|-----------|------------|------------|-------------|
| | 2017 | | | | | | 2016 | | | | | | Variação* | | | | | |
| | Feminino | | Masculino | | Total | | Feminino | | Masculino | | Total | | Feminino | | Masculino | | Total | |
| Faixa etária | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| <1a | 88 | 3,7 | 110 | 9,9 | 198 | 5,6 | 63 | 3,2 | 66 | 6,1 | 129 | 4,2 | 25 | 39,7 | 44 | 66,6 | 69 | 53,5 |
| 01-04a | 261 | 10,8 | 230 | 20,7 | 491 | 14,0 | 267 | 13,6 | 295 | 27,2 | 562 | 18,4 | -6 | -2,2 | -65 | -22,0 | -71 | -12,6 |
| 05-09a | 250 | 10,4 | 163 | 14,7 | 413 | 11,7 | 216 | 11,0 | 152 | 14,0 | 368 | 12,1 | 34 | 15,7 | 11 | 7,2 | 45 | 12,2 |
| 10-14a | 515 | 21,4 | 152 | 13,7 | 667 | 19,0 | 362 | 18,4 | 127 | 11,7 | 489 | 16,0 | 153 | 42,3 | 25 | 19,7 | 178 | 36,4 |
| 15-18a | 319 | 13,2 | 143 | 12,9 | 462 | 13,1 | 246 | 12,5 | 158 | 14,6 | 404 | 13,3 | 73 | 29,6 | -15 | -9,5 | 58 | 14,4 |
| 19-24a | 246 | 10,2 | 74 | 6,7 | 320 | 9,1 | 185 | 9,4 | 63 | 5,8 | 248 | 8,1 | 61 | 32,9 | 11 | 17,5 | 72 | 29,0 |
| 25-29a | 142 | 5,9 | 22 | 2,0 | 164 | 4,7 | 121 | 6,2 | 40 | 3,7 | 161 | 5,3 | 21 | 17,3 | -18 | -45,0 | 3 | 1,9 |
| 30-39a | 249 | 10,3 | 72 | 6,5 | 321 | 9,1 | 173 | 8,8 | 45 | 4,2 | 218 | 7,2 | 76 | 43,9 | 27 | 60,0 | 103 | 47,2 |
| 40-49a | 158 | 6,6 | 54 | 4,9 | 212 | 6,0 | 119 | 6,1 | 23 | 2,1 | 142 | 4,7 | 39 | 32,7 | 31 | 134,8 | 70 | 49,3 |
| 50-59a | 102 | 4,2 | 38 | 3,4 | 140 | 4,0 | 84 | 4,3 | 36 | 3,3 | 120 | 3,9 | 18 | 21,4 | 2 | 5,5 | 20 | 16,6 |
| 60a ou + | 78 | 3,2 | 53 | 4,8 | 131 | 3,7 | 100 | 5,1 | 67 | 6,2 | 167 | 5,5 | -22 | -22,0 | -14 | -20,9 | -36 | -21,5 |
| (vazio) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 28 | 1,4 | 11 | 1,0 | 39 | 1,3 | -28 | -100 | -11 | -100 | -39 | -100 |
| Total | 2408 | 100 | 1111 | 100 | 3519 | 100 | 1964 | 100 | 1083 | 100 | 3047 | 100 | 444 | 22,6 | 28 | 2,6 | 472 | 15,5 |

FONTE: SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. *A variação não corresponde aos dados finais, pois o banco de 2017 ainda não foi encerrado.

O cenário atual das notificações de violência segundo sexo e faixa etária apontam para um total geral de notificações de 3.519 no ano de 2017, com uma variação de 15,5 % em relação ao ano de 2016. A concentração maior se mantém para o sexo feminino e aponta crianças na faixa etária entre 10 a 14 anos com 21,4% das notificações, o mesmo padrão para sexo/faixa etária do ano anterior, com variação de 36,4%.

Em relação ao sexo masculino, mantêm-se a prevalência de 2016, com maior número de notificações para a faixa etária de 01-04 anos, apesar do decréscimo dos números de notificação em relação ao ano anterior, apresentando uma variação de -12,6%.

Tabela 293- Número de notificações de violência segundo tipo de violência, entre os anos 2017 e 2016

| Notificações de Violência por tipo | Ano | | | | | |
|------------------------------------|--------|------|-------|------|----------|-------|
| | **2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Total | % | Total | % | Total | % |
| *Negligência | 876 | 24,9 | 959 | 31,5 | -83 | -8,6 |
| *Física | 594 | 16,9 | 712 | 23,4 | -118 | -16,6 |
| *Psicológica | 406 | 11,5 | 666 | 21,9 | -260 | -39,0 |
| *Outra | 984 | 28,0 | 574 | 18,9 | 410 | 71,4 |
| *Sexual | 1037 | 29,5 | 840 | 27,6 | 197 | 23,4 |
| Total | 3519 | 100 | 3047 | 100 | 472 | 15,5 |

FONTE: EVEV/CGVS/SMS/SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

*Nesses campos pode haver mais de um tipo de violência em uma mesma notificação.

**Dados parciais, correspondendo às notificações que entraram no banco de dados até 01/03/2018.

As notificações segundo tipo de violência apontam para o aumento de casos de Violência Sexual no ano de 2017 em relação a 2016 com uma variação de 23,4% seguido por Outra (Outros Tipos de Violência) com variação de 71,4%. O padrão de notificações se mostra distinto ao ano anterior onde o maior número de notificações eram os casos de Negligência, seguidos de Violência Sexual.

Os diferentes tipos de violências podem estar sobrepostos, ou seja, pode haver mais de um tipo na mesma notificação.

Tabela 294– Número de notificações nas Unidades com notificação de violência implantada por Gerência Distrital, entre os anos 2017e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | |
|--|------|------|---------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| Centro | 29 | 15 | 14 |
| NHNI | 08 | 6 | 02 |
| NEB | 20 | 14 | 06 |
| LENO | 10 | 6 | 04 |
| GCC | 41 | 36 | 05 |
| SCS | 14 | 18 | -4 |
| PLP | 32 | 28 | 04 |
| RES | 08 | 4 | 04 |
| Porto Alegre (Hospitais, Pronto Atendimento e demais serviços) | 2194 | 1996 | 198 |

FONTE: EVEV/CGVS/SMS/SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**Dados parciais, correspondendo às notificações que entraram no banco de dados até 01/03/2018.

Os dados correspondem aos casos notificados pelas Unidades Básicas e Serviços Especializados das referidas Gerencias Distritais. As notificações realizadas pelos Hospitais, Pronto Atendimentos e demais serviços de saúde, estão contempladas no valor total/Porto Alegre e se referem aos residentes do município.

Permanece a necessidade de intensificar a prática das notificações e manejo dos casos de violência na APS visto que os números apontam os Hospitais, Pronto Atendimentos e demais serviços como maiores notificadores nos anos de 2016 e 2017, evidenciando que os casos de violência não estão sendo identificados precocemente na rede de saúde.

11.3 Atenção Psicossocial

Será apresentada a produção dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme a inclusão dos dados no SIA/SUS.

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Meta 13. Ampliar o acesso de usuários aos Centros de Atenção Psicossocial em 15%.

Tabela 295– Quantitativo de procedimento acolhimento inicial CAPS por tipo, entre os anos 2017 e 2016

| | Serviço | Ano | | Variação |
|------------------------|----------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 2017 | 2016 | |
| Grau de cumprimento IV | CAPSi GHC | 73 | 403 | - 81,89 |
| | CAPSi Harmonia | 14 | 00 | 0 |
| | CAPSi HCPA | 60 | 00 | 0 |
| | CAPS II Centro | 41 | 13 | 215,38 |
| | CAPS II GCC | 43 | 00 | 0 |
| | CAPS II GHC | 189 | 156 | 21,15 |
| | CAPS II HCPA | 47 | 00 | 0 |
| | CAPS AD II GCC | 122 | 00 | 0 |
| | CAPS AD II Vila Nova | 393 | 269 | 46,10 |
| | CAPS AD III GHC | 616 | 548 | 12,41 |
| | CAPS AD III IAPI | 419 | 374 | 12,03 |
| | CAPS AD III PLP | 737 | 661 | 11,50 |
| Total | | 2.754 | 2.424 | 13,61 |

FONTE: SIA TABWIN. Procedimento 0301080232

Apesar de a variação ser positiva não foi possível o alcance da meta de ampliação do acesso de usuários aos CAPS, pois ainda persiste o sub-registros do procedimento. No entanto, percebe-se em alguma medida a qualificação dos registros como é possível observar na tabela acima. Outro fator a destacar refere-se aos acolhimentos nos CAPS AD, que trabalham com *portas abertas*, ou seja, com acolhimento das demandas sem agendamento prévio, o que potencializa o acesso dos usuários que buscam tratamento. Para que todos os CAPS possam trabalhar com acolhimento aberto a todas as demandas é preciso que a rede de serviços seja expandida, pois os mesmos oferecem cobertura assistencial para mais de uma gerência distrital.

Tabela 296– Quantitativo total da produção dos CAPS por tipo, entre os anos 2017 e 2016

| Ação | Ano | | Variação | Percentual |
|--------------------------------|----------------|----------------|---------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | | |
| Produção dos CAPSi | 21.225 | 33.911 | -12.686 | -37,41 |
| Produção dos CAPS II | 77.411 | 23.477 | 53.934 | 229,73 |
| Produção dos CAPS AD III | 132.504 | 117.162 | 15.342 | 13,09 |
| Produção total dos CAPS | 231.140 | 174.550 | 56.590 | 32,42 |

FONTE: SIA TABWIN.

A Tabela demonstra o quantitativo de procedimentos realizados por tipo de CAPS, com uma variação positiva no decorrer do ano, com destaque para os CAPS II e AD. Além da qualificação dos registros por parte dos serviços, houve a regularização da habilitação do CAPS II Centro junto ao Ministério da Saúde, possibilitando a inclusão dos dados no sistema. Com relação à diminuição da produção nos CAPSi, justifica-se em virtude do afastamento de duas servidoras por Licença para aguardar aposentadoria no CAPSi Casa Harmonia e, por afastamento de dois psiquiatras no CAPSi Pandorga, no transcurso do ano. Sabe-se que a diminuição de profissionais sem a devida reposição incide diretamente na produção dos serviços, como demonstra a tabela.

Equipes de Saúde Mental Adulto (ESMA)

Tabela 297- Quantitativo total dos procedimentos realizados em por Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA), entre os anos 2017 e 2016

| Procedimentos realizados nos ESMA | Equipes de Saúde Mental Adulto | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|---------------|
| | ESMA Centro | | | ESMA IAPI | | | ESMA Navegantes | | | ESMA PLP | | | ESMA GCC | | |
| | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação |
| Atividade Educativa / Orientação em Grupos | 50 | 14 | 257,14 | 702 | 118 | 494,92 | 57 | 182 | -68,68 | 105 | 25 | 320,00 | 15 | 00 | 0 |
| Consulta de Profissionais de NS | 155 | 257 | -39,69 | 816 | 445 | 83,37 | 403 | 989 | -59,25 | 634 | 701 | -9,56 | 392 | 295 | 32,88 |
| Consulta Médica em AE | 2.274 | 1.955 | 16,32 | 1747 | 2142 | -18,44 | 2407 | 2.019 | 19,22 | 1128 | 1075 | 4,93 | 3.509 | 162 | 2.066,05 |
| Consulta/Atendimento Domiciliar na AE | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 02 | -100,00 | 00 | 03 | -100,00 | 00 | 02 | -100,00 |
| Terapia em Grupo | 1 | 09 | -88,89 | 202 | 400 | -49,50 | 29 | 173 | -83,24 | 161 | 168 | -4,17 | 00 | 75 | -100,00 |
| Terapia Individual | 00 | 00 | 0 | 111 | 120 | -7,50 | 28 | 856 | -96,73 | 502 | 00 | 0 | 307 | 1125 | -72,71 |
| Atendimento em Oficina Terapêutica II | 00 | 14 | -100 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 126 | 265 | -52,45 | 185 | 44 | 320,45 |
| Atendimento em Psicoterapia de Grupo | 90 | 71 | 26,76 | 927 | 697 | 33,00 | 25 | 147 | -82,99 | 5 | 00 | 0 | 3 | 00 | 0 |
| Atendimento Individual em Psicoterapia | 1.662 | 1.781 | -6,68 | 2.790 | 2.709 | 2,99 | 1.186 | 552 | 114,86 | 931 | 758 | 22,82 | 1264 | 1178 | 7,30 |
| Ações de Articulação de Redes Intra e Intersectorial | 43 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 75 | 266 | -71,80 | 191 | 00 | 0 | 609 | 01 | 60.800,00 |
| Fortalecimento do Protagonismo de Usuário | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 18 | 09 | 100,00 | 00 | 00 | 0 |
| Matriciamento de Equipes da AB | 00 | 00 | 0 | 209 | 00 | 0 | 522 | 609 | -14,29 | 1244 | 1788 | -30,43 | 918 | 434 | 111,52 |
| Total | 4.275 | 4101 | 4,24 | 7504 | 6631 | 13,17 | 4.732 | 5.795 | -18,34 | 5045 | 4792 | 5,28 | 7.202 | 3.316 | 117,19 |

(Continuação) Quantitativo total dos procedimentos realizados em por Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA), entre os anos 2016 e 2015

| Procedimentos realizados nos ESMAS | Equipes de Saúde Mental Adulto | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|---------------|--------------|
| | ESMA SCS | | | ESMA RES | | | ESMA LENO | | | Total Geral das ESMAs | | |
| | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Vari- ção | 2017 | 2016 | Vari- ção | 2017 | 2016 | Variação |
| Atividade Educativa / Orientação em Grupos | 39 | 54 | -27,78 | 108 | 301 | -64,12 | 180 | 182 | -1,10 | 1.256 | 876 | 43,38 |
| Consulta de Profissionais de NS | 3.192 | 2.235 | 42,82 | 426 | 380 | 12,11 | 341 | 989 | -65,52 | 6.359 | 6.291 | 1,08 |
| Consulta Médica em Atenção Especializada | 2.240 | 1.629 | 37,51 | 2.744 | 478 | 474,06 | 3.363 | 2.019 | 66,57 | 19.112 | 11.479 | 66,50 |
| Consulta/Atendimento Domiciliar na AE | 00 | 00 | 0 | 48 | 50 | -4,00 | 21 | 2 | 950,00 | 69 | 59 | 16,95 |
| Terapia em Grupo | 55 | 105 | -47,62 | 31 | 00 | 0 | 322 | 173 | 86,13 | 801 | 1.103 | -27,38 |
| Terapia Individual | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 1.155 | 856 | 34,93 | 2.103 | 2.957 | -28,88 |
| Atendimento em Oficina Terapêutica II | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 215 | 00 | 0 | 526 | 323 | 62,85 |
| Atendimento em Psicoterapia de Grupo | 00 | 00 | 0 | 15 | 28 | -46,43 | 197 | 147 | 34,01 | 1.262 | 1.090 | 15,78 |
| Atendimento Individual em Psicoterapia | 00 | 00 | 0 | 1.982 | 7.094 | -72,06 | 1.643 | 552 | 197,64 | 1.1458 | 14.624 | -21,65 |
| Ações de Articulação de Redes Intra e Intersectoriais | 00 | 00 | 0 | 12 | 103 | -88,35 | 263 | 266 | -1,13 | 1.193 | 636 | 87,58 |
| Fortalecimento do Protagonismo de Usuário | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 18 | 09 | 100,00 |
| Matriciamento de Equipes da AP | 00 | 00 | 0 | 494 | 134 | 268,66 | 790 | 609 | 29,72 | 4.177 | 3.574 | 16,87 |
| Total | 5.526 | 4.023 | 37,36 | 5.860 | 8.568 | -31,61 | 8.490 | 5.795 | 46,51 | 48.334 | 43.021 | 12,35 |

FONTE: SIA –TABWIN

* NS – Nível Superior, AE – Atenção Especializada, AP – Atenção Primário

A produção anual da ESMA's apresenta uma variação positiva (12%), o que indica um incremento das atividades desenvolvidas nesses serviços da RAPS, seja através de atendimentos individuais, grupos ou ações de matriciamento. As Equipes das GD NHNI (ESMA Navegantes) e RES (ESMA Restinga) apresentaram variação negativa justificada pelas questões de profissionais em licença, repercutindo no quantitativo de procedimentos. Cabe ressaltar as diferentes composições das ESMA's com relação aos profissionais, bem como de estruturas para atendimentos, o que pode ser verificado nos processos de trabalho e nos registros de produção.

Equipe Especializada de Saúde Integral da Criança e do Adolescente

Tabela 298– Quantitativo total dos procedimentos realizados Equipe Especializada de Saúde Integral da Criança e do Adolescente (EESCA) entre os anos 2017 e 2016

| Procedimentos realizados nos EESCA | Equipes Especializadas de Saúde Integral da Criança e do Adolescente | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|----------|-------|-------|----------|------------|------|----------|-------|-------|----------|------|------|----------|
| | Centro | | | IAPI | | | Navegantes | | | PLP | | | GCC | | |
| | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação |
| Atividade Educativa / Orientação em Grupo | 7 | 153 | -95,42 | 127 | 136 | -6,62 | 31 | 00 | 0 | 8 | 03 | 166,67 | 140 | 223 | -37,22 |
| Visita domiciliar / Institucional por Profissional | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 01 | -100 | 00 | 00 | 0 |
| Avaliação Antropométrica | 223 | 572 | -61,01 | 256 | 81 | 216,05 | 00 | 00 | 0 | 743 | 327 | 127,27 | 466 | 272 | 71,32 |
| Biomicroscopia de Fundo de Olho | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 25 | 130 | -80,77 | 00 | 00 | 0 |
| Fundoscopia | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 226 | 934 | -75,80 | 00 | 00 | 0 |
| Triagem Oftalmológica – Projeto Olhar BRASIL | 55 | 541 | -89,83 | 1.578 | 1.051 | 50,14 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 173 | 00 | 0 |
| Avaliação de Linguagem Escrita/Leitura | 15 | 00 | 0 | 57 | 107 | -46,73 | 23 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 88 | 00 | 0 |
| Avaliação de Linguagem Oral | 82 | 00 | 0 | 63 | 102 | -38,24 | 33 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 151 | 00 | 0 |
| Avaliação Miofuncional de Sistema | 5 | 00 | 0 | 29 | 11 | 163,64 | 14 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 106 | 00 | 0 |
| Avaliação Vocal | 2 | 00 | 0 | 6 | 01 | 500 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 94 | 00 | 0 |
| Aplicação de Teste p/ Psicodiagnóstico | 117 | 00 | 0 | 2 | 00 | 0 | 37 | 00 | 0 | 53 | 55 | -3,64 | 106 | 00 | 0 |
| Consulta de Profissionais de Nível Superior na AE | 1.001 | 542 | 84,69 | 318 | 242 | 31,40 | 00 | 00 | 0 | 931 | 2302 | -59,56 | 1361 | 1037 | 31,24 |
| Consulta Médica em Atenção Especializada | 1.359 | 1.279 | 6,25 | 1.306 | 3060 | -57,32 | 877 | 00 | 0 | 2.854 | 2.291 | 24,57 | 2408 | 1234 | 95,14 |
| Terapia em Grupo | 00 | 22 | -100 | 62 | 32 | 93,75 | 154 | 00 | 0 | 10 | 32 | -68,75 | 202 | 00 | 0 |
| Terapia Individual | 243 | 2.209 | -89 | 1.293 | 1593 | -18,83 | 110 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 207 | 124 | 66,94 |
| Assistência Domiciliar | 3 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 726 | -100 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|---------------|-------------|-------------|---------------|-------------|-----------|----------|-------------|-------------|---------------|-------------|-------------|--------------|
| Acompanhamento Neuropsicomotor | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 02 | -100 | 00 | 00 | 0 |
| Terapia Fonoaudiológica Individual | 00 | 00 | 0 | 7 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 256 | 61 | 319,67 | 431 | 00 | 0 |
| Atendimento em Oficina Terapêutica | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 63 | -100 | 00 | 00 | 0 |
| Atendimento Psicoterapia em grupo | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 125 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 23 | 00 | 0 |
| Atendimento Individual em Psicoterapia | 1050 | 00 | 0 | 1754 | 1968 | -10,87 | 1047 | 00 | 0 | 1445 | 955 | 51,31 | 1447 | 1496 | -3,28 |
| Ações de Articulação de Redes Intra e intersetorial | 13 | 00 | 0 | 122 | 71 | 71,83 | 87 | 00 | 0 | 179 | 179 | 0 | 42 | 57 | -26,32 |
| Matriciamento de Equipes da Atenção Básica | 306 | 1791 | -82,91 | 229 | 1239 | -81,52 | 365 | 00 | 0 | 412 | 1220 | -66,23 | 494 | 1113 | -55,62 |
| Total | 4481 | 7109 | -36,97 | 7209 | 9694 | -25,63 | 2903 | 00 | 0 | 7142 | 8555 | -16,52 | 7939 | 6282 | 26,38 |

(Continuação) Quantitativo total dos procedimentos realizados Equipe Especializada de Saúde Integral da Criança e do Adolescente (EESCA), entre os anos 2017 e 2016

| Procedimentos realizados nos EESCA | Equipes Especializadas de Saúde Integral da Criança e do Adolescente | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------------------|---------------|-------------|
| | SCS | | | NEB | | | RES | | | LENO | | | Total Geral das EESCA's | | |
| | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação |
| Atividade Educativa / Orientação em Grupo | 43 | 42 | 2,38 | 55 | 43 | 27,91 | 2 | 10 | -80 | 11 | 07 | 57,14 | 424 | 617 | -31,28 |
| Visita domiciliar / Institucional por Profissional | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 0 | 01 | -100 |
| Avaliação Antropométrica | 1336 | 1391 | -3,95 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 3 | 00 | 0 | 3027 | 2643 | 14,53 |
| Biomicroscopia de Fundo de Olho | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 25 | 130 | -80,77 |
| Fundoscopia | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 226 | 934 | -75,80 |
| Triagem Oftalmológica – Projeto Olhar Brasil | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 1806 | 1592 | 13,44 |
| Avaliação de Linguagem Escrita / Leitura | 1 | 00 | 0 | 35 | 00 | 0 | 59 | 00 | 0 | 13 | 00 | 0 | 291 | 107 | 171,96 |
| Avaliação de Linguagem Oral | 4 | 00 | 0 | 54 | 00 | 0 | 99 | 00 | 0 | 27 | 00 | 0 | 513 | 102 | 402,94 |
| Avaliação Miofuncional de Sistema | 00 | 00 | 0 | 15 | 00 | 0 | 18 | 00 | 0 | 8 | 00 | 0 | 195 | 11 | 1672,73 |
| Avaliação Vocal | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 1 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 103 | 01 | 10200 |
| Aplicação de Teste p/ Psicodiagnóstico | 00 | 00 | 0 | 15 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 330 | 55 | 500 |
| Consulta de Profissionais de Nível Superior | 1787 | 1099 | 62,60 | 933 | 00 | 0 | 1195 | 1436 | -16,78 | 235 | 116 | 102,59 | 7761 | 6774 | 14,57 |
| Consulta Médica em Atenção Especializada | 1.240 | 750 | 65,33 | 741 | 354 | 109,32 | 842 | 294 | 186,39 | 1307 | 972 | 34,47 | 12934 | 10234 | 26,38 |
| Terapia em Grupo | 52 | 33 | 57,58 | 00 | 00 | 0 | 24 | 43 | -44,19 | 30 | 21 | 42,86 | 534 | 183 | 191,80 |
| Terapia Individual | 161 | 94 | 71,28 | 57 | 93 | -38,71 | 369 | 911 | -59,50 | 331 | 538 | -38,48 | 2771 | 5562 | -50,18 |
| Assistência Domiciliar | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 2 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 5 | 726 | -99,31 |
| Acompanhamento NeuroPsicomotor | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 0 | 02 | -100 |
| Terapia Fonoaudiológica Individual | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 694 | 61 | 1037,7 |
| Atendimento em Oficina Terapêutica II | 00 | 10 | -100 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 00 | 00 | 0 | 0 | 73 | -100 |
| Atendimento em psicoterapia de grupo | 38 | 00 | 0 | 30 | 07 | 328,57 | 00 | 00 | 0 | 00 | 10 | -100 | 216 | 17 | 1170,59 |
| Atendimento Individual em Psicoterapia | 941 | 841 | 11,89 | 542 | 03 | 17966,67 | 749 | 878 | -14,69 | 608 | 1096 | -44,53 | 9583 | 7237 | 32,42 |
| Ações de Articulação de Redes Intra | 173 | 156 | 10,90 | 64 | 00 | 0 | 73 | 253 | -71,15 | 4147 | 202 | 1952,97 | 4900 | 918 | 433,77 |
| Matriciamento de Equipes da Atenção Básica | 824 | 927 | -11,11 | 334 | 501 | -33,33 | 357 | 181 | 97,24 | 546 | 1354 | -59,68 | 3867 | 8326 | -53,56 |
| Total | 6.600 | 5.343 | 23,53 | 2.875 | 1.001 | 187,21 | 3790 | 4006 | -5,39 | 7.266 | 4.316 | 68,35 | 50.205 | 46.306 | 8,42 |

FONTE: Tabwin

A variação positiva da produção das EESCA's reflete o investimento nos registros, assim como nos processos de trabalho. No decorrer de 2017 estabeleceu-se que as crianças e adolescentes atendidas nos Plantões de Saúde Mental, após avaliação e que não apresentam indicação de internação hospitalar, devem ser encaminhadas diretamente para as EESCA's ou CAPSi. Esses encaminhamentos elevaram as demandas nas Equipes, gerando as chamadas 'filas de espera', especialmente pelas dificuldades de acolher todos os casos no período estabelecido de sete dias, como proposto pelo fluxo. As EESCA's são os serviços de referência para infância e adolescência nos territórios, porém sem ampliação de recursos. A EESCA Centro apresentou variação negativa na produção devido a redução de profissionais da equipe no início de 2017 por processos de desmunicipalização, aposentadorias, licenças prêmio e saúde, sem reposição dos mesmos. Na EESCA IAPI a variação justifica-se pela exoneração da psiquiatra e diminuição da carga horária da fonoaudióloga. Nas EESCA's das GDs RES e PLP a variação corresponde as dificuldades em dar alta aos pacientes justamente pela gravidade dos casos atendidos, o que demanda maior tempo de acompanhamento dos profissionais. Com isso, o ingresso de novos pacientes é mais difícil.

Oficina Geração POA

Tabela 299– Quantitativo total dos procedimentos realizados – Geração POA, entre os anos 2017 e 2016

| Procedimentos | 2017 | 2016 | Varição |
|--|--------------|--------------|----------------|
| Atividade educativa /orientação de grupos | 693 | 257 | 169,65 |
| Visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior | 67 | 42 | 59,52 |
| Consulta de profissionais de nível superior | 421 | 522 | -19,35 |
| Terapia em Grupo | 1295 | 599 | 116,19 |
| Atendimento em Oficina Terapêutica II | 1912 | 1.863 | 2,63 |
| Ações de articulação de redes | 0 | 48 | -100 |
| Fortalecimento do protagonismo dos usuários | 0 | 45 | -100 |
| Consulta/atendimento domiciliar na AE | 17 | 0 | 0 |
| Total | 4.405 | 3.376 | 30,48 |

FONTE: TABWIN.

A relação entre os anos de 2016 e 2017 refletem inicialmente o número de profissionais que constituíam a GerAção em diferentes períodos. Em 2016 a equipe contava com seis (6) trabalhadores na equipe, porém nos meses de abril e agosto houve a aposentadoria de duas terapeutas e não houve

reposição. Em setembro de 2016 a assistente social foi remanejada, após inúmeras licenças de saúde, sendo que a reposição foi feita em junho de 2017. Desde maio de 2017 uma terapeuta ocupacional entrou em licença de Saúde, mas as atividades realizadas por ela foram mantidas. Desde 2016 há processo para cedência de um administrador e de uma terapeuta ocupacional, que atualmente dividem a carga horária entre a GerAção e outro local de trabalho.

Em janeiro de 2017, dentro da proposta de assessoria a grupos de geração de renda na comunidade, iniciou-se a assessoria semanal para os trabalhadores e usuários da região na GD LENO e do Abrigo Bom Jesus da FASC. No mês de março foi inaugurado o Grupo de Geração de Renda *GERABONJA*, projeto intersetorial entre GD LENO/Abrigo Bom Jesus e GerAção/POA. Seguiu-se com esta assessoria e com a parceria nos diferentes espaços de comercialização da GerAção/POA.

Durante o ano acompanhou-se diversas oficinas de trabalho, encontros e atendimentos individuais para usuários e familiares do *Trabalho Apoiado* e do *Jovem Aprendiz*, assim como os *grupos Confraria da Foto, Oficineiros e Poetas, Pensando no Trabalho, Comercialização* e a *Oficina de Expressão e Arte*. Em março teve início, no Grupo de Comercialização, o projeto de preparação para a gestão da Loja GerAção/POA e Cinemateca Capitólio/Petrobras, que foi inaugurada no dia 18/05/2017. A Loja do Capitólio abre nas terças e quintas a tarde e está ampliando os horários abrindo também no primeiro sábado de cada mês. Neste ano a Loja se constituiu como espaço que potencializou a visibilidade da GerAção/POA, possibilitando contato com outros espaços na cultura e ampliando as parcerias para a comercialização dos produtos. A partir desta loja, o Teatro São Pedro procurou a GerAção/POA para iniciar parceria através de feiras, lojas e desenvolvimento de produtos com temática dos 160 anos do Teatro. Além disso, criou-se outras atividades de trabalho devido a demanda dos usuários: *Atelier de Costura, Oficina de Móveis e Mosaico*. Em 2017 participou-se de oficinas da *Virada Sustentável* onde a GerAção/POA colaborou com estrutura física e técnica, juntamente com a oficineira contratada pelo evento. Essas oficinas produziram bolsas com banners descartados e foram desenvolvidas para usuários do serviço e da comunidade.

Em 2017 foram realizados o V Gera Encontro no Centro Municipal de Cultura, com a temática “A arte de escrever Porto Alegre” e, o VI Gera Encontro na Cinemateca Capitólio com a temática “II Mostra do Controle Social de Porto Alegre”, em parceria com o Conselho Municipal de Porto Alegre. Para a realização do VI Gera Encontro contou-se com a presença do artista Lauro Ramalho, através da descentralização da Cultura, que durante cinco meses desenvolveu oficinas de teatro com os usuários. Nesse ano a GerAção foi incluída no Projeto *PopRua*, objetivando ações de saúde, trabalho e renda para pessoas em situação de rua. Atualmente há diversos projetos temáticos para criar e desenvolver, tais como: gerenciamento e ampliação do horário e produtos na Loja Capitólio; produtos Porto Alegre para o projeto *MADE IN POA*; produtos e gestão da feira Multipalco e chapelaria do Teatro São Pedro, assim como, o gerenciamento/aprendizado para abertura de novos espaços de feiras e o acompanhamento, sistemático, dos Projetos de Trabalho de cada um dos usuários vinculados a GerAção/POA.

É importante destacar que em 2017 foi realizado o processo eleitoral participativo para constituição do Conselho Local de Saúde na GerAção/POA. Com relação às dificuldades, pode-se destacar: a falta de respostas dos Processos SEI para liberar o uso de todo o prédio ao lado da GerAção/POA; a indefinição quanto a liberação do administrador para compor a equipe; a necessidade da integralidade da carga horária da terapeuta ocupacional do CAPS AD que divide sua carga horária entre os dois serviços; a impossibilidade de agendar acolhimentos em curto prazo devido à falta de profissionais, sendo que os acolhimentos estão sendo agendados para agosto. Por fim, essas questões estão em acompanhamento a fim de potencializar o trabalho na GerAção/POA.

Serviço Residencial Terapêutico Nova Vida (SRT)

Em 30 de junho de 2017, houve a mudança para a casa nova, própria municipal, situada na Rua Santana 762, Bairro Farroupilha. Está vinculado ao SRT Nova Vida o SRT Cristiano Fischer, também chamado de *Casa de Transição*, localizado na Rua Cristiano Fischer 2294, nº 106, Bairro Partenon,

que se configura como moradia temporária, no qual os usuários residem de forma autônoma, com supervisão periódica da equipe.

No ano foram desenvolvidas diversas atividades voltadas para o desenvolvimento da autonomia dos usuários nas atividades de vida diária (cuidado com o corpo, alimentação, vestuário, planejamento financeiro com abertura de contas poupança, mobilidade funcional), bem como atividades práticas de cunho educacional, social, político e cultural (cuidado do ambiente, passeios, eventos), promovendo a inclusão social dos mesmos, integrando-os na comunidade e incentivando-os de forma sistemática na construção de projetos de vida, respeitando as necessidades e singularidades de cada um e melhorando a qualidade de vida. O perfil dos usuários acolhidos no SRT Nova Vida modificou-se, com idades que variaram de 20 a 59 anos, com casos de esquizofrenia, bipolaridade e retardo mental moderado.

Foram recebidas 11 solicitações de avaliação para ingresso no SRT e foram realizadas 4 avaliações de ingresso. Sete usuários estão na lista de espera aguardando vaga/avaliação. Ingressaram 2 usuários: uma usuária vinda do Hospital Vera Cruz/SP e um usuário encaminhado do Grupo Hospitalar Conceição. Residem na Casa de Transição dois usuários, trabalhando no processo de autonomia e gestão do cotidiano e com acompanhamento da equipe do SRT.

No decorrer do ano houve as seguintes saídas do SRT: 1 usuário que constituiu moradia própria; 1 usuária que retornou para o convívio familiar; 1 usuário que retornou para convívio familiar; 1 usuária que está em processo de adaptação para retorno ao convívio familiar.

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

O **CAPS AD II GCC** norteia sua prática pelas diretrizes do Ministério da Saúde, dentro da perspectiva da Reforma Psiquiátrica, de não segregação da pessoa com sofrimento psíquico em relação ao uso de álcool e outras drogas, procurando a sua paulatina autonomia e inclusão social. Também se trabalha com a estratégia de Redução de Danos de não imposição da abstinência, mas sim de motivação e engajamento do usuário no seu tratamento e projetos de vida, bem como de envolvimento da família. Entende-se que a assistência ao

usuário de drogas é complexa, exigindo a utilização de diferentes teorias como a motivacional, a cognitivo-comportamental, a sistêmica e psicanálise. Entende-se, ainda, que nenhuma teoria isoladamente dá conta das diferentes necessidades referidas a este tratamento. Nesse sentido, trabalha-se com a construção de Planos Terapêuticos Singulares (PTS), contemplando as diferentes necessidades das pessoas que são atendidas no CAPS AD II GCC. Nesse entendimento, são oferecidas oficinas de escrita, mosaico, jardinagem, velas, entre-nós (que trabalha com linhas e lãs), grupos terapêuticos, de familiares, de psicoeducação e de meditação. Todos estes grupos e oficinas não têm o produto final como objetivo e sim, os processos para a construção do produto, ou seja, etapas e tempo para executá-las, como executá-las, enfim, fazem parte do processo terapêutico dos usuários em tratamento neste serviço.

No ano constatou-se a notória complexidade, cada vez maior, do perfil dos novos usuários que buscaram, no **CAPS AD II Vila Nova**, o tratamento terapêutico para sua dependência ao álcool e outras drogas. O grande espaço territorial que abrange a cobertura do CAPS Vila Nova, com mais de 270.000 habitantes e as condições econômicas e sociais de grande parte desta população, são desafios que se apresentam quando se busca manter e fortalecer o vínculo dos usuários com o Serviço. Apesar desta situação, avanços significativos foram alcançados com o trabalho realizado pela equipe de profissionais no CAPS AD Vila Nova. Dentre outros, destaca-se: O número expressivo de usuários que obtiveram alta melhorada e passaram a frequentar o Serviço mensalmente, agora como *Amigos do CAPS*; O resgate de vínculos familiares de usuários e com o Serviço que até então eram inexistentes, fortalecendo o trabalho no tratamento terapêutico; O fortalecimento do trabalho em Rede na Saúde Mental, particularmente na Gerência Distrital, onde foram realizadas diferentes atividades em parceria com a participação de servidores públicos, profissionais em saúde de outros Serviços; A concessão de benefícios aos usuários de baixa renda, encaminhados junto à Rede de Assistência, facilitou a participação no tratamento terapêutico na dependência química. Estas e outras conquistas alcançadas e levam a crer que o trabalho e o investimento de recursos humanos e financeiros aqui realizados são

fundamentais, além de ser gratificante a toda a equipe de profissionais que se dedica no trabalho em saúde mental.

No **CAPSi Casa Harmonia**, uma equipe multidisciplinar desenvolve as atividades, contando com diferentes técnicos de nível superior e médio, que se organizam para acolher os usuários, elaborar e desenvolver os projetos terapêuticos, desempenhar as atividades de reabilitação psicossocial e potencializar os espaços de convivência. Neste ano, ocorreram alterações na composição da equipe fixa, com aposentadorias de duas servidoras. Cabe destacar que se aguarda a nomeação de profissionais para reposição no serviço., a fim de oferecer um atendimento multidisciplinar e garantir o acolhimento da demanda do amplo território de cobertura. Com relação à estrutura física, a partir de março, contou-se com a reativação da sala de enfermagem, sendo possível receber medicamentos para administrá-los nos casos de urgência e nas situações de crises. Aguarda-se, ainda, a reformulação da sala de contenção, que necessita da troca do piso deste ambiente. Com a publicação da nota técnica 02/2017, garantindo o acesso irrestrito para os casos de tentativa de suicídio entre crianças/adolescentes houve um aumento do acesso via Plantões de Saúde Mental, totalizando 67 acolhimentos no ano, sendo a maior parte adolescente.

O ano de 2017 foi marcado pelo aumento de crianças e adolescentes nas emergências psiquiátricas e pela procura por serviços especializados. Neste cenário, o **CAPSi Pandorga (GHC)** buscou estratégias para lidar com estas demandas, ampliando o número de matriciamentos junto às 33 Unidades de Saúde de seu território (90 encontros totais anuais) e investindo no diálogo e nos encontros com seus parceiros de rede: CRAS, CREAS, Escolas, Ambulatórios, Internações, SCFV, Associações de Bairro, Rádio AMORB, Abrigos e Casas-Lar, Conselhos Tutelares, Vara da Infância e Juventude, CRAI, entre outros. Prosseguiu-se com o acordo para estágios junto à UFCSPA e recebeu quatro estagiários de fonoaudiologia da UFRGS, o que garantiu um projeto piloto clínico-institucional, em que foram realizadas abordagens com usuários e intervenções em escolas da região atendida pelo CAPSi Pandorga. Participou-se das reuniões da RAPS Distrital, RAPS de Infância e Adolescência e das três redinhas do território sempre que possível.

Manteve-se a participação no espaço mensal de discussão de casos INTERCAPS (CAPSi, CAPS AD e CAPS II). Houve o afastamento de dois médicos psiquiatras, o que resultou em dificuldades para o atendimento por um período. A medida interna mais significativa adotada pelo CAPSi frente a este contexto, foi o aprimoramento da ambiência e das assembleias de usuários.

No **CAPS II GCC**, teve início a parceria com o Hospital Mãe de Deus com a residência médica em psiquiatria e manteve-se a parceria com as residências multiprofissional da UFRGS e da UNISINOS. Ampliou-se as equipes matriciadas pelo CAPS, totalizando 8 unidades de saúde do distrito. Teve continuidade o trabalho em conjunto com a ESMA SCS, oferecendo apoio de CAPS para aquela região. Iniciou-se o programa de cuidando com o cuidador, que está direcionado as equipes matriciadas, através uma roda de terapia comunitária mensal para os trabalhadores, com vistas a auxiliar, motivar e incentivar os trabalhadores a enfrentarem os problemas cotidianos. Também se implantou uma roda de terapia comunitária para os usuários da atenção básica, que podem vir acompanhados por um profissional da equipe. Com os usuários do CAPS teve prosseguimento as atividades de grupos: Jardinagem, Terapia Ocupacional, Grupo GAM, Grupo de Jogos, Grupo Qualidade de Vida, Grupo de familiares, Associação, Grupo Cultura e Cidadania, Terapia Comunitária, passeios e almoços. Foi realizado o tradicional almoço no piquete Campo Novo na Semana Farroupilha e em dezembro o passeio para o Natal Luz. Com relação à equipe houve duas aposentadorias, contudo sem reposição das vagas.

No ano o **CAPS II Centro** iniciou a acompanhamento de pacientes do SRT Nova Vida, através de reuniões mensais. Teve prosseguimento parcerias com a FASC, AICAS e Consultório na Rua no acompanhamento da população vulnerável com adoecimento psíquico. Seguiu-se com o programa de residência integrada da ESP, UFRGS e estágio curricular de psicologia da UFRGS. Em alguns meses do ano houve a falta de medicamentos de controle especial o que dificultou o tratamento de muitos usuários. Também não teve o fornecimento de vários materiais de consumo para os usuários (como creme dental, toalhas, lençóis e material para oficinas) e permanentes (não foi efetuada nenhuma compra de mobiliário). Houve dificuldades na avaliação das

emergências psiquiátricas de usuários que foram encaminhados para internação e que se encontrava em situação de rua, que foram apenas medicados e liberados. Não foi possível melhorar este fluxo no ano, mas há tratativas de qualificar esses encaminhamentos juntamente com os serviços de emergências em 2018. Foi possível seguir o acolhimento de novos usuários e trabalho em rede, através de várias interconsultas com os serviços que compõe a RAPS. Além do atendimento dos usuários em todas as modalidades que preconiza um CAPS, houve a diminuição do trabalho de terapia ocupacional devido ao afastamento de uma profissional que desenvolvia atividades de acompanhamento de usuários e familiares que poderiam ser encaminhados e/ou estão no mercado de trabalho.

No **CAPS II GHC** são oferecidos atendimentos terapêuticos individuais e coletivos. Dentre os atendimentos coletivos destacam-se: grupo psicoterapêutico, grupo Tri-legal, grupo terapêutico, grupo de jovens, grupo e oficina para familiares, psicoeducação e diversas oficinas como: de práticas corporais, artes, cinema, música, escrita, marcenaria, fanzine, relaxamento, crochê. Além dos atendimentos individuais e atividades coletivas específicas, os usuários podem permanecer no serviço, sendo acompanhados em um momento de maior desorganização psíquica. Os Planos Terapêuticos Singulares (PTS) são revisados sistematicamente conforme a necessidade, para potencializar sua melhora tendo o objetivo de promover maior autonomia e independização no seu cotidiano. O trabalho do CAPS inclui, ainda, entrevistas e atendimentos aos familiares, a realização de visitas domiciliares, discussão de casos com a Unidade de Saúde de referência e demais serviços da rede intersetorial visando, inclusive, o seguimento do atendimento do usuário junto a Atenção Primária em Saúde. O serviço participa de diversas reuniões que visa articular e potencializar os recursos dos diferentes serviços em saúde mental do Grupo Hospitalar Conceição e dos serviços de saúde da rede municipal. No que tange à formação e educação em saúde, o CAPS é campo de residência multiprofissional, bem como de estágio acadêmico.

Equipes de Saúde Mental Adulto (ESMA)

Na **ESMA IAPI**, em março de 2017, teve início o *grupo de transição* devido às dificuldades com os encaminhamentos à atenção primária de pacientes estáveis e em condições de alta da Equipe. Os pacientes participam do grupo por três meses, uma vez por mês e são renovadas as receitas, até que o médico clínico possa agendar consulta. No mês de junho iniciou-se o *grupo de faltosos*, realizado quinzenalmente com a assistente social, como forma de reorganizar fluxos e trabalhar a importância da adesão ao tratamento, também recebem novos horários de agendamento e as receitas. Outros grupos tiveram sequência durante o ano: grupos de mulheres; grupo de convivência; grupo de leitura; oficina de música e grupo de familiares, assim como as rodas de conversa. A ESMA seguiu como campo de estágio de psicologia do IPA; campo para a residência multidisciplinar dos alunos da UNISINOS e, também, como campo de estágio para residência de psiquiatria do Hospital Mãe de Deus. Foram realizados matriciamentos para atenção primária com encontros mensais. A Equipe tem reunião semanal como espaço para discussão de casos e para organização do trabalho.

Os matriciamentos pela **ESMA NEB** são realizados em reuniões regulares e mensais, ocorridas na GD NEB. Excepcionalmente, já foram realizadas por telefone, quando o profissional teve algum imprevisto e não conseguiu se deslocar. Mesmo caso ocorre se o colega está com alguma situação de urgência e precisa de um auxílio imediato. Algumas unidades são atendidas em dois turnos, pois alguns profissionais trabalham ou turno manhã, ou tarde. Nos encontros são discutidos os casos de saúde mental recebidos pelos profissionais de saúde nas unidades e que apresentam dúvidas ou dificuldades. Os matriciadores ficam a disposição para auxiliar no manejo de casos ambulatoriais e casos que necessitam encaminhamento para serviços especializados, como por exemplo, CAPS II.

No ano, a **ESMA Centro** teve a redução de uma psicóloga da equipe e, conseqüentemente, de atividades realizadas pela profissional. A equipe concluiu o ano com três grupos terapêuticos, uma oficina de yoga e um grupo de acompanhamento psiquiátrico, bem como os atendimentos individuais em

psicologia e psiquiatria. O matriciamento seguiu sendo realizado pelo NASF Centro e manteve-se a interconsulta mensal com o CAPS II Centro.

Os processos de altas da ESMA seguem em discussão com a RAPS, sem grandes avanços. O ano de 2018 impõe outros ajustes em função da aposentadoria de outra psicóloga.

A **ESMA GCC** realizou um crescente número de atendimentos individuais, multiprofissionais, em grupos e oficinas terapêuticas em saúde mental na região Glória/Cruzeiro/Cristal, no decorrer do ano. Houve apresentação, em congresso especializado, do trabalho científico "Acolhimentos em uma equipe de saúde mental" realizado no âmbito da ESMA. Manteve-se sistematicamente a realização de feiras e brechós em eventos específicos da saúde, nas regiões de referência, com participação através de desfiles de modas com o grupo "Confecções Chuvisco". Teve início um grupo específico para trabalhar os transtornos de ansiedade onde foram usados técnicas de relaxamento e de meditação *mindfulness*. Foram realizados matriciamentos em saúde mental em onze Equipes de Saúde da Atenção Primária. A EESCA foi campo de residência multiprofissional para a UFRGS e ESP.

Quanto à necessidade de RH, a auxiliar administrativa esta em processo de aposentadoria; há necessidade de um aporte maior de horas de psiquiatria; há demanda para uma assistente social para compor a equipe e, mais uma terapeuta ocupacional para possibilitar o aumento das atividades e oficinas terapêuticas. Quanto a materiais, aguardam-se os ares condicionados, os ventiladores e as impressoras que até agora não foram entregues. Essas questões estão em tramitação através de processo SEI

O ano de 2017 foi o da implementação de algumas parcerias para a **ESMA LENO**. No mês de janeiro estabeleceu-se uma parceria com três componentes da RAPS: a UBS Bom Jesus; a Oficina de Geração de renda, ambas da SMS, e o Abrigo Bom Jesus da FASC, para constituir o *Gerabonja*. Esse projeto é uma parceria intra e intersetorial que qualifica a atenção em saúde mental no distrito. O projeto iniciou o trabalho com um grupo semanal e, conforme o ano passou, as equipes sentiram a necessidade de aumentar os

dias de trabalho para duas vezes por semana. Nessa US a equipe já apoiava uma oficina terapêutica, trabalho inicial e fecundo que germinou o projeto e o desejo de implementar esse novo trabalho. A equipe também apoiou ações em dois outros equipamentos da atenção primária, na US Morro Santana e a US Vila Jardim (construção do apoio para a participação de representante da equipe). Na equipe continuou-se com um grupo de passeio (semanal), 5 grupos terapêuticos (semanais), 2 grupos terapêuticos (quinzenais), 2 grupos AD (semanais), 3 de manutenção de tratamento psiquiátrico (mensais), 2 oficinas terapêuticas (semanais), 2 grupos de acolhimento mensais e atendimentos individuais (psiquiátrico, psicoterápico, atendimento domiciliar e acompanhamento terapêutico). O início do ano houve a diminuição da equipe de trabalho, com remanejamento da psicóloga para outra equipe. Mesmo com a diminuição de pessoal mantiveram-se todos os grupos e os atendimentos psicoterápicos nos níveis semelhantes a 2016.

Também teve início a parceria com a residência em saúde mental coletiva da UNISINOS, através de dois residentes no primeiro semestre e três no segundo. A atividade de educação permanente continua sendo uma importante e valorizada tarefa da equipe. Buscou-se ampliar o campo de educação pelo trabalho, seja nos estágios curriculares obrigatórios (11 estagiários durante o ano), ou como campo de atuação de residentes (três em 2017). Isso coloca a necessidade, por um lado, de ampliar o apoio administrativo à equipe e o espaço físico desta (três salas de atendimento individual e uma sala de grupos) e, por outro, ampliar a participação junto às equipes da atenção primária através do fomento a grupos de acolhimento ao sofrimento psíquico (saúde mental, doenças crônicas, grupos de convivência, oficinas, entre outros), sempre em parceria com os trabalhadores desses equipamentos. A equipe manteve o matriciamento em saúde mental se deslocando até 3 unidades primárias de saúde da região leste, também na forma de grupos de interconsultas, com 9 USF's e uma UBS (nordeste), que veio até a ESMA. Portanto, realizaram-se, no decorrer do ano, 92 encontros de matriciamento com a atenção primária. Também foram realizadas reuniões mensais com EESCA e NASF para discussão de caso e recepção de demandas dessas equipes. A ESMA participou da RAPS do distrito.

Equipes Especializadas em Saúde da Criança e Adolescente (EESCA)

No ano de 2017, o prédio onde funciona a **EESCA LENO**, passou por reformas para revitalização, consertos e pintura. Durante quatro meses, foram necessários ajustes nas agendas dos profissionais, houve redução nas consultas, mas, não houve interrupção dos atendimentos. Houve a aposentadoria de uma psicóloga com 40h, reduzindo o número de consultas da área da psicologia.

Na **EESCA GCC** o ano foi marcado pelo aumento significativo de encaminhamentos de adolescentes pela emergência de saúde mental, assim como de crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem. Como estratégia para atender esta demanda, a Equipe realizou grupos e laboratórios de aprendizagem, trabalho desenvolvido por uma dupla de estagiários de psicologia e fonoaudiologia, com supervisão coletiva semanal dos profissionais. Concomitantemente foram realizados grupos de psico-educação com os familiares, inclusive ocorreram grupos temáticos com participação dos estagiários de nutrição. Prosseguiu-se com os atendimentos de grupo e individuais nas áreas de psicologia, fonoaudiologia e nutrição, com participação nas reuniões de RAPS da região entre outras. Foram realizadas 41 reuniões de apoio matricial. A EESCA GCC contou com estagiários remunerados e curriculares que, em parceria com duas UBS de referência, realizaram atividades em 2 creches conveniadas. Não houve aumento da carga horária de psiquiatras, que seguiu durante o ano com apenas 8h/semanais. Teve início o processo de aposentadoria de uma das psicólogas, que ficou afastada (LP e Férias) por vários períodos.

No ano a **EESCA SCS** passou por diversas mudanças, como a aposentadoria da terapeuta ocupacional (sem reposição) e o pedido de aposentadoria da assistente social. A EESCA seguiu sendo campo de atuação da residência multiprofissional em violência e vulnerabilidade (UFRGS) e, também, sendo o primeiro ano como campo de estágio do curso de Fonoaudiologia da UFRGS. No segundo quadrimestre houve a inclusão da fonoaudióloga e da psiquiatra do NASF na Equipe que passou a matricular as ESFs e as Unidades de Saúde gerando mais horários para interconsultas e,

consequentemente, menos horários para atendimentos. Além disso, em função do fechamento do NASF, no segundo semestre, a EESCA configurou-se como único local de residência da região SCS recebendo duas residentes de psicologia, duas residentes de fonoaudiologia e residentes em vivência em serviço social, enfermagem e fisioterapia. Salienta-se que a EESCA conta com apenas quatro salas para atendimentos, sendo que as outras são compartilhadas com a US Camaquã.

A **EESCA Centro** realizou seminários interdisciplinares mensais e reuniões de equipe semanais, para discussão de situações clínicas, administrativas, informes sobre ações de saúde que ocorrem a nível municipal, estadual e federal e inserção da equipe neste contexto; participou de reuniões com serviços de saúde e instituições; participou de reunião de interconsultas com a rede de atenção básica da GDC; supervisionou e acompanhou duas residentes de saúde coletiva da UFRGS e HCPA com formação em serviço social e nutrição; realizou e participou de reuniões, seminários e capacitações sobre Transtorno do Espectro Autista, Programa Acesso e Comportamento Mais Seguro, Processo Eletrônico SEI, CEREST; realizou Grupo de Cuidadores dos pacientes atendidos na equipe; adequou o acesso e o espaço físico de atendimento para maior segurança dos usuários e técnicos; realizou atendimentos individuais e contato com instituições envolvidas com os casos em atendimento. Neste período destaca-se que ocorreu um aumento de demandas dos Plantões de Saúde Mental, do CRAI e de casos de alta vulnerabilidade social, acarretando em poucas altas de pacientes, ocasionando aumento da lista de espera interna da equipe para atendimento na área da Psicologia.

Houve a exoneração da psiquiatra que compunha a **EESCA IAPI**, portanto, não foi possível manter os atendimentos e avaliações psiquiátricas. Continuou-se com as parcerias com as universidades PUC, IPA, e UFRGS no campo da psicologia. No decorrer do ano contou-se com quatro estagiárias de psicologia e uma de fonoaudiologia. Cabe salientar que, com a política de redução de vagas para estágio em fonoaudiologia e mais redução da carga horária de 40h para 34h horas semanais no atendimento a crianças e adolescentes da fonoaudióloga da equipe reduziu os atendimentos nesta área.

No ano ocorreram 24 reuniões de matriciamento, em média. Na fonoaudiologia houve a participação da fonoaudióloga no grupo de gestantes e no comitê de aleitamento da UBS IAPI. A Equipe manteve a parceria com o ESF IAPI, atendendo casos em conjunto, quando necessário. Semanalmente ocorre o grupo de atendimento à crianças em conjunto com a fonoaudiologia e psicologia. As reuniões de equipe são semanais e aconteceram durante o ano de 2017. No segundo semestre do ano ocorreram seminários sobre temas pertinentes ao trabalho do EESCA de forma interdisciplinar. Parcerias com a rede de atenção a criança e adolescentes como JIJ, MP, CREAS, CRAS e escolas continuaram de forma sistemática e sempre que for necessário. Os familiares foram acompanhados sistematicamente pelo serviço social, sendo os atendimentos realizados de forma interdisciplinar, quando necessário.

A equipe **EESCA NEB**, contou com um grupo restrito de profissionais, sendo: 1 psicóloga; 1 pediatra; 1 psiquiatra; 1 fonoaudióloga; 1 assistente social. O grupo de estagiários que acompanhou a equipe foi composto por uma estagiária de psicologia e três estagiários de fonoaudiologia. No decorrer do ano observou-se um aumento significativo de demandas relacionadas à abuso sexual, transtorno do espectro autista e psicodiagnóstico. A equipe tem percebido a urgência de elaboração de políticas/serviços específicos para tais situações no território. Também receberam, especialmente no primeiro semestre, casos graves referenciados pelo plantão de saúde mental do IAPI, assim como casos sem maior gravidade, que poderiam ter sido encaminhados via matriciamento para as unidades de saúde. Constatou-se, ainda, uma dificuldade de adesão ao tratamento dos pacientes abrigados, cujas informações têm sido trazidas de forma incompleta ou pouco específicas pelas mães sociais. Com relação aos recursos materiais, a equipe EESCA NEB encontra-se lotada na US Assis Brasil, em um prédio alugado pela PMPA de fácil acesso geográfico, mas com inúmeras dificuldades de infra-estrutura. Conta com duas salas de atendimento individual, além da sala de reunião, todas sem acessibilidade para pessoas com deficiência por localizarem-se no terceiro andar do prédio. Nos turnos em que a equipe está completa não há salas suficientes para todos os profissionais atenderem. Uma das questões que segue preocupando a equipe é a ausência de segurança, especialmente no

que se refere a redes de proteção nas janelas e falta de manutenção de forma geral (hidráulicas, elétricas, entre outras). A equipe presenciou risco eminente de quedas, acidentes e choques da população atendida. No que diz respeito às atividades desenvolvidas, dentro das possibilidades do Serviço, foram propostas novas ações de modo a contemplar as demandas da região, bem como foram mantidas outras ações bem sucedidas, conforme segue: acolhimento e avaliação, solicitando parecer de outro especialista quando necessário; acolhimento dos serviços de emergência em saúde mental, com agenda fixa implantada em abril/2017; atendimento individual; visitas domiciliares; atendimento em grupos por especialidade; apoio familiar (pais, avós, responsáveis) paralelo ao acompanhamento dos usuários elegíveis à equipe; atividades de matriciamento; visitas/reuniões de equipe, de rede, de colegiado, com instituições (escolas, abrigos), universidades parceiras também fizeram parte da realidade dos profissionais.

Comunidades Terapêuticas (CT)

Na Comunidade Terapêutica Marta e Maria foram acolhidas 28 mulheres e adolescentes no decorrer do ano, sendo uma mãe nutriz (mãe com bebê). Desse quantitativo houve 18 desistências; 01 fuga; 04 concluíram o programa e 05 permanecem em acompanhamento. As atividades terapêuticas realizadas na Comunidade Marta e Maria são desenvolvidas por equipe multiprofissional, visando a recuperação e a reinserção social. Um destaque importante é o acompanhamento de mães nutrizes, estimulando o vínculo mãe-bebê e a orientação aos cuidados maternos. Pretende-se aumentar o quantitativo de vagas para mães nutrizes no próximo ano.

Na Comunidade Terapêutica PACTO foi realizado 99 acolhimentos de adultos e adolescentes do sexo masculino, sendo que 18 encontravam-se em situação de rua. Houve 32 usuários que concluíram o programa; 37 desistências; 06 desligamentos. Os demais seguem em acompanhamento. Em relação a intervenção dos residentes acolhidos e que estavam em situação de rua informa-se que foram realizados: encaminhamento para moradia Republica Juntos (ação conjunta com a FASC/ SMS) – atualmente seis graduados da

PACTO; intervenção junto a família possibilitando retomada de vínculo e retorno ao convívio familiar.

Em outubro foi firmado convênio com SENAC para 10 vagas para curso profissionalizantes, sendo que seis residentes e graduados foram favorecidos com estes cursos. Cinco usuários estão vinculados ao projeto de reciclagem da PACTO e um retomou ao mercado formal. Em dezembro iniciou-se tratativas com a coordenação do NEEJA a fim de viabilizar a possibilidade da aplicação das provas na sede da PACTO. Destaca-se que no Programa de Reinserção Social Urbana são disponibilizadas oficinas de informática e de educação para prepará-los para a prova do NEEJA.

Programa de Volta para Casa (PVC)

No ano foram cadastrados cinco (5) usuários no Programa de Volta para Casa (PVC), provenientes de longos períodos de internação em hospital psiquiátrico e de custódia. Os usuários estão em acompanhamento nos serviços da RAPS e receberão mensalmente a bolsa auxílio do PVC de R\$ 412,00.

Comunidades Terapêuticas (CT)

Na Comunidade Terapêutica Marta e Maria foram acolhidas 28 mulheres e adolescentes no decorrer do ano, sendo uma mãe nutriz (mãe com bebê). Desse quantitativo houve 18 desistências; 01 fuga; 04 concluíram o programa e 05 permanecem em acompanhamento. As atividades terapêuticas realizadas na Comunidade Marta e Maria são desenvolvidas por equipe multiprofissional, visando a recuperação e a reinserção social. Um destaque importante é o acompanhamento de mães nutrizes, estimulando o vínculo mãe-bebê e a orientação aos cuidados maternos. Pretende-se aumentar o quantitativo de vagas para mães nutrizes no próximo ano.

Na Comunidade Terapêutica PACTO foi realizado 99 acolhimentos de adultos e adolescentes do sexo masculino, sendo que 18 encontravam-se em situação de rua. Houve 32 usuários que concluíram o programa; 37 desistências; 06 desligamentos. Os demais seguem em acompanhamento. Em relação a intervenção dos residentes acolhidos e que estavam em situação de

rua informa-se que foram realizados: encaminhamento para moradia Republica Juntos (ação conjunta com a FASC/ SMS) – atualmente seis graduados da PACTO; intervenção junto a família possibilitando retomada de vínculo e retorno ao convívio familiar.

Em outubro foi firmado convênio com SENAC para 10 vagas para curso profissionalizantes, sendo que seis residentes e graduados foram favorecidos com estes cursos. Cinco usuários estão vinculados ao projeto de reciclagem da PACTO e um retomou ao mercado formal. Em dezembro iniciou-se tratativas com a coordenação do NEEJA a fim de viabilizar a possibilidade da aplicação das provas na sede da PACTO. Destaca-se que no Programa de Reinserção Social Urbana são disponibilizadas oficinas de informática e de educação para prepará-los para a prova do NEEJA.

Programa de Volta para Casa (PVC)

No ano foram cadastrados cinco (5) usuários no Programa de Volta para Casa (PVC), provenientes de longos períodos de internação em hospital psiquiátrico e de custódia. Os usuários estão em acompanhamento nos serviços da RAPS e receberão mensalmente a bolsa auxílio do PVC de R\$ 412,00.

11.4 Saúde dos Ciclos de Vidas

11.4.1 Saúde da Criança e do Adolescente

Meta 29. Aumentar para 45% a taxa de primeira consulta de acompanhamento do recém-nascido em até cinco dias de vida.

Os resultados do percentual de primeira consulta do recém-nascido em até cinco dias de vida merecem esclarecimento. Até o ano de 2016 foi considerado o período de realização da consulta do RN até 7 dias de vida, no ano de 2017 foi modificada a meta para a realização da primeira consulta até o 5º dia de vida, por este motivo na tabela os dois períodos estão descritos com tempos diferentes. Acredita-se que a análise comparativa não fica prejudicada uma vez que nos momentos em que foi realizado o levantamento dos dados o preconizado eram os tempos considerados adequados para aquele período.

Os resultados, de ambos os períodos, demonstram que os percentuais de recém-nascidos informados está muito aquém do número de nascidos vivos, assim como os que foram atendidos na primeira semana de vida. Verifica-se que, em 2017 tivemos 18.444 nascimentos e destes 7.499 foram acompanhados pelas unidades de saúde, o que equivale a 40,6% do total. Destes 28,3% foram acompanhados até o sétimo dia de vida. Analisando os dados de 2017 em relação a 2016 se identifica que ocorreu uma redução de 33,4% para 28,3%, com uma variação negativa de 15,3%. Resultado semelhante foi observado em todas as Gerências Distritais, exceto nas GD GCC e RES onde foi verificado uma variação positiva no acompanhamento até o sétimo dia de vida (7,4 e 10,4 respectivamente). As GD NHNI, NEB e Centro mostraram as maiores reduções no acompanhamento até o sétimo dia de vida com 40,5%, -37,2 e -35,7%, respectivamente.

Estes dados sinalizam a necessidade de intensificar as ações de acolhimento do RN nas unidades de saúde, oportunizando seu atendimento em todas as situações de acesso. Também para a necessidade de qualificar o e-SUS no sentido de permitir que as informações dos atendimentos efetuados em crianças possam ser conhecidos por meio de relatórios estratificados por faixa etária que permitam realizar inferências sobre os atendimentos

realizados, uma vez que acredita-se que muitas unidades efetuam o atendimento à criança, no entanto não preenchem a ficha de avaliação.

No sentido de sensibilizar a rede de atenção básica sobre a qualificação do acesso, foram realizadas em 2017 algumas atividades de divulgação dos resultados, como a participação no encontro das enfermeiras distritais e as apoiadoras institucionais, assim como na equipe de monitoramento da Gerência Distrital Centro.

A Coordenação da Atenção Primária, juntamente com a Área da Criança/Rede Cegonha, estão testando o correto lançamento dos dados de atendimento à criança no e-SUS a fim de possibilitar a obtenção de relatórios que expressem a realidade do acompanhamento infantil em Porto Alegre.

Tabela 300- Taxa de Primeira consulta do acompanhamento de recém-nascido em até sete dias de vida em relação ao total de RN acompanhados pelo Pra-Nenê/e-SUS, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | 2017 | | | | 2016 | | | | Variação | |
|---------------------|---------------|---------------------|--------------------------|---|---------------|---------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| | SINASC | Consulta 01-05 DIAS | Total de RN acompanhados | % de 1ª Consulta de RN até o 5º dia de vida | SINASC | Consulta 01-07 DIAS | Total de RN acompanhados | % de 1ª Consulta de RN até o 7º dia de vida | Total de RN acompanhados | % de 1ª Consulta de RN até o 7º dia de vida |
| CENTRO | 2.439 | 44 | 210 | 20,9 | 2.356 | 80 | 246 | 32,5 | -14,6 | -35,7 |
| NHNI | 2.056 | 190 | 734 | 25,9 | 2.024 | 364 | 836 | 43,5 | -12,2 | -40,5 |
| NEB | 2.339 | 348 | 1.061 | 32,8 | 2.345 | 745 | 1.426 | 52,2 | -25,6 | -37,2 |
| LENO | 1.869 | 222 | 894 | 24,9 | 1.994 | 307 | 1.165 | 26,3 | -23,3 | -5,3 |
| GCC | 1.968 | 326 | 1.022 | 31,9 | 1.934 | 325 | 1.095 | 29,7 | -6,7 | 7,4 |
| SCS | 2.298 | 267 | 965 | 27,7 | 2.418 | 282 | 984 | 28,6 | -1,9 | -3,1 |
| PLP | 2.418 | 421 | 1.514 | 27,8 | 2.452 | 477 | 1.692 | 28,1 | -10,5 | -1,1 |
| RES | 1.359 | 234 | 915 | 26,5 | 1.315 | 256 | 1.064 | 24,0 | -14,0 | 10,4 |
| IGNORADA E (VAZIO) | 1.698 | 72 | 184 | 39,1 | 1.776 | 74 | 197 | 37,5 | -6,6 | 4,3 |
| Porto Alegre | 18.444 | 2.124 | 7.499 | 28,3 | 18.614 | 2.910 | 8.705 | 33,4 | -13,9 | -15,3 |

FONTE: CGVS/SMS/PMPA – Acesso em 07/03/2018 – Dados preliminares.

Os resultados do teste do pezinho estão apresentados nas Tabelas abaixo e referem-se às informações das coletas realizadas na atenção básica e nos hospitais entre o 3º e 5º dia de vida do recém-nascido. Do total de 18.444 nascidos vivos da cidade em 2017, 14.253 realizaram o teste do pezinho pelo SUS, representando 77,2% do total.

Os dados mostram que houve uma redução nos percentuais de coleta no período adequado tanto nas unidades de saúde como nos hospitais. Na atenção primária verificou-se que em 2016 foi de 85,4% enquanto em 2017 foi de 70,2%, uma variação negativa de -17,8%. Esta tendência de queda foi observada em todas as gerências distritais.

Os hospitais também mostraram variação negativa de 2017 para 2016 (-5,2%). O HNSC mostrou o melhor desempenho na coleta do teste do pezinho (95,0%), seguido do HF (94,45) da ISCM (93,5%).

Tabela 301- Cobertura da triagem neonatal (Teste do Pezinho) no período de 3 a 5 dias de vida na atenção básica em relação ao total de RN

| Gerência Distrital | Ano | | |
|--------------------|-------------|-------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| | % | % | % |
| Centro | 71,9 | 80,3 | -10,5 |
| GCC | 70,8 | 83,4 | -15,1 |
| LENO | 70,9 | 79,5 | -10,8 |
| NEB | 67,0 | 81,4 | -17,7 |
| NHNI | 69,7 | 82,9 | -15,9 |
| PLP | 73,8 | 82,2 | -10,2 |
| RES | 65,8 | 79,3 | -17,0 |
| SCS | 71,7 | 80,4 | -10,8 |
| Total | 70,2 | 85,4 | -17,8 |

FONTE: SRTN/HMIPV/SMS/PMPA.

Tabela 302- Cobertura da triagem neonatal (Teste do Pezinho) no período de 3 a 5 dias de vida nos hospitais (maternidades SUS)

| Hospitais | Ano | | |
|--------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| | % | % | % |
| HCC | 91,7 | 97,7 | -6,1 |
| HF | 94,4 | 96,2 | -1,9 |
| HNSC | 95,0 | 98,4 | -3,5 |
| HCPA | 84,4 | 92,8 | -9,1 |
| HSL | 80,7 | 88,6 | -8,9 |
| ISCM | 93,5 | 95,3 | -1,9 |
| IC | 12,5 | 27,3 | -54,2 |
| HMIPV | 85,7 | 94,0 | -8,8 |
| Total | 89,6 | 94,5 | -5,2 |

FONTE: SRTN/HMIPV/SMS.

Considerando os resultados observados, identificou-se a necessidade premente de realizar ações de sensibilização da rede básica e hospitalar em relação ao teste do pezinho. Deste modo está sendo elaborada nota técnica de normatização da realização do teste do pezinho para ser amplamente divulgada em todos os serviços de saúde que realizam o teste. Também está planejada capacitação de toda a rede básica para o mês de junho de 2018 a fim de qualificar as equipes e sensibilizá-las em relação a coleta.

Também será realizado mensalmente o monitoramento do período de coleta do teste a fim de identificar as USs que têm apresentado maiores dificuldades e apoiá-las na resolução dos obstáculos identificados.

Aleitamento Materno

Meta 19. Atingir a taxa de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em 50% das crianças menores de 6 meses de vida nas US.

Os dados relativos a meta referente ao aleitamento materno permaneceram prejudicados ao longo de 2017, devido a problemas na emissão de relatórios dos marcadores de consumo alimentar através do SISVAN. Para fins de registro histórico, esta meta foi definida quando o sistema de informação era o SIAB. Desde o início da implantação do eSUS, diversos esforços foram feitos a fim de manter o monitoramento desta informação, extremamente relevante para a saúde da criança na primeira infância. No entanto, a não integração entre os sistemas e-SUS e SISVAN permanecem impossibilitando a correta medição do dado.

A coleta de dados parciais dos Marcadores de Consumo Alimentar provenientes do CDS/eSUS-AB no segundo e terceiro quadrimestre (amostra dos meses de maio e setembro/2017) dão indícios de prevalência de aleitamento materno exclusivo superior a 50% em menores de seis meses. No entanto, esta informação é oriunda do preenchimento de um número muito pequeno de serviços de saúde.

Segundo os relatórios de produção mensais do e-SUS, disponibilizados a partir de outubro de 2017, foram preenchidos 4.148 formulários de Marcadores de Consumo Alimentar em 2017 para crianças menores de 6

meses. Destes, 87,7% informaram aleitamento materno no dia anterior ao atendimento. No entanto, não é possível emitir conclusões quanto ao aleitamento materno exclusivo.

Neste sentido, estão planejadas para 2018 reuniões com as equipes de monitoramento das Gerências distritais para reforço da obrigatoriedade do preenchimento do formulário de Marcadores de Consumo Alimentar no e-SUS, capacitação sobre uso deste instrumento pelos Agentes Comunitários de Saúde, e realização de oficinas de trabalho da EAAB, para fins de certificação e qualificação do processo de trabalho em amamentação e alimentação complementar.

Tabela 303- Taxa de amamentação exclusiva na primeira consulta do RN na Unidade de Saúde

| Gerência Distrital | Ano | | |
|---------------------|-------------|-------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | Variação (%) |
| Centro | 73,3 | 71,0 | 3,2 |
| GCC | 78,0 | 78,1 | 0,1 |
| LENO | 81,1 | 76,2 | 6,4 |
| NEB | 77,8 | 83,7 | - 7,1 |
| NHNI | 77,0 | 85,8 | - 10,2 |
| PLP | 79,2 | 77,0 | 2,8 |
| RES | 80,0 | 75,7 | 5,6 |
| SCS | 77,1 | 75,6 | 1,9 |
| Porto Alegre | 78,4 | 78,5 | - 0,1 |

FONTE: PPN/EEV/CGVS/SMS/PMPA. Acesso em 5/3/2018

A tabela acima apresenta a taxa de 78,4% de AME na 1ª consulta do Pra Nenê na totalidade das GDs, valor semelhante a 2016. Salienta-se a taxa reduzida na NHNI e na NEB, com valores regressivos ao longo do ano e variação negativa em comparação com 2016 e a melhoria dos dados da GD LENO e RES, que alcançaram a prevalência de 81,1% e 80% de AME na primeira consulta na unidade de saúde.

Conforme informado na discussão da Meta 29, estas informações referem-se apenas a 40,7% dos nascidos vivos do município, impossibilitando, portanto, fazer inferências do AME para o município, bem como, destas, somente 28,3% fizeram a primeira consulta nos primeiros 5 dias de vida. Portanto, se fazem necessárias ações de atendimento integral ao binômio mãe-bebê pela atenção primária, de maneira precoce, de modo a prevenir o desmame por dificuldades corrigíveis com manejo clínico e informação adequada.

A inviabilidade de análise da meta de AME em menores de seis meses ocorreu pela dificuldade na obtenção dos dados. No entanto ações para monitorar este indicador estão sendo elaboradas e acredita-se que qualificando a inserção do atendimento das crianças no e-SUS, será possível monitorar a situação alimentar das crianças. Portanto, os esforços, no próximo ano, serão voltados para a qualificação dos registros no CDS.

Programa Primeira Infância Melhor (PIM PIA) – Porto Infância Alegre – PIMPIA

O Programa Primeira Infância Melhor Porto Infância Alegre/ PIM PIA regido pela SMED até janeiro de 2017 caracterizava-se por um olhar majoritariamente pedagógico, com uma visão de pulverização das equipes dentro da cidade, não qualificando e sem fortalecimento dentro dos serviços da rede.

Houve grandes mudanças, em vários aspectos do PIM: mudanças de coordenação, concentração das equipes em um único território atendido; Aumento de vínculo com as unidades de saúde e com os serviços da rede; Aproximação e qualificação do PIM Estadual, formação de um Grupo Técnico Municipal - GTM atuante; Organizações horizontais, resultando em qualificação do atendimento.



Figura 2- Mapeamento 2017

2017 – Jardim da Fapa (Tarde), Chácara da Fumaça (Manhã e Tarde), Vila Safira (Tarde), Safira Nova (Manhã e Tarde), Timbaúva (manhã), Jardim Protásio (manhã e tarde), Rubem Berta (manhã).

- PPV: 10 equipes (todas)
- Postos de Saúde: 7
- CRAS: 2
- REDE: 2

Como exposto no relatório anterior o PIM PIA elegeu a região da Mario Quintana e Rubem Berta, que de acordo com a UNESCO, descreve-se como Política de Prevenção à Violência (PPV), fazendo o valor do incentivo pecuniário dobrar, isto é: um visitador em uma região não PPV recebe o valor de R\$ 500,00 como repasse mensal que, diferentemente da região PPV, passa a receber R\$ 1.000,00 de incentivo, proporcionando, inclusive, a captação de recursos para contratações de monitores por CLT que objetivam estabelecer vínculos contínuos com as regiões atendidas. Outro pilar a ser relatado, é o financeiro do programa: os repasses para o ano de 2017 foram realizados até o mês de setembro do respectivo ano; ainda que o valor até o mês de setembro tenha representatividade, visto que tenha ultrapassado o valor total de 2016 e caracteriza de forma clara as mudanças adquiridas pelo PIMPIA.

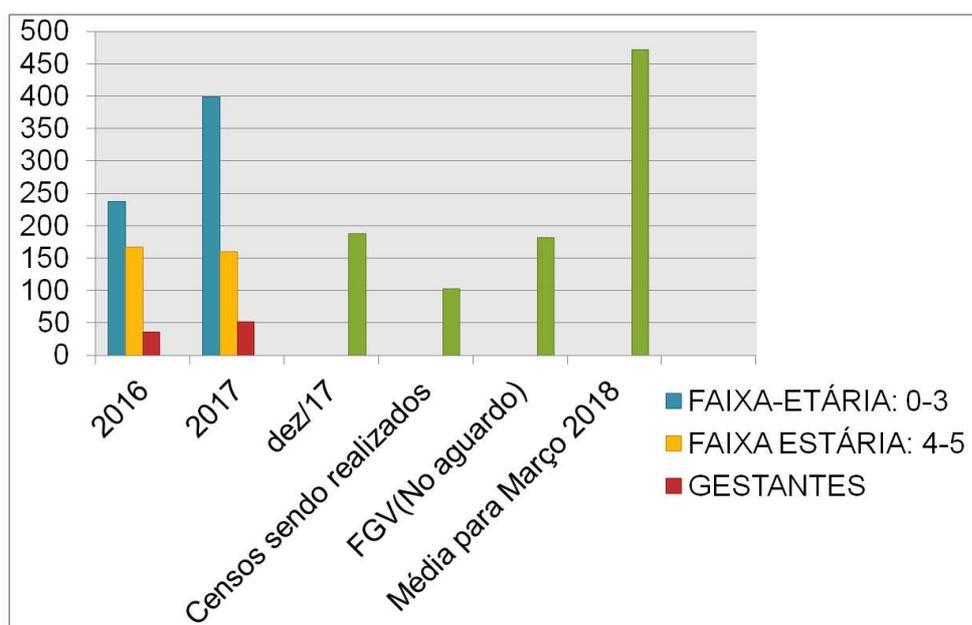
Para mais, é justificativa também, o programa PIM PIA adentrar a região mencionada tendo em vista a necessidade expressiva de atendimento, uma vez que o grau de violência doméstica e sexual, tráfico, assassinatos e trabalho infantil são elevados. Por estas razões, os 47 visitadores e 9 monitores totais do PIM PIA estão em comunidades de área PPV.

O Programa Primeira Infância Melhor Porto Infância Alegre através do objetivo de fomentar parceiras, viabilizar qualidade e dispor de reconhecimentos veiculou alguns projetos que influenciaram diretamente no número de atendimentos realizados pelo PIM PIA, como a pesquisa da Fundação Getúlio Vargas (FGV) – Processo SEI nº 170000084256-7, que verifica os efeitos do PIM a curto e longo prazo em aspectos relativos ao fortalecimento das competências familiares, promoção do desenvolvimento infantil e acesso à rede de serviços.

A participação no Projeto PIM Prisional ocorre através da parceria com o PIM Estadual onde são atendidas famílias extensivas das crianças filhas de mães egressas ou ainda pertencentes do sistema prisional oriundas principalmente do Presídio Estadual Feminino Madre Pelletier e o Presídio Estadual Julieta Balestro com a participação de três técnicos do PIM Estadual, seguindo a metodologia PIM. A realização dos atendimentos ocorre independente da localização, dentro dos limites do município de Porto Alegre.

Para mais, durante todo o ano de 2017 e até o momento foram realizadas ações e capacitações que envolveram todas as escalas do PIM PIA, em parceria do Grupo Técnico Estadual -GTE do PIM e principalmente neste último quadrimestre, capacitações criadas e realizadas pelas equipes que são compostas pelos estagiários que integram o programa.

Gráfico 17- N° Cadastrados nos anos de 2016 e 2017



Com o intuito de ampliar e qualificar o atendimento as famílias, em 2018 vamos buscar completar o quadro de estagiários (87 pessoas); estimular que todos os visitantes atinjam a meta de 14 atendimentos no SISPIM, em até 4 meses de programa; incluir nos relatórios de atendimentos no E-SUS; ter maior aproximação com os serviços da Rede, principalmente com a APS e vínculo com o GTE; Contratação de monitores de monitores técnicos por meio de CLT e ampliação das vagas do PIM PIA para 105 estagiários, conforme liberação do PIM Estadual.

Imunização

Meta 17. Ampliar a cobertura da vacina contra a poliomielite (3ª dose) para 85%.

Tabela 304- Cobertura da vacina contra a poliomielite em crianças menores de um ano, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | Ano | | | | | |
|--------------|--------|------|--------|------|----------|------|
| | 2017* | | 2016 | | Variação | |
| | Doses | % | Doses | % | Doses | % |
| | 14.412 | 75,1 | 13.413 | 69,9 | +999 | +5,2 |

FONTE: NI/EVDT/CGVS/SMS/PMPA.
Esquema VOP para VIP em 3ª doses

Meta 18. Ampliar a cobertura da vacina pentavalente (DTP/Hib/HepB) para 80%.

Tabela 305- Cobertura da vacina pentavalente (DTP/Hib/HepB) no primeiro ano de vida, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | Ano | | | | | |
|--------------|--------|------|--------|------|----------|------|
| | 2017* | | 2016 | | Variação | |
| | Doses | % | Doses | % | Doses | % |
| | 14.023 | 73,1 | 13.710 | 71,5 | +313 | +1,6 |

FONTE: NI/EVDT/CGVS/SMS/PMPA.

Tabela 306- Cobertura vacinal BCG, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | Ano | | | | | |
|--------------|--------|------|--------|------|----------|----|
| | 2017* | | 2016 | | Variação | |
| | Doses | % | Doses | % | Doses | % |
| | 18.329 | 95,5 | 17.757 | 92,5 | +572 | +3 |

FONTE: NI/EVDT/CGVS/SMS/PMPA.

Tabela 307- Cobertura Vacinal da tríplice viral a partir de um ano, entre os anos 2017 e 2016

| Porto Alegre | Ano | | | | | |
|--------------|--------|------|--------|------|----------|------|
| | 2017* | | 2016 | | Variação | |
| | Doses | % | Doses | % | Doses | % |
| | 12.954 | 67,5 | 12.244 | 63,8 | +710 | +3,7 |

FONTE: NI/EVDT/CGVS/SMS/PMPA.

Os resultados de cobertura vacinal mostraram aumento em relação ao ano de 2016 para as vacinas da poliomielite, pentavalente e BCG. Verificou-se pequena redução em relação a cobertura da vacina tríplice viral (-1,6). Relevante destacar a cobertura da vacina BCG que mostrou aumento da cobertura de 91,8% em 2016 para 95,4% em 2017, apesar de ter ocorrido o desabastecimento parcial deste imunobiológico durante todo o ano de 2017 e

que necessitou de estratégia para que fosse disponibilizado em unidades de referência nas gerências a fim de garantir o acesso e a otimização na utilização das doses, mesmo considerando esta condição adversa verificou-se o empenho de todas as equipes e serviços e obteve-se aumento da cobertura.

É fundamental destacar que no ano de 2017, a partir do mês de maio, foi gradativamente implantado o Sistema Informatizado de Imunobiológicos (SI-PNI Web). Esta ferramenta trouxe benefícios para o correto registro das doses, segurança para o usuário e facilidade de acesso às informações. Em setembro de 2017, todas as unidades de saúde da atenção primária passaram a utilizar o SI-PNI como o sistema de registro das imunizações e as doses aplicadas puderam ser registradas e contabilizadas em tempo real. Antes disso os dados referentes às doses administradas pelas US, eram registrados por meio de duas plataformas diferentes: SIPNI e APIWEB.

Diferente do SIPNI desktop que apresentava instabilidade constante, impossibilitando muitas vezes os registros do vacinado no momento da vacinação, impactando negativamente na cobertura vacinal, o SI-PNI Web tem mostrado um bom funcionamento, com poucos momentos de instabilidade.

Acredita-se que os dados referentes à cobertura vacinal de 2018 trarão maior confiabilidade, possivelmente melhorando a cobertura vacinal da cidade, visto que todas as unidades de saúde estão utilizando o sistema SI-PNI Web plenamente.

Destaca-se também a qualificação da rede de frio em 2017, com a instalação em todas as unidades de saúde de câmaras de conservação de vacinas trazendo avanço na qualidade e segurança para imunobiológicos oferecidos pelos serviços de saúde do município.

A próxima etapa, prevista para o ano de 2018, será qualificar o registro das informações no SI-PNI oferecendo capacitações e atualizações para a utilização do sistema, além de implantar o sistema informatizado nos hospitais e clínicas privadas.

Programa de Saúde na Escolar - PSE

A pactuação PSE ocorreu em junho de 2017, no entanto, as reuniões com representantes de cada GD e as do GTIM (Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal SMS, SMED, SES e SEDUC) seguiram mensalmente durante o ano. A partir do segundo quadrimestre foram desenvolvidas com foco nas ações e metas da pactuação do PSE .

Avaliação Antropométrica – PSE

Meta 3. Realizar avaliação antropométrica em 22% dos alunos das escolas públicas de Educação Infantil e de Ensino Fundamental pactuadas no Programa Saúde na Escola.

Tabela 308 - Avaliação antropométrica em alunos das escolas públicas do ensino infantil e fundamental, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Nº de Alunos Pactuados | | % de Atendimento | | |
|--------------------|------------------------|--------|------------------|------|----------|
| | | | Ano | | Variação |
| | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | |
| Centro | 5.974 | 5.974 | 2,19 | 24,2 | -90,95 |
| GCC | 13.493 | 13.493 | 51,49 | 33,5 | 53,70 |
| LENO | 15.832 | 15.832 | 18,70 | 19,9 | -6,03 |
| NEB | 16.982 | 16.982 | 11,80 | 19,1 | -38,22 |
| NHNI | 9.979 | 9.979 | 50,85 | 21,4 | 137,61 |
| PLP | 16.810 | 16.810 | 21,08 | 35,8 | -41,12 |
| RES | 7.929 | 7.929 | 25,67 | 45,9 | -44,07 |
| SCS | 11.980 | 11.980 | 29,06 | 35,7 | -18,60 |
| Porto Alegre | 98.979 | 98.979 | 22,49 | 28,5 | -21,09 |

FONTE: Relatório da Saúde Escolar/FORMSUS e GoogleForms - Relatório da Saúde Escolar/FORMSUS.

No decorrer do ano de 2017, a meta estabelecida para avaliação antropométrica (22%) foi atingida. Observa-se que muitas GDs obtiveram um percentual de atendimento menor, quando comparado ao ano anterior; apenas a GD GCC e NHNI aumentaram o percentual de atendimento dos alunos pactuados.

Tabela 309- Antropometria na escola Indígena do povo Kaingang em Porto Alegre, entre os anos 2017 e 2016

| Atividade | Nº de alunos pactuados | | Realizado | |
|---|------------------------|------|-----------|------|
| | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 |
| Realizar avaliação antropométrica em alunos Escola Indígena Bilíngüe Fág Nhin-Lomba do Pinheiro | 45 | 45 | 45 | 27 |
| Realizar avaliação antropométrica em alunos Escola Indígena Bilíngüe Tupe Pen-Morro do Osso | 41 | 41 | 22 | 12 |

FONTE: Relatório da Saúde Escolar/FORMSUS e GoogleForms

As avaliações antropométricas realizadas nos alunos das duas escolas indígenas pactuadas no PSE, localizadas na área de abrangência da GD PLP, apresentaram resultados positivos, destacando-se a Escola Bilíngüe Fág Nhiqua que atingiu 100% dos alunos pactuados.

Na escola indígena Tupe Pen, verifica-se uma distorção entre o número de alunos indígenas pactuados e de alunos indígenas efetivamente frequentando essa escola. Essa situação se deve ao fato de haver grande mobilidade dos indígenas entre as aldeias, o que acarreta a discrepância entre o número de alunos indígenas. Muitas vezes os alunos indígenas frequentam escolas indígenas do interior do estado do Rio Grande do Sul e seus registros demoram a serem efetivados, devido ao tempo de espera para verificar se haverá uma permanência ou não das famílias na aldeia onde se situa a nova escola. Cabe ressaltar que essa pactuação será reavaliada junto ao MS, pois verificou-se que o quantitativo pactuado não reflete o número real dos alunos da escola. Esta informação também se refere à ação de acuidade visual.

Tabela 310- Antropometria com alterações (sobrepeso e obesidade), entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | | | | | | |
|--------------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2017 | | | 2016 | | | Variação | |
| | Total de antropometrias | % Sobrepeso | % Obesidade | Total de antropometrias | % Sobrepeso | % Obesidade | % Sobrepeso | % Obesidade |
| Centro | 131 | 24,42 | 19,84 | 1455 | 19,3 | 14,4 | 26,53 | 37,78 |
| GCC | 6.948 | 14,34 | 15,31 | 4690 | 17,8 | 14,6 | -19,44 | 4,86 |
| LENO | 2.962 | 14,98 | 13,2 | 3134 | 14,5 | 10,3 | 3,31 | 28,16 |
| NEB | 2.004 | 20,35 | 13,22 | 3874 | 16,2 | 11,7 | 25,62 | 12,99 |
| NHNI | 5.075 | 15,13 | 9,6 | 2289 | 19,3 | 17,2 | -21,61 | -44,19 |
| PLP | 3.545 | 10,69 | 9,05 | 6143 | 13,6 | 10 | -21,40 | -9,50 |
| RES | 2.036 | 15,66 | 16,55 | 3557 | 11,4 | 10,3 | 37,37 | 60,68 |
| SCS | 3.482 | 17,60 | 13,49 | 4340 | 20 | 19,3 | -12 | -30,10 |
| Porto Alegre | 26.183 | 15,12 | 13,97 | 29.482 | 16,1 | 13,2 | -6,08 | 5,83 |

FONTE: Relatório da Saúde Escolar/FORMSUS e GoogleForms

Observa-se que o percentual de obesidade e de sobrepeso vem crescendo em determinadas GDs. Sabe-se que a obesidade é fator determinante para o desenvolvimento de outras doenças; portanto, é de suma importância a realização de ações educativas, de promoção e prevenção dirigidas para a comunidade escolar.

Neste sentido, a partir das atividades e encaminhamentos realizados pelos profissionais no âmbito do PSE, em parceria com a Política da Saúde Nutricional, estão sendo reestruturadas e reorganizadas as atividades dirigidas à comunidade escolar como um todo, bem como organizada a continuidade de cuidado e o monitoramento daqueles alunos para os quais se identifique necessidade de acompanhamento individualizado.

Triagem Visual – PSE

Meta 4. Realizar triagem da acuidade visual em 22% dos alunos das escolas públicas de Ensino Fundamental pactuadas no Programa Saúde na Escola.

A meta da triagem de 22% foi atingida. No entanto, o percentual de atendimento foi menor que o ano anterior. Essa diminuição é significativa nas GDs PLP, NEB, RES, SCS e principalmente na GD Centro.

Tabela 311- Triagem da acuidade visual em alunos das escolas públicas do ensino fundamental, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Nº de Alunos Pactuados | | % de Atendimento | | |
|--------------------|------------------------|--------|------------------|------|---------|
| | | | Ano | | |
| | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | Varição |
| Centro | 5.974 | 5974 | 2,94 | 17,5 | -83,20 |
| GCC | 13.493 | 13493 | 52,48 | 35,7 | 47,0 |
| LENO | 15.832 | 15832 | 23,5 | 22,0 | 6,82 |
| NEB | 16.982 | 16982 | 18,42 | 27,8 | -33,74 |
| NHNI | 9.979 | 9979 | 38,55 | 30,0 | 28,50 |
| PLP | 16.810 | 16810 | 27,04 | 43,5 | -37,84 |
| RES | 7.929 | 7929 | 20,8 | 50,5 | -58,81 |
| SCS | 11.980 | 11980 | 21,89 | 33,4 | 34,46 |
| Porto Alegre | 98.979 | 98.979 | 27,0 | 33,1 | -18,42 |

FONTE: Relatório da Saúde Escolar/FORMSUS e GoogleForms

A descontinuidade do atendimento realizado pelo Consultório Itinerante, devido a reavaliação da Portaria por parte do MS no terceiro quadrimestre de 2017, foi fator determinante para este decréscimo.

O Consultório Itinerante é uma parceria entre SMS, SMED, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

e Universidade Federal do Rio Grande do Sul e tem como objetivo ofertar atendimentos odontológicos e oftalmológicos a crianças e adolescentes das escolas pactuadas no PSE.

Além da interrupção do atendimento pelo consultório Itinerante, tivemos a descontinuidade do Programa Porto Olhar Alegre, a partir do segundo quadrimestre de 2017. A expectativa é que no segundo quadrimestre de 2018 retorne o fornecimento de óculos através da repactuação com o programa.

Tabela 312- Projeto Porto Olhar Alegre – Fornecimento de óculos, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | | | | |
|--------------------|------|-------|------|------|----------|--------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Nº | % | Nº | % | | % |
| Centro | 6 | 4,88 | 29 | 3,99 | -23 | 22,31 |
| GCC | 7 | 5,69 | 51 | 7,01 | -44 | -18,83 |
| LENO | 30 | 24,39 | 92 | 12,6 | -62 | 93,57 |
| NEB | 11 | 8,84 | 34 | 4,68 | -23 | 88,89 |
| NHNI | 10 | 8,13 | 43 | 5,92 | -33 | 37,33 |
| PLP | 52 | 42,28 | 416 | 57,3 | -364 | -26,21 |
| RES | 5 | 4,07 | 38 | 5,23 | -33 | -22,18 |
| SCS | 2 | 1,63 | 24 | 3,3 | -22 | -50,61 |
| Total | 123 | 100 | 727 | 100 | -604 | 0,00 |

FONTE: ATCA/SMS

Em 2017, foram entregues 123 óculos, no primeiro quadrimestre, pela descontinuidade do Programa Porto Olhar Alegre a partir do segundo quadrimestre.

Tabela 313- Triagem de acuidade visual na escola Indígena do povo Kaingang

| Ação | Nº de alunos pactuados | | Realizado | |
|--|------------------------|------|-----------|------|
| | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 |
| Realizar triagem de acuidade visual em alunos Escola Indígena Bilíngüe Fág Nhin- Lomba do Pinheiro | 45 | 36 | 45 | 27 |
| Realizar triagem de acuidade visual em alunos Escola Indígena Bilíngüe Tupe Pen- Morro do Osso | 41 | 41 | 22 | 12 |

FONTE: Relatório da Saúde Escolar/FORMSUS e GoogleForms

A triagem visual realizada nessas escolas apresenta um resultado positivo, destacando a Escola Indígena Bilíngüe Fág Nhin- Lomba do Pinheiro onde 100% dos alunos pactuados foram avaliados.

Saúde Bucal – PSE

Meta 15. Realizar atividades educativas em saúde bucal em 35% dos alunos das escolas de Educação Infantil e de Ensino Fundamental pactuadas no Programa Saúde na Escola.

Tabela 314- Percentual de escolares cobertos por atividades educativas em saúde bucal no Programa Saúde na Escola, por Gerência Distrital.

| Gerência Distrital | Nº de Alunos Pactuados | | % de Atendimento | | |
|--------------------|------------------------|--------|------------------|-------|---------|
| | | | Ano | | |
| | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | Varição |
| Centro | 5.974 | 6.515 | 5,82 | 19,14 | -69,6 |
| GCC | 13.493 | 12.952 | 11,36 | 26,61 | -57,30 |
| LENO | 15.832 | 15.832 | 19,25 | 34,38 | -44,01 |
| NEB | 16.982 | 16.982 | 14,53 | 35,54 | -59,12 |
| NHNI | 9.979 | 9.979 | 18,29 | 26,22 | -30,24 |
| PLP | 16.810 | 16.810 | 27,07 | 38,91 | -30,43 |
| RES | 7.929 | 7.929 | 13,99 | 15,46 | -9,51 |
| SCS | 11.980 | 11.980 | 42,75 | 44,91 | -4,81 |
| Porto Alegre | 98.979 | 98.979 | 20,21 | 32,26 | -37,35 |

FONTE: Relatório da Saúde Escolar/FORMSUS e GoogleForms

No ano de 2017 foi atingido somente 57,74% do cumprimento da meta estabelecida, quando comparados os dados de 2016 e 2017, observa-se uma variação negativa de 37,35%. Observa-se uma queda dessa atividade em todas as GDs, mais significativamente na GD Centro.

Preconiza-se que as atividades educativas em saúde bucal sejam incorporadas ao processo de trabalho das equipes de saúde nas ações do PSE. As ações em saúde bucal estão sendo reorganizadas, visando a otimização das competências das diversas categorias envolvidas (profissionais técnicos, auxiliares, residentes), bem como está sendo reestruturado o grupo de estagiários vinculados no PSE, a fim de apoiar adequadamente as unidades de saúde na realização desta e das demais ações

Tabela 315- Percentual de escolares cobertos por escovação dental supervisionada, no PSE, por Gerência Distrital

| Gerência Distrital | Nº de Alunos Pactuados | | % de Atendimento | | |
|--------------------|------------------------|--------|------------------|-------|---------|
| | | | Ano | | |
| | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | Varição |
| Centro | 5.974 | 6.515 | 1,2 | 5,60 | -78,57 |
| GCC | 13.493 | 12.952 | 17,82 | 32,10 | -44,49 |
| LENO | 15.832 | 15.832 | 22,95 | 49,41 | -53,55 |
| NEB | 16.982 | 16.982 | 14,24 | 33,45 | -57,43 |
| NHNI | 9.979 | 9.979 | 20,12 | 24,01 | -16,20 |
| PLP | 16.810 | 16.810 | 29,42 | 30,73 | -4,26 |
| RES | 7.929 | 7.929 | 7,8 | 5,56 | 40,29 |
| SCS | 11.980 | 11.980 | 8,19 | 22,59 | -63,75 |
| Porto Alegre | 98.979 | 98.979 | 19,38 | 29,03 | -33,17 |

FONTE: Relatório da Saúde Escolar/FORMSUS e GoogleForms

Observa-se uma queda na atividade de escovação dental supervisionada ao longo de 2017, sendo que 19.190 dos alunos pactuados participaram dessa atividade. Da mesma forma que a atividade educativa, a escovação dental supervisionada também está em processo de avaliação pelos profissionais dentistas; preconiza-se que essa ação seja realizada pelos mesmos profissionais que realizam ações educativas; apenas a avaliação em saúde bucal deverá ser realizada pelo profissional de nível superior. Podemos ainda vincular essas quedas na produtividade aos eventos que ocorreram nos serviços públicos durante o ano.

Tabela 316- Percentual de escolares que receberam avaliação de saúde bucal, no Programa Saúde na Escola, por Gerência Distrital

| Gerência Distrital | Nº de Alunos Pactuados | | % de Atendimento | | |
|--------------------|------------------------|--------|------------------|-------|---------|
| | | | Ano | | |
| | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | Varição |
| Centro | 5974 | 6.515 | 5,82 | 17,10 | -65,96 |
| GCC | 13493 | 12.952 | 11,36 | 29,94 | -62,05 |
| LENO | 15832 | 15.832 | 19,25 | 49,22 | -60,89 |
| NEB | 16982 | 16.982 | 14,53 | 32,19 | -54,86 |
| NHNI | 9979 | 9.979 | 18,29 | 19,73 | -7,29 |
| PLP | 16810 | 16.810 | 27,07 | 41,53 | -34,81 |
| RES | 7929 | 7.929 | 13,99 | 12,49 | 12,01 |
| SCS | 11980 | 11.980 | 42,75 | 40,81 | 4,75 |
| Porto Alegre | 98979 | 98.979 | 28,27 | 33,42 | -15,41 |

FONTE: Relatório da Saúde Escolar/FORMSUS e GoogleForms

No ano de 2017, 27.989 alunos receberam avaliação em saúde bucal. Tivemos um decréscimo no quantitativo de atendimentos em relação ao ano anterior, sendo que o mesmo foi mais significativo na GD Centro, GCC, LENO e PLP. Serão tomadas medidas no sentido de promover a reestruturação e melhorias desta ação no âmbito do PSE.

Galera Curtição – PSE

O projeto Galera Curtição faz parte do componente II do PSE, relativo à promoção à saúde e prevenção de IST, HIV/ Aids, uso abusivo de álcool e outras, racismo e violência. Este ano houve a participação de 40 escolas de ensino fundamental, sendo 24 escolas municipais e 19 estaduais, envolvendo diretamente cerca de 3525 estudantes e 176 professores.

Na edição do ano de 2017, foram realizadas formações de professores / as e profissionais de saúde e jovens multiplicadores/ as nas temáticas concernentes a cada tarefa lançada. As formações de professores/ as e profissionais de saúde visaram ao apoio técnico e metodológico para a execução das tarefas nas escolas e, à medida do possível, nas unidades de saúde e contaram com a participação de 46 professores/ as e 14 profissionais de saúde. As oficinas de formação de professores/ as contaram com a parceria da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) quanto à disponibilização de espaço físico e, mais especificamente, com o grupo de estudos EGSS - Estudos em Gênero, Sexualidade e Saúde, cujos componentes mediarão a oficina sobre gênero.

Quanto às tarefas realizadas pelos participantes, foram abordados os seguintes temas: Discriminação /preconceitos/ violência, com os objetivos de refletir sobre situações em que os adolescentes são expostos a violências individuais, sociais e institucionais no cotidiano, nos espaços públicos e na escola e discutir alternativas para diminuição da violência e comportamentos violentos nas escolas; infecções sexualmente transmissíveis (IST) e prevenção combinada contra o HIV e uso abusivo de álcool e outras drogas /prevenção /redução de danos, discutindo as diferentes motivações para o uso de drogas, seus fatores de risco e formas de prevenção, analisar o conceito de redução de danos e realizar um exercício de aplicação dessa estratégia no cotidiano dos adolescentes, despertarem a capacidade criativa dos adolescentes e jovens para elaboração de propostas de prevenção ao uso de drogas, baseado no reforço dos fatores de proteção e problematizar com os adolescentes a relação entre o uso abusivo de álcool e outras drogas e vulnerabilidade para IST.

No final do ano, a partir de demandas surgidas ao longo da execução do projeto (como destaque, a automutilação) em algumas escolas, contamos com o apoio técnico da equipe de Saúde Mental, a qual, provavelmente será parceira no planejamento de tarefas, capacitações para profissionais de saúde e professores (as) e suporte aos alunos (as) em 2018.

Transmissão Vertical do HIV (TVHIV)

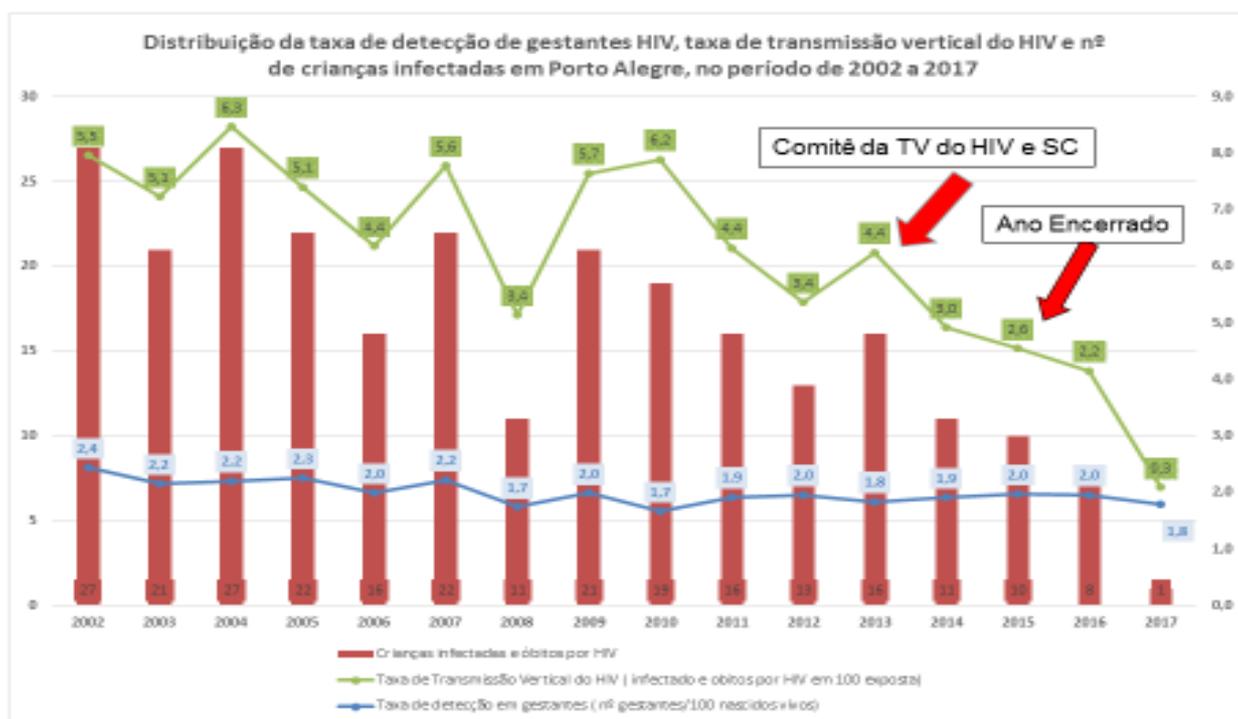
Meta 6 - Reduzir para índices iguais ou menores que 2,5% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor/etnia.

Tabela 317– Taxa de Transmissão Vertical do HIV em Porto Alegre 2002 a 2017

| Ano | Nº absoluto de crianças infectadas e óbitos por HIV | Taxa de Transmissão Vertical do HIV (infectado e óbitos por HIV em 100 expostas) % |
|------|---|--|
| 2002 | 27 | 5,5 |
| 2003 | 21 | 5,1 |
| 2004 | 27 | 6,3 |
| 2005 | 22 | 5,1 |
| 2006 | 16 | 4,4 |
| 2007 | 22 | 5,6 |
| 2008 | 11 | 3,4 |
| 2009 | 21 | 5,7 |
| 2010 | 19 | 6,2 |
| 2011 | 16 | 4,4 |
| 2012 | 13 | 3,4 |
| 2013 | 16 | 4,4 |
| 2014 | 11 | 3,0 |
| 2015 | 10 | 2,6* |
| 2016 | 8 | 2,0 |
| 2017 | 1 | 1,8 |

FONTE:SINANW/EVDT/CGVS/SMS/PA- Dados atualizados em 08/02/2018. * taxa da TV 2015 encerrada em 2017.

Gráfico 18- Série histórica da transmissão Vertical do HIV em Porto Alegre



Fonte: SINANW/EVDT/CGVS/SMS/PA.
**Dados SINANW captados 08/02/2018

FONTE: SINANW/EVDT/CGVS/SMS/PA. 08/02/2018.

O índice alcançado no ano de 2017, referente aos nascidos vivos de 2015, foi de 2,6%, ficando, portanto, muito próximo da meta proposta.

Destaca-se que total de crianças nascidas vivas expostas ao HIV desde o ano de 2002 foi de 6.102, com 236 (3,9%) crianças que se infectaram e 25 (0,4%) com óbito relacionado ao HIV, resultando em uma taxa de transmissão vertical, no período, de 4,3%. A análise anual abaixo mostra a tendência de redução da TVHIV, chegando, na coorte de crianças nascidas no ano de 2015, cujo encerramento da exposição ocorreu em 2017, a uma taxa de 2,6%, com 9 crianças infectadas e 1 óbito relacionado ao HIV.

As nascidas em 2016 e 2017 ainda estão em acompanhamento. Importante ressaltar que, no ano de 2017, foi realizado o Monitoramento da GD GCC e um resgate de casos em aberto em toda a cidade, sendo resgatados 448 casos reduzindo a perda da coorte de 2002 a 2017 em 36%.

Tabela 318- Taxa de transmissão Vertical do HIV por gerência de saúde de Porto Alegre

| Gerência Distrital | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------------------------|
| Centro | (0/19) *100=0% | (0/25) *100=0% | (0/19) *100=0% | (0/32) *100=0% |
| NHNI | (0/38) *100=0% | (1/33) *100=3% | (2/37) *100=5,5% | (5/43) *100=11,6% |
| NEB | (1/41) *100=2,4% | (3/45) *100=6,7% | (0/53) *100=0% | (0/45) *100=0% |
| LENO | (1/56) *100=1,8% | (1,/62) *100=1,6% | (3/52) *100=5,8% | (0/44) *100=0% |
| GCC | (4/41) *100=9,7% | (2/44) *100=4,5% | (1/65) *100=1,5% | (2/54) *100=3,7% (caso gemelar) |
| SCS | (1/39) *100=2,6% | (4/42) *100=9,5% | (0/34) *100=0% | (0/44) *100=0% |
| PLP | (5/60) *100=8,3% | (4/62) *100=6,5% | (3/61) *100=4,9% | (1/67) *100=1,5% |
| RES | (1/43) *100=2,3% | (1/39) *100=2,5% | (2/36) *100=5,5% | (0/26) *100=5,5% |
| PORTO ALEGRE | (13/382) *100=3,4% | (16/363) *100=4,4% | (11/367) *100=3,0% | (10/389) *100=2,6% |

FONTE: SINANW/EVDT/CGVS/SMS/PA. 08/02/2018.

Obs. Revisado todos os anos em virtude do resgate de casos realizado com o ESUS. Atualizado em 08/02/2018

Em 2012 foram 45 gestantes sem endereço com condições de identificar gerência.

Em 2013 foram 11 gestantes sem endereço com condições de identificar gerência

Em 2014 foram 10 gestantes sem endereço com condições de identificar gerência

Em 2015 foram 26 gestantes sem endereço com condições de identificar gerência e 2 crianças infectadas de moradoras de rua.

Na análise da taxa de TV do HIV por GD mostra que a taxa de transmissão vertical não é homogênea no território de Porto Alegre e se percebe que as GD PLP, RES e GCC mantêm as taxas maiores nos últimos anos. Contudo preocupa o aumento ao longo dos quatro anos da GD NHNI.

Tabela 319- Número de crianças expostas ao HIV no parto, nº absoluto, por raça/cor/etnia, entre os anos 2017 e 2016

| Crianças Expostas ao HIV no parto segundo raça/cor/etnia | Meta SISPACTO | Anual | | |
|--|-----------------------|-------|------------|------------|
| | | 2017 | 2016 | Varição |
| Casos expostos | Branca | 180 | 170 | -5,88 |
| | Negra (Preta + Parda) | 164 | 159 | 3,14 |
| | Amarela | 1 | 1 | 0 |
| | Indígena | 0 | 0 | 0 |
| | Ignorado | 22 | 28 | -21,43 |
| | Total | | 367 | 348 |

FONTE: EVDT/ CGVS/SMS/SINAN. Dados atualizados

Na tabela acima, consta o número de crianças nascidas vivas de mães HIV+. Foi um total de 367 em 2017 e 348 em 2016. Destaca-se que a variação de um ano para outro não foi significativa. Além disso, a redução nos casos ignorados em mais de 20% pressupõe uma melhora na qualidade e preenchimento das informações nas fichas de notificação.

Tabela 320– Distribuição de casos de partos de Gestantes HIV por Gerência de Distrital, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência | Ano | | |
|----------|------|-------------|------------|
| | 2017 | 2016 | Variação % |
| Centro | 24 | 23 | 4,35 |
| LENO | 36 | 58 | -37,93 |
| NEB | 54 | 58 | -6,9 |
| NHNI | 36 | 39 | -7,69 |
| GCC | 55 | 50 | 10 |
| RES | 49 | 41 | 19,51 |
| SCS | 40 | 39 | 2,56 |
| PLP | 65 | 63 | 3,17 |
| Total | 382 | 398= 371+27 | -4,02 |

FONTE: EVDT/ CGVS/SMS/SINAN. Atualizado em 08/02/2018.

Em 2016 foram 27 gestantes sem endereço com condições de identificar gerência. Em 2017 foram 23 gestantes sem endereço com condições de identificar gerência.

De 2002 a 2017 foram acompanhadas 6476 gestações de mulheres com HIV, 251(4%) resultaram em aborto e 123 (1%) com natimortos. A média de gestações HIV/ano é de 405 com um desvio padrão de 42 no período de 2002 a 2017.

Alguns partos do ano de 2017 realizados no mês de dezembro ainda podem ser inseridos no sistema de informação, contudo a tabela acima mostra pouca variabilidade nas gerências distritais e nos anos de 2016 e 2017 dos partos. No entanto, destaca-se uma redução considerável nos casos na GD LENO quando comparada com as demais GDs.

Tabela 321- Demonstrativo do nº de partos realizados em Gestante HIV, por raça/cor/etnia e gerência, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|------|-----|-----|---|-------|------|-----|-----|---|-------|------------|--------|--------|------|--------|
| | 2017 | | | | | 2016 | | | | | Variação % | | | | |
| | Ig | B | N | A | Total | Ig | B | N | A | Total | Ig | B | N | A | Total |
| Centro | 2 | 16 | 6 | 0 | 24 | 3 | 14 | 6 | 0 | 23 | -33,33 | 14,29 | 0 | 0 | 4,35 |
| GCC | 2 | 24 | 29 | 0 | 55 | 2 | 24 | 24 | 0 | 50 | 0 | 0 | 20,83 | 0 | 10 |
| LENO | 2 | 15 | 19 | 0 | 36 | 2 | 28 | 28 | 0 | 58 | 0 | 87,5 | -32,14 | 0 | -37,93 |
| NEB | 0 | 37 | 17 | 0 | 54 | 2 | 34 | 21 | 1 | 58 | -100 | 8,82 | -19,05 | -100 | -6,9 |
| NHNI | 1 | 21 | 13 | 1 | 36 | 2 | 19 | 18 | 0 | 39 | -50 | 10,53 | -27,7 | 0 | -7,69 |
| PLP | 6 | 29 | 30 | 0 | 65 | 4 | 26 | 33 | 0 | 63 | 50 | 11,54 | -9,09 | 0 | 3,17 |
| RES | 2 | 18 | 29 | 0 | 49 | 5 | 14 | 21 | 0 | 41 | -60 | 28,57 | 38,1 | 0 | -78,1 |
| SCS | 3 | 22 | 15 | 0 | 40 | 3 | 27 | 9 | 0 | 39 | 0 | -18,52 | 66,6 | 0 | 2,56 |
| Total | 20 | 192 | 169 | 1 | 382 | 24 | 195 | 177 | 1 | 398* | -16,6 | -1,54 | -4,52 | -100 | -4,02 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN.

Ig. – ignorado, B – Branca, N – Negra, A- Amarela . * Em 2016 foram 27 gestantes sem endereço sem condições de identificar gerência.

Não foi incluída a coluna Indígena, pois não houve casos de partos em gestante HIV indígena. Destaca-se o aumento do número de casos de gestantes HIV negras nas GD GCC, RES e SCS em relação ao ano de 2016.

Em uma análise histórica, mostrada na tabela abaixo, se percebe que 40% de partos realizados em gestantes HIV são da raça/cor negra. Este dado é preocupante uma vez que a raça negra representa apenas 20% da população geral de Porto Alegre de acordo com o último censo do IBGE.

Tabela 322- Distribuição por raça/cor de gestante HIV residentes em Porto Alegre no período de 2002 a 2017

| Ano do parto | Ign/Branco | B | %Branca | Preta | Parda | N (Preta e Parda) | %Negra | A | In |
|--------------|------------|-------|---------|-------|-------|----------------------|--------|----|----|
| 2002 | 10 | 273 | 53,7 | 160 | 59 | 219 | 43,11 | 4 | 2 |
| 2003 | 16 | 237 | 56,0 | 124 | 44 | 168 | 39,72 | 0 | 2 |
| 2004 | 9 | 257 | 57,5 | 136 | 41 | 177 | 39,60 | 2 | 2 |
| 2005 | 2 | 253 | 57,1 | 138 | 43 | 181 | 40,86 | 3 | 4 |
| 2006 | 6 | 201 | 54,3 | 126 | 35 | 161 | 43,51 | 0 | 2 |
| 2007 | 6 | 250 | 60,2 | 108 | 50 | 158 | 38,07 | 1 | 0 |
| 2008 | 7 | 205 | 57,1 | 122 | 25 | 147 | 40,95 | 0 | 0 |
| 2009 | 9 | 205 | 51,6 | 128 | 51 | 179 | 45,09 | 2 | 2 |
| 2010 | 8 | 177 | 55,3 | 87 | 46 | 133 | 41,56 | 1 | 1 |
| 2011 | 4 | 232 | 60,1 | 117 | 33 | 150 | 38,86 | 0 | 0 |
| 2012 | 17 | 233 | 56,3 | 122 | 41 | 163 | 39,37 | 1 | 0 |
| 2013 | 16 | 193 | 50,1 | 130 | 45 | 175 | 45,45 | 0 | 1 |
| 2014 | 26 | 206 | 51,8 | 113 | 48 | 161 | 40,45 | 5 | 0 |
| 2015 | 19 | 207 | 48,6 | 141 | 57 | 198 | 46,48 | 2 | 0 |
| 2016 | 25 | 195 | 49,0 | 114 | 63 | 177 | 44,47 | 1 | 0 |
| 2017 | 20 | 192 | 50,3 | 120 | 49 | 169 | 44,24 | 1 | 0 |
| Total | 200 | 3.516 | 54,3 | 1.986 | 730 | 2.716 | 41,97 | 23 | 16 |

FONTE: SINANW/EVDT/CGVS/SMS-POA. Atualizado em 08/02/2018.

Ig. – ignorado, B – Branca, N – Negra, A- Amarela e In – Indígena.

Tabela 323– Distribuição de casos de partos de Gestantes HIV, por faixa etária, entre os anos 2017 e 2016

| Faixa etária | Ano | | |
|--------------|------|------|-----------|
| | 2017 | 2016 | Varição % |
| 10-14 | 0 | 1 | -100 |
| 15-19 | 30 | 41 | -26,83 |
| 20-34 | 268 | 254 | 5,51 |
| 35-49 | 84 | 87 | -3,45 |
| 50 e mais | 0 | 0 | 0 |
| Total | 382 | 398* | -4,02 |

FONTE: EVDT/ CGVS/SMS/SINAN. Atualizado em 08/02/2018. .*Em 2016 foram 27 gestantes sem endereço sem condições de identificar gerência.

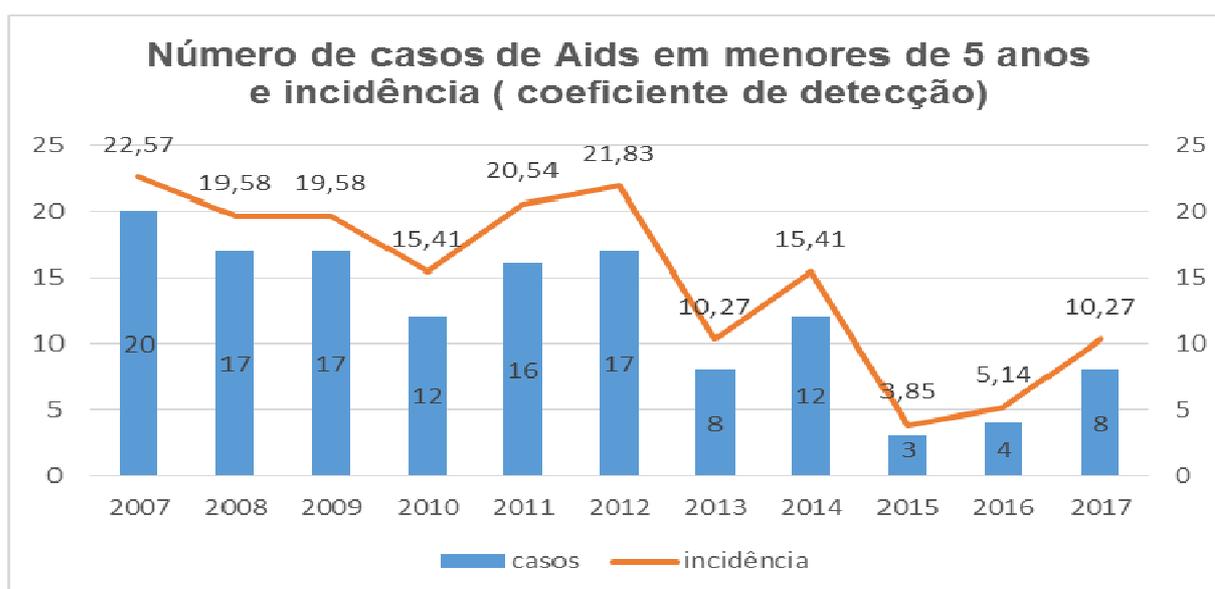
Partos ocorridos em 2017 ainda podem ser inseridos no sistema de informação. Observa-se redução no número de casos de partos em gestantes HIV entre adolescentes.

Tabela 324– Número de casos de AIDS em menores de 5 anos, entre os anos 2017 e 2016

| Taxa de incidência de AIDS menores de 5 anos de idade* SISPACTO | | Meta | Nº de casos | | |
|--|--|----------------------------------|-------------|------|-----------|
| | | | Ano | | |
| | | | 2017 | 2016 | Varição % |
| Casos | Nº de casos | 9/100.000 - esperados (Sispacto) | 8 | 4 | 100 |
| | *Incidência anual (casos/100.000 habitantes) | 11/100.000 | 10,27 | 5,14 | - |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET. Atualizado em 08/02/2018.

Gráfico 19– Distribuição de casos e incidência de aids em menores de 5 ano de Porto Alegre. Atualizado 08/02/2018.



FONTE: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET

Em uma análise histórica se percebe a importante diminuição da taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos. Contudo, no ano de 2016 há um aumento de caso em relação ao ano de 2015 e o número total de casos dobra no ano de 2017 em relação a 2016. É importante manter e aprimorar todos os esforços na diminuição da transmissão vertical do HIV.

Projeto NASCER

Tabela 325– Criança cadastrada no Projeto NASCER, entre os anos 2017 e 2016

| Total de crianças | Ano | | |
|-------------------|------|------|---------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| | 865 | 901 | -3,99 |

FONTE: Projeto NASCER.

O Projeto Nascido realiza a busca de todos os recém-nascidos expostos ao HIV/ AIDS, nascidos e residentes em Porto Alegre. Nesse processo, ocorrem mudanças de endereços para outros municípios, que podem ter ocasionado a queda do número de crianças inscritas do ano de 2017 comparado a 2016.

Tabela 326– Dispensação de Fórmulas Lácteas na Rede Atenção Primária, entre os anos 2017 e 2016

| Dispensação de Fórmulas Lácteas na RAP | Ano | | |
|--|--------|--------|---------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| | 31.345 | 33.292 | -5,84 |

FONTE: Projeto NASCER.

Foram dispensadas 3.1345 fórmulas lácteas na RAP em 2017, pois neste mesmo período tivemos um número menor de crianças inscritas comparadas ao ano de 2016, apresentando uma variação de -5,84%.

Tabela 327– Insumos para Prevenção da Transmissão Vertical

| Indicador | 2017 | 2016 | Varição |
|------------------------|--------|--------|---------|
| AZT - solução oral | 218 | 195 | 11,79 |
| AZT - injetável | 661 | 649 | 1,84 |
| Fórmulas lácteas | 2.027 | 2.290 | -11,48 |
| Inibidores de lactação | 756 | 378 | 100 |
| Teste rápido de HIV | 34.283 | 26.198 | 30,86 |

FONTE: Projeto NASCER

Em relação aos insumos referentes à transmissão vertical do HIV, percebemos um aumento do consumo, principalmente do inibidor de lactação, pois neste período fornecemos este insumo para instituições que não os retiram regularmente. Além disso, ocorreu uma diminuição na distribuição das

fórmulas lácteas nas maternidades, pois algumas parturientes deram à luz a fetos mortos.

Sífilis Congênita (SC)

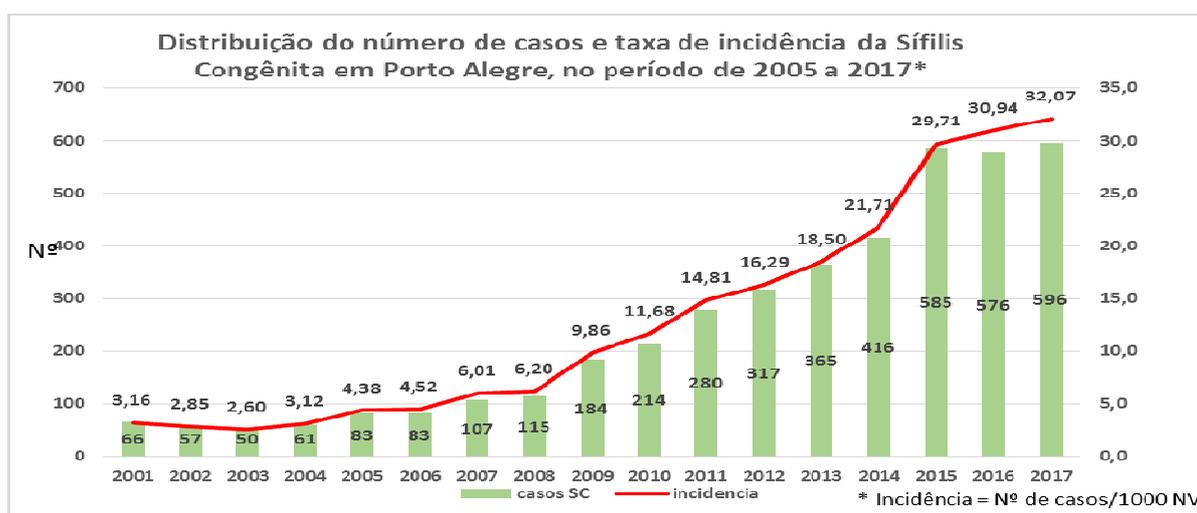
Meta 7. Reduzir a taxa de Incidência da sífilis congênita para 20/1000 nascidos vivos, com equidade segundo raça/cor/etnia.

Tabela 328- Série histórica do Nº de casos e taxa de incidência de Sífilis Congênita em Porto Alegre 2005 a 2017

| Ano | Nº Absoluto | Taxa |
|------|-------------|------|
| 2005 | 83 | 4,4 |
| 2006 | 83 | 4,5 |
| 2007 | 107 | 6,0 |
| 2008 | 115 | 6,2 |
| 2009 | 184 | 9,9 |
| 2010 | 214 | 11,7 |
| 2011 | 280 | 14,8 |
| 2012 | 317 | 16,3 |
| 2013 | 365 | 18,5 |
| 2014 | 416 | 21,7 |
| 2015 | 585 | 29,7 |
| 2016 | 576 | 30,9 |
| 2017 | 596 | 32,1 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Atualizado em 08/02/2018.

Gráfico 20- Série histórica do Nº de casos e taxa de incidência de Sífilis Congênita em Porto Alegre 2001 a 2017. Atualizado em 08/02/2018



FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

A incidência da SC mantém tendência de aumento ao longo dos últimos anos em Porto Alegre, especialmente após a mudança de definição de caso em 2007 e após a implantação de teste rápido que aumentou o diagnóstico de

sífilis em casos de aborto, sendo todo caso de aborto em gestante com sífilis não tratada considerado caso de sífilis congênita, conforme tabela abaixo.

Tabela 329- Classificação dos casos de Sífilis Congênita segundo ano de diagnóstico

| Ano Diagnóstico | Sífilis Congênita Recente | Sífilis Congênita tardia | Aborto | Natimorto | Total |
|------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------|------------------|--------------|
| 2007 | 105 | 0 | 1 | 1 | 107 |
| 2008 | 110 | 0 | 4 | 1 | 115 |
| 2009 | 176 | 0 | 7 | 1 | 184 |
| 2010 | 198 | 0 | 7 | 9 | 214 |
| 2011 | 263 | 0 | 13 | 4 | 280 |
| 2012 | 303 | 0 | 7 | 7 | 317 |
| 2013 | 351 | 0 | 13 | 1 | 365 |
| 2014 | 365 | 0 | 35 | 16 | 416 |
| 2015 | 488 | 1 | 77 | 19 | 585 |
| 2016 | 511 | 0 | 52 | 13 | 576 |
| 2017 | 514 | 0 | 64 | 18 | 596 |
| Total | 3.384 | 1 | 280 | 90 | 3.755 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Atualizado em 08/02/2018.

Tabela 330– Número de casos de Sífilis congênita em Nascidos Vivos, por Gerência Distrital e Raça/Cor/Etnia, entre os anos 2017 e 2016.

| Gerência Distrital | Ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|------|-----|-----|---|-----|-------|------|-----|-----|---|-----|-------|------------|--------|--------|-----|-----|-------|--------|
| | 2017 | | | | | | 2016 | | | | | | Variação % | | | | | | |
| | Ig. | B | N | A | In. | Total | Ig. | B | N | A | In. | Total | Ig. | B | N | A | In. | Total | |
| Centro | 12 | 13 | 8 | 0 | 0 | 33 | 9 | 10 | 8 | 0 | 0 | 27 | 33,33 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22,2 |
| LENO | 26 | 28 | 15 | 0 | 0 | 69 | 22 | 39 | 26 | 0 | 0 | 87 | 18,18 | -28,21 | -42,31 | 0 | 0 | 0 | -20,69 |
| NEB | 18 | 42 | 17 | 0 | 0 | 77 | 19 | 71 | 26 | 0 | 0 | 116 | -5,26 | -40,84 | -34,62 | 0 | 0 | 0 | -33,62 |
| NHNI | 8 | 31 | 13 | 0 | 0 | 52 | 9 | 22 | 11 | 0 | 0 | 42 | -11,11 | 40,91 | 18,18 | 0 | 0 | 0 | 23,81 |
| GCC | 17 | 39 | 36 | 0 | 0 | 92 | 13 | 25 | 27 | 0 | 0 | 65 | 30,77 | 56 | 33,33 | 0 | 0 | 0 | 41,54 |
| RES | 32 | 30 | 21 | 1 | 0 | 84 | 21 | 24 | 17 | 0 | 0 | 62 | 52,38 | 25 | 23,53 | 0 | 0 | 0 | 35,48 |
| SCS | 13 | 27 | 9 | 0 | 0 | 49 | 15 | 27 | 18 | 0 | 0 | 60 | -13,33 | 0 | -50 | 0 | 0 | 0 | 18,33 |
| PLP | 57 | 50 | 31 | 1 | 1 | 140 | 41 | 48 | 28 | 0 | 0 | 117 | 39,02 | 4,17 | 10,71 | 0 | 0 | 0 | 19,66 |
| Total | 182 | 260 | 150 | 2 | 1 | 596 | 149 | 266 | 161 | 0 | 0 | 576 | 22,15 | -2,26 | -6,83 | 100 | 0 | 0 | 3,47 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Ig. – ignorado, B – Branca, N – Negra, A- Amarela e In – Indígena.

Há uma grande variabilidade de casos de sífilis congênita em relação às GD e a raça/cor/etnia nos anos de 2017 e 2016. É importante monitorar os casos e avaliar em uma série histórica.

Tabela 331- Incidência de sífilis congênita no total de nascidos vivos e em nascidos vivos de raça/cor negra (preta/parda) em Porto Alegre

| Ano | Nascidos Vivos | | Casos Sífilis | | Incidência de Sífilis Congênita em Porto Alegre | |
|------|----------------|------------------|---------------|--------------|---|------------------------------|
| | N total | N raça/cor negra | N total | N raça negra | Casos/1.000NV Total | Casos/1.000NV raça/cor negra |
| 2007 | 17.809 | 3.547 | 107 | 46 | 6,01 | 12,97 |
| 2008 | 18.553 | 3.958 | 115 | 41 | 6,20 | 10,36 |
| 2009 | 18.665 | 4.085 | 184 | 72 | 9,86 | 17,63 |
| 2010 | 18.315 | 3.978 | 214 | 79 | 11,68 | 19,86 |
| 2011 | 18.907 | 4.524 | 280 | 95 | 14,81 | 21,00 |
| 2012 | 19.457 | 4.868 | 317 | 94 | 16,29 | 19,31 |
| 2013 | 19.730 | 4.982 | 365 | 112 | 18,50 | 22,48 |
| 2014 | 19.163 | 4.677 | 416 | 103 | 21,71 | 22,02 |
| 2015 | 19.688 | 4.948 | 585 | 128 | 29,71 | 25,87 |
| 2016 | 18.614 | 4.888 | 576 | 161 | 30,94 | 32,94 |
| 2017 | 18.444 | 5.093 | 596 | 150 | 32,02 | 29,45 |

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Atualizado em 08/02/2018.

Assim, para uma compreensão mais clara, a tabela acima apresenta a análise histórica com a incidência dos casos de sífilis congênita por raça/ cor. Observa-se que, no ano de 2016, há uma incidência maior de casos em nascidos vivos da raça negra do que a incidência da sífilis congênita geral de Porto Alegre. No ano de 2017 houve uma discreta redução, no entanto o índice segue elevado.

Esta análise aponta para a necessidade de ações mais específicas em parceria com as Políticas Públicas para Saúde da População Negra, principalmente naquelas GD que descrevem maior números de casos (PLP, GCC e RES), uma vez que possuem uma população negra local mais densa. Estudos que investiguem fatores locais, condições sanitárias, situação de vulnerabilidade, entre outros também são sugeridos para que ações de prevenção e promoção, nesta perspectiva, se façam mais efetivas.

Mortalidade Infantil

Meta 20. Manter o coeficiente de Mortalidade Infantil em menos de 10/1.000 nascidos vivos.

Tabela 332- Mortalidade Infantil (<1 ano) , entre os anos 2017 e 2016

| 2017 | | | 2016 | | | Variação |
|--------|-----|-----|--------|-----|-----|----------|
| SINASC | SIM | CMI | SINASC | SIM | CMI | |
| 18444 | 165 | 8,9 | 18614 | 166 | 8,9 | 0,0 |

FORNTE: SIM/ SINASC/ CGVS/ SMS/ PMPA- dados preliminares. Acesso dia 06/03/2018.

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

SIM - Sistema de Informações de Mortalidade.

CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos.

O CMI de 2017 foi de 8,9/1.00 nascidos vivos, semelhante ao coeficiente de 2016, que foi atualizado em relação aos dados informados no RAG de 2016. Existem ainda 3 óbitos ocorridos em 2016 e que estão em litígio com outros municípios do Rio Grande do Sul (Santo Antônio da Patrulha, Alvorada e Sapucaia do Sul) e 6 óbitos de 2017 (Alvorada(1), Viamão (2), Santa Maria(1), Sapucaia do Sul(1) e Três Coroas (1)), os esclarecimentos estão sendo realizados juntamente com a Secretaria Estadual da Saúde (SES) a fim de averiguar o correto local de residência da família, uma vez que muitas vezes o endereço informado é de Porto Alegre mas o domicílio é em outro município.

Reduzir a mortalidade de crianças é uma das principais metas das políticas para a infância em todos os países. Dentre as ações para a redução da Mortalidade Infantil, destaca-se a Vigilância do Óbito Infantil, uma vez que possibilita o reconhecimento dos fatores determinantes dos óbitos e a adoção de medidas de prevenção.

A SMS tem constituído o Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil que é responsável pelo monitoramento dos óbitos e divulgação dos dados relativos às causas dos óbitos em crianças menores de 5 anos de idade. Nas reuniões mensais do Comitê tem sido levantadas, por meio das discussões de caso, as circunstâncias da ocorrência dos óbitos possibilitando analisar os óbitos evitáveis e não evitáveis e propor qualificação nas dificuldades encontradas.

Tabela 333- Mortalidade Infantil (<1 A) por Gerência Distrital segundo raça/cor/etnia, entre os anos 2017 e 2016

| Gerência Distrital CMI | /1000 Nascidos Vivos | | Raça/Cor | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------------|------------|------------|------------|------------|----------|----------|------------|----------|----------|------------|-------------|-----------|--------------|-----------|----------|-------------|
| | | | Branca | | | Amarela | | | Indígena | | | Preta/Parda | | | Vazio | | |
| | 2017 | 2016 | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação | 2017 | 2016 | Variação |
| Centro | 2,8 | 7,6 | 7 | 13 | -46,2 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 5 | -100,0 | 0 | 0 | 0,0 |
| GCC | 6,6 | 9,3 | 6 | 10 | -40,0 | 0 | 1 | -100,0 | 0 | 0 | 0,0 | 7 | 6 | 16,7 | 0 | 1 | -100,0 |
| LENO | 10,1 | 12,0 | 12 | 12 | 0,0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0,0 | 6 | 9 | -33,3 | 1 | 3 | -66,7 |
| NEB | 13,2 | 12,3 | 21 | 22 | -4,5 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0,0 | 7 | 7 | 0,0 | 3 | 0 | 300,0 |
| NHNI | 12,1 | 6,9 | 19 | 12 | 58,3 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0,0 | 4 | 2 | 100,0 | 2 | 0 | 200,0 |
| PLP | 10,7 | 7,3 | 17 | 14 | 21,4 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0,0 | 6 | 4 | 50,0 | 3 | 0 | 300,0 |
| RES | 10,3 | 14,4 | 9 | 13 | -30,8 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0,0 | 5 | 6 | -16,7 | 0 | 0 | 0,0 |
| SCS | 8,7 | 7,8 | 15 | 11 | 36,4 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0,0 | 3 | 5 | -40,0 | 2 | 3 | -33,3 |
| Vazio | 5,6 | 3,9 | 8 | 6 | 33,3 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0,0 | 1 | 1 | 0,0 | 1 | 0 | 100,0 |
| Total | 8,9 | 8,9 | 114 | 113 | 0,9 | 0 | 1 | 0,0 | 0 | 0 | 0,0 | 39 | 45 | -13,3 | 12 | 7 | 71,4 |

FONTE: SIM/ SINASC/CGVS/SMS/PMPA. Dados de 2017 preliminares.

Analisando os resultados de 2017 por GD se verifica que os menores coeficientes foram verificados nas GDs Centro, GCC e SCS e os maiores nas GDs NEB e NHNI. Ressalta-se a melhora observada na GD Centro, GCC e RES que mostrou redução do coeficiente de 2016 para 2017. A GD NHNI verificou o maior aumento de 2016 para 2017, de 6,9/1.000 para 12.1/1.000.

Em relação a raça/cor/etnia verificou-se que não ocorreu nenhum óbito de criança indígena nos dois anos avaliados, como também não houve em 2017 óbitos de crianças de raça/cor amarela. Os óbitos ocorridos em crianças da raça/cor branca mostraram desempenho semelhante ao ano anterior e na raça/cor preta e parda verificou-se redução de óbitos de 45 para 39 de 2016 para 2017 respectivamente. Relevante destacar o aumento observado no número de DO que não contemplaram o quesito raça/cor. Neste sentido destaca-se a relevância de sensibilizar os profissionais que preenchem a DO para o pleno preenchimento dos campos, considerando sua importância para as análises em saúde.

Tabela 311 – Causas de óbitos em crianças menores de 5 anos de idade, por capítulo, no ano de 2017.

| Causas de óbitos/por Capítulo/ ANO 2017 | Faixa etária | | Total Geral |
|--|--------------|------------|-------------|
| | < 1 ano | 1 - 4 anos | |
| Capítulo | | | |
| 01) Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 7 | 4 | 11 |
| 02) Neoplasias | 0 | 3 | 3 |
| 03) Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários | 0 | 1 | 1 |
| 06) Doenças do sistema nervoso | 2 | 8 | 10 |
| 09) Doenças do aparelho circulatório | 1 | 4 | 5 |
| 10) Doenças do aparelho respiratório | 13 | 7 | 20 |
| 16) Afeções originadas no período perinatal | 90 | 0 | 90 |
| 17) Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas | 37 | 2 | 39 |
| 18) Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais | 8 | 0 | 8 |
| 20) Causas externas de mortalidade | 7 | 3 | 10 |
| Total Geral | 165 | 32 | 197 |

FONTE:SIM/CGVS/SMS/PMPA. Acesso em 06/03/2018. Dados preliminares.

Analisando as causas de óbitos infantis e suas causas, se identifica que a maior número de óbitos em menores de 1 ano, ocorreu por causas relacionadas às afecções originadas no período peri-natal (54,5%) , seguidas das malformações congênitas (22,4%) e das doenças do aparelho respiratório (7,9%). Para a idade de 1 a 4 anos as causas de óbito com maior prevalência foram as doenças do aparelho nervoso e respiratório. Destaque para os óbitos por causas externas que foram responsáveis por 10 óbitos em crianças de 0 a 4 anos.

Destaca-se que o Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal e Infantil da SMS avaliando as causas de óbito ocasionadas no período perinatal, identificou situações em que ficou evidente a necessidade de qualificação dos cuidados às gestantes de risco e juntamente com a CMCE e os integrantes da Rede Cegonha foram incluídos no GERCON os critérios para agendamento do pré-natal de alto risco e estão sendo revisadas as agendas de pré-natal de alto e o Protocolo de pré-natal.

Tabela 312 – Total de óbitos ocorridos nos Hospitais e Pronto Atendimentos de Porto Alegre em menores de 5 anos de idade e número (%) de retornos das fichas investigação do óbito, em 2017

| Estabelecimento | Total de óbitos | Retorno das fichas de investigação (n) | % |
|---|------------------------|---|-----------|
| Instituto de Cardilogia | 7 | 7 | 100,0 |
| Hospital de Clínicas | 19 | 19 | 100 |
| Hospital Nossa Senhora da Conceição | 26 | 22 | 85 |
| Hospital Fêmeina | 9 | 9 | 100 |
| Hospital Materno Infantil Presidente Vargas | 18 | 18 | 100 |
| Hospital Mãe Deus | 4 | 4 | 100 |
| Hospital Moinhos de Vento | 7 | 6 | 86 |
| Pronto Atendimento Zona Norte | 2 | 0 | 0 |
| Irmandade da Santa Casa/POA | 10 | 10 | 100 |
| Hospital da Criança Santo Antônio | 17 | 16 | 94 |
| Hospital São Lucas da PUC | 18 | 12 | 67 |
| Hospital Divina Providência | 2 | 2 | 100 |
| Hospital de Pronto Socorro | 1 | 1 | 100 |
| Hospital da Restinga | 1 | 0 | 0 |
| Hospital Vila Nova | 2 | 0 | 0 |
| PA Bom Jesus | 2 | 1 | 50 |
| PA Lomba do Pinheiro | 2 | 2 | 100 |
| PA Cruzeiro do Sul | 2 | 2 | 100 |
| Total Geral | 149 | 131 | 88 |

FONTE: CGVS/Eq.Eventos Vitais/Eq. Ações Específicas AT Criança/Rede Cegonha. Atualizado 06/03/18

* Nove óbitos ocorreram no domicílio.

As investigações dos óbitos permitem qualificar as informações relativas às circunstâncias nas quais estes óbitos ocorreram possibilitando uma análise crítica dos mesmos e possíveis intervenções para a evitabilidade, quando possível. A Portaria nº 72/2010, o MS estabeleceu que a vigilância do investigação do óbito fetal e infantil é obrigatória nos serviços de saúde públicos e privados. Sendo assim as instituições de saúde têm sido informadas da necessidade de realizar a investigação do óbito quando os mesmos ocorreram nas suas dependências. Verifica-se que em 2017 os serviços hospitalares e de pronto atendimento nos quais ocorreram óbitos em menores de 5 anos de idade retornaram as investigações em 88,0% dos casos. Este percentual é melhor que o observado em 2016 quando foi de 72,0%. As instituições tem sido frequentemente alertadas da importância de retornar as fichas, bem como que as mesmas sejam devolvidas com a qualidade necessária para elucidação do óbito. O Hospital São Lucas da PUC foi a instituição que mostrou o menor retorno das fichas de investigação e já foi alertado pelo Comitê da necessidade de qualificar as informações e retornar as fichas de investigação hospitalar.

Tabela 313 – Percentual de retorno das fichas de investigação dos óbitos em menores de 5 anos de idade por Gerência Distrital de saúde, em 2017

| Gerência Distrital | Total de óbitos | Fichas ambulatoriais (n) | % | Fichas domiciliares (n) | % |
|--------------------|-----------------|--------------------------|-----------|-------------------------|-----------|
| Centro | 8 | 3 | 38 | 25 | 20 |
| GCC | 12 | 6 | 50 | 6 | 50 |
| LENO | 20 | 16 | 80 | 16 | 80 |
| NEB | 38 | 25 | 66 | 25 | 66 |
| NHNI | 24 | 7 | 29 | 7 | 29 |
| PLP | 35 | 35 | 100 | 34 | 97 |
| RES | 21 | 17 | 81 | 17 | 81 |
| SCS | 19 | 15 | 79 | 17 | 89 |
| Ignorado | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total Geral | 179 | 124 | 69 | 147 | 82 |

FONTE: CGVS/Eq.Eventos Vitais/Eq. Ações Específicas AT Criança/Rede Cegonha. Atualizado 06/03/18

O retorno das investigações pelos serviços de saúde de atenção básica mostrou um percentual de retorno de 82,0%. A GD que mostrou o melhor desempenho em investigar os óbitos no domicílio e na Unidade de Saúde foi a GD PLP, seguida da SCS. Cabe ressaltar, no entanto o empenho que todas as equipes têm realizado no sentido de buscar as informações em relação ao óbito. Ressalta-se que observando os percentuais de investigação do ano de 2016, houve uma melhora importante no retorno das fichas ambulatoriais e domiciliares, naquele ano o retorno das fichas ambulatoriais foi de 47,0% e das fichas domiciliares foi de 51%.

O Comitê de prevenção do óbito tem realizado um trabalho conjunto com os representantes do Comitê nas gerências e tem sido monitoradas todas as investigações, de modo a facilitar as investigações e melhorar a comunicação com as unidades de saúde. Neste sentido o e-SUS tem sido uma importante ferramenta de acesso às informações ambulatoriais que permitem localizar usuários em outros territórios e elucidar os óbitos, facilitando e agilizando as investigações. Também foi construído o fluxo de investigação dos óbitos que instituiu as etapas a serem seguidas para os retornos das investigações evitando perdas de dados.

Para o ano de 2018 está prevista a qualificação do monitoramento dos óbitos, assim como a participação dos membros do Comitê nas equipes de monitoramento das gerências distritais a fim de fomentar a discussão das

causas dos óbitos em cada território e a reflexão sobre ações de prevenção ao óbito fetal e infantil.

Gestação na Adolescência

Tabela 334– Taxa de Gestação na Adolescência (10-19 anos), por Gerência Distrital

| Gerência | % Gravidez entre 10 - 19 anos | | |
|--------------|-------------------------------|------|---------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| Centro | 4,6 | 4,4 | 4,55 |
| LENO | 12,3 | 12,2 | 0,82 |
| NEB | 12,44 | 12,5 | -0,48 |
| NHNI | 7,8 | 6,8 | 14,71 |
| GCC | 12,1 | 13,2 | -8,33 |
| RES | 11,7 | 10,4 | 12,5 |
| SCS | 8,3 | 10,0 | -17,00 |
| PLP | 17,3 | 17,4 | -0,57 |
| Ignorado | 13,2 | 12,9 | 2,33 |
| Porto Alegre | 11,9 | 12,7 | -6,30 |

FONTE: CGVS/SM Dados atualizados em 05/03/2018

Com relação aos nascidos vivos nos anos de 2016 e 2017 ,Porto Alegre apresentou respectivamente 18.614 e 17.113, sendo que dessas gestações na mesma ordem 2.358 e 2.033 ocorreram com adolescentes entre 10 a 19 anos de idade.

A tabela acima demonstra percentual de Gravidez nessa faixa etária. A média tem se mantido nas GDs de forma constante, ressaltando somente a Gerencia SCS que apresenta uma variação negativa mais significativa. Ainda contamos com uma variação em estudo de ignorados que deverá ser avaliado.

Tabela 335- Taxa de gestação na adolescência (10-19 anos) por raça/cor/etnia, conforme IBGE e Gerência Distrital

| Gerência Distrital | % de Gestação na Adolescência (10-19 anos) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|-------|-------|------|-------|-------|------|-------|-------|------|------|-------|----------|--------|--------|-----|-------|--------|
| | 2017 | | | | | | 2016 | | | | | | Variação | | | | | |
| | Ig. | B | N | A | In. | Total | Ig. | B | N | A | In. | Total | Ig. | B | N | A | In. | Total |
| Centro | 0 | 5,13 | 4,09 | 0 | 0,04 | 4,6 | 0 | 5,52 | 2,84 | 0 | 0 | 4,4 | 0 | -7,60 | 44,01 | 0 | 0 | 4,54 |
| LENO | 0 | 11,37 | 13,85 | 0,04 | 0 | 12,29 | 0,04 | 11,46 | 13,47 | 0 | 0 | 12,21 | 0 | -0,79 | 2,82 | 0 | 0 | 0,65 |
| NEB | 0 | 12,47 | 12,02 | 0 | 0,14 | 12,44 | 0 | 13,35 | 11,39 | 0 | 0 | 12,5 | 0 | -6,59 | 5,53 | 0 | 0 | -0,48 |
| NHNI | 0 | 8,51 | 6,92 | 0 | 0 | 7,8 | 0 | 7,27 | 6,13 | 0,04 | 0 | 6,8 | 0 | 17,05 | 12,88 | 0 | 0 | 14,70 |
| GCC | 0 | 12,55 | 11,42 | 0 | 0,04 | 12,1 | 0 | 13,14 | 13,69 | 0 | 0,04 | 13,3 | 0 | -4,49 | -16,58 | 0 | 0 | -9,02 |
| RES | 0 | 11,12 | 12,39 | 0 | 0,024 | 11,7 | 0 | 10,48 | 9,52 | 0,04 | 0,29 | 10,4 | 0 | 6,10 | 18,22 | 0 | 91,72 | 12,5 |
| SCS | 0 | 8,93 | 7,53 | 0 | 0 | 8,3 | 0 | 11,32 | 7,55 | 0 | 0,04 | 9,9 | 0 | -21,11 | -0,26 | 0 | 0 | -16,16 |
| PLP | 0,09 | 17,52 | 17,01 | 0,04 | 0 | 17,31 | 0 | 16,57 | 19,49 | 0 | 0,04 | 5,7 | 0 | 5,42 | -12,72 | 0 | 0 | -1,87 |
| Ignorado | 0,04 | 11,96 | 14,82 | 0 | 0,09 | 13,23 | 0, | 10,83 | 15,88 | 0 | 0 | 12,7 | 0 | 10,43 | -6,67 | 0 | 0 | 4,17 |
| PortoAlegre | 0,14 | 58,38 | 40,48 | 0,24 | 0,59 | 100 | 0,04 | 60,64 | 38,71 | 0,08 | 0,42 | 100 | 0,084 | -3,72 | 4,57 | 200 | 40,47 | 0 |

FONTE:CGVS/SMS. - Ig. – ignorado, B – Branca, N – Negra, A - Amarela e In – Indígena. Dados atualizados em 05/03/2018

A tabela acima, trata do quesito raça/cor/etnia e demonstra variações tanto positivas como negativas, tendo a GD SCS uma redução significativa. Com relação a raça negra, observa-se a redução na GD GCC e um aumento significativo na GD Centro. O percentual de ignorados das usuárias quanto ao quesito de auto declaração raça/cor continua em destaque, sendo que em 2016 e 2017 a referência das gerências foi, respectivamente, 12,7 % e 13,23%, o que representa uma variação de 4,17. O quesito raça/cor demonstra que as adolescentes brancas tiveram uma diminuição de percentual de 3,72 com destaque a Gerencia SCS, já as negras ocorreu um aumento de 4,57, com exceção da GD GCC e PLP.

Conforme ação pactuada no PSE de Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS, esta sendo avaliada as ações referentes aos adolescentes, com intuito de aproximar os adolescentes aos serviços de saúde através da inserção da Caderneta de Saúde de Adolescentes (CSA) e de atividades desenvolvidas no Galera Curtição.

11.4.2 Saúde da Mulher

Assistência ao Pré Natal

Meta 28. Aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré natal para 76%.

Realizado 75,03%

Tabela 336- Proporção de recém nascidos vivos (RNV) e o nº de consultas do Pré-Natal, entre os anos de 2017 e 2016

| Descrição do Item | Ano | | |
|--|-------|-------|---------|
| | 2017 | 2016 | Varição |
| % RNV de mães que realizaram 7 ou + consultas pré-natal (6 consultas de pré-natal + 1 consulta de puerpério) | 75,03 | 75,25 | -0,29% |

FONTE: SINASC/CGVS/SMS 05/03/2018

O número de RNV de mães que realizaram 7 ou + consultas pré-natal (6 consultas de pré-natal + 1 consulta de puerpério) em 2017 foi de 75% correspondendo a 99% da meta que é 76%.

Tabela 337- Taxa de recém-nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas pré-natal por Gerência Distrital, entre os anos de 2017 e 2016

| Gerência Distrital | Ano | | |
|--------------------|------|------|-----------|
| | 2017 | 2016 | Varição % |
| Centro | 86,8 | 86,1 | 0,81 |
| NHNI | 82,7 | 81,7 | 1,22 |
| NEB | 73,3 | 74,4 | -1,48 |
| LENO | 77,2 | 74,3 | 3,90 |
| GCC | 73,2 | 72,5 | 1,00 |
| SCS | 75,6 | 77,6 | -2,59 |
| PLP | 69,9 | 72 | -2,92 |
| RES | 65,0 | 65,6 | -0,91 |
| Porto Alegre | 75 | 75,2 | -0,27 |

FONTE: SINASC/CGVS/SMS. 06/03/2018

Analisando os dados acima podemos sinalizar que 50% GDs tiveram aumento na cobertura de pré-natal em 2017, na comparação a 2016. Sendo que três GDs ficaram acima da meta de 76%.

Há necessidade de ampliar o acesso, com a contratação de profissionais que realizam o Pré-natal, processo que já está em andamento na SMS. Concomitantemente, qualificar a busca ativa de gestantes faltosas.

As informações acima foram obtidas pelo SINASC, conforme o que consta na Declaração de Nascimento, podendo haver viés nessas informações, já que são extraídas da carteira de pré-natal, a qual pode estar incompleta ou não ser levada à maternidade pela gestante.

Conforme Nota Técnica do Ministério da Saúde a partir de 2017 todos os relatórios de pré-natal serão retirados do e-SUS, portanto a partir de 2018 não será mais utilizado o SISPRENATAL. Desta forma, assim que conseguirmos relatórios adequados pelo e-SUS teremos informações mais qualificadas quanto a assistência pré-natal no Município.

Tabela 338- Demonstrativo do nº de partos realizados por hospital, entre os anos de 2017 e 2016

| Descrição do Item | | 2017 | | 2016 | |
|--|-------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| | | N | % | N | % |
| Nº de Partos | Hospitais SUS | 6.005 | 32,8% | 5.731 | 31% |
| | Hospitais Mistos | 6.675 | 36,5% | 6.885 | 37% |
| | Hospitais Não SUS | 5.607 | 30,7% | 5.819 | 31% |
| Nº de partos sem a identificação do Hospital de ocorrência na DN | | 157 | 0,9% | 179 | 1% |
| Total de Partos | | 18.444 | 100% | 18.614 | 100% |
| Nº de Partos vaginais | Hospitais SUS | 3.719 | 62% | 3.612 | 63% |
| | Hospitais Mistos | 4.256 | 64% | 4.464 | 65% |
| | Hospitais Não SUS | 1.094 | 20% | 1.107 | 19% |
| Nº de Cesarianas | Hospitais SUS | 2.281 | 38% | 2.119 | 37% |
| | Hospitais Mistos | 2.409 | 36% | 2.415 | 35% |
| | Hospitais Não SUS | 4.511 | 80% | 4.712 | 81% |

FONTE: SINASC/ CGVS/ SMS. 06/03/2018

Observa-se uma distribuição equânime dos partos de munícipes de Porto Alegre nas três categorias de serviço, hospital 100% SUS, misto e privado. A taxa de cesariana, indicador que vem sendo monitorado mensalmente pela SMS em função do Programa Rede Cegonha apresenta percentuais entre 36% e 38%, tanto nos hospitais SUS quanto nos mistos. Nos hospitais privados a taxa de cesariana continua extremamente alta, chegando a 80%.

Há ainda necessidade de pequena redução na taxa de cesariana dos hospitais SUS e mistos, os quais estão integrados na Rede Cegonha. O Ministério da Saúde, em outubro de 2017, lançou o Projeto Ápice ON, no qual a SMS está em parceria, cujo objetivo é qualificar as práticas em Obstetrícia e Neonatologia, Tal projeto contribuirá para melhora dos indicadores de qualidade dos serviços, dentre eles, a redução da taxa de cesariana. Essa ação somada as que já estão em andamento pela SMS resultarão em uma

melhora no atendimento à população. Com relação ao alto índice de cesarianas nos hospitais privados, a SMS não tem, até o momento, ações específicas que impactem nesse indicador.

Deteção Precoce do Câncer de Mama

Meta 31 - Aumentar a razão de mamografias realizadas para 0,17 em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.

A razão de exames de Mamografias na faixa etária de 50-69 anos, ficou em 0,11 atingindo 65% da meta de 0,17. Se considerarmos apenas a população SUS dependente nesta faixa etária a Razão foi de 0,15.

Tabela 339 - Razão de mamografias realizadas em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos, entre os anos de 2017 e 2016

| Descrição do Item | Ano | | |
|--|------|------|-----------|
| | 2017 | 2016 | Varição % |
| Razão de mamografias na faixa etária 40 a 69 anos | 0,09 | 0,13 | -30,8 |
| Razão População SUS Dependente na faixa etária de 40 a 69anos (70% da pop total na faixa etária) | 0,13 | 0,18 | -27,8 |
| Razão de Mamografias na faixa etária 50 a 69 anos | 0,11 | 0,15 | -26,7 |
| Razão População SUS Dependente na faixa etária de 50 a 69anos (70% da pop total na faixa etária) | 0,15 | 0,20 | -25,0 |

FONTE: SISMAMA e TABWIN coletados em 05/03/2018

Há algumas razões para essa redução na razão de mamografias:

- Por uma mudança no sistema de informação de produção e faturamento do Ministério da Saúde (SISCAN), dois prestadores ainda não estão com a totalidade da sua produção de mamografia completa informada no sistema. Portanto o número de exames realizados é superior ao número obtido na Produção SIA pelo TABWIN. Esse processo de adequação está em andamento.
- Também durante o ano houve uma redução na oferta de Mamografias em função de rescisão de contrato com uma clínica radiológica, o qual foi retomado no final do último quadrimestre.
- Também se observa uma redução gradual no número de mamografias realizadas na Rede ao longo dos últimos anos. Há a necessidade de implantação de um rastreamento organizado, com foco nas mulheres de 50-69 anos, as quais deveriam ser cadastradas e monitoradas, quanto à realização do exame conforme protocolo.

Prevenção do Câncer de Colo do Útero

Meta 30 - Aumentar a razão entre exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos para 0,38.

Tabela 340- Prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero, entre os anos de 2017 e 2016

| Descrição do Item | Ano | | |
|---|------|------|------------|
| | 2017 | 2016 | Variação % |
| Razão (25 a 64 anos) | 0,34 | 0,34 | 0 |
| Razão – 25 a 64 anos (população SUS dependente – 70% do total da população na faixa etária) | 0,48 | 0,49 | -2,04 |
| Razão (15 a 69 anos) | 0,32 | 0,33 | -3,03 |

FONTE: SISCOLO e TABWIN. 05/03/2018

Em 2017 a razão de exames citopatológicos na faixa etária de 25-64 anos, foi de 0,34, atingindo 92% da meta que é de 0,38. Se considerarmos apenas a população SUS dependente nesta faixa etária, a Razão foi de 0,48, superando a meta pactuada.

Observamos que nos últimos anos está ocorrendo uma redução gradual no número de citopatológicos realizadas na Rede. Há necessidade de implantação de um rastreamento organizado, com foco nas mulheres de 25-64 anos, as quais deveriam ser cadastradas e monitoradas, quanto à realização do exame conforme protocolo.

Tanto com relação à prevenção do Câncer de mama quanto de colo do útero é de extrema importância a implantação do SISCAN, o qual permitirá monitoramento dos exames alterados (os serviços terão acesso diário aos laudos), permitindo busca ativa, além de todo acompanhamento do seguimento da mulher com exame alterado. Este sistema está em processo de avaliação para a implantação.

Ressaltamos que os números de exames de citopatológico do colo do útero e mamografias apresentados nesse relatório correspondem apenas aos exames realizados pelo SUS, excluindo todos realizados em convênios e particulares.

Saúde Sexual e Reprodutiva

Tabela 341- Procedimentos realizados e contraceptivos utilizados, entre os anos de 2017 e 2016

| Descrição do Item | Ano | | |
|---|--------|--------|--------------|
| | 2017 | 2016 | Variação (%) |
| Noretisterona 0,35 mg (minipílula) | 4.789 | 3.059 | 56,55 |
| Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg (Ciclo 21) | 62.961 | 78.215 | -19,50 |
| Levonorgestrel 0,75mg (contracepção de emergência) | 1.465 | 456 | 221,27 |
| Anticoncepcional injetável (uso trimensal) | 60.795 | 69.163 | -12,10 |
| Anticoncepcional injetável (uso mensal) | 71.160 | 71.506 | -0,48 |
| DIU (dispositivo intra-uterino) | 676 | 735 | -8,03 |
| Laqueadura Tubária | 1.008 | 1.156 | -12,80 |
| Vasectomia | 450 | 504 | -10,71 |

FONTE: Assistência Farmacêutica e TABWIN 06/03/2018

A tabela acima apresenta a distribuição dos métodos contraceptivos pela Gerência de Materiais para as Unidades de Saúde e os procedimentos (colocação de DIU, Laqueadura e Vasectomia) realizados.

No ano foi mantida a oferta regular de todos os métodos contraceptivos acima, possibilitando às usuárias acesso facilitado ao método que se adapta a sua realidade.

Meta 16. Manter a taxa de mortalidade materna abaixo de 35/100.000 nascidos vivos com equidade segundo raça/cor/etnia/faixa etária.

Tabela 342- Número de óbitos maternos, entre os anos de 2017 e 2016

| Descrição do item | 2017 | 2016 | Variação |
|----------------------------------|------|------|----------|
| Número absoluto de óbito materno | 5 | 7 | -29% |

FONTE: Comitê de Morte Materna/SMS.

Na tabela acima é apresentado o número absoluto de óbitos maternos anos de 2017 e 2016. Considerado o número de óbitos maternos e o número de nascidos vivos até o momento (18.444 NV), o Coeficiente de Morte Materna fica em 27,10/100.000 NV. Este é um número ainda preliminar, mas já é possível afirmar que a meta foi atingida, com o coeficiente ficando 23% abaixo da meta de 35/100.000 Nascidos Vivos

Das cinco mortes maternas ocorridas, até esse momento, duas ainda não tiveram análise concluída pelo Comitê de Morte Materna. As que já foram analisadas tiveram como causas de morte: embolia pulmonar, SIDA, e doença

cardiovascular. Os demais casos (2) encontram-se em análise pelo CMM. O Relatório Anual da Mortalidade Materna 2017 será concluído ao longo do segundo quadrimestre de 2018, após a análise dos casos.

Segue em anexo o Relatório Anual da Mortalidade Materna 2016, concluído no segundo quadrimestre de 2017 para compor o Relatório de Gestão.

Tabela 343- Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (10 - 49 anos), nascidos vivos no período, entre os anos de 2017 e 2016

| Descrição do item | Ano | | |
|--|------|------|-----------|
| | 2017 | 2016 | Variação% |
| Nº absoluto de óbitos de mulheres em idade fértil | 499* | 479 | 4% |
| % de óbitos de mulheres em idade fértil investigados | 72%* | 100% | -28%* |

FONTE: SIM-SINASC/CGVS/CMM/SMS. 05/03/2018.

* Dados Preliminares

Quanto aos óbitos de mulheres em idade fértil, houve um aumento de 4% no número absoluto de óbitos em 2017 na comparação com o ano anterior. As neoplasias mantêm-se como principal causa de morte nessa faixa etária, responsável por cerca de 25% do total dos óbitos. Dentre essas, o câncer de mama faz mais vítimas. Os óbitos por causas externas representam 20% do total, Doenças causadas pelo HIV, 17% e Doenças Cardiovasculares, 9% do total de óbitos. Na comparação com o ano anterior as causas dos óbitos mantiveram-se nas mesmas proporções.

Do total dos óbitos de mulheres em idade fértil, 100% são investigados, atingindo dessa forma, a pactuação. O percentual (72%) apresentado na tabela acima é um resultado preliminar, visto que as investigações de 2017 ainda não estão concluídas.

11.4.3 Saúde do Homem

Meta 44. Realizar ações de educação permanente sobre boas práticas em rastreamento voltadas à população masculina em 100% das Gerências Distritais.

Alinhados com a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, juntamente com a as demais políticas de saúde potencializou-se ações junto as GDs nas US de Atenção Básica, nos seguintes eixos prioritários:

- I - acesso e acolhimento nas unidades de saúde;
- II – direitos sexuais e reprodutivos;
- III - paternidade e cuidado;
- IV – promoção da saúde e prevenção de violências e acidentes;
- V – atenção Integral às doenças prevalentes;
- VI – prevenção do uso de álcool e outras drogas.

Foram realizadas ações para população masculina em 100% das Gerências:

- Foram realizados 485 grupos de atividades educativas para a população masculina nas unidades de saúde envolvendo 100% das GD;
- Encontro na GD PLP para implantação das ações da operação inverno, dentre elas, o diagnóstico das doenças respiratórias com ênfase no adulto trabalhador que acessa raramente a unidade de saúde;
- Ampliado horário de atendimento em 2 US (Modelo e São Carlos) visando o acolhimento deste usuário nos horários entendidos. Constatou-se que até o final do ano que entre 41,4 e 54,5% do total de atendimentos masculinos foram em homens entre 20-59 anos. Isso demonstra o sucesso desta iniciativa que visava atingir a população masculina trabalhadora. (e-sus);
- Foram realizados 39 grupos de atividades físicas em grupo ou práticas corporais;

➤ Apesar de ser uma atividade de registro recente, a consulta de pré-natal masculino foi registrado em 9 unidades de saúde.

Para 2018, percebe-se a importância de intensificar as ações da saúde do homem com outras políticas de saúde como as da saúde mental, no caso de prevenção do álcool e outras drogas; da área das doenças transmissíveis como a DST e AIDS além das doenças crônicas não transmissíveis. Estas ações fazem com que o trabalho em conjunto seja fundamental para a obtenção de resultados robustos para a saúde desta população. As ações de: paternidade consciente, através do estímulo ao pré-natal masculino e com registro adequado das consultas realizadas deverão ser estimuladas em conjunto com a área de saúde da mulher.

11.4.4 Saúde da Pessoa Idosa

Em 2017, foram realizadas, pela política da Saúde do Idoso em conformidade com o Plano Municipal da Pessoa Idos 2016-2018, as seguintes ações:

➤ Execução de Projeto Capacitação das equipes de saúde nas principais Síndromes Geriátricas, Polifarmácia, Protocolo do Idoso, Quedas, Violência ao Idoso, Notificação de Violência, Fatores de Risco em Doenças Crônicas, DST/AIDS que contempla a Casa Segura (prevenção de quedas e acidentes domésticos); Este projeto foi desenvolvido no ano de 2017 tendo sido implantado no primeiro quadrimestre no NASF da GD SCS, no segundo quadrimestre no NASF da GD NEB e no terceiro no NASF da GD Centro. Ações realizadas foram entrega de Álbum Seriado, Folders, Check list da casa segura e demonstração da casa em maquete.

➤ O Curso de Cuidadores Informais de Pacientes Dependentes em parceria com a Saúde da Pessoa com Deficiência foi realizado em formato de módulos, tendo seu início em agosto de 2017 com 22 participantes, e contemplando:

- Módulo I- Cuidado e Manejos de Enfermagem em 27/09 e 11/10;
- Módulo II- Cuidados e Manejos Fisioterapêuticos em 25/10 e 08/11;
- Módulo III – Cuidados e Manejos Nutricionais e Fonaudiológicos em 22/11 e 06/12.

➤ Projeto Vida no Trânsito, ação intersetorial em conjunto com a CGVS, SESC-RS, Conselho Municipal do Idoso (COMUI), EPTC e DETRAN RS, que objetivou reduzir o efeito dos acidentes por causas externas através divulgação e realização do “Curso de Multiplicadores de Educação no Trânsito para Idosos” visando reduzir acidentes de trânsito com lesões e mortes em pessoas de mais de 60 anos. Para tanto, foram realizadas atividades de educação para mobilidade com grupos de idosos e três cursos de capacitação para multiplicadores, de ações de prevenção de acidentes, envolvendo 110 pessoas. Dois cursos se destinaram a operadores de transporte coletivo (cobradores e motoristas) e um a pessoas envolvidas no trabalho com idosos na rede de saúde e

assistência. Em 2017, foi concluído o Plano de Ação Intersectorial do programa Vida no trânsito.

➤ Manteve-se neste ano a avaliação técnica das solicitações encaminhadas para abrigagem de idosos com grau III de dependência. A maioria das demandas envolveram idosos hospitalizados por períodos prolongados. Atualmente temos 72 pessoas em lista de espera.

A intensa Judicialização de solicitação de atendimento e cuidados especiais a idosos frágeis sinaliza para necessidade de criar rede integrada com os demais programas da PMPA: Melhor em Casa, Projeto Casa Segura e a realização de novo Curso de Cuidadores Informais (realizado com sucesso em 2017). Deve-se também neste próximo ano definir em reunião conjunto com FASC e COMUI a responsabilização dos recursos para manutenção da abrigagem da população idosa dependente.

Tabela 344- Percentual de consultas médicas realizadas para pessoas com 60 ou mais anos nos anos de 2016 e 2017 na rede de Atenção Primária em relação ao total de consultas realizadas na APS

| Ano | | Variação |
|------|------|----------|
| 2017 | 2016 | Coef. |
| 20 | 21 | -4,76 |

FONTE: SIA/TABWIN (08/09/2016) Cód. consulta médica básica – 0301010064 e SAI 2017

O percentual de consultas para idosos na APS mantém-se como recomendado, em torno de 20% do total de consultas oferecidas. Para a melhora deste índice, foram realizada Capacitação das equipes de saúde sobre as principais Síndromes Geriátricas, Polifarmácia, Protocolo do Idoso, Quedas, Violência ao Idoso, Notificação de Violência, Fatores de Risco em Doenças Crônicas, DST/AIDS, com vistas de qualificar o atendimento ao Idoso. Foram capacitadas 32 equipes da atenção primária e 3 NASFs na GD Centro, GD NEB e GD SCS.

Cabe salientar que na atenção especializada em torno de 28% de todos os atendimentos médicos realizados se deram na população idosa.

Tabela 345- Internação de Idosos por Fratura de Fêmur (CID S72), entre os anos 2016 e 2017

| Descrição do Item | Ano | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|----------|-------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Nº | Coef. | Nº | Coef. | Nº | Coef. |
| Coeficiente de internações hospitalares de pessoas com mais de 60 anos por fratura de fêmur por 10.000 hab 60 anos +.(PAS 2) | 1.155 | 54,60 | 1.132 | 51,45 | +23 | +3,15 |

FONTE: SIH- internação por CID S72.

O coeficiente de internações por fratura de fêmur em pacientes com 60 anos ou mais sofreu incremento de 3,17 idosos por 10.000 habitantes de 60 anos ou mais.

Tabela 346- Internação de Idosos por Fratura do Colo de Fêmur (CID S72.0) , entre os anos 2016 e 2017

| Descrição do Item | Ano | | | | | |
|--|------|-------|------|-------|----------|-------|
| | 2017 | | 2016 | | Variação | |
| | Nº | Coef. | Nº | Coef. | Nº | Coef. |
| Coeficiente de internações hospitalares de pessoas com mais de 60 anos por fratura do colo de fêmur por 10.000 hab. 60 anos +. | 291 | 13,76 | 281 | 12,77 | +19 | +0,99 |

FONTE: SIH- internação por CID S72.0.

Embora ainda estejamos tratando de dados preliminares, há um indicativo de discreto acréscimo no coeficiente de internações por fratura de colo de fêmur em pacientes com 60 anos ou mais entre os anos de 2016 e 2017 (0,99 idosos por 10.000 habitantes de 60 anos ou mais).

Ademais, conforme o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) houve redução nos números absolutos de mortalidade por queda em idosos entre os anos de 2016 e 2017: de 184 para 125 (perfazendo, respectivamente, 88% e 87% do número de óbitos por queda em todas as faixas etárias). Estes dados refletem uma redução do número de óbitos por queda em todas as faixas etárias no município (mantendo-se o alto percentual em idosos).

Este achado sustenta ainda a necessidade de se manter projetos e programas que realizem prevenção das causas intrínsecas e extrínsecas de fraturas nesta faixa etária. Ações desenvolvidas, tais como a garantia de percentual protegido de consultas para idosos na APS, Projeto Casa Segura e o Projeto Vida no Trânsito com seu Curso de Multiplicadores entre outros.

Tabela 347- Coeficiente de internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE) para faixas etárias específicas por 100.000 habitantes, entre os anos 2017 e 2016

| Acidente vascular Encefálico | Ano | | |
|------------------------------|--------|--------|----------|
| | 2017 | 2016 | Variação |
| | Coef | Coef | |
| Até 59 anos | 80,13 | 84,86 | -4,3 |
| 60 anos ou mais | 165,15 | 167,03 | -1,88 |

FONTE: SIA/TABWIN (06/03/2018) CID I60-i67- Acidente Vascular Cerebral (de todas as etiologias).

Considerando o coeficiente de internações hospitalares por AVE, por todas as etiologias (isquêmica, hemorrágica além daquelas sem especificação), houve discreto decréscimo no número total de internações hospitalares.

O coeficiente de internações por AVE revela elevado índice em idosos, representando o dobro de internações em relação à população não idosa. Esse dado representa, em parte, as características da doença, incidência crescente e proporcional à faixa etária e, de outra parte, reflete o envelhecimento populacional de nossa cidade.

Cabe salientar que a população idosa representa 15% dos habitantes de Porto Alegre e que responde por quase 70% de todas as internações por AVE. Faz pensar em reforçar a qualidade de prevenção dos fatores de risco modificáveis nesta população (considerando ainda que cerca de metade de todos os AVCs em idosos se dá na faixa de 60 a 69 anos).

11.5 Saúde de Equidade Etnicorracial

11.5.1 Saúde da População Negra

Meta 35 - Implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em mais 25% dos serviços de saúde.

A meta de 25% dos serviços de saúde para o ano de 2017 equivale ao atingimento de 100% da mesma, e se refere a 49 serviços de saúde.

Tabela 348– Número de Serviços e profissionais por serviço que realizaram o Curso de Promotor@s de Saúde da População Negra 2017

| Serviços de saúde | Meta de serviços 2017 | Nº de Serviços Alcançados |
|--|-----------------------|---------------------------|
| Unidades de Atenção Primária | 36 | 16 |
| Serviços Especializados | 5 | 4 |
| SAMU | 1 | 0 |
| Hospitais Próprios | 2 | 2 |
| Pronto Atendimento | 3 | 3 |
| Equipes de Matriciamento de Saúde Mental | 1 | 1 |
| NASF | 1 | 1 |
| Total | 49 | 27 |

FONTE: Área Técnica da População Negra/SMS.

Em 2017, dos 49 serviços pactuados para o atingimento da meta no ano, atingiu-se a mesma em 27 serviços, que equivale 55% de atingimento.

O Curso Promotor@s em Saúde da População Negra contou com participação de 71 pessoas. Dentre eles, 9 usuários, 2 do Movimento Social Negro, 7 estudantes e 52 trabalhadores. Entre os 52 trabalhadores formados, 32 são dos serviços pactuados, e os 20 restantes são: 8 de Unidades de Saúde não pactuadas, 2 Apoiadoras Institucionais, 3 Assessoras Técnicas e 1 Assistente administrativa das Gerências Distritais, 2 trabalhadoras da FASC, 3 da CGVS, e 1 trabalhadora da Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí.

No que tange à metodologia do Curso Promotor@s em Saúde da População Negra, contou-se com a parceria da Escola de Enfermagem da UFRGS e da Faculdade e Escola Técnica da **Factum**, a fim de consolidar o incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico na realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

A meta pactuada no PMS 2014-2017 - Implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 100% dos serviços de saúde, que

foi medida através da participação dos trabalhadores no Curso Promotor@s em Saúde da População Negra alcançou 88% ao final deste quadriênio.

Neste ano participamos ativamente das Conferências Livres de Saúde da Mulher. Assim como, fomos responsáveis pela construção e efetivação das atividades com foco na Saúde da Mulher Negra, através de um espaço deliberativo com possibilidade de elaboração coletiva junto aos diferentes atores do SUS, tais como: profissionais/ gestores em saúde e a sociedade civil. Com isso, houve a garantia de propostas aprovadas na Conferência Municipal da Mulher e da Vigilância em Saúde, além da participação na Conferência Estadual e Nacional.

Em relação à Linha de Cuidado da Síndrome Falciforme no Município de Porto Alegre, apresentamos na reunião de colegiado o Fluxo da Síndrome Falciforme, em sete GDs objetivando intensificar papel da Atenção Primária através da busca ativa de pacientes com anemia falciforme. Por divergência de agenda na GD PLP não foi realizado esta apresentação.

Em relação à população imigrante de origem Haitiana, nas mesmas reuniões de colegiado supracitado, foi apresentado o álbum seriado de Crioulo Haitiano para acolhimento a população Haitiana, bem como a entrega do álbum para todas as unidades de saúde.

Foi organizada uma reunião com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Departamento de Apoio a Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, responsável pelas pastas: Saúde da População Negra, População de Rua e LGBTTI (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transgêneros e Intersexos), como forma de articular e apoiar as demais políticas. O resultado foi 3 projetos financiados pelo Ministério da Saúde via UFRGS de Saúde da População Negra e População de Rua, ambos para o município de Porto Alegre e um da Política LGBTTI junto a Secretaria de Saúde do RS.

Em 2017, foi mantida a realização das ações específicas referente ao Mês de Mobilização Pró-Saúde da População Negra junto aos serviços, realizadas pel@s promotor@s em Saúde da População Negra, com o intuito de potencializar a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde

e nos agravos, considerando as necessidades loco regionais de cada território distrital.

Em relação à Saúde Quilombola, estivemos presentes nas reuniões e ações da Prefeitura de Porto Alegre junto aos Quilombos, onde construímos com o os mesmos um plano de trabalho para a utilização do recurso CIB-RS nº 98/2013, que propõe incentivo financeiro estadual específico à Estratégia de Saúde da Família que atende comunidades quilombolas. O Plano de Trabalho aprovado na plenária do CMS teve através da mão de obra dos próprios quilombolas com materiais comprados via licitação pela SMS.

Durante o ano foram realizadas reuniões com diferentes atores institucionais (detalhados nos relatórios quadrimestrais), com vistas a garantir uma rede atuante na efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, incluindo as condições para: realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; fortalecimento dos comitês técnicos de saúde da população negra e formação de lideranças negras para o exercício do controle social.

Para o ano de 2018 está prevista através de projeto financiado pelo Ministério da Saúde a replicação do Projeto Promotor@s em Saúde da População Negra pela Secretaria Estadual de Saúde do RS e Secretaria Municipal de Recife.

Objetivamos para o ano de 2018 ampliarmos a participação dos profissionais dos serviços de saúde no Curso Promotor@s em Saúde da População Negra, para buscar alcançar os 12% restante da meta pactuada no PMS 2014-2017, assim como a adotarmos um processo de avaliação da implementação da promoção da saúde integral da população negra nos serviços de saúde.

11.5.2 Saúde dos Povos Indígenas

A saúde dos povos indígenas do município se organiza de forma a atender as diretrizes manifestas na Portaria nº 254/ 2002 e seguem abaixo:

Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas no nível local:

A Unidade de Saúde Indígena continua atendendo a população indígena residente nas cinco aldeias existentes em Porto Alegre: Kaingang: Fág Nhin, Tupe Pen, Van-Ká, Komág e a Charrua: Polidoro. Os indígenas Kaingang pertencentes às comunidades situadas na Agronomia, Jardim Protásio Alves, Jardim Verde, Glória, Vila Safira e Vila Gaúcha permanecem sendo atendidos nas respectivas USs de referência. A EMSI Viamão da Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI) continua responsável pelo atendimento básico nas aldeias Mbyá Guarani situadas no Lami, Aracuã (Canta Galo) e Lomba do Pinheiro, tendo suas referências na RAS de Porto Alegre, as US Lami e US Pitinga.

Quanto a EMSI (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena), houve troca de profissionais, há uma nova Auxiliar de Saúde Bucal. Conforme relatado nos relatórios anteriores temos como desafio a superação das dificuldades de coleta de dados.

Em 2017, após a análise em conjunto com as lideranças indígenas houve a proposta de retomarmos a territorialização da Unidade de Saúde Indígena, no entanto ainda não foi efetivada. Com isso se dará a ampliação da responsabilidade da RAS com atenção diferenciada aos povos indígenas em outros espaços da rede, objetivando a não interrupção do atendimento aos usuários.

Encontra-se em processo de licitação de um veículo maior necessário a itinerância da equipe pelas 5 aldeias, situadas em 3 GDs, visando atender a legislação que impede a profissional técnica de enfermagem de permanecer sozinha, isto é, sem a supervisão da enfermeira.

Foi realizado o acompanhamento da equipe de saúde indígena para análise da itinerância e processo de trabalho no sentido da adequação ao contexto intercultural. Entre as recomendações apontadas estão, a elaboração de ferramentas adequadas para verificar a qualidade da atenção primária aos povos indígenas destacando que a associação entre os atributos derivados, da competência cultural e da orientação comunitária, e os atributos essenciais da longitudinalidade do atendimento (relação de confiança) e da resolubilidade das consultas – a efetividade – da atenção à saúde das comunidades indígenas atendidas.

A partir da articulação com a SESAI, diante de suas atribuições, a psicóloga do Pólo Base passou a acompanhar as reuniões do matriciamento da Equipe Saúde Mental da GD PLP, para discussão dos casos de encaminhamentos de usuários indígenas.

Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural:

Aconteceram formações para profissionais no sentido de qualificar a atuação no contexto intercultural, palestras intituladas “Atendimento diferenciado aos povos indígenas” foram realizadas para três turmas de profissionais do SAMU. Na oportunidade esteve presente a equipe de saúde indígena do Pólo Viamão da SESAI que atende os usuários mbyá guarani de Porto Alegre. Esse processo culminou na elaboração de uma proposta de Plano Operacional Padrão específico para atendimento aos indígenas. Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas implementadas pelo SAMU.

Foi realizada palestra sobre “Atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas” para uma turma de Residentes em Saúde da Família e Comunidade – GHC, com agendamento de visita a uma das aldeias indígenas. Ocorreu a 5ª edição do Curso Promotores em Saúde da População Negra, sendo desenvolvido um módulo de “Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” para mais 70 promotores.

Continua ocorrendo à sensibilização dos novos profissionais da ESI Porto Alegre para o reconhecimento das diferenças culturais e das singularidades das aldeias atendidas.

Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas:

O acompanhamento da cobertura vacinal é realizado com base no censo da SESAI. Como no ano anterior, a questão da vacinação dos indígenas segue com apoio do Pólo Base da SESAI que apresenta a lista de indígenas e as vacinas faltantes. Apresentamos a seguir a tabela que contempla a cobertura atingida pela ESI, levando em conta a meta de 70% de acordo com Plano Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul. Essa meta foi atendida se considerarmos o total de aldeias atendidas, mas foi parcialmente atendida em três aldeias pelos motivos diversos. Entre os motivos destacamos a reconhecida mobilidade dos indígenas para as grandes aldeias do interior (principalmente na aldeia kaingang Fág Nhin- Lomba do Pinheiro), a itinerância da equipe (as aldeias kaingang Kómag e charrua Polidoro, são exatamente as que tem a frequência de atendimento menor que as demais, devido a logística da equipe volante) e não menos importante, o fluxo de informações entre ESI de Porto Alegre, que emprega o Si-PNI para registro, e a SESAI. Conseqüentemente, quanto a homogeneidade vacinal, nessas mesmas aldeias (kaingang Fág Nhin- Lomba do Pinheiro, kaingang Kómag- Belém Novo e charrua Polidoro- Lami) não se atingiu a meta de 75%.

Tabela 349- Cobertura Vacinal das Aldeias atendidas pela ESI Porto Alegre em 2017

| Descrição | < 1 ano | 1-4 anos | 5-6 anos | 7-59 anos | >= 60 anos | Total |
|------------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| ESI PORTO ALEGRE | 8 | 56 | 22 | 308 | 9 | 403 |
| Nº de Pessoas com esquema completo | 5 | 46 | 20 | 235 | 4 | 310 |
| PERCENTUAL (%) | 62,5 | 82,1 | 90,9 | 76,3 | 44,4 | 76,9 |
| KAINGANG KOMAG | 0 | 1 | 0 | 14 | 0 | 15 |
| Nº de pessoas com esquema completo | 0 | 1 | 0 | 7 | 0 | 8 |
| PERCENTUAL (%) | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 50,0 | 0,0 | 53,3 |
| CHARRUA POLIDORO | 1 | 4 | 0 | 22 | 4 | 31 |
| Nº de pessoas com esquema completo | 0 | 4 | 0 | 12 | 3 | 19 |
| PERCENTUAL (%) | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 54,5 | 75,0 | 61,3 |
| KAINGANG LAMI | 3 | 5 | 2 | 23 | 0 | 33 |
| Nº de pessoas com esquema completo | 2 | 5 | 2 | 19 | 0 | 28 |
| PERCENTUAL (%) | 66,7 | 100,0 | 100,0 | 82,6 | 0,0 | 84,8 |
| KAINGANG MORRO DO OSSO | 3 | 19 | 11 | 112 | 3 | 148 |
| Nº de pessoas com esquema completo | 2 | 17 | 11 | 96 | 1 | 127 |
| PERCENTUAL (%) | 66,7 | 89,5 | 100,0 | 85,7 | 33,3 | 85,8 |
| KAINGANG LOMBA DO PINHEIRO | 1 | 27 | 9 | 137 | 2 | 176 |
| Nº de pessoas com esquema completo | 1 | 19 | 7 | 101 | 0 | 128 |
| PERCENTUAL (%) | 100,0 | 70,4 | 77,8 | 73,7 | 0,0 | 72,7 |

FONTE: DSEI Interior Sul- SESAI-2017

De toda forma, os usuários indígenas de todas as idades são vacinados pela EMSI Porto Alegre sempre que identificada a ausência de alguma vacina nos seus registros e a imunização continuará sendo monitorada de acordo com as metas nacionais.

Foram realizadas atividades educativas do Programa Saúde na Escola (PSE), abordando os temas de alimentação saudável, álcool e drogas, dengue e Saúde Bucal. Houve a entrega de kits de higiene bucal, em parceria com a SESAI, e realizadas orientações sobre principais doenças que acometem a cavidade bucal e hábitos saudáveis.

Foram realizadas pela equipe as atividades do Outubro Rosa e Novembro Azul, atividades sobre Tabagismo (uma em cada aldeia), sendo ofertado, aos fumantes que desejassem parar de fumar, a adesão ao Programa de Tratamento na unidade; encontros do grupo Hipertensão nas aldeias.

Articulação com os sistemas tradicionais indígenas de saúde e promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas

Apresentamos o trabalho “Diversidade Cultural na Saúde: a experiência da equipe de saúde indígena de POA/RS” no XXXIII Congresso Nacional do CONASEMS, na 14º Mostra Brasil Aqui tem SUS em julho de 2017 que foi agraciado com menção honrosa na categoria Racismo e Saúde pelo Fundo de População das Nações Unidas e OPAS e CONASEMS. O trabalho “PÃ’I TY FOG AG JYKRE: A efetivação do direito à saúde 403 dos povos indígenas no espaço urbano” do estagiário indígena Marcos Kaingang destaque no Salão de Iniciação Científica da UFRGS, a ser realizado em outubro.

Durante a palestra “O Desafio da Atenção Diferenciada à Saúde Indígena”, da Mesa Redonda “Saúde Indígena e Política indigenista de saúde: aplicação e desafios”, durante o II Encontro Regional de Estudantes Indígenas EREI-Sul, realizado na UFRGS de 30 de novembro, referimos a importância dos estudantes indígenas da área da saúde passarem pela vivência da rede de atenção à saúde e (re)conhecerem os desafios para efetivação da atenção diferenciada no SUS.

Houve o início do projeto de pesquisa da UFCPA que se refere ao atendimento das mulheres indígenas, no parto e puerpério no HMIPV.

Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena e de ações específicas em situações especiais

Esse ano não foi possível realizar a terceira edição dos Jogos Indígenas de Porto Alegre evento devido à falta de recursos financeiros por parte dos órgãos que apoiadores.

A SMS, em articulação com a CMPIDE/SMDS, elaborou o projeto e iniciaram-se as articulações para a realização da 7º Edição do Encontro dos Kujá- Fortalecimento da Medicina Tradicional Kaingang, que reúne bianualmente os especialistas no cuidado comunitário: kujá (pajés), Parteiras, Cozinheiras e Rezadores, a ser realizado no ano de 2018.

Controle social na saúde indígena

O regimento interno da Comissão Municipal de Saúde Indígena ainda não foi aprovado pelo CMS. A Comissão reuniu-se em duas oportunidades somente, pois as demandas da equipe de saúde de Porto Alegre foram encaminhadas diretamente na reunião mensal da EMSI com as lideranças, que ocorre na SESAI.

Identificou-se a necessidade de adequação dos espaços existentes para contemplar as peculiaridades desses grupos, possibilitando o engajamento das comunidades indígenas para efetividade das ações de saúde.

11.6 Saúde de Igualdade e Inclusão

11.6.1 Saúde da Pessoa com Deficiência

Meta 34. Implantar em mais 25 % do Plano Municipal de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência.

Cabe destacar que no ano de 2017 encerramos o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, com isso, faz-se necessário alinharmos o que foi pactuado na meta do PMS 2014-2017 (Implantar o plano de ação da Rede de Atenção Regional à Saúde da Pessoa com Deficiência no município de Porto Alegre) com a meta pactuada na PAS 2017 (Implantar em mais 25% do Plano Municipal de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência). Como relatamos nos relatórios anteriores, antes da implantação do plano de ações foi necessário elaborar o Plano Municipal de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência, plano este que foi elaborado e aprovado no final de 2015. Com isso pactuamos para a partir de 2016 a alteração da meta do PMS 2014-2021 para: Implantar o 50% do Plano Municipal de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência.

O somatório da meta da PAS 2016 e 2017, que era implantar em 25% o Plano Municipal de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência em cada ano, foi de 37,02%, sendo realizado 22,12 % em 2016 e 14,9% em 2017.

Em 2017 seguimos na realização das ações para a implantação do Plano Municipal de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência atingindo 14,9% da meta, o que representa 59,60% do programado para o ano, com grau de cumprimento III., conforme quadro abaixo:

Tabela 350- Segue a análise do total alcançado de cada ação proposta na PAS 2017

| Ações | Peso da ação | Total alcançado |
|---|---------------------|------------------------|
| Dar continuidade ao mapeamento do quantitativo de unidades de saúde acessíveis. | 4 | 2,8 |
| Promover rodas de conversa referente acessibilidade atitudinal na RAS . | 0,7 | 0,4 |
| Realização de educação continuada em prevenção a acidentes e quedas para as Pessoas com Deficiência. | 1,6 | 1,6 |
| Incluir duas Escolas Especiais Municipais no Programa Saúde do Escolar, mediante apoio e orientação das especificidades da Pessoa com Deficiência nas atividades do PSE. | 0,3 | 0,3 |
| Implantar a linha de cuidado de Atenção à Pessoa com Deficiência Intelectual. | 4 | 1,5 |
| Elaborar a Linha de Cuidado de Atenção à Pessoa com Deficiência Auditiva. | 4 | 1,3 |
| Providenciar informações e atualizações na página da SMS - Política de Atenção à Saúde da PcD, junto a ASSECOM e GTI. | 1,6 | 1,1 |
| Promover a identificação precoce de comorbidades, atendimento no tempo adequado com continuidade no tratamento, em conformidade com a Lei N° 13.146, 06/07/15, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da PcD) e a Lei N° 10.819, de 13/01/10 que estabelece a possibilidade do agendamento telefônico de consultas para pacientes Idosos e para PcD já cadastrados nas US. | 1 | 0,3 |
| Implementar projeto para formação de cuidadores à Pessoa com Deficiência conjuntamente com a Saúde do Idoso. | 2,1 | 2,1 |
| Dar continuidade ao levantamento epidemiológico com enfoque no recorte raça/cor em todas as Unidades de Saúde com o e-SUS implantado. | 2,6 | 2,6 |
| Implantar classificação de prioridade de Reabilitação Física e Auditiva no GERCON | 0,6 | 0,4 |
| Divulgar o Plano de Atenção à Saúde da PcD nos Conselhos Distritais conjuntamente com CMS. | 0,5 | 0,5 |
| Resultado | 25% | 14,9 |

No ano, implementou-se o projeto para formação de cuidadores informais de pacientes dependentes da Atenção Primária Saúde, desencadeado em 2016. O curso de cuidadores foi realizado em 03 módulos num total de 8 encontros abordando os temas de manejo e cuidado em enfermagem, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia e odontologia aos pacientes acamados e/ou restritos ao domicílio.

Em junho de 2017 a atenção á saúde da pessoa com deficiência, passou a compor a atenção especilizada.

Apartir do resultado de chamada pública para ambulatórios de fisioterapia, inciou-se o processo de contratualização dos mesmos. Também apartir do resultado de chamada publicada de credenciamento de instituições interessadas na habilitação, junto ao Ministério da Saúde, para prestação de serviços como Centro Especializado de Reabilitação (CER) II, III ou IV, realizou-se os devidos encaminhamentos das instituições CEREPAL- CERII (Física e Intelec-

tual) e SANTA ANA – CER II (Auditiva e Intelectual) para pactuação em CIB (Resolução 454/17/CIB RS).

Ações importantes que não foram atingidas na sua totalidade como a implementação das linhas de cuidado da PcD, deverão ter continuidade em 2018, tendo em vista que se trata de ações importantes para a implementação da política de atenção à saúde da pessoa com deficiência.

11.6.2 Saúde da População em Situação de Rua

A SMS participou, ao longo de 2017, da construção de várias ações e projetos intersetoriais de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua, em parceria com o Movimento Social e em articulação com outras secretarias e parceiros, de entes públicos e privados, e de organizações não-governamentais.

Ações desenvolvidas:

Projeto de Inserção Social/SENAD/Fiocruz

A partir de junho de 2017, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre recebeu da Secretaria Nacional de Álcool e Drogas/SENAD/MJ a possibilidade de construção de um Projeto de Inserção Social (PI) – “Estratégia intersetorial para acesso a direitos de pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, com demandas associadas ao uso de crack, álcool e outras drogas”, com incentivo de R\$1.800.000,00 por 12 meses. A matriz de referência para a construção do projeto apresentou um conjunto de iniciativas intersetoriais para, na perspectiva de adesão voluntária, promover a ampliação de acesso aos direitos de moradia, alimentação, trabalho, renda, qualificação profissional, educação, esporte/cultura, promovendo, dessa forma, autonomia, protagonismo e melhora das condições concretas de vida dos usuários.

Após elaboração e discussão da proposta pelas equipes técnicas da SMS (gabinete, Coordenação geral de Atenção Primária em Saúde - CGAPS, Consultório na Rua, Geração POA), Fundação de Assistência e Cidadania - FASC (Núcleo de Acolhimento e Proteção Especial), Coordenação Nacional da Saúde da População em Situação de Rua/MS, Coordenação Local do Projeto REDES/Fiocruz e representação do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPSR/RS), foi enviada a primeira proposta ainda em junho.

A partir do dia 28 de julho iniciaram-se discussões metodológicas das ações propostas no PI em vários coletivos - reunião integrada de serviços da FASC (28 de julho, 11 e 18 de agosto), plenária do Conselho Municipal de Saúde, junto às propostas da Política de Saúde da População em Situação de

Rua (03 de agosto de 2017), Comitê Municipal de Avaliação e Monitoramento de Políticas Públicas para a População em Situação de Rua - Comitê POPRUA (24 de agosto de 2017), em reunião do Jornal Boca de Rua (29 de agosto), em reunião do MPSR/RS (01 de setembro), bem como em reunião ampliada da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde (05 de setembro). Foi agendada em 14 de setembro uma Reunião Extraordinária do Comitê POPRUA para finalização do detalhamento metodológico das ações construídas para o PI, sendo que o envio à SENAD/MJ ocorreu na primeira quinzena de setembro de 2017.

O PI para Porto Alegre, projeto MAIS DIGNIDADE, em sua proposta final, com aprovação em 29 de dezembro de 2017, incluiu as seguintes ações:

➤Eixo “Acolhimento em saúde e abordagem social”: previsão de contratação de 12 redutores de danos para atuação integrada com as equipes dos Consultórios na Rua, Unidades de Saúde e equipes de Ação Rua, a fim de constituírem as equipes “Juntos na Rua” para abordagem, acolhimento, avaliação e acompanhamento do cuidado dos usuários em 4 regiões (Centro, Eixo/Norte/Leste, Partenon/Lomba e Glória/Cruzeiro/Cristal/Centro-Sul/Restinga/Extremo-Sul). Também foi prevista a aquisição de 1606 cartões de Vales Transportes Assistenciais para serem disponibilizados segundo os Planos Comuns de Cuidados dos usuários.

➤Eixo “Moradia”: No eixo II foi prevista a oferta de 153 Bolsas Auxílio-Moradia com valor mensal de 500 reais e duração de 6 meses, renováveis a critério da avaliação das equipes “Juntos na Rua”, que farão a avaliação e monitoramento do uso das referidas bolsas.

➤Eixo “Qualificação Profissional/Trabalho/Cultura”: a serem coordenadas e desenvolvidas pela equipe técnica do GerAção POA e por outras equipes de projetos identificados com a formação/geração de renda, tais como Boca de Rua, EMEF Porto Alegre (EPA), ONG CAMP, entre outros interessados no Projeto, esse eixo previu a oferta de 50 bolsas de trabalho, formação profissional e monitoria (turno de 4 horas/dia) para usuários em vulnerabilidade social serem “facilitadores” nas oficinas da Geração/POA, e ainda 4 bolsas para Oficineiros integrarem a equipe do GerAçãoPOA a fim de qualificar, criar e ampliar novas frentes de trabalho e produtos. Ainda foi previsto recurso para

materiais para as oficinas, bem como para a execução de atividades culturais e de intervenção na cidade, incluindo feiras para a venda de produtos. Nesse eixo, as atividades integram desde acolhimento aos usuários até a construção de Plano de Trabalho Singular, de acordo com as possibilidades e desejos dos usuários, incluindo participação em Oficinas de Trabalho existentes e em novas frentes de trabalho e novos projetos de geração de trabalho e renda articulados com a economia solidária, e acompanhamento dos usuários nos programas Jovem Aprendiz e/ou cursos de qualificação profissional, e em relação à inserção do usuários no trabalho formal, oferta de assessoria/apoio às empresas envolvidas.

O PI foi aprovado em 29 de dezembro, com pedido de inclusão de atenção especial às mulheres gestantes em todas suas ações. A execução e o repasse financeiros ficaram condicionados ao saneamento de algumas pendências de orçamentos, resolvidas em janeiro de 2018, com conseqüente assinatura do convênio e sua publicação no mesmo mês com o título - Projeto MAIS DIGNIDADE: "Atenção e inserção social para populações em situação de rua e em vulnerabilidades e risco social, com demandas associadas ao uso de álcool e outras drogas, com primazia ao atendimento de mulheres gestantes, na cidade de Porto Alegre".

Projeto Redes/FIOCRUZ

A terceira edição do projeto REDES/Fiocruz, integrando as ações do Plano Nacional de Segurança Pública, no eixo social, e pactuada no primeiro quadrimestre deste ano com a prefeitura, desenvolveu ações intersetoriais com vistas à articulação e efetivação de redes para mulheres em Vulnerabilidade Social, vítimas de violências e/ou uso abusivo de álcool e drogas, nos territórios georreferenciados do Centro/Santa Cecília, Restinga e Extremo-Sul, bem como nos territórios temáticos referentes ao cuidado e proteção das gestantes usuárias de drogas e mulheres egressas e/ou vinculadas ao sistema prisional, contando com cinco articuladores de rede.

Também nessa edição do projeto construiu-se junto à equipe da Educação Permanente/RH/FASC, com a participação da Coordenação da Atenção Primária, uma ação de Educação Permanente para as redes de

cuidado e proteção dos territórios de atuação do Projeto, a fim de potencializar as ações de cuidado em Saúde Mental, Álcool e Drogas e Redução de Danos. Essas atividades foram planejadas nos meses de junho e julho, e a execução, com encontros quinzenais, ocorreu de fim de agosto a dezembro, nos territórios Centro e Restinga/Extremo-Sul, a partir de casos marcadores trazidos pelas próprias equipes.

A finalização desse projeto culminou em um evento no dia 30 de novembro, com encerramento e discussão das ações a partir das equipes dos serviços de saúde e de assistência envolvidas. Destacaram-se problematizações a respeito tanto das especificidades do cuidado das mulheres gestantes em vulnerabilidade social e ao seu direito de exercer a maternidade de forma apoiada pelo poder público frente às suas demandas e necessidades, quanto das possibilidades de sustentabilidade das ações de cuidado em redes construídas ou fortalecidas ao longo do projeto, a saber:

- grupo de mulheres na Restinga com apoio de movimentos sociais, assistência e US Castelo;

- grupo de mulheres do galpão de reciclagem na Vila Sossego com apoio da US Santa Cecília;

- grupo de mulheres com apoio da Escola Porto Alegre/EPA, contando com o auxílio dos residentes da Saúde Mental Coletiva/UFRGS que participaram das construções.

As discussões apontaram para a necessidade de atendimento às especificidades de cuidado desse público para que se efetive tanto uma rede hospitalar humanizada com protocolos assistenciais adequados ao trabalho da Redução de Danos, quanto uma rede de acolhimento institucional e de proteção que permita a inclusão em busca do protagonismo da mulher em vulnerabilidade social no pré e pós-natal. Nesse sentido, destacou-se a necessidade de maior articulação do poder público e dos movimentos sociais com o Sistema de Justiça, para qualificação das ações intersetoriais.

Programa Famílias Fortes (PFF)/Fiocruz

O programa Famílias Fortes (PFF), que apresenta ferramentas de prevenção ao uso problemático de álcool, tabaco e outras drogas, e comportamentos de risco à saúde da criança e do adolescente, destinado a famílias compostas por responsáveis e jovens entre 10 a 14 anos, planejou com o grupo articulador (Coordenação da Atenção Primária/SMS e Proteção Básica e Educação Permanente/FASC), de junho a agosto, a Capacitação do PFF que ocorreu de 04 a 06 de setembro, totalizando 16 horas de formação para 30 cursistas com efetividade plena.

Os facilitadores e multiplicadores formados, trabalhadores da saúde e da assistência, operacionalizaram, de outubro a novembro, grupos semanais com os jovens e seus responsáveis, para fins de fortalecimento de vínculos familiares e desenvolvimento de habilidades de vida. Com encontros mensais de monitoramento dos facilitadores e multiplicadores com a articuladora federal, bem como seu acompanhamento semanal pelos apoiadores do PFF nos territórios, finalizou-se o programa em 05 de dezembro com execução plena de 2 dos 4 grupos selecionados (Centro/Sul, Restinga, Lomba/Partenon e Norte).

Dentre as várias dificuldades à realização dos grupos de execução, destacaram-se: período de greve dos municipais e consequente redução de pessoal (embora muitos colegas articuladores grevistas tivessem mantido a agenda de execução); turno escolar impedindo disponibilidade e acesso dos usuários; não atingimento do número mínimo de famílias (8 famílias), por atrasos ou não comparecimento das famílias carentes de recursos financeiros para o deslocamento, e ainda certa dificuldade na obtenção de espaço comunitário e/ou TV/DVD.

Apesar dessas dificuldades, obteve-se efetiva participação das famílias, com reflexão e construção de estratégias para fortalecer vínculos familiares e desenvolver condutas mais assertivas, bem como envolvimento das equipes em todos os processos, fortalecendo o vínculo e acesso às redes. Para a execução dos encontros, a FASC apoiou na oferta de lanches durante os encontros, e a SMS com alguns materiais e espaços para os grupos e encontros de monitoramento.

Projeto Capacitação Integral para a Saúde da População em Situação de Rua/UFRGS

No fim do mês de agosto recebemos do MS a possibilidade de construção de projeto de Educação Permanente para a Saúde da População em Situação de Rua de Porto Alegre com financiamento federal. O projeto “CAPACITAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO SUS” financiado pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Ministério da Saúde foi construído pela Coordenação Geral de Atenção Primária em Saúde (CGAPS) e UFRGS em conjunto com o Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR/POA), tendo a UFRGS como instituição proponente. Foi apresentado ao Gabinete/SMS e Comissão de Saúde da População Negra/CMS, tendo sido reformulado e finalmente aprovado no final de dezembro de 2017 pelo MS, a fim para ser executado ao longo de 2018.

Este projeto tem 3 eixos e viabilizará a realização em 2018 de 8 cursos voltados para trabalhadores das redes de saúde, assistência social, educação e outros, lideranças comunitárias e de movimentos sociais, conselheiros, e pessoas em situação de rua. Alguns desses cursos pretendem formar agentes e facilitadores/promotores da saúde da população de rua para a atuação nos territórios, que será acompanhada pela coordenação do projeto ao longo de 9 meses, com a previsão de inserção de até 30 agentes facilitadores na articulação intersetorial entre equipamentos do SUS e SUAS para o acompanhamento de agravos, especialmente tuberculose. Também serão realizadas 24 oficinas de promoção e educação em saúde da população de rua, em lugares de maior concentração dessa população, buscando-se também o desenvolvimento e sistematização de metodologia de trabalho participativo em promoção da saúde da população de rua durante o processo, Com os conhecimentos construídos e sistematizados previu-se a organização, publicação e divulgação de uma Cartilha de Trabalho Participativo em Promoção à Saúde com a População em Situação de Rua.

Plano Integrado para a População em Situação de Rua

A fim de desenvolver o plano integrado para a população em situação de rua, com ações articuladas e integradas dentro do objetivo estratégico da nova gestão municipal de “promover a inclusão e o desenvolvimento social como forma de reduzir a pobreza e garantir os direitos humanos” (PROMETA/2017), aconteceram reuniões periódicas ao longo do ano desde fevereiro de 2017, com constituição de um Grupo de Trabalho de Governo, incluindo para além da secretaria de saúde e de desenvolvimento social, a educação, cultura, planejamento e gestão e guarda municipal.

A participação inicial da secretaria de saúde no referido grupo de trabalho foi a construção de uma linha de cuidado intersetorial para a população em situação de rua que direcionou para a ampliação e implantação de novos serviços e ações, subsidiando a construção de metas e ações específicas para esses usuários no Plano Plurianual de 2018 a 2021.

No terceiro quadrimestre, após apresentação das metas e ações previstas nos Planos Plurianuais para a população em situação de rua por cada secretaria, com os devidos recursos orçamentários previstos, houve a definição pelo prefeito de que a finalização de proposta de um Plano Municipal de Superação de Rua fosse coordenada pela Secretaria Municipal de Saúde. Nesse sentido, em dezembro, intensificaram-se as reuniões de planejamento a fim de se apresentar até fim de março de 2018 a proposta final para discussão/validação no Comitê Intersetorial (Comitê POPRUA), junto às demais secretarias e Movimento Nacional da População em Situação de Rua.

Consultórios na Rua

Segundo a Portaria MS 122/2011, as equipes de Consultório na Rua devem realizar suas atividades de itinerância, com ações compartilhadas setorial e intersetorialmente, integrando Unidades de Saúde de Atenção Primária e outros pontos de atenção da rede necessários de acordo com as necessidades dos usuários. Contamos com duas eCRs, sendo uma equipe Modalidade II em parceria com o GHC, na GD NHNI – com 6 profissionais, sendo 3 de nível superior e 3 de nível médio, excetuando-se o profissional médico; e uma equipe Modalidade III, na GD Centro – com uma equipe da

modalidade II acrescida de um profissional médico que, por decorrência de planejamento compartilhado com o MPSR/POA, também atende em uma base nas instalações da US Santa Marta.

Ao longo do ano de 2017, com a reformulação do projeto técnico do Consultório na Rua da GD Centro no sentido de efetivação de suas ações itinerantes, houve paralelamente a corresponsabilização e reordenamento dos processos de trabalho de todas as Gerências Distritais para a ampliação do acesso da população em situação de rua aos serviços da rede de atenção à saúde. E especialmente no terceiro quadrimestre, avançou-se nas pactuações para maior acesso da população em situação de rua à saúde bucal na Gerência Centro, garantindo, a partir de fevereiro de 2018, a oferta de mais de um horário em todos os dias da semana (de segunda a sexta) para essa população na US Santa Marta.

Encontros de Integração de ações de cuidados para a População em Situação de Rua

Com objetivo de integrar ações de cuidado para População em Situação de Rua, intensificaram-se ao longo do ano as Ações Intersetoriais de Cuidados em Saúde para a População em Situação de Rua – “Encontros de Saúde, Assistência e instituições parceiras nas praças e comunidade”, bem como a realização dos “Pontos de Cidadania” – Encontros de Saúde, Assistência, Trabalho e Emprego, Esportes e instituições parceiras em Centros POP, Abrigos e Albergues, da FASC.

Nos encontros nas praças e/ou comunidade, a SMS ofertou várias atividades de promoção e educação em saúde nos territórios e serviços de circulação das pessoas em situação de rua o que contribuiu para ampliação do acesso humanizado às redes de atenção à saúde, com destaque para as questões de saúde mental, de saúde bucal e cuidados dos agravos transmissíveis (com praticamente 60% da população em situação de rua testada retomando ou iniciando tratamento). Nesses encontros integrados são ofertadas as seguintes ações de cuidados: ofertas de marmitas, escovações assistidas com entrega de kits de higiene bucal, testagens rápidas de HIV/Sífilis/Hepatites, coleta para TB, rodas de terapia comunitária e rodas de conversas com os CAPS, oficinas com promotoras da Saúde da População Negra, confecção do cartão SUS), juntamente com a FASC (CRAS/CREAS),

com ações de encaminhamentos sociais, e instituições parceiras (ONG Banho Solidário, Rádio na Rua, Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial/SENAC, Sindicato dos Registradores do Rio Grande do Sul/SINDIREGIS, Embelezze), com oferta de corte de cabelo e banho quente, confecção de identificação e certidões, e instituições apoiadoras (Defensoria Pública do Estado/DPE e Defensoria Pública da União/DPU).

Ao longo de 2017 foram acessadas e cuidadas 853 pessoas nos “Encontros de Saúde e Assistência nas Praças e Centros Comunitários”, revelando o aumento do envolvimento das gerências e serviços de saúde, bem como do número de pessoas em situação de rua e/ou vulnerabilidade socialdas. Foram participantes dessas ações integradas de cuidado as Gerências GCC, SCS, NEB, PLP, NHNI.

Sobre os “Pontos de Cidadania”, a evolução ao longo do ano de 2017 cresceu também em número de pessoas acessadas e cuidadas, revelando também aumento do envolvimento dos serviços de saúde, conforme quadro abaixo, em que foram participantes dessas ações integradas de cuidado as Gerências Centro e LENO.

Quadro 24- Pontos de Cidadania nas GDs CENTRO e LENO

| Ação/Local/ US envolvidas | Público | Principais Ações | Parceiros |
|---|---|---|---|
| <p>Ponto de Cidadania no Centro POP 2/ GD CENTRO Dia 04 de julho de 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultório na Rua Centro | <p>Aproximadamente 70 pessoas em Situação de rua usuárias do Centro POP 2</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Testagem rápida HIV/AIDS/Hepatite/Sífilis • Consultas médicas • Orientações sobre prevenção de DST/AIDS/TB e sobre Redução de Danos, com distribuição de preservativos • Cadastramento e oferta de passagens intermunicipais e interestaduais • Oferta de Cortes de Cabelo • Cadastramento no banco do SI-NE, encaminhamento para o mercado de trabalho, orientação e cadastro para cursos de qualificação ao mercado de trabalho • Oficina de dança e expressão corporal (60 pessoas envolvidas) | <ul style="list-style-type: none"> • Equipe do Consultório na Rua Centro • Técnicos da Proteção Especial/ FASC • Técnicos de Trabalho e Emprego/SMTE • Técnicos de Esportes/ SME • SENAC |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Ponto de Cidadania no Abrigo Bom Jesus/GD LENO Dia 10 de agosto de 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • UBS Bom Jesus | <p>Aproximadamente 20 pessoas em vulnerabilidade social usuárias do Abrigo Bom Jesus</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Orientações sobre prevenção de DST/AIDS/TB e sobre Redução de Danos, com distribuição de preservativos • Oferta de Cortes de Cabelo • Doações de roupas da Campanha do Agasalho • Cadastramento e oferta de passagens intermunicipais e interestaduais | <ul style="list-style-type: none"> • CRTB LENO • SENAC • Técnicos da FASC • Técnicos de Trabalho e Emprego/SMTE • Técnicos de Esportes/SME • SENAC |
| <p>Ponto de Cidadania alusivo ao Mês do Idoso no Largo Glênio Peres/GD CENTRO Dia 31 de outubro de 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultório na Rua CENTRO • CS Modelo • ESF Sta. Marta | <p>Aproximadamente 900 adultos/idosos em situação de rua e/ou vulnerabilidade social</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Testagens Rápidas de HIV/Sífilis/Hepatite C • Verificações de pressão arterial • Encaminhamentos a partir de alterações de pressão arterial verificadas • Verificações de taxa de glicose (HGT) • Encaminhamentos a partir de alterações de HGT verificadas • Cadastramentos e-SUS • Oferta de Cortes de Cabelo e Embelezamento • Informações sobre Direitos dos Idosos/Museu itinerante com visita guiada pela história da Carris (bondes de Porto Alegre) | <ul style="list-style-type: none"> • Ministério Público (MP/RS) • PROCON • EPTC • CARRIS • DROGA RAIA • Embelleze |

FONTE: Relatório População em Situação de Rua

12 FINANCIAMENTO DO SUS

Meta 53. Monitorar a utilização de 20% dos recursos municipais em ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

A meta foi alcançada pelo sétimo ano seguido, fechando 2017 com um índice de 21,59% de recursos municipais aplicados em ASPS. O índice no ano de 2016 foi de 20,5%.

Quadro 25- % de ASPS no período de 2013 a 2017

| Ano | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| % ASPS | 21,42% | 21,27% | 20,85% | 20,50% | 21,59% |

FONTE: Relatório Resumido da Execução Orçamentária/SMF/PMPA.

Meta 54. Monitorar e acompanhar a aplicação de recursos do Fundo Municipal de Saúde conforme LC 141/2012.

O monitoramento é constante, verificando a execução em cada Bloco de Financiamento, bem como a vinculação das disponibilidades financeiras. Com uso consequente, mas mais intenso, de fontes seguras de recursos para entregar mais saúde para a população, como a assunção de despesas usualmente relacionadas ao Tesouro Municipal para dentro de vínculos estaduais e federais.

Meta 55. Adequar o Fundo Municipal de Saúde à legislação vigente.

Foram iniciadas as primeiras ações, como realização de reuniões acerca do tema e tratativas para formação de um Grupo de Trabalho visando implementar a adequação do FMS. O Processo sobre a criação de Grupo de Trabalho – GT (17.0.000048931-0) foi encaminhado à Secretaria Municipal da Fazenda, à Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão e à Procuradoria Geral do Município. Até o momento não ocorreram avanços para a formação do GT.

Tabela 351- Demonstrativo de ingresso e despesa, por fonte

| Fonte | Ingressos (R\$) | | | Despesas (R\$) | | |
|------------------------|-----------------|---------------|--------------|----------------|---------------|--------------|
| | 2017 | 2016 | Variação (%) | 2017 | 2016 | Variação (%) |
| Fonte Municipal | 671.116.738 | 680.895.540 | (1,44) | 675.088.352 | 681.956.813 | (1,01) |
| Fonte Estadual | 117.616.503 | 131.044.039 | (10,25) | 102.618.275 | 117.142.896 | (12,40) |
| Fonte Federal | 720.515.128 | 671.350.694 | 7,32 | 689.504.147 | 641.397.276 | 7,50 |
| Total | 1.509.248.370 | 1.483.290.274 | 1,75 | 1.467.210.774 | 1.440.496.985 | 1,85 |

FONTE: CTB/SDO/CGAFO/SMS

*Os valores entre parênteses são números negativos.

A tabela acima apresenta o demonstrativo de ingresso e despesa por fonte de financiamento. Constata-se um uma pequena redução tanto dos ingressos quanto das despesas das Fontes Municipal e Estadual.

Da análise da tabela, percebe-se que o ingresso de recursos financeiros em 2017 foi levemente superior ao ano de 2016, na ordem de 1,75%. Cabe ressaltar, também, que no presente ano ocorreu uma elevação de 7,32% no ingresso da Fonte Federal. Em sentido oposto, houve redução nos repasses da Fonte Estadual e da Fonte Municipal, com destaque para a redução de 10,25% de ingressos na Fonte Estadual.

Em relação aos dispêndios, observa-se que ocorreu despesa, na Fonte Municipal, maior que o ingresso apresentado para este Ente, possível pela utilização de saldos superavitários de exercícios pretéritos. As despesas da Fonte Municipal e Estadual foram inferiores ao ano anterior, em especial para a redução da Fonte Estadual num total de 12,40%.

Tabela 352– Recurso de Emendas Parlamentares

| Emenda | Objeto | Beneficiários | Data do Ingresso | Valor (R\$) |
|-------------------------|--|---|-------------------------|--------------------|
| MARIA DO ROSÁRIO | Aquisição de Equipamentos e Material Permanente | Diversas Unidades Básicas de Saúde | 21/01/2017 | 450.000 |
| NELSON MARCHEZAN | Aquisição de Equipamentos e Material Permanente | Unidade de Saúde IAPI e Santa Fé | 21/01/2017 | 300.000 |
| CARLOS GOMES | Aquisição de Equipamentos e Material Permanente | Unidade de Saúde Cruzeiro do Sul, Mato Grosso e Vila dos C. | 24/03/2017 | 249.995 |
| JOÃO DERLY | Aquisição de Equipamentos e Material Permanente | Centro de Especialidades IAPI | 21/03/2017 | 598.570 |
| ONYX LORENZONI | Aquisição de Equipamentos e Material Permanente | Diversas Unidades Básicas de Saúde | 06/06/2017 | 483.824 |
| CARLOS GOMES | Aquisição de Equipamentos e Material Permanente | Diversas Unidades Básicas de Saúde | 06/06/2017 | 199.780 |
| MARIA DO ROSÁRIO | Aquisição de Equipamentos e Material Permanente | Unidade de Saúde Lami | 19/07/2017 | 50.000 |
| NELSON MARCHEZAN Junior | Incremento Piso da Atenção Básica. | Atenção Básica | 30/10/2017 | 269.538 |
| NELSON MARCHEZAN Junior | Incremento do Teto da Média e Alta Complexidade. | Associação Hospitalar Vila Nova | 08/12/2017 | 100.000 |

| | | | | |
|-------------------------|--|---|------------|------------------|
| NELSON MARCHEZAN Junior | Incremento do Teto da Média e Alta Complexidade. | Associação Portuguesa de Beneficência | 08/12/2017 | 100.000 |
| NELSON MARCHEZAN Junior | Incremento do Teto da Média e Alta Complexidade. | Hospital Espírita de Porto Alegre | 08/12/2017 | 100.000 |
| NELSON MARCHEZAN Junior | Incremento do Teto da Média e Alta Complexidade. | Irmandade da Santa Casa de Misericórdia | 08/12/2017 | 200.000 |
| Total | | | | 3.101.707 |

FORNTE: FMS/SMS

A tabela acima apresenta a relação de emendas parlamentares que ingressaram, pela Fonte Federal, no Fundo Municipal de Saúde em 2017. São 12 (doze) emendas que totalizam R\$ 3.101.707,00. Nenhum recurso dessas emendas foi executado no ano de 2017.

Foi executado em 2017, da emenda parlamentar Osmar Gasparini Terra, R\$ 377.342,00 de um total de R\$ 700.00,00 para aquisição de aparelhos de ar condicionado para atender a Rede Básica de Saúde. Também foram executados, da emenda Paulo Paim, R\$ 274.469,00 para a aquisição de impressoras a laser e monitores de LED. Além disso, foram executados da emenda parlamentar Carlos Gomes, R\$ 132.356,00, para a compra de balanças antropométricas adulto e infantil.

Oportuno mencionar, também, que no ano de 2017, devido à publicação pelo Ministério da Saúde de uma série de Portarias de Inabilitação de Programas e Emendas Parlamentares, informação essa já apresentada no 2º Relatório Quadrimestral de Gestão - Anexo VII, foram devolvidos ao Fundo Nacional da Saúde um total de R\$ 3.535.169,63. Esses recursos foram devolvidos, pois não foram executados dentro do prazo legal estabelecido, principalmente devido à falta de liberação de terrenos para execução de obras de construção e ampliação e também, devido ao repasse federal ser insuficiente para a execução dos programas.

Cabe destacar os valores repassados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) diretamente pelo Ministério da Saúde, que ocorrem através de desconto aos repasses ao Fundo Municipal de Saúde, durante o exercício de 2017:

Quadro 26- Valores repassados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) diretamente pelo Ministério da Saúde em 2017

| Instituição | Valor repassado total |
|--------------------------------------|------------------------------|
| Hospital de Clínicas de Porto Alegre | R\$ 186.427.698,20 |
| Grupo Hospitalar Conceição | R\$ 207.651.971,11 |

FONTE: Fundo Nacional de Saúde – consulta repasse unidades gestoras.

Informações Financeiras – Instituto Municipal de Estratégia da Família (IMESF)

Quadro 27- Demonstrativo financeiro do IMESF

| Descrição | Ano | | |
|---|-----------------|-------------|-------------|
| | 2017 (R\$) | 2016 (R\$) | Varição (%) |
| Valor Estimado em Contrato de Gestão com o IMESF | R\$ 125.705.183 | 114.068.791 | 10,2 |
| Valor Repassado ao IMESF | R\$ 103.983.355 | 94.580.664 | 9,9 |
| Total das Despesas do IMESF | R\$ 104.001.028 | 95.962.823 | 8,4 |
| Despesa com Pessoal* | R\$ 98.783.820 | 90.984.345 | 8,6 |
| Despesas Administrativas** | R\$ 5.217.207 | 4.978.478 | 4,8 |

FONTE: Setor de Contabilidade, Orçamento e Finanças do IMESF – 05/03/2018

*Pagamento de Pessoal; PMM; Férias; Décimo Terceiro; Vale Transporte; Vale Alimentação; Rescisões; INSS; IR; GPS-RAT; PIS; FGTS; Pensões; Consignações; Sindicatos Profissionais.

**Sindicato Patronal; Serviços de Limpeza e Higiene; Aluguéis Imóveis; Energia Elétrica; Sistema de Informação; Pró Work; Outros.

O demonstrativo financeiro do IMESF acima refere-se ao comparativo total dos exercícios de 2017 e 2016, com os valores firmados nos Contratos de Gestão e Implantação, valores efetivamente repassados ao IMESF mais rendimentos e o total de despesas do IMESF por regime de caixa (despesa com pessoal e despesas administrativas).

O *Valor Estimado em Contrato de Gestão com o IMESF* referente ao ano de 2016 está ajustado conforme o 1º (primeiro) termo aditivo ao contrato de Gestão entre o IMESF e o Município de Porto Alegre.

O Contrato de Gestão foi firmado em setembro de 2015 e inclui valor acordado para repasses mensais até agosto de 2017. Este mesmo contrato foi ajustado pelo 1º (primeiro) Termo Aditivo ao contrato de Gestão, assinado em agosto de 2017. No momento da assinatura do Contrato de Gestão (posteriormente ajustado pelo 1º aditivo) foram estimados os valores mensais até agosto de 2017, sendo que para a estimativa dos valores foram considerados reajustes salariais nas respectivas datas-bases de cada categoria profissional. Também foram consideradas reposições de todos trabalhadores imediatamente após qualquer desligamento, independente do cargo.

Os valores estimados de setembro a dezembro de 2017 foram firmados pelo 2º Termo Aditivo ao contrato de Gestão assinado em outubro de 2017. Esse 2º Termo aditivo inclui valor acordado para repasses mensais até agosto de 2019.

Em virtude de dificuldades financeiras do Município de Porto Alegre, em 2016 os reajustes salariais dos funcionários do IMESF foram realizados de forma parcelada e sem retroatividade. Em 2017, não houve nenhum reajuste salarial. Esses fatores geraram necessidade de repasses mensais inferiores aos pactuados no Contrato de Gestão. O aumento nominal observado nas despesas se dá, em sua maior parte, pelo aumento parcelado do salário de 2016, gerando um impacto maior nas despesas de 2017.

13 CONTROLE SOCIAL

Meta 61. Constituir as instâncias descentralizadas do CMS/POA em 60% dos serviços de saúde.

Meta não atingida. Os Relatórios Quadrimestrais de 2017 apresentam as ações desenvolvidas para o atingimento da meta.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 8.080. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.* Brasília, 1990.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 8.142. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.* Brasília, 1990.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 141. *Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.* Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): *uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde.* – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL - Ministério da Saúde. Portarias de Nº 2.135. *Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).* Brasília, 2013.

BRASIL - Ministério da Saúde Portaria Nº 399. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto 2006.* Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da *Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS.* Brasília (DF), 4ª Edição/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 254 de 31 de janeiro de 2002: *aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.* Brasília (DF), 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.759 de 25 de outubro de 2007: *estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor.* Brasília (DF), 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011: *define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.* Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 703 de 21 de outubro de 2011: *Estabelecidas normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF).* Brasília (DF), 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE/RS. *Programa de Metas 2017 - 2020 (PROMETA/2017)*. Disponível em: <www.portoalegre.rs.gov.br>. Acesso em 30 jan 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Porto Alegre, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal Da Saúde. *Programação Anual de Saúde 2017*. Porto Alegre, 2017.

Dulce Helena Chiaverini (Organizadora). [et al.]. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

Marin, Nelly. (org.). *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. / Organizado por Nelly Marin et al. Rio de Janeiro : OPAS/OMS, 2003. [373]p. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=742&Itemid=423

BRASIL. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: *relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 154 p. – (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/confer_nacional_de20medicamentos

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 338, DE 06 DE MAIO DE 2004: *Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica*. Brasília (DF), 2004. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html

BRASIL. PORTARIA Nº 1.555, DE 30 DE JULHO DE 2013: *Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília (DF), 2013. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Instrução Normativa 003/12: *Dispõe sobre a obrigatoriedade no cumprimento das Normas e Rotinas de Dispensação, olicitação de medicamentos, Recebimento, Armazenamento e Controle de Estoque a serem executadas pelos Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde*. Porto Alegre, 2012. Disponível em:

http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/instrucao_normativa_003_12

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Instrução Normativa 11/2015: *Dispõe sobre a obrigatoriedade no cumprimento das Normas e Rotinas relacionadas à Solicitação, ao Armazenamento e à Dispensação/Entrega de Medicamentos, no âmbito dos serviços da Coordenação de Atenção Primária, Serviços Especializados Ambulatoriais e Prestadores de Serviço da SMS sob a assessoria da Coordenação de Assistência Farmacêutica*. Diário Oficial de Porto Alegre. Porto Alegre, 2015. Disponível em: http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/1493_ce_20150819_executivo

ANEXO I - CÓDIGOS DE PRODUÇÃO DO TABWIN

Atendimentos Atenção Básica

0101010010 Atividade Educativa / Orientação em Grupo na Atenção Básica

0101010036 Prática Corporal / Atividade Física em Grupo

0101020015 Ação Coletiva de Aplicação Tópica de Flúor Gel

0101020031 Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada

0101020040 Ação Coletiva de Exame Bucal com Finalidade Epidemiológica

0101030010 Visita Domiciliar por Profissional de Nível Médio

0101030029 Visita Domiciliar/Institucional por Profissional de Nível Superior

0101040024 Avaliação Antropométrica

0201020033 Coleta de Material p/ Exame Citopatológico de Colo Uterino

0201020041 Coleta de Material p/ Exame Laboratorial

0201020050 Coleta de Sangue p/ Triagem Neonatal

0211060275 Triagem Oftalmológica - Projeto Olhar Brasil

0214010015 Glicemia Capilar

0214010040 Teste Rápido para Detecção de HIV em Gestante

0214010058 Teste Rápido para Detecção de Infecção pelo HIV

0214010066 Teste Rápido de Gravidez

0214010074 Teste Rápido para Sífilis

0214010082 Teste Rápido para Sífilis em Gestante

0214010090 Teste Rápido para Detecção de Hepatite C

0301010030 Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica
(exceto médico)

0301010056 Consulta Médica em Saúde do Trabalhador

0301010064 Consulta Médica em Atenção Básica

0301010080 Consulta p/ Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento
(Puericultura)

0301010099 Consulta para Avaliação Clínica do Fumante

0301010110 Consulta Pré-natal

0301010129 Consulta Puerperal

0301010137 Consulta/Atendimento Domiciliar

0301010153 Primeira Consulta Odontológica Programática
0301060037 Atendimento de Urgência em Atenção Básica
0301060045 Atendimento de Urgência em Atenção Básica com Observação até 8 Horas
0301060053 Atendimento de Urgência em Atenção Básica com Remoção
0301100020 Administração de Medicamentos em Atenção Básica (por paciente)
0301100039 Aferição de Pressão Arterial
0301100101 Inalação / Nebulização
0301100152 Retirada de Pontos de Cirurgias Básicas (por paciente)
0301100187 Terapia de Reidratação Oral
0401010023 Curativo Grau I c/ ou s/ Debridamento

Procedimentos e Indicadores Odontológicos:

0101020058 Aplicação de Cariostático (por dente)
0101020066 Aplicação de Selante (por dente)
0101020074 Aplicação Tópica de Flúor (individual por sessão)
0101020082 Evidenciação de Placa Bacteriana
0101020090 Selamento Provisório de Cavidade Dentária
0201010232 Biópsia de Glândula Salivar
0201010348 Biópsia de Osso do Crânio e da Face
0201010526 Biópsia dos Tecidos Moles da Boca
0204010160 Radiografia Oclusal
0204010179 Radiografia Panorâmica
0204010187 Radiografia Peri-apical Interproximal (Bite-wing)
0301010153 Primeira Consulta Odontológica Programática
0301060029 Atendimento de Urgência c/ Observação ate 24 horas
0301060061 Atendimento de Urgência em Atenção especializada
0301100152 Retirada de Pontos de Cirurgias Básicas (por paciente)
0307010015 Capeamento Pulpar
0307010023 Restauração de Dente Decíduo
0307010031 Restauração de Dente Permanente Anterior

0307010040 Restauração de Dente Permanente Posterior
0307010058 Tratamento de Nevralgias Faciais
0307020010 Acesso a Polpa Dentaria e Medicação (por dente)
0307020029 Curativo de Demora c/ ou s/ Preparo Biomecânico
0307020037 Obturação de Dente Decíduo
0307020045 Obturação em Dente Permanente Birradicular
0307020053 Obturação em Dente Permanente com três ou mais RA
0307020061 Obturação em Dente Permanente Unirradicular
0307020070 Pulpotomia Dentária
0307020088 Retratamento Endodôntico em Dente Permanente Bi-Radicular
0307020096 Retratamento Endodôntico em Dente Permanente com 03 ou mais Raízes
0307020100 Retratamento Endodôntico em Dente Permanente Uni-Radicular
0307020118 Selamento de Perfuração Radicular
0307030016 Raspagem Alisamento e Polimento Supragengivais (por Sextante)
0307030024 Raspagem Alisamento Subgengivais (por Sextante)
0307030032 Raspagem Corono-Radicular (por Sextante)
0307030040 Profilaxia / Remoção da Placa Bacteriana
0307040011 Colocação de Placa de Mordida
0307040070 Moldagem Dento-Gengival p/ Construção de Prótese
0307040089 Reembasamento e Conserto de Prótese Dentaria
0307040089 Reembasamento e Conserto de Prótese Dentaria
0307040119 Instalação de Aparelho Ortodôntico/Ortopédico Fixo
0307040127 Manutenção/Conserto de Aparelho Ortodôntico/Ortopédico
0307040135 Cimentação de Prótese Dentária
0307040143 Adaptação de Prótese Dentária
0307040151 Ajuste Oclusal
0307040160 Instalação de Prótese Dentaria
0401010031 Drenagem de Abscesso
0401010058 Excisão de Lesão e/ou Sutura de Ferimento da Pele
0401010066 Excisão e/ou Sutura Simples de Pequenas Lesões / Ferimentos de Pele / Anexos e Mucosa

0401010074 Exérese de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo
0401010082 Frenectomia
0401010104 Incisão e Drenagem de Abscesso
0401010120 Retirada de Lesão por Shaving
0404020054 Drenagem de Abscesso da Boca e Anexos
0404020089 Excisão de Rânula ou Fenômeno de Retenção Salivar
0404020097 Excisão e Sutura de Lesão na Boca
0404020100 Excisão em Cunha de Lábio
0404020313 Retirada de Corpo Estranho dos Ossos da Face
0404020445 Contenção de Dentes por Splintagem
0404020488 Osteotomia das Fraturas Alvéolo-Dentárias
0404020577 Redução de Fratura Alvéolo-Dentária sem Osteossíntese
0404020615 Redução de Luxação Têmporo-Mandibular
0404020623 Retirada de Material de Síntese Óssea / Dentária
0404020631 Retirada de Meios de Fixação Maxilo-Mandibular
0404020674 Reconstrução Parcial do Lábio Traumatizado
0414010256 Tratamento Cirúrgico de Fístula Oro-Sinusal / Oro-Nasal
0414010345 Excisão de Calculo de Glandula Salivar
0414010361 Exérese de Cisto Odontogênico e Não-Odontogênico
0414010370 Tratamento Cirúrgico de Dente Incluso em Paciente
0414010388 Tratamento Cirurgico de Fistula Intra e Extra Oral
0414020022 Apicectomia com Ou sem Obturação Retrógrada
0414020030 Aprofundamento de Vestíbulo Oral por Sextante
0414020049 Correção de Bidas Musculares
0414020057 Correção de Irregularidades de Rebordo Alveolar
0414020065 Correcao de Tuberosidade Maxilar
0414020073 Curetagem Periapical
0414020081 Enxerto Gengival
0414020120 Exodontia de Dente Decíduo
0414020138 Exodontia de Dente Permanente
0414020146 Exodontia Múltipla com Alveoloplastia por Sextante
0414020154 Gengivectomia (Por Sextante)

0414020162 Gengivoplastia (Por Sextante)
0414020170 Glossorrafia
0414020200 Marsupialização de Cistos e Pseudocistos
0414020219 Odontosecção / Radilectomia / Tunelização
0414020243 Reimplante e Transplante Dental por Elemento
0414020278 Remoção de Dente Retido (Incluso / Impactado)
0414020294 Remoção de Torus e Exostoses
0414020359 Tratamento Cirúrgico de Hemorragia Buco-Dental
0414020367 Tratamento Cirurgico para Tracionamento Dental
0414020375 Tratamento Cirúrgico Periodontal (por Sextante)
0414020383 Tratamento de Alveolite

Quadro 1- Descrição dos Indicadores de Produção

| Produção | Descrição |
|---|--|
| Cobertura de primeira consulta odontológica programática. | <p>Primeiras Consultas: Avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico. Indicador exclusivo da Atenção Básica. Tem como finalidade medir o acesso da população ao atendimento e tratamento odontológico.</p> <p>Indicador: Número de primeiras consultas realizadas dividido pelo total da população.</p> <p>* Procedimentos para cálculo do indicador: 0301010153.</p> |
| Média de Procedimentos Básicos Individuais por habitante. | <p>Procedimentos Básicos: procedimentos básicos como restaurações, profilaxias, remoção de tártaro, aplicações de flúor, entre outros realizados na Atenção Básica, serviços especializados e urgências.</p> <p>Indicador: Número de procedimentos odontológicos básicos realizados dividido pelo total da população.</p> <p>* Procedimentos para cálculo do indicador: 0101020058; 0101020066; 0101020074; 0101020082; 0101020090; 0301100152; 0307010015; 0307010023; 0307010031; 0307010040; 0307020010; 0307020029; 0307020070; 0307030016; 0307030024; 0307040089; 0401010031; 0401010066; 0414020120; 0414020138; 0414020383; 0414020405; 0414020359; 0414020170; 0307040070; 0307040160; 0307040143; 0307040135; 0307030040.</p> |
| Proporção de Procedimentos Especializados em Relação aos Básicos. | <p>Proporção de Procedimentos especializados realizados em Atenção Básica, serviços especializados e urgências, em relação a procedimentos básicos realizados.</p> <p>* Procedimentos para cálculo dos procedimentos especializados: 0307020088; 0307020096; 0307020100; 0307020118; 0201010232; 0201010348; 0307010058; 0307020045; 0307020053; 0307020061; 0307030032; 0307040011; 0307040151; 0401010120; 0414010345; 0404020488; 0414010361; 0414010388; 0201010526; 0414020022; 0414020030; 0414020049; 0414020057; 0414020065; 0414020073; 0414020081; 0414020146; 0414020154; 0414020162; 0414020200; 0414020219; 0414020243; 0414020278; 0414020294; 0414020367; 0414020375; 0307040089; 0307040127; 0401010058; 0401010074; 0404020054; 0404020100; 0404020313; 0404020577; 0404020615; 0404020623; 0404020631; 0404020674; 0414010370; 0404020097; 0401010082; 0404020445; 0307020037; 0307040119; 0414010256; 0414020219; 0401010104; 0404020089.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Percentual de Exodontias de Dente Permanente em Relação aos Procedimentos Seleccionados.</p> | <p>Percentual de extrações dentárias realizadas em relação ao número total de procedimentos seleccionados.</p> <p>* Procedimentos para cálculo do total de exodontias: 0414020138; 0414020146.</p> <p>* Procedimentos seleccionados: 0101020058; 0101020066; 0101020074; 0101020090; 0307010015; 0307010031; 0307010040; 0307020010; 0307020029; 0307020037; 0307020061; 0307020045; 0307020053; 0307020070; 0307020088; 0307020096; 0307020100; 0307020118; 0307030016; 0307030024; 0307030032; 0414020022; 0414020073; 0414020138; 0414020146; 0414020154; 0414020162; 0414020219; 0414020243; 0414020367; 0414020375.</p> |
| <p>Atendimentos de urgência no nível básico, secundário, emergências e serviços de urgências.</p> | <p>Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, serviços especializados e urgências sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida.</p> <p>* Procedimentos para cálculo da produção: 0301060037; 0301060061; 0301060029.</p> |
| <p>Percentual de Procedimentos Periodontais por Habitante</p> | <p>Número de procedimentos periodontais seleccionados dividido pelo total da população.</p> <p>* Procedimentos seleccionados para cálculo do indicador: 0307030016; 0307030024; 0307030032; 0414020154; 0414020162; 0414020219; 0414020375.</p> |

FONTE: SIGTAP.DATASUS

Procedimentos Cerest

0102020027 Atividade Educativa em Saúde do Trabalhador

0301010056 Consulta Médica em Saúde do Trabalhador

Procedimentos Saúde do Homem

0202030105 Solicitações do exame de dosagem do PSA (Antígeno Prostático Específico)

Procedimentos Saúde Mental

03.01.08.030-5 – Matriciamento de Equipes da Atenção Básica

03.01.08.023-2 – Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial

ANEXO II – REFERÊNCIA SAÚDE BUCAL

Tabela 1- Referência em Saúde Bucal para as Unidades de Saúde da Atenção Básica de Porto Alegre

| N | CNES | Nome | Gerência Distrital | US com Saúde Bucal | US de referência para Saúde Bucal |
|----|---------|-----------------------------|--------------------|--------------------|--|
| 1 | 2264390 | US Modelo | Centro | Sim | |
| 2 | 2264382 | US Santa Cecília | Centro | Não | US Modelo |
| 3 | 6883354 | US Santa Marta | Centro | Sim | |
| 4 | 2265222 | US Alto Embratel | GCC | Não | US Primeiro de Maio |
| 5 | 2237288 | US Aparício Borges | GCC | Não | US Estrada dos Alpes e US Jardim Cascata |
| 6 | 2264498 | US Belém Velho | GCC | Sim | |
| 7 | 2237318 | US Cristal | GCC | Sim | |
| 8 | 2237326 | US Cruzeiro do Sul | GCC | Não | US Divisa |
| 9 | 3979938 | US Divisa | GCC | Sim | |
| 10 | 2265028 | US Estrada dos Alpes | GCC | Sim | |
| 11 | 2265044 | US Glória | GCC | Sim | |
| 12 | 2237903 | US Graciliano Ramos | GCC | Não | US Jardim Cascata |
| 13 | 2264951 | US Jardim Cascata | GCC | Sim | |
| 14 | 2264978 | US Mato Grosso | GCC | Não | US Divisa |
| 15 | 6883184 | US Medianeira | GCC | Sim | |
| 16 | 3306453 | US Nossa Senhora das Graças | GCC | Não | US São Gabriel |
| 17 | 6130917 | US Nossa Senhora de Belém | GCC | Sim | |
| 18 | 2237296 | US Orfanotrófio | GCC | Não | US Osmar Freitas |
| 19 | 2237512 | US Osmar Freitas | GCC | Sim | |
| 20 | 2264986 | US Primeiro de Maio | GCC | Sim | |
| 21 | 5007518 | US Rincão | GCC | Não | US Nossa Senhora de Belém |
| 22 | 2264935 | US Santa Anita | GCC | Não | US Osmar Freitas |
| 23 | 2264315 | US Santa Tereza | GCC | Não | US Cristal e US Vila dos Comerciantes |
| 24 | 2264226 | US São Gabriel | GCC | Sim | |
| 25 | 2264927 | US Tronco | GCC | Não | US Nossa Senhora Medianeira |
| 26 | 2265036 | US Vila Cruzeiro | GCC | Não | US Cristal |
| 27 | 6883184 | US Vila dos Comerciantes | GCC | Sim | |
| 28 | 2264994 | US Vila Gaúcha | GCC | Não | US Nossa Senhora Medianeira |
| 29 | 2265141 | US Barão do Bagé | LENO | Sim | |
| 30 | 2264900 | US Batista Flores | LENO | Não | US Wenceslau Fontoura |
| 31 | 6883257 | US Bom Jesus | LENO | Sim | |
| 32 | 2264870 | US Chácara da Fumaça | LENO | Sim | |

| | | | | | |
|----|---------|----------------------------|------|-----|--------------------------|
| 33 | 2265192 | US Coinma | LENO | Sim | |
| 34 | 2265184 | US Divina Providência | LENO | Sim | |
| 35 | 2237946 | US Jardim Carvalho | LENO | Sim | |
| 36 | 2264196 | US Jardim da FAPA | LENO | Sim | |
| 37 | 2237954 | US Jardim Protásio Alves | LENO | Sim | |
| 38 | 2264803 | US Laranjeiras | LENO | Sim | |
| 39 | 2264765 | US Mato Sampaio | LENO | Sim | |
| 40 | 2237237 | US Milta Rodrigues | LENO | Sim | |
| 41 | 2237792 | US Morro Santana | LENO | Sim | |
| 42 | 2237911 | US Safira Nova | LENO | Sim | |
| 43 | 2237733 | US Tijuca | LENO | Não | US Jardim Protásio Alves |
| 44 | 2237210 | US Timbauva | LENO | Sim | |
| 45 | 2264773 | US Vila Brasília | LENO | Sim | |
| 46 | 7150547 | US Vila Fátima | LENO | Sim | |
| 47 | 2264846 | US Vila Jardim | LENO | Sim | |
| 48 | 2264781 | US Vila Pinto | LENO | Sim | |
| 49 | 2264889 | US Vila Safira | LENO | Não | US Safira Nova |
| 50 | 2265133 | US Vila SESC | LENO | Sim | |
| 51 | 2264897 | US Wenceslau Fontoura | LENO | Sim | |
| 52 | 2264617 | US Asa Branca | NEB | Não | US Sarandi |
| 53 | 2237245 | US Assis Brasil | NEB | Sim | |
| 54 | 2264218 | US Beco dos Coqueiros | NEB | Não | US Passo das Pedras I |
| 55 | 2265087 | US Costa e Silva | NEB | Sim | |
| 56 | 7449283 | US Domenico Feoli | NEB | Sim | |
| 57 | 5377978 | US Esperança Cordeiro | NEB | Sim | |
| 58 | 2265125 | US Jardim Leopoldina | NEB | Sim | |
| 59 | 2264714 | US Jenor Jarros | NEB | Não | US Assis Brasil |
| 60 | 2265206 | US Nossa Senhora Aparecida | NEB | Sim | |
| 61 | 2264633 | US Nova Brasília | NEB | Sim | |
| 62 | 2264641 | US Nova Gleba | NEB | Não | US Vila Elisabeth |
| 63 | 2265095 | US Parque dos Maias | NEB | Sim | |
| 64 | 2265214 | US Passo das Pedras I | NEB | Sim | |
| 65 | 2264250 | US Passo das Pedras II | NEB | Não | US Passo das Pedras I |
| 66 | 2264919 | US Planalto | NEB | Não | US Domenico Feoli |
| 67 | 2264706 | US Ramos | NEB | Não | US Santo Agostinho |
| 68 | 2264862 | US Rubem Berta | NEB | Sim | |
| 69 | 3321428 | US Santa Fé | NEB | Sim | |
| 70 | 3321401 | US Santa Maria | NEB | Não | US Esperança Cordeiro |
| 71 | 2264692 | US Santa Rosa | NEB | Sim | |
| 72 | 2265176 | US Santíssima Trindade | NEB | Sim | |
| 73 | 3927997 | US Santo Agostinho | NEB | Sim | |
| 74 | 2237423 | US São Borja | NEB | Sim | |
| 75 | 2264854 | US São Cristóvão | NEB | Sim | |

| | | | | | |
|-----|---------|----------------------------|------|-----|--------------------------|
| 76 | 2264684 | US Sarandi | NEB | Sim | |
| 77 | 2264676 | US Vila Elizabeth | NEB | Não | US Nova Brasília |
| 78 | 2265168 | US Conceição | NHNI | Sim | |
| 79 | 2264374 | US Diretor Pestana | NHNI | Sim | |
| 80 | 2264285 | US Farrapos | NHNI | Sim | |
| 81 | 2265109 | US Floresta | NHNI | Sim | |
| 82 | 7049579 | US Fradique Vlizeu | NHNI | Sim | |
| 83 | 6883303 | US IAPI | NHNI | Sim | |
| 84 | 2237113 | US Ilha da Pintada | NHNI | Sim | |
| 85 | 6140815 | US Ilha do Pavão | NHNI | Sim | |
| 86 | 2264366 | US Ilha dos Marinheiros | NHNI | Sim | |
| 87 | 2265079 | US Jardim Itú | NHNI | Sim | |
| 88 | 3437159 | US Mário Quintana | NHNI | Sim | |
| 89 | 2264331 | US Navegantes | NHNI | Sim | |
| 90 | 2237504 | US Nazaré | NHNI | Sim | |
| 91 | 2264811 | US Vila Ipiranga | NHNI | Sim | |
| 92 | 2237369 | US Bananeiras | PLP | Sim | |
| 93 | 8006865 | US Campo da Tuca | PLP | Sim | |
| 94 | 8006830 | US Ceres | PLP | Sim | |
| 95 | 8006849 | US Ernesto Araújo | PLP | Sim | |
| 96 | 2264722 | US Esmeralda | PLP | Sim | |
| 97 | 2237458 | US Herdeiros | PLP | Sim | |
| 98 | 5473810 | US Lomba do Pinheiro | PLP | Não | US Viçosa e US São Pedro |
| 99 | 2237342 | US Mapa | PLP | Sim | |
| 100 | 8006873 | US Morro da Cruz | PLP | Sim | |
| 101 | 5878632 | US Panorama | PLP | Sim | |
| 102 | 2264269 | US Pequena Casa da Criança | PLP | Sim | |
| 103 | 2237482 | US Pitoresca | PLP | Sim | |
| 104 | 2237350 | US Recreio da Divisa | PLP | Não | US Panorama |
| 105 | 5473764 | US Santa Helena | PLP | Sim | |
| 106 | 8006903 | US Santo Alfredo | PLP | Sim | |
| 107 | 2264838 | US São Carlos | PLP | Sim | |
| 108 | 2237377 | US São José | PLP | Sim | |
| 109 | 8006857 | US São Miguel | PLP | Sim | |
| 110 | 2264730 | US São Pedro | PLP | Sim | |
| 111 | 2264757 | US Viçosa | PLP | Sim | |
| 112 | 8006822 | US Vila Vargas | PLP | Sim | |
| 113 | 2264471 | US Belém Novo | RES | Sim | |
| 114 | 2264404 | US Castelo | RES | Sim | |
| 115 | 2264412 | US Chácara do Banco | RES | Não | US Restinga |
| 116 | 7076584 | US Chapéu do Sol | RES | Sim | |
| 117 | 2264560 | US Lami | RES | Sim | |
| 118 | 2264609 | US Macedônia | RES | Sim | |
| 119 | 7497547 | US Núcleo Esperança | RES | Sim | |
| 120 | 6676227 | US Paulo Viário | RES | Sim | |
| 121 | 2264749 | US Pitanga | RES | Não | US Quinta Unidade |

| | | | | | |
|-----|---------|-------------------------|-----|-----|-------------------------|
| 122 | 2264455 | US Ponta Grossa | RES | Sim | |
| 123 | 2264234 | US Quinta Unidade | RES | Sim | |
| 124 | 2264587 | US Restinga | RES | Sim | |
| 125 | 2264943 | US Alto Erechim | SCS | Sim | |
| 126 | 2264463 | US Beco do Adelar | SCS | Sim | |
| 127 | 2264501 | US Calábria | SCS | Sim | |
| 128 | 2264528 | US Camaquã | SCS | Sim | |
| 129 | 2264536 | US Campo Novo | SCS | Sim | |
| 130 | 2237539 | US Campos do Cristal | SCS | Não | US Campo Novo |
| 131 | 2264420 | US Cidade de Deus | SCS | Sim | |
| 132 | 7517904 | US COHAB Cavalhada | SCS | Sim | |
| 133 | 2693437 | US Guarujá | SCS | Sim | |
| 134 | 2264544 | US Ipanema | SCS | Sim | |
| 135 | 2264552 | US Jardim das Palmeiras | SCS | Não | US Calábria |
| 136 | 2264579 | US Monte Cristo | SCS | Sim | |
| 137 | 8013632 | US Moradas da Hípica | SCS | Sim | |
| 138 | 2264439 | US Morro dos Sargentos | SCS | Não | US Guarujá e US Ipanema |
| 139 | 2265001 | US Nonoai | SCS | Sim | |
| 140 | 2264447 | US São Vicente Martir | SCS | Sim | |
| 141 | 2264595 | US Tristeza | SCS | Sim | |
| 142 | 6247938 | US Vila Nova Ipanema | SCS | Sim | |

FONTE: CGAB (dezembro 2017).

ANEXO III - RELATÓRIO MUNICIPAL DE GESTÃO EM SAÚDE – RMGS009

Secretaria Estadual da Saúde – Fundo Estadual de Saúde

EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA

PERÍODO DA EXECUÇÃO: 2017

EMITIDO:

02/03/2018 10:37

SITUAÇÃO: FECHADO

| | SALDO EM: 31/12/2016 | RECEITAS | RENDIMENTOS | DESPESAS | SALDO EM: 31/12/2017 |
|--|-------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------------------|
| FONTE MUNICIPAL | | | | | |
| Recursos Municipais Aplicados em Saúde | | | | | |
| 40 - Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS | 1.493.531,29 | 670.459.477, | 161.362,32 | 670.588.352, | 1.526.018,50 |
| 4001 - Outras receitas aplicadas em Saúde | 0,00 | 6.159.268,33 | 183.437,53 | 4.812.461,42 | 1.530.244,44 |
| SUBTOTAL | 1.493.531,29 | 676.618.745, | 344.799,85 | 675.400.813, | 3.056.262,94 |
| FONTE ESTADUAL | | | | | |
| Assistência Farmacêutica | | | | | |
| 4050 - Farmácia Básica | 3.637.453,60 | 5.030.722,63 | 6.200.002,65 | 10.846.073,1 | 4.022.105,74 |
| Atenção Básica | | | | | |
| 4011 - Atenção Básica | 2.207.665,89 | 11.604.293,1 | 44.391,35 | 10.736.027,0 | 3.120.323,38 |
| 4090 - PSF | 6.934.227,74 | 14.293.207,4 | 412.598,25 | 12.892.884,4 | 8.747.148,94 |
| 4160 - Primeira Infância Melhor - PIM | 457.172,68 | 318.000,00 | 6.369,70 | 446.288,23 | 335.254,15 |
| Média e Alta Complexidade | | | | | |
| 4111 - CEO/LRPD | 81.354,91 | 245.745,98 | 3.375,66 | 178.235,60 | 152.240,95 |
| 4170 - SAMU/UPA | 5.560.003,52 | 5.282.088,72 | 55.179,64 | 5.296.867,36 | 5.600.404,52 |
| 4220 - CAPS | 1.242.968,63 | 1.744.996,58 | 48.182,91 | 990.199,37 | 2.045.948,75 |
| 4229 - Hospitais Federais | 0,00 | 22.131.000,0 | 0,00 | 0,00 | 22.131.000,0 |
| 4230 - Apoio à rede hospitalar | 38.223.615,2 | 70.214.479,4 | 384.027,54 | 86.458.732,7 | 22.363.389,5 |
| TC ou Portaria SES | | | | | |
| 4291 - Aquisição de imóveis e terrenos | 1.685,78 | 0,00 | 0,00 | 1.685,78 | 0,00 |
| 4293 - Aquisição de equipamentos e Material Permanente | 400.361,68 | 4.705,26 | 32.129,36 | 288.851,00 | 148.345,30 |
| Vigilância em Saúde | | | | | |
| 4190 - Vigilância em Saúde | 3.256.616,39 | 584.034,78 | 121.737,17 | 83.100,00 | 3.879.288,34 |
| SUBTOTAL | 62.003.126,0 | 131.453.274, | 7.307.994,23 | 128.218.944, | 72.545.449,6 |
| FONTE FEDERAL | | | | | |
| Assistência Farmacêutica | | | | | |
| 4770 - Farmácia Básica Fixa | 2.217.212,08 | 7.818.118,71 | 163.959,52 | 9.069.632,44 | 1.129.657,87 |
| Atenção Básica | | | | | |
| 4510 - PAB Fixo | 5.703.135,39 | 32.866.685,9 | 1.665.312,59 | 36.123.828,0 | 4.111.305,83 |
| 4520 - PSF - Saúde Família / Saúde na Escola | 8.652.023,19 | 23.101.816,0 | 0,00 | 22.463.718,8 | 9.290.120,37 |
| 4521 - PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da | 2.801.400,00 | 5.659.000,00 | 0,00 | 6.125.000,00 | 2.335.400,00 |
| Emenda Parlamentar ou CONVÊNIO FUNASA | | | | | |
| 4931 - Aquisição Equipamentos e Material Permanente | 4.199.028,99 | 2.337.355,90 | 519.650,74 | 1.061.610,53 | 5.994.425,10 |
| 4995 - REFORMA OU AMPLIAÇÃO HOSPITAL PUBLICO | 1.717.098,83 | 337.650,71 | 182.774,67 | 112.638,77 | 2.124.885,44 |
| Gestão do SUS | | | | | |
| 4841 - Incentivo Custeio dos CAPS | 3.631.497,38 | 11.297.791,3 | 0,00 | 8.820.064,80 | 6.109.223,95 |
| 4900 - Educação em Saúde | 5.521.678,31 | 82,44 | 583.467,38 | 387.383,18 | 5.717.844,95 |
| INVESTIMENTO | | | | | |
| 4901 - Qualificação Gestão do SUS e QualiFar/SUS | 2.910.194,35 | 0,00 | 287.496,68 | 2.180,00 | 3.195.511,03 |
| 4935 - Construção ou ampliação de Unidades Básicas de | 3.356.040,13 | 66.666,66 | 226.533,04 | 3.060.219,56 | 589.020,27 |
| Média e Alta Complexidade | | | | | |
| 4590 - Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade | 29.000.809,2 | 517.680.693, | 6.878.500,35 | 498.815.492, | 54.744.510,5 |
| 4600 - CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) | 197.851,60 | 622.824,94 | 0,00 | 469.470,53 | 351.206,01 |
| 4620 - SAMU | 1.802.650,88 | 4.061.347,54 | 0,00 | 3.568.347,89 | 2.295.650,53 |
| 4630 - CEREST | 2.049.056,69 | 14.902,85 | 1.549,65 | 94.617,75 | 1.970.891,44 |
| 4690 - Fundo Ações Estratégicas e Compensação | 14.760.871,2 | 91.761.321,7 | 0,00 | 88.782.875,1 | 17.739.317,8 |
| Programa Federal | | | | | |
| 4929 - Academias da Saude- VAN - Construção e Custeio | 262.094,18 | 0,00 | 13.610,40 | 275.704,58 | 0,00 |
| 4960 - Monit. da Situação Nutricional/Financ. Ações de | 94.631,25 | 80.000,00 | 8.578,84 | 53.136,40 | 130.073,69 |
| Vigilância em Saúde | | | | | |
| 4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde | 14.180.709,0 | 11.184.971,6 | 1.559.643,12 | 12.421.896,4 | 14.503.427,3 |
| 4720 - Fortalecimento Gestão da VISA (VIGISUS II) | 6.577,06 | 0,00 | 447,56 | 0,00 | 7.024,62 |

| | SALDO EM: 31/12/2016 | RECEITAS | RENDIMENTOS | DESPESAS | SALDO EM: 31/12/2017 |
|---|-------------------------|----------------|---------------|----------------|-------------------------|
| 4740 - Incentivo Programa DST/AIDS | 2.490,22 | 3.572,14 | 0,00 | 0,00 | 6.062,36 |
| 4760 - Piso Atenção Básica em VISA - PAB VISA | 1.967.387,60 | 879.775,13 | 2.127,04 | 580.138,88 | 2.269.150,89 |
| SUBTOTAL | 105.034.437, | 709.774.577, | 12.093.651,5 | 692.287.956, | 134.614.710, |
| TOTAL | 168.531.094,94 | 1.517.846.596, | 19.746.445,66 | 1.495.907.714, | 210.216.422,59 |

| | SALDO EM: 31/12/2016 | RECEITAS | RENDIMENTOS | DESPESAS | SALDO EM: 31/12/2017 |
|---|-------------------------|----------------|---------------|----------------|-------------------------|
| 4740 - Incentivo Programa DST/AIDS | 2.490,22 | 3.572,14 | 0,00 | 0,00 | 6.062,36 |
| 4760 - Piso Atenção Básica em VISA - PAB VISA | 1.967.387,60 | 879.775,13 | 2.127,04 | 580.138,88 | 2.269.150,89 |
| SUBTOTAL | 105.034.437, | 709.774.577, | 12.093.651,5 | 692.287.956, | 134.614.710, |
| TOTAL | 168.531.094,94 | 1.517.846.596, | 19.746.445,66 | 1.495.907.714, | 210.216.422,59 |

ANEXO IV - DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL
 Relatório Municipal de Gestão em Saúde
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE
RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA
 Janeiro a Dezembro de 2017 - 6º Bimestre

RREO – ANEXO 12 (LC 141/2012, art. 35)

RS 1,00

| RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | PREVISÃO INICIAL | PREVISÃO ATUALIZADA (a) | RECEITAS REALIZADAS | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------------|----------------|--|
| | | | Até o Bimestre (b) | % (b/a) x 100 | | | |
| RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I) | 2.229.954.425,00 | 2.229.954.425,00 | 2.023.186.354,01 | 90,73% | | | |
| Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU | 461.000.225,00 | 461.000.225,00 | 451.269.295,17 | 97,89% | | | |
| Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos - ITBI | 278.999.572,00 | 278.999.572,00 | 219.485.683,71 | 78,67% | | | |
| Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS | 982.999.783,00 | 982.999.783,00 | 875.119.617,44 | 89,03% | | | |
| Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF | 310.944.618,00 | 310.944.618,00 | 308.615.066,74 | 99,25% | | | |
| Imposto Territorial Rural - ITR | - | - | - | - | | | |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos | 16.010.227,00 | 16.010.227,00 | 13.092.027,85 | 81,77% | | | |
| Dívida Ativa dos Impostos | 180.000.000,00 | 180.000.000,00 | 118.826.302,18 | 66,01% | | | |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa | - | - | 36.778.360,92 | - | | | |
| RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II) | 1.397.577.630,00 | 1.397.577.630,00 | 1.211.352.335,86 | 86,68% | | | |
| Cota-Parte FPM | 251.000.458,00 | 251.000.458,00 | 235.974.793,59 | 94,01% | | | |
| Cota-Parte ITR | 115.727,00 | 115.727,00 | 60.756,87 | 52,50% | | | |
| Cota-Parte IPVA | 260.300.573,00 | 260.300.573,00 | 225.244.161,59 | 86,53% | | | |
| Cota-Parte ICMS | 866.999.753,00 | 866.999.753,00 | 734.420.282,72 | 84,71% | | | |
| Cota-Parte IPI-Exportação | 14.361.119,00 | 14.361.119,00 | 11.105.299,17 | 77,33% | | | |
| Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais | 4.800.000,00 | 4.800.000,00 | 4.547.041,92 | 94,73% | | | |
| Desoneração ICMS (LC 87/96) | 4.800.000,00 | 4.800.000,00 | 4.547.041,92 | 94,73% | | | |
| Outras | - | - | - | - | | | |
| TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (III) = I + II | 3.627.532.055,00 | 3.627.532.055,00 | 3.234.538.689,87 | 89,17% | | | |
| RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE | PREVISÃO INICIAL | PREVISÃO ATUALIZADA (c) | RECEITAS REALIZADAS | | | | |
| | | | Até o Bimestre (d) | % (d/c) x 100 | | | |
| TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS | 859.708.429,00 | 859.708.429,00 | 815.911.243,95 | 94,91% | | | |
| Provenientes da União | 720.056.277,00 | 720.056.277,00 | 706.041.663,90 | 98,05% | | | |
| Provenientes dos Estados | 139.652.152,00 | 139.652.152,00 | 109.869.580,05 | 78,67% | | | |
| Provenientes de Outros Municípios | - | - | - | - | | | |
| Outras Receitas do SUS | - | - | - | - | | | |
| TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS | - | - | - | - | | | |
| RECEITAS DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE | - | - | - | - | | | |
| OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE | - | - | 22.902.776,81 | - | | | |
| TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE | 859.708.429,00 | 859.708.429,00 | 838.814.020,76 | 97,57% | | | |
| (Por Grupo de Natureza da Despesa) | | (e) | (f) | (f/e) x 100 | (g) | (g/e) x 100 | Processados ⁷ |
| DESPESAS CORRENTES | 1.648.922.889,00 | 1.827.987.466,74 | 1.708.873.596,34 | 93,48% | 1.665.638.829,01 | 91,12% | 43.234.767,33 |
| Pessoal e Encargos Sociais | 698.329.948,00 | 817.334.610,04 | 797.299.044,87 | 97,55% | 797.299.044,87 | 97,55% | - |
| Juros e Encargos da Dívida | - | - | - | - | - | - | - |
| Outras Despesas Correntes | 950.592.941,00 | 1.010.652.856,70 | 911.574.551,47 | 90,20% | 868.339.784,14 | 85,92% | 43.234.767,33 |
| DESPESAS DE CAPITAL | 17.496.324,00 | 11.797.794,00 | 4.756.512,24 | 40,32% | 2.388.754,77 | 20,25% | 2.367.757,47 |
| Investimentos | 17.496.324,00 | 11.797.794,00 | 4.756.512,24 | 40,32% | 2.388.754,77 | 20,25% | 2.367.757,47 |
| DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EMPENHADAS | | DESPESAS LIQUIDADAS | | Inscritas em Restos a Pagar não Processados ⁷ |
| | | | Até o Bimestre (h) | % (h/IVf)x100 | Até o Bimestre (i) | % (i/IVg)x100 | |
| DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS | 114.735.339,00 | 196.065.592,04 | 196.632.402,02 | 11,47% | 196.632.402,02 | 11,79% | - |
| DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO UNIVERSAL | - | - | - | - | - | - | - |
| DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS | 866.439.963,00 | 916.922.345,70 | 818.569.831,20 | 47,77% | 781.236.985,67 | 46,84% | 37.332.845,53 |
| Recursos de Transferência do Sistema Único de Saúde - SUS | 859.708.429,00 | 910.220.340,70 | 812.017.186,49 | 47,39% | 776.154.808,37 | 46,53% | 35.862.378,12 |
| Recursos de Operações de Crédito | - | - | - | - | - | - | - |
| Outros Recursos | 6.731.534,00 | 6.702.005,00 | 6.552.644,71 | 0,38% | 5.082.177,30 | 0,30% | 1.470.467,41 |
| OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS | - | - | - | - | - | - | - |
| RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA ¹ | - | - | - | - | - | - | - |
| DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS ² | - | - | - | - | - | - | - |
| DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO PERCENTUAL MÍNIMO QUE NÃO FOI APLICADA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES ³ | - | - | - | - | - | - | - |
| TOTAL DAS DESPESAS COM NÃO COMPUTADAS (V) | 981.175.302,00 | 1.112.987.937,74 | 1.015.202.233,22 | 59,24% | 977.869.387,69 | 58,62% | 37.332.845,53 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (VI) = (IV - V) | 685.243.911,00 | 726.797.323,00 | 698.427.875,36 | | 690.158.196,09 | | 8.269.679,27 |
| PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (VII%) = (VI(h ou i) / IIIb x 100) ⁵ - LIMITE CONSTITUCIONAL 15% ^{4 e 5} | | | | | | 21,59% | |
| VALOR REFERENTE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL [VI(h ou i) - (15 x IIIb)/100] ⁶ | | | | | | 213.247.071,88 | |
| EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA | INSCRITOS | CANCELADOS/PRESCRITOS | PAGOS | A PAGAR | PARCELA CONSIDERADA NO LIMITE | | |
| Inscritos em 2016 | 3.977.100,83 | 103.992,05 | 3.511.482,95 | 361.625,83 | - | | |
| Inscritos em 2015 | 215.366,52 | 47.152,34 | 304,00 | 167.910,18 | - | | |
| Inscritos em 2014 | 75.765,85 | 75.765,85 | - | - | - | | |
| Inscritos em 2013 | 2.780,40 | - | 1.379,00 | 1.401,40 | - | | |
| Inscritos em 2012 | 5.696,90 | 5.696,90 | - | - | - | | |
| Total | 4.276.710,50 | 232.607,14 | 3.513.165,95 | 530.937,41 | | | |

| CONTROLE DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS PARA FINS DE APLICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CAIXA CONFORME ARTIGO 24, § 1º e 2º | RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS | | |
|---|---|---|----------------------------|
| | Saldo Inicial | Despesas custeadas no exercício de referência (j) | Saldo Final (Não Aplicado) |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2016 | | | |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2015 | | | |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2014 | | | |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2013 | | | |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2012 | | | |
| Total (VIII) | | | |

| CONTROLE DO VALOR REFERENTE AO PERCENTUAL MÍNIMO NÃO CUMPRIDO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES PARA FINS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS VINCULADOS CONFORME ARTIGOS 25 E 26 | LIMITE NÃO CUMPRIDO | | |
|--|---------------------|---|----------------------------|
| | Saldo Inicial | Despesas custeadas no exercício de referência (k) | Saldo Final (Não Aplicado) |
| Diferença de limite não cumprido em 2016 | | | |
| Diferença de limite não cumprido em 2015 | | | |
| Diferença de limite não cumprido em 2014 | | | |
| Diferença de limite não cumprido em 2013 | | | |
| Diferença de limite não cumprido em 2012 | | | |
| Total (IX) | | | |

| DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EMPENHADAS | | DESPESAS LIQUIDADAS | | Inscritas em Restos a Pagar não Processados ⁷ |
|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|--|
| | | | Até o Bimestre (l) | % (l/total l) x 100 | Até o Bimestre (m) | % (m/total m) x 100 | |
| Atenção Básica | 420.789.889,00 | 453.628.895,70 | 426.296.416,36 | 24,88% | 403.813.140,92 | 24,21% | 22.483.275,44 |
| Assistência Hospitalar e Ambulatorial | 935.187.596,00 | 965.503.149,00 | 876.340.054,74 | 51,14% | 863.371.513,22 | 51,76% | 12.968.541,52 |
| Suporte Profilático e Terapêutico | 17.802.000,00 | 30.154.550,00 | 29.093.453,97 | 1,70% | 23.458.674,14 | 1,41% | 5.634.779,83 |
| Vigilância Sanitária | 7.673.063,00 | 7.873.063,00 | 6.976.928,04 | 0,41% | 6.976.928,04 | 0,42% | - |
| Vigilância Epidemiológica | 29.336.031,00 | 32.042.369,00 | 29.408.892,15 | 1,72% | 27.594.433,76 | 1,65% | 1.814.458,39 |
| Alimentação e Nutrição | | | | | | | |
| Outras Subfunções | 255.630.634,00 | 350.583.234,04 | 345.514.363,32 | 20,16% | 342.812.893,70 | 20,55% | 2.701.469,62 |
| TOTAL | 1.666.419.213,00 | 1.839.785.260,74 | 1.713.630.108,58 | 100% | 1.668.027.583,78 | 100% | 45.602.524,80 |

FONTE: SMF/GIT/SDO/ CTB NBCASP

De acordo com a Portaria STN nº 403 de 28 de Junho de 2016.

¹ Essa linha apresentará valor somente no Relatório Resumido da Execução Orçamentária do último bimestre do exercício.

² O valor apresentado na intercessão com a coluna "l" ou com a coluna "h" deverá ser o mesmo apresentado no "total j".

³ O valor apresentado na intercessão com a coluna "l" ou com a coluna "h" deverá ser o mesmo apresentado no "total k".

⁴ Limite anual mínimo a ser cumprido no encerramento do exercício. Deverá ser informado o limite estabelecido na Lei Orgânica do Município quando o percentual nela estabelecido for superior ao fixado na LC nº 141/2012

⁵ Durante o exercício esse valor servirá para o monitoramento previsto no art. 23 da LC 141/2012

⁶ Nos cinco primeiros bimestres do exercício o acompanhamento será feito com base na despesa liquidada. No último bimestre do exercício, o valor deverá corresponder ao total da despesa empenhada.

⁷ Essa coluna poderá ser apresentada somente no último bimestre

Celina Ritt Blazina
AUDITOR DE CONROLE INTERNO - CRC/RS 60461/O

Gilberto Bujak
CONTROLADOR GERAL - CRC/RS 53100/O

Leonardo Maranhão Busatto
SECRETÁRIO DA FAZENDA

Nelson Marchezan Júnior
PREFEITO MUNICIPAL