



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

RELATÓRIO DE GESTÃO 2010

Porto Alegre, abril de 2011

AUTORIDADES MUNICIPAIS

JOSÉ FORTUNATTI

Prefeito Municipal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARLOS HENRIQUE CASARTELLI

Secretário Municipal de Saúde

MARCELO BÓSIO

Secretário Adjunto

CAROLINA SANTANNA

Secretária Substituta

JAMES MARTINS DA ROSA

Coordenação Geral

MARIA LETICIA DE OLIVEIRA GARCIA

Conselho Municipal de Saúde

MIRIAN GIZELE MEDEIROS WEBER

Assessoria de Planejamento e Programação

CHRISTIANE NUNES DE FREITAS

Coordenadoria Geral da Rede de Atenção Primária em Saúde

CARMEN JASPER

Assessoria de Comunicação

FABIANO BRUM BERESFORD

Assessoria Jurídica

ANDERSON ARAUJO DE LIMA

Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

ELAINE TWEEDIE LUIZ

Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde

JORGE LUIZ SILVEIRA OSÓRIO

Sistema Municipal das Urgências

ANDRÉ LUIS BELLIO

Coordenadoria Geral de Administração Financeira e Orçamentária

MAGLIANE BREVES BACEDONI BRASIL LACATELLI

Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo

ROBERTO SCALCO IZQUIERDO

Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores de Saúde

MÁRIO CÉSAR JERÔNIMO KURZ

Gerência de Saúde do Servidor Municipal

MARIA ISABEL BITTENCOURT

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

JULIO HENRIQUE G. FERREIRA

Hospital de Pronto Socorro

TANIA MARIA COUTO COELHO

Assessoria Parlamentar

GERÊNCIAS DISTRITAIS

CRISTINA KLAY

Centro

ANA LÚCIA DE LEÃO DAGORD

Noroeste-Humaitá-Navegantes e Ilhas

ANGELA REGINA GROFF NUNES

Norte e Eixo Baltazar

ELIANA FERREIRA

Leste/ Nordeste

VÂNIA MARIA FRANTZ

Partenon /Lomba do Pinheiro

DANIELLE CERQUEIRA

Glória/Cruzeiro/ Cristal

VANIA LOURENÇO PAULI

Restinga/ Extremo Sul

MÁRIO CORREA EVANGELISTA JR

Sul/Centro Sul

SISTEMATIZAÇÃO

CLEDIMAR SOARES VEIGA

Centro de Saúde Vila dos Comerciários

HERAIDA CYRELI RAUPP

Assessoria de Planejamento e Programação

LURDES MARIA TOAZZA TURA

Assessoria de Planejamento e Programação

SECRETARIA TECNICA DO CMS

Christiane Nunes de Freitas

Nei Carvalho

Maria Letícia de Oliveira Garcia

Heloisa Helena Rousselet de Alencar

Oscar Paniz

Mirian Gizele Medeiros Weber

Humberto Scorza

Luis Walter Jaques Dornelles

Tânia Ledi da Luz Ruchinsque

Dianne Mara Vittorassi

Walter Jeck

Teresinha Albina Maraskin

Ernani T. Ramos

Elizabeth Eggrs Cassali

Moiseli Paz

Mario P. França

Vera Puerari

Vanderlei Luiz Matiello Fornari

Danielly Silveira de Souza

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADOT - Assistência Domiciliar Terapêutica

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

ASSECOM - Assessoria de Comunicação

ASSEPLA - Assessoria de Planejamento e Programação

C - Centro

CA - Câncer

CAPS - Centro de Apoio Psicossocial

CAPSad - Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Apoio Psicossocial Infantil

CD - Cirurgião Dentista

CE - Causas Externas

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CERIH - Central de Regulação de Internações Hospitalares

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

CGAFO - Coordenadoria-Geral de Administração Financeiro-Orçamentária

CGATA - Coordenadoria-Geral de Apoio Técnico- Administrativo

CGPAN/MS - Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do MS

CGRAPS – Coordenadoria Geral da Rede de Atenção Primária em Saúde

CGSMU - Coordenação Geral do Sistema Municipal de Urgências
CGVS - Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CH – Carga Horária
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CMCE – Central de marcação de Consultas e Exames
CME – Centro de Material e Esterilização
CMI – Comitê de Mortalidade Infantil
CMS – Conselho Municipal de Saúde
COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CS – Centro de Saúde
DAR - Doenças do Aparelho Respiratório
DIU – Dispositivo Intra Uterino
DM – Diabete Mellitus
DMLU – Departamento Municipal de Limpeza Urbana
DO – Declaração de óbito
DOPA – Diário Oficial de Porto Alegre
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPTC – Empresa Pública de Transporte e Circulação
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAEC- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania
FUGAST – Fundação de Gastroenterologia do Estado
GCC – Glória, Cruzeiro, Cristal
GD – Gerências Distritais
GHC – Grupo Hospitalar Conceição

GM – Gabinete Ministerial

GRSS – Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde

GS – Gabinete de Saúde

GSSM – Gerência de Saúde do Servidor Municipal

GTH – Grupos de Trabalho de Humanização

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

HMV – Hospital Moinhos de Vento

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

HPS – Hospital de Pronto Socorro

HSL PUC – Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LENO – Leste. Nordeste

LT I – Licença de Tratamento de Interesse

MAC- Media e alta complexidade

MS – Ministério da Saúde

N – Total

NASCA – Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente

NEB – Norte Eixo Baltazar

NEO – Neoplasias

NHNI – Noroeste, Navegantes, Humaitá e Ilhas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAC- Programa de Aceleração do Crescimento.

PACS – Pronto Atendimento da Cruzeiro do Sul

PIM- Programa Infância Melhor

PAS- Programação Anual de Saúde

PLP – Partenon, Lomba do Pinheiro

PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PRÁ-NENÊ – Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro Ano de Vida

PRD – Programa de Redução da Danos

PUC – Pontifícia Universidade Católica

PRD- Programa de Redução de Danos

PROESF- Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

QUALISUS – Política de Qualificação de Atenção a Saúde

RES – Restinga

RN – Recém-nascido

SAE – Serviço de Apoio Especializado

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

SCS – Sul, Centro Sul

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

SIM – Sistema Nacional de Mortalidade Infantil

SINASC – Sistema de Notificação de Nascidos Vivos

SISPRÉNATAL – Sistema de Informação do Acompanhamento do Pré-Natal

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRTN – Serviço de Referência de Triagem Neonatal

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TBC – Tuberculose

TMI – Transmissão Materno-Infantil

TSB – Técnico em saúde bucal

TS – Tratamento Supervisionado

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

US – Unidade de Saúde

SUMARIO

1. Apresentação	15
2. Organização e funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde: <i>descrever as alterações ocorridas na estrutura gerencial da SMS</i>	16
3. Legislação / Normas para implementação do SUS municipal	18
4. Participação da SMS em instâncias colegiadas	18
5. Habilitação do município ao recebimento de recursos	20
6. Gestão na Saude	21
6.1 Gestão do Trabalho em Saúde	21
6.2 Gerência de Saúde do Servidor Municipal	31
6.3 Ética e pesquisa em Saúde	35
6.4 Humanização na assistência e da gestão em Saúde	38
6.5 Ouvidoria	45
6.6 Rede de serviços e infra-estrutura de apoio	50
6.6.1 Obras Realizadas	50
6.6.2 Transporte Social	53
6.6.3 Inforede	55
6.7 Produção	56
6.7.1 Atenção ambulatorial	56
6.7.2 Atenção Especializada	57
6.7.3 Assistência Farmacêutica	68
6.7.4 Saúde Bucal	69

7. Vigilância, prevenção e controle de Doenças Transmissíveis e outros agravos	82
7.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS	82
7.2 Tuberculose	85
8. Atenção à Vigilância em Saúde	93
9. Regulação do Sus	110
10. Hospitais próprios	112
11. Atenção em Urgências e transporte de pacientes	118
12. Gestão Orçamentário-financeira	128
13. Desempenho dos indicadores por Ciclo de Vida	129
13.1 Ciclo de vida da Criança	129
13.2 Atenção à Saúde do Escolar	139
13.3 Ciclo de vida do adulto	142
13.3.1 Saúde do trabalhador	142
13.3.2 Saúde da Mulher	145
14. Ciclo de vida do Idoso	152
15. Populações vulneráveis	155
Conclusão	160
Referências	163
Anexos	

1 APRESENTAÇÃO

Os primeiros resultados do Censo 2010 indicaram que Porto Alegre possui uma população de 1.409.939, superior em 49.349 habitantes, em comparação com a pesquisa anterior. O Censo apurou também a existência de 574.793 domicílios na Capital, com uma média de 2,45 moradores por residência.

O número de mulheres, superior ao de homens em Porto Alegre, é outro dado relevante. Foram recenseados 654.022 homens, enquanto as mulheres totalizaram 755.917, uma diferença de mais de 100 mil. Porto Alegre é a 10ª capital mais populosa do país, permanecendo na mesma posição quando do Censo realizado em 2000.

O município encontra-se na Gestão Plena do Sistema de Saúde pela Norma Operacional Básica do SUS/2001. Quanto às regiões administrativas do Sistema Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre está incorporado na 1ª Coordenadoria de Saúde e no Plano Diretor de Regionalização de Assistência (PDR) está inserido na Região Metropolitana que corresponde à 1ª, 2ª e 18ª Coordenadorias Regionais de Saúde.

Este relatório anual de gestão (RAG) constitui-se na prestação de contas do ano de 2010 à todos os segmentos interessados na assistência à saúde do Sistema Único da Saúde (SUS) no município de Porto Alegre. Sintetiza as atividades realizadas pelas diversas áreas que compõem a Secretaria Municipal de Saúde e as mudanças ocorridas ao longo do ano, estabelecendo uma correlação entre as metas pactuadas, alcançadas e aplicação de recursos. Oportuniza, ainda, a avaliação quali-quantitativa dos serviços ofertados, o acompanhamento da aplicação dos recursos à programação aprovada, favorecendo o controle social.

O processo de construção dos relatórios trimestrais do ano de 2010 tem proporcionado aprimoramento do instrumento para que os resultados alcançados fundamentem-se no conjunto de ações e metas definidas na Programação Anual de Saúde (PAS).

O Relatório de Gestão constitui-se em uma importante ferramenta de acompanhamento da aplicação dos recursos e de avaliação contínua das ações implementadas, fornecendo subsídios para a tomada de decisões e a adoção de práticas de saúde que possam reduzir as desigualdades e impactar positivamente nos condicionantes de saúde e vida da população da cidade de Porto Alegre.

2. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

A partir de abril de 2010 a Coordenação de Atenção Básica passa a se chamar Coordenadoria Geral da Rede de Atenção Primária de Saúde(CGRAPS) incorporando-se a esta Coordenação a Assistência Farmacêutica.

2.1- Criação de Conselhos Locais de Saúde em serviços ambulatoriais:

Tabela 01- Conselhos Locais existentes nas Gerências Distritais de Saúde

Gerencia Distrital de Saúde	Conselhos Locais	Sem Conselhos Locais
Centro	CE Santa Marta	CE Modelo e UBS Santa Cecília
Noroeste Humaitá Ilhas	ESF Nazaré ESF Mario Quintana ESF Ilha da Pintada UBS Diretor Pestana CS Navegantes CS IAPI	ESF Ilha dos Marinheiros UBS Vila Ipiranga UBS Farrapos
Leste Nordeste	ESF Safira Nova ESF Protasio Alves ESF Timbauva UBS Vila Jardim Amb. Bom Jesus ESF Passo das Pedras UBS Chácara da Fumaça UBS Coinma UBS SESC UBS Barão de Bagé	ESF Vila Pinto ESF FAPA UBS Vila Brasília ESF Laranjeiras ESF Jardim Carvalho ESF Mato Sampaio UBS Morro Santana UBS PUC ESF Milta Rodrigues ESF Wenceslau Fontoura ESF Batista Flores ESF Tijuca
Partenon Lomba do Pinheiro	UBS Panorama UBS Vila Vargas UBS PCC ESF Pitoresca ESF Ernesto de Araújo USF Lomba USF Herdeiros USF Panorama USF Maria Da Conceição	UBS Morro Da Cruz UBS São Carlos UBS Ceres UBS Bananeiras UBS São Migue UBS São José UBS Campo Da Tuca UBS São Alfredo USF Esmeralda USF São Pedro USF Viçosa
Sul Centro-Sul	UBS Campo Novo UBS Jardim das	UBS Camaquã UBS Beco Do Adelar

	Palmeiras UBS Nonoai UBS Guarujá UBS Tristeza UBS Monte Cristo UBS Calábria	UBS Ipanema USF Todas
Restringa e Extremo-Sul	ESF Paulo Viaro ESF Ponta Grossa UBS Belém Novo UBS Lami	UBS Macedônia UBS Restinga ESF Chácara do Banco ESF Pitinga ESF 5ª Unidade

2.2 Referências

Devido a reformulação do setor o Núcleo de Assistência À Saúde da Criança e Adolescente (NASCA) que atendia no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) se dissolve, sendo os profissionais relatados aos NASCAs Distritais. Abaixo apresenta-se a referência das especialidades dos NASCAs em cada Gerência Distrital.

Tabela 02- Referência de especialidades nas GDS

Serviço Referência	Gerência Distrital
C.S.IAPI Oftalmologia	GD Leste Nordeste - LENO
	GD Partenon Lomba do Pinheiro - PLP
	GD Norte Eixo Baltazar - NEB
	GD Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas - NHNI
C.S. Santa Marta Oftalmologia	GD Restinga - RES
	GD Sul / Centro Sul - SCS
	GD Glória Cruzeiro e Cristal - GCC
	GD Centro - C
C.S. Santa Marta Fisioterapia	GD Leste Nordeste - LENO
	GD Centro - C
	GD Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas - NHNI
	GD Norte Eixo Baltazar - NEB
C.S. Vila dos Comerciantes Fisioterapia	GD Sul / Centro Sul - SCS
	GD Glória Cruzeiro e Cristal - GCC
	GD Restinga - RES
	GD Partenon Lomba do Pinheiro - PLP
C.S. Santa Marta Neurologia	GD Sul / Centro Sul - SCS
	GD Centro - C
	GD Glória Cruzeiro e Cristal - GCC
	GD Restinga - RES
C.S. IAPI Neurologia	GD Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas - NHNI
	GD Norte Eixo Baltazar - NEB
	GD Leste Nordeste - LENO

	GD Partenon Lomba do Pinheiro - PLP
HMIPV - EEG	Atende todas as Gerências Distritais
C.S. IAPI Nutricionista PE	Atende todas as Gerências Distritais
C.S. Santa Marta Psicopedagoga	Atende todas as Gerências Distritais
C.S. Santa Marta Traumatologia	Atende todas as Gerências Distritais

3. **LEGISLAÇÃO / NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS MUNICIPAL:**

O Relatório de Gestão é um instrumento de planejamento, acompanhamento e avaliação da gestão do SUS previsto na Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.142 Artigo 4º e nos demais dispositivos legais do SUS editados nas portarias de n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006 (institui o Pacto pela Saúde), n.º 699 de 30 de março de 2006 (regulamenta o Pacto pela Saúde e institui o Termo de Compromisso de Gestão), n.º 3.085 de 1.º de dezembro de 2006 (Criação do Sistema de Planejamento do SUS – PLANEJASUS), n.º 204 de 29 de janeiro de 2007 (regulamenta o financiamento e monitoramento do Pacto pela Saúde) e n.º 1.229 de 24 de maio de 2007 (institui fluxo do Relatório de Gestão). É instrumento prioritário no controle e avaliação das ações e metas propostas no Plano Municipal de Saúde e a na Programação Anual de Saúde.

4. **PARTICIPAÇÃO DA SMS EM INSTANCIAS COLEGIADAS**

Nos Conselhos de Saúde (Municipal, Estadual e Nacional):

Nas reuniões intermunicipais de gestores da saúde, a SMS participa: da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-RS), sendo o Secretário Municipal da Saúde membro nato e mais um substituto; e da GRANPAL (Associação dos municípios da região metropolitana da grande Porto Alegre), que atualmente está sob a coordenação de uma profissional da gestão da SMS. A participação da representação da SMS é uma constante em todas estas reuniões, e o posicionamento é de cooperação e negociação de questões relacionadas à atenção à saúde, desde os fluxos assistenciais até o desenvolvimento de políticas de saúde e estratégias de vigilância em saúde.

Nas reuniões intramunicipais de gestão da saúde, a gestão da SMS têm mantido a sua participação constante no Conselho Municipal de Saúde (CMS) desde o 2º trimestre de 2010, ocupando um lugar estratégico para a identificação das necessidades do conjunto da população, vistas pela perspectiva do controle social. O Secretário Municipal de Saúde é membro nato nas plenárias, bem como também o é no Núcleo de Coordenação do CMS. Além destas duas formas de participação junto ao controle social no SUS, a gestão da SMS atua em outras comissões instituídas no CMS, porém, ainda encontra algumas dificuldades de participação gestora em algumas áreas técnicas, com destaque na Saúde Mental.

A CGRAPS participa das plenárias e os gerentes distritais também são convidados conforme a pauta agendada. Todos os gerentes distritais participam dos conselhos distritais, assim como em outros fóruns participativos da cidade - FROPS (Fóruns Regionais do Orçamento Participativo), Fórum de segurança, Plenárias de Orçamento Participativo, além dos Conselhos Gestores dos serviços e Conselhos Locais de Saúde ativos.

Outras comissões de gestão são as Comissões de Acompanhamento dos Prestadores, composta por representantes da Gerência de Regulação de Serviços de Saúde da SMS, da Secretaria Estadual de Saúde, do CMS (representante de usuário), e dos prestadores. No segundo semestre de 2010 foram reconstituídas todas as comissões (publicadas no Diário Oficial de Porto Alegre – Pt. 140, 10 fev 2011). Atualmente, as comissões estão em fase de avaliação das metas dos prestadores, com o desenvolvimento dos relatórios de cada comissão por trimestre. São doze comissões, uma por prestador.

A SMS também participa de comissões intersetoriais da cidade, como: a Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Câmara dos Vereadores da Capital; Comissão de Meio Ambiente da Secretaria Municipal de Meio Ambiente, e outras comissões com atuação da (CGATA) – Comissão de análise Aprovação Da Demanda Habitacional Prioritária (CAADHAP), na Comissão de Análise Urbanística e Gerenciamento (CAUGE) e na Comissão Técnica de Análise e Aprovação de Parcelamento de Solo (CTAAPS) – e Urbanística e da CGVS.

A gestão da SMS está em fase de organização e acompanhamento de todas as instâncias colegiadas em que participa, identificando-as e avaliando os produtos relacionados.

5 – HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO AO RECEBIMENTO DE RECURSOS:

Estando o município habilitado para a Gestão Plena do Sistema Único de Saúde, o financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) é das três esferas de governo, porém com gestão do município. A visão tanto Federal quanto estadual para transferências dos recursos é através das pactuações e adesões aos blocos de financiamento ou projetos específicos. Esses recursos são transferidos fundo a fundo, ou seja, Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde ou do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde conforme a esfera de governo e a ASPS.

Os recursos financeiros federais distribuem-se da seguinte forma:

Atenção Básica: Componente Fixo, Componente Variável;

Média e Alta Complexidade da Assistência: Componente MAC. Componente FAEC;

Vigilância em Saúde: Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental e Componente Vigilância Sanitária;

Assistência Farmacêutica: Componente Básico, Componente Estratégico,

Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional, Organização dos serviços de assistência farmacêutica;

Gestão – componentes: Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, Planejamento e Orçamento, Programação, Regionalização, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Incentivo à implementação de políticas específicas.

Os recursos estaduais distribuem-se da seguinte forma:

Município Resolve:, Gestão do SUS, Gestão Básica, Gestão Plena, Inverno Gaúcho, Verão Gaúcho;

Farmácia: Farmácia Básica, Farmácia 3ª Idade, Farmácia Saúde Mental;

Saúde para Todos: Programa Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde da Família, Programa Saúde da Família Indígena, Saúde Bucal, Saúde Bucal Indígena, Incentivo à Hanseníase, Incentivo à Tuberculose;

Primeira Infância Melhor- PIM

Vigilância em Saúde: Sanitária, Epidemiologia, Ambiental, Trabalhador;

Parceria Resolve: Hospitais Públicos Municipais;

Consulta Popular: Região Resolve, Salvar, Cuca Legal (CAPS);

Outros convênios complementam os recursos para o município que são por adesão, através da inscrição de Projetos Específicos, como o PROESF, QUALISUS, PAC.

6. GESTÃO NA SAUDE

6.1 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

6.1.1 Caracterização da Força de Trabalho

A rede municipal de saúde de Porto Alegre contava, em dezembro 2010, com um quadro de 5317 profissionais (Municipal, Estadual e Federal) acrescentando-se a estes os terceirizados, profissionais ESF, FUGAST e contratos temporários. A tabela 03 apresenta a distribuição dos servidores por categoria profissional, referente ao período de 2010, comparando-o com o ano anterior .

No relatório, foi adotado o comparativo entre as datas de 31 de dezembro de 2009 e 2010 pois as quantidades de profissionais não são cumulativas, mas refletem a situação de determinado momento, tendo sido escolhido como data de referência, 31 de dezembro.

6.1.1.1-Quantitativo da Força de Trabalho

Tabela 03- Evolução da força de trabalho da SMS, por tipo de vínculo,ano 2009-2010.

Vínculo	Vínculo	2009		2010		Varição 2009/2010
		QT		QT		%
		nº	%	nº	%	
Efetivos	municipal	3.960	54,39	4.158		5,00
	estadual	729	10,01	701		-3,84
	federal	508	6,98	458	-	-9,74
Contratados	FUGAST*	296	4,07	285		-3,72
	Lei 7.770/96**	627	8,61	495		-21,06
	terceirizados***	798	10,96	827		3,63
	ESF	363	4,99	373		2,75
Total		7.281	100,00	7.297		

Fontes: Relatório PROCEMPA 0927p; Hospital Materno Infantil Pres. Vargas(HMIPV); Hospital de Pronto Socorro; Coordenadoria Geral de Apoio. Téc. Administrativo e ESF.

Tabela 04 - Evolução do quantitativo de servidores efetivos, por nível de cargo, período 2009 e 2010.

Nível de Cargo	Período				variação
	2009		2010		2009/2010
	Nº	%	Nº	%	
Superior(NS)	2.324	44,72	2.436	46,52	4,82
Médio(NM)	2.248	43,26	2.192	41,87	-2,49
Elementar(NE)	625	12,02	608	11,61	-2,72
Total	5.197	100,00	5.236	100,00	

Fontes: Relatório PROCEMPA 0927p

Tabela 05 –Evolução do quantitativo de servidores efetivos e CC por cargos NS, período 2009-2010

CARGO	NÍVEL	4º TRIM 2009	4º TRIM 2010	DIFER
ADMINISTRADOR	NS	25	22	-3
ARQUITETO	NS	5	6	1
ARQUIVISTA	NS	1	1	0
ASSESSOR ESPECIALISTA-CC	NS	6	7	1
ASSESSOR PARA ASSUNTOS JURIDICOS	NS	2	4	2
ASSESSOR TECNICO-CC	NS	5	5	0
ASSISTENTE SOCIAL	NS	79	79	0
ASSISTENTE-CC	NS	3	5	2
BIBLIOTECARIO	NS	2	2	0
BIOLOGO	NS	8	8	0
CHEFE DE GABINETE-CC	NS	1	0	-1
CIRURGIAO-DENTISTA	NS	168	176	8
CONTADOR	NS	2	1	-1
COORDENADOR-CC	NS	1	1	0
COORDENADOR-GERAL-CC	NS	3	2	-1
ECONOMISTA	NS	2	2	0
ENFERMEIRO	NS	349	377	28
ENGENHEIRO	NS	15	15	0
ENGENHEIRO QUIMICO	NS	1	0	-1
ESPECIALISTA EM EDUCACAO	NS	1	1	0
FARMACEUTICO	NS	69	67	-2
FISICO	NS	2	2	0
FISIOTERAPEUTA	NS	26	33	7
FONOAUDIOLOGO	NS	11	11	0
GERENTE DE ATIVIDADES III NS-CC	NS	1	1	0
GERENTE III-CC	NS	1	1	0

GERENTE IV-CC	NS	3	2	-1
MEDICO	NS	1331	1398	67
MEDICO VETERINARIO	NS	11	20	9
NUTRICIONISTA	NS	49	52	3
PROFESSOR	NS	7	8	1
PSICOLOGO	NS	108	98	-10
SECRETÁRIO ADJUNTO	NS	0	1	1
SOCIOLOGO	NS	2	2	0
TECNICO EM COMUNICACAO SOCIAL	NS	4	4	0
TERAPEUTA OCUPACIONAL	NS	20	22	2
TOTAL		2324	2436	112

Fonte: Relatório 0927p

Tabela 06- Evolução do quantitativo de servidores efetivos e CC, por cargos NM, período 2009-2010

CARGO	NÍVEL	4º TRIM 2009	4º TRIM 2010	DIFER
AGENTE DE FISCALIZACAO	NM	49	46	-3
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	NM	430	424	-6
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO HOSPITALAR	NM	21	19	-2
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	NM	1185	1148	-37
AUXILIAR DE FISIOTERAPIA	NM	1	1	0
AUXILIAR DE GABINETE ODONTOLOGICO	NM	49	45	-4
AUXILIAR DE LABORATORIO E ANALISES	NM	45	50	5
AUXILIAR DE SERVICIO SOCIAL	NM	13	11	-2
AUXILIAR DE SERVICOS TECNICOS	NM	4	3	-1
CHEFE DE EQUIPE-CC	NM	3	3	0
ELETROTECNICO	NM	8	8	0
GESTOR E-CC	NM	1	1	0
MONITOR	NM	16	17	1
OFICIAL DE GABINETE-CC	NM	0	1	1
TECNICO DE SEGURANCA DO TRABALHO	NM	7	6	-1
TECNICO EM CONTABILIDADE	NM	2	2	0
TECNICO EM ENFERMAGEM	NM	307	302	5
TECNICO EM NUTRICAO E DIETETICA	NM	14	14	0
TECNICO EM RADIOLOGIA	NM	89	90	1
TECNICO EM TRATAMENTO DE AGUA E ESGOTO	NM	3	0	-3
VISITADOR SANITARIO	NM	1	1	0
TOTAL		2248	2192	-56

Fonte: Relatório 0927p

Tabela 07- Evolução do quantitativo de servidores efetivos e cargos em comissão, por cargos NE, período 2009-2010

CARGO	NÍVEL	4º TRIM 2009	4º TRIM 2010	DIFER
APONTADOR	NE	31	31	0
ASCENSORISTA	NE	3	3	0
ATENDENTE	NE	95	88	-7
AUX ELET MEC	NE	1	0	-1
AUXILIAR DE COZINHA	NE	28	28	0
AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	NE	83	88	5
CARPINTEIRO	NE	5	4	-1
CONTINUO	NE	44	46	2
COSTUREIRA	NE	6	4	-2
COZINHEIRO	NE	13	15	2
ELETRICISTA	NE	21	23	2
GARI	NE	3	0	-3
GUARDA MUNICIPAL	NE	2	3	1
INSTALADOR	NE	7	7	0
MAQUINISTA	NE	4	4	0
MARCENEIRO	NE	3	2	-1
MECANICO	NE	2	1	-1
MOTORISTA	NE	118	121	3
MOTORISTA CLT	NE	1	1	0
OPERADOR DE ESTACAO DE TRATAMENTO	NE	2	0	-2
OPERADOR DE MAQUINAS	NE	1	0	-1
OPERADOR DE RADIO TRANSEPTOR	NE	6	1	-5
OPERARIO	NE	27	26	-1
OPERARIO (CLT)	NE	26	27	1
OPERARIO ESPECIALIZADO	NE	15	14	-1
PEDREIRO	NE	5	4	-1
PINTOR	NE	5	4	-1
PORTEIRO	NE	1	1	0
RECEPCIONISTA	NE	31	29	-2
SOLDADOR	NE	3	2	-1
TELEFONISTA	NE	33	31	-2
TOTAL		625	608	-17

Fonte: Relatório 0927p

6.1.1.2- Movimentação de pessoal

Tabela 08 -Comparativo da movimentação de pessoal, período 2009-2010

	SAÍDAS	INGRESSOS	
ANO	EFETIVO	EFETIVO	TOTAL
2010	249	288	39
2009	178	213	35

Fontes: Relatórios PROCEMPA POA 1009p e 0927p

Tabela 09– Contratações Temporárias – Lei 7.770/96 – Período 2009-2010

CARGO	NÍVEL	TIPO	2009	%	2010	%
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	NM	TEMP	23	7,37	371	74,95
AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS	NM	TEMP	148	47,4	108	21,82
AUXILIAR DE COZINHA	NE	TEMP	2	0,64	0	
AUXILIAR DE GABINETE ODONTOLÓGICO	NM	TEMP	1	0,32	0	
AUXILIAR DE LABORATÓRIO E ANÁLISES	NM	TEMP	4	1,28	0	
BIÓLOGO	NS	TEMP	3	0,96	2	0,40
BIOMÉDICO	NS	TEMP	2	0,64	0	
COZINHEIRO	NE	TEMP	1	0,32	0	
ENFERMEIRO	NS	TEMP	14	4,49	0	
FARMACÊUTICO	NS	TEMP	0	0	0	
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	NS	TEMP	7	2,24	0	
FISIOTERAPEUTA	NS	TEMP	4	1,28	0	
MÉDICO	NS	TEMP	8	2,56	0	
MOTORISTA	NE	TEMP	10	3,21	0	
NUTRICIONISTA	NS	TEMP	1	0,32	0	
SUPERVISOR DE CAMPO	NM	TEMP	18	5,77	14	2,83
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	NM	TEMP	60	19,2	0	
TÉCNICO EM RADIOLOGIA	NM	TEMP	5	1,6	0	
TERAPEUTA OCUPACIONAL	NS	TEMP	1	0,32	0	
TOTAL GERAL			312	100	495	100

Fonte: Relatório PROCEMPA 1009p

Na tabela acima, constam o somatório das contratações efetuadas em 2009 e 2010. Em comparação ao ano de 2009, houve aumento na quantidade de profissionais contratados emergencialmente mas agrupando-se nas funções de Agente Comunitário de Saúde, Agente de Combate a Endemias; Supervisor de Campo e Biólogo. Agente de Combate a Endemias: função que atua no combate a endemias, mais notadamente, à dengue. A redução ocorreu pois foi realizada uma quantidade menor de Processos Seletivos em relação ao 2009.

Supervisor de Campo: função que atua no combate às endemias, juntamente com

Agente de Combate a Endemias.:Reduziu o número de ingressos.

Agente Comunitário de Saúde: Aumento considerável;

Biólogo : Redução no número de ingressos.

Tabela 10 - Nº DE SERVIDORES POR TIPO DE LICENÇA

LICENÇAS	2009	2010	VARIAÇÃO
BAS	51	44	-7
LAI	38	34	-4
LAT	229	222	-7
LG	58	54	-4
LTP	650	637	-13
LTS	4546	4488	-58
LAC	6	5	-1
LAA	58	56	-2
LTI	18	13	-5
TOTAL	5654	5553	-101

6.1.1.3- Atendimento Funcional

O atendimento funcional e a assessoria gerencial têm por objetivo promover suporte, com foco nas relações de trabalho, aos processos deste e aos trabalhadores. Estes atendimentos caracterizam-se por atuar sobre situações de stress, com desgaste físico e emocional, pois a maior parte de suas ações são relacionais, exigindo capacidades físicas, psíquicas e de saberes adequadamente estruturadas, podendo levar os trabalhadores ao sofrimento e adoecimento quando uma dessas estruturas está em desequilíbrio. Nesse sentido, as demandas que geram os atendimentos são múltiplas e heterogêneas, o que impede que se tenha uma razão direta entre causa, consequência e encaminhamento. Importante destacar que este espaço de atendimento funcional e assessoria gerencial é preservado pelo sigilo. Lembramos que já foram esclarecidas pela Equipe de Desenvolvimento/CGADSS, em reunião com o núcleo da ASSETEC do CMS, as razões da não inserção no Relatório Trimestral do levantamento qualitativo das causas que geram atendimento funcional e assessoria gerencial e os seus encaminhamentos.

No ano de 2010 foram atendidos 112 servidores sendo que em 2009 foram realizados 148 atendimentos mostrando uma queda de menos 36 servidores O Atendimento Funcional foi suspenso em dezembro de 2010 devido à reestruturação da área de desenvolvimento previsto no Plano Municipal de Saúde, sendo que os casos, a partir desta data, passaram a ser encaminhados para Gerencia de Atendimento Funcional (GEAF/SMA).

6.1.1.4 Capacitações realizadas na SMS em 2010.

Tabela 11 Capacitações para Servidores da SMS – Comparativo 2010/2009

2010		2009	
Nº DE CAPACITAÇÕES	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE CAPACITAÇÕES	Nº DE PARTICIPANTES
137	5127	60	4507

Fonte: Registro da ED/CGADSS, CGVS, NEPEnf-Direção Científica/HPS, HMIPV.

Conforme tabela acima, em 2010 foram realizadas 137 capacitações no ano representando um aumento de 77 capacitações em relação a 2009 .e um aumento de mais 620 servidores capacitados Parte das capacitações previstas para 2010 foram canceladas, por determinação da Secretaria, em decorrência da campanha de vacinação da Gripe H1N1, risco de epidemia de Febre Amarela e Dengue.

Tabela12-Educação Permanente na Rede Assistencial/ Trabalhadores/ Controle Social:

	Período		Variação 2009/2010
	2009	2010	
Ações realizadas, incluindo capacitações na Rede de Saúde de POA e região	253	461	82%
Nº absolutos de pessoas capacitadas	1368	1394	1%

Fonte: CEREST-Regional/POA

Tabela 13 Afastamentos temporários de servidores da SMS para qualificação profissional

Cargos	Período		Variação 2010/2009
	2010	2009	
Administrador	0	2	-2
Agente de Fiscalização	5	0	5
Arquiteto	0	1	-1
Ass. Administrativo	22	13	7
Assessor Especialista	2	0	2
Assistente Social	10	2	8
Auxiliar de Enfermagem	2	0	2
Biólogo	8	3	5
Cirurgião-dentista	2	0	2
Coordenador	0	2	-2
Enfermeiro	45	20	25
Engenheiro	1	0	1
Farmacêutico	11	3	7
Fisioterapeuta	6	0	6
Médico	147	64	83
Médico Veterinário	4	1	3
Nutricionista	8	2	6
Odontólogo	2	0	2
Professor	6	1	7
Psicólogo	9	0	9
Téc. Comum. Social	1	0	1
Téc. Nutr. Dietética	1	0	1
Téc. Seg. Trabalho	1	0	1

Técnico de Enfermagem	2	0	2
Técnico em Radiologia	1	0	1
Terapeuta Ocupacional	4	0	4
Servidores de nível superior (HMIPV)	70	13	57
TOTAL	368	131	237

Fonte: Processos de afastamento – Artigo 32, inciso II, Lei Complementar nº133 de 31/12/1985.

O aumento de número de servidores que se qualificaram se deve a revogação da Instrução normativa de 2009 que suspendia a participação dos servidores da SMS em eventos externos de qualificação.

6.1.1.5 Ações de formação / especialização – residências

Tabela 14 Formação, especialização e residências multiprofissionais em saúde.

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	PROGRAMA	Nº DE RESIDENTES E DE ALUNOS DE ESPECIALIZAÇÃO	LOCAIS DE PRÁTICA
UNISINOS	Especialização de Enfermagem em UTI	30 alunos	<ul style="list-style-type: none"> • HPS
Escola de Saúde Pública	Residência Multiprofissional e Residência Médica Ênfases: <ul style="list-style-type: none"> • Atenção Básica em Saúde • Pneumologia Sanitária • Saúde Mental • Dermatologia Sanitária; 	R1-33 residentes R2-46 residentes	GD Partenon/Loma <ul style="list-style-type: none"> • Serviços especializados em Pneumo e Saúde Mental • CGVS • HMIPV
PUC	PREMUS – Saúde da Família e Comunidade	19 residentes	GDLeno (UBSs: Morro Santana, Jardim Carvalho, Jardim Protásio Alves, USF Tijuca, CS Bom Jesus CS Santa Marta
UFCSPA	Residência Médica e da Especialização em Dermatologia Residência Méd. em Oftalmologia Resid. Médica em Psiquiatria Resid. Méd. em Psiquiatria da Infância e da Adolescência	3 especialização 3 residentes. 2 residentes 15 residentes 2 residentes	CS Santa Marta HMIPV HMIPV

Fonte: Registro da ED/CGADSS.

O número de Instituições de Ensino com programas de residências inseridas na SMS reflete a relevância dos serviços como espaços de aprendizagem para o SUS.

6.5.1.1. 5.1- Ações de formação – residências próprias

Abaixo pode-se verificar um balanço da qualificação e os cursos oferecidos ao programa de residência médica.

Tabela 15 Vagas de residência médica por especialidade e nº de encontros realizados–HMIPV

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	PROGRAMA	Nº DE RESIDENTES	Nº DE ENCONTROS
HMIPV	Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia	15 residentes	90
	Residência Médica em Pediatria	05 residentes	80
HPS	Residência em Cirurgia Geral e do Trauma	09 residentes	83
	Residência em Emergência	16 residentes	67
	Residência de Psicologia	08 residentes	20

Fonte: Registro Direção Científica/HPS e Direção Ensino e Pesquisa/HMIPV.

6.1.1.6- Estágios

O preenchimento das vagas de estágio remunerado ocorre em consonância com a Lei Federal nº 11.788, e Decreto Municipal nº 16.127, 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 numero de estagiários efetivos é variável, conforme situação do respectivo Termo de Compromisso de Estágio, interesse e desempenho de alunos na ocupação das vagas existentes, bem como disponibilidade de profissionais para seleção e supervisão dos alunos em campo de prática.

Tabela 16 -Quantitativo de estagiários remunerados da SMS, no ano de 2010.

Estagiários	Período			
	2010		2009	
	Nº	%	Nº	%
Ensino Médio	187	34,56	190	35,13
Ensino Técnico	24	4,44	41	7,57
Ensino Superior	330	61,00	284	52,50
Total	541	100	513	100

Fonte: Sistema ERGON. Informações referentes ao nº de estagiários com Termo de Compromisso de Estágio vigente no dia 15 de dezembro de 2010.

Nota explicativa: Devido ao caráter não cumulativo das informações sobre estágios ao longo do ano, adotou-se como referência o quantitativo de ocupação de vagas de estágio por ocasião do fechamento da folha mensal de pagamento. A opção pelo sistema ERGON como fonte das informações, deve-se à necessidade de

disponibilidade de informações padronizadas. As categorias apresentadas nas tabelas correspondem ao oferecido pelo sistema de informações da PROCEMPA.

Tabela 17 - Quantitativo de estagiários por projeto, programa e local de atuação - 2010.

Projeto/Local de Atuação	2010	
	Nº	%
Programa Rotativo (nº 918) Rede básica e especializada	172	31,79%
Programa Rotativo HPS (nº 901)	24	4,43%
Programa Rotativo HMIPV (nº 161)	83	15,34%
Projeto: Programa de Erradicação do Aedes Aegypti (nº 114)	9	1,66%
Projeto: Atenção Integral à População de Porto Alegre (nº 178)	47	8,69%
Projeto: Vigilância do Estado Nutricional de Crianças e Gestantes (nº 154)	4	0,73%
Projeto: Reorganização da Assistência Farmacêutica (nº 116)	62	11,46%
Projeto: PIM/ PIÁ – Primeira Infância Melhor (nº 166)	65	12,1%
Projeto: Atenção a Saúde em Creches Comunitárias (nº 036)	18	3,33%
Projeto: Programa de Saúde Escolar: Universidade / SUS (nº 165)	17	3,14%
Projeto de Prevenção a DST/ AIDS (nº 035)	32	5,91%
Projeto: Trabalho de Ações em Saúde Ambiental para o PIEC (nº 171)	3	0,55%
Projeto: Telemedicina/ Informática/ CGRABS remanejo projeto 116 (nº 181)	5	0,92%
Total	541	100,00%

Fonte: Sistema ERGON

No programa rotativo, as vagas são renovadas automaticamente, ou seja, um estagiário substitui o outro. Os projetos precisam ser renovados pois possuem prazo de validade.

6.1.1.7- Atividades Desenvolvidas

Dimensionamento da necessidade de Recursos Humanos;

Trabalho integrado Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Administração de forma a obter, junto ao Gestor Municipal, autorização para nomeação de servidores;

Atuação junto à SMA para operacionalizar os Processos Seletivos;

Participação no Grupo de Trabalho para o planejamento da Operação Inverno 2011;

Capacitação de servidores;

Abertura de campos para estágio na Secretaria;

Acompanhamento de registros funcionais;

Análise e avaliação de processos relativos a ocorrências funcionais;

6.1.1.8-Desempenho :

Aumento no ingresso de servidores;

Trabalho integrado junto à SMA;

Solicitado à SMA a realização de concurso de Técnico em Higiene Dental, Auxiliar de Gabinete Odontológico, Fonoaudiólogo, Operador de Rádio Transceptor, Recreacionista, Técnico em Segurança do Trabalho, Técnico em Nutrição e Dietética, Telefonista, Auxiliar de Farmácia, Biomédico, Técnico em Enfermagem e Médico (várias especialidades). pedido de processo seletivo para o programa da dengue, processo seletivo para substituição do pessoal da FUGAST até que ocorra os concursos e processo seletivo para a operação inverno.

6.2 - GERÊNCIA DE SAÚDE DO SERVIDOR MUNICIPAL – GSSM

Todas as equipes da GSSM realizaram as metas propostas nos seus programas.

Descrevemos abaixo, as metas realizadas.

6.2.1--Equipe de Perícia Médica – EPM

Revisões das licenças concedidas pela equipe de perícia médica da GSSM;

Revisões de todas as readaptações e delimitações funcionais.

Controle dos pareceres de readaptações e delimitações efetuados na EPM;

Controle de todos os processos de readaptações e delimitações os quais são analisados por perito médico responsável pela atividade;

Revisão dos processos de abono de faltas centralizados com um Médico Perito que realiza as avaliações e executa os procedimentos;

Análise dos processos de solicitação de isenção de imposto de renda por médico perito que centraliza e despacha todos os processos;

Concessão do Art. 94 da LC 133/85 com inclusão de avaliação social, e quando necessária decisão por meio de Junta Médica;

Estudo dos resultados das novas normas e rotinas de trabalho e qualificação das atividades da EPM;

Promoção de medidas de gestão para controlar o absenteísmo;

Promoção e treinamento aos servidores dos RHs e Chefias de setores (

PMPA) para orientação do preenchimento adequado dos laudos de licenças médicas, em parceria com a escola de Gestão/ SMA;

Promoção e capacitação aos servidores dos RHs e Chefias de setores sobre critérios de concessão de licenças médicas, AT e Aposentadorias por Invalidez, em parceria com EGP;

Promoção de cursos de capacitação aos Médicos Peritos da GSSM

Planejamento e execução do curso Capacitação Médico Pericial da EPM aos Médicos Peritos da GSSM, HPS, CMPA e DMAE;

Supervisão da execução e realização dos exames de ingresso;

Execução de exames médicos da capacidade laborativa, em atendimento a processos de delimitação de tarefas, readaptação, sindicâncias, inquéritos administrativos, Invalidez, etc;

Supervisão e realização de exames periódicos;

Realização de perícias, como Médico Perito Assistente, junto ao Judiciário;

Participação de comissões como CESA, COMAP, e Transição do PREVIMPA;

Participação das Reuniões Técnicas com a GEAF, para deliberar sobre Readaptações e Delimitações

Respostas às Ouvidorias nas demandas relacionadas a atividade pericial;

6.2.2 EPM e NASS

Total de atendimentos: 33.872

Total de LM: 27.476

Total de LTS: 22.335

Total de LTF: 3.718

Total de LAT: 1.423

Total de Ingressos: 1882

Obs.: LG. BAS, e Auxílio Doença do INSS, não estão incluídos.

6.2.3- Equipe de Perícia Técnica - EPT

Elaboração de laudos técnicos periciais de concessão de adicionais de insalubridade e periculosidade de servidores da PMPA,

Capacitações de atualização no atendimento dos acidentes com material biológico;

Investigação dos acidentes de trabalho na PMPA;

Promoção de Cursos de Capacitação e desenvolvimento para membros da CSST conforme determinação do decreto 1.4705/2004/SMC, SMAM, DEP, FASC, DEMHAB, DMLU;

Realização de cursos de capacitação para servidores DMLU e DEP, atendendo à solicitação do Ministério Público do Trabalho; -Elaboração de ofícios em resposta a demandas solicitadas a ouvidoria;

Acompanhamento de perícias judiciais na condição de assistente técnico por parte da PMPA;

Elaboração de execução de capacitações na EGP/SMA, como Mapa de Risco, NR 10, EPIs e EPCs, Noções de Ergonomia na Atividade Administrativa e Gestão em Saúde e Segurança no Trabalho;

Revisão e atualização de PPRAs da PMPA,

Elaboração de relatórios de inspeção de segurança em áreas de risco da PMPA;

Assessoramento a CSSTs e especificação de equipamentos de proteção individual das secretarias;

Elaboração de Pareceres Técnicos para a PGM e outras secretarias;

Elaborações de pareceres técnicos aos processos de reconsideração de Insalubridade e Periculosidade;

Elaboração de documentos de caracterização de Aposentadoria Especial aos Servidores;

Elaboração de atualização dos Laudos de Insalubridade da PMPA

Laudos de Insalubridade/Periculosidade: 45

Pareceres técnicos para PGM e outras secretarias: 45

Respostas de processos de reconsideração de insalubridade e periculosidade: 13

Documentos de caracterização de Aposentadoria Especial: 3

Assistente técnico em perícias judiciais: 1387

6.2.4. Equipe de Atenção a Saúde - EAS

Coordenação e supervisão do atendimento médico-pericial realizado nos 5 NASS da GSSM

Coordenação das LTS, LTF, LAT, LG, concedidas nos NASS

Coordenação e supervisão das avaliações médicas especializadas de servidores municipais realizadas nos NASS

Execução dos exames periódicos dos servidores da PMPA;

Execução de exames médicos especializados na área de dermatologia, reumatologia, endocrinologia e otorrinolaringologia para fins de isenção de IR readaptações/delimitações e subsídios às atividades periciais da EPM;

Primeiro atendimento médico a servidores que não dispõem de Planos de Saúde;

Controle e acompanhamento de portadores de HAS, Diabete Melitus, obesidade,etc;

Atividades preventivas como orientação das enfermidades acima referidas, uso de EPI, visita a locais de trabalho,etc;

6.2.5- Setor de Serviço Social

Pareceres sociais: através de entrevista com os servidores, chefias e visitas aos locais de trabalho para subsidiar e complementar as avaliações médicas da capacidade laborativa;

Reinserção no trabalho, em conjunto com o servidor, o médico perito e o local de trabalho.

Visitas domiciliares ou locais de trabalho para subsidiar os pareceres sociais

Atendimento individual de servidores em situação de doença, para orientação, encaminhamento ou acompanhamento;

Parecer Social Artigo 94: elaborar nos casos de solicitação para subsidiar a concessão do benefício do Artigo 94,

Parecer social: para subsidiar concessões prolongadas de LTF;

Estudo das situações de adoecimento de servidores municipais na tentativa de encontrar as causas e propor alternativas de tratamento para retorno ao trabalho

6.2.6 -Setor de Psicologia

Consultorias em Saúde: realização de reuniões com as áreas de RH de várias Secretarias e Autarquias analisando situações de afastamento por problemas de saúde, em especial aquelas que apresentam um número elevado de servidores em LTS, identificando as causas e propondo encaminhamento para cada situação;

Reinserção no trabalho após período prolongado de LTS: realizada em conjunto com o Médico Perito e o local de trabalho buscando promover o retorno do servidor às atividades conforme as condições de saúde do mesmo.

Pareceres de avaliação da capacidade laborativa: auxiliam na complementação dos pareceres médicos, detectando aspectos emocionais e comportamentais significativos do servidor para o exercício de suas funções. Essas avaliações incluem atendimentos psicológicos que requerem alguma intervenção e orientação com

o objetivo de melhorar a saúde ocupacional do servidor.

Análise prévia de processos de sindicância e inquéritos;

Análise de prontuários e relatórios de licenças médicas prolongadas para controle do absenteísmo;

Participação no Comitê de Humanização da SMS: objetivo de inserir a GSSM nas discussões e propostas de ações referentes à política nacional de humanização;

Reinserção de servidores ao trabalho: 180

Pareceres de avaliação de capacidade laborativa: 435

6.3- ÉTICA E PESQUISA EM SAÚDE

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP-SMS foi credenciado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP em 16/09/05, através da Carta N° 937 CONEP/ CNS/ MS e seus membros designados pelas portarias N° 374, N° 558 e N° 711, e atual renovação junto à CONEP sob nº 25000.097311/2010-94 de 10 de junho de 2010.

É um colegiado interdisciplinar e independente, criado para salvaguardar a integridade, dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do sujeito da pesquisa, e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões

éticos. Responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, pode concluir pela aprovação ou não do protocolo, coincidindo ou não com a apreciação de outro CEP.

No município de Porto Alegre, o CEP está constituído por uma equipe multidisciplinar, multiprofissional, representantes da área da saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, conforme a portaria que o institui. A participação é voluntária; as formas de eleição pelos pares de metade de seus membros com experiência em pesquisa e a escolha de outros membros dependerão das normas da instituição. De todo modo, o processo deve ser transparente e claramente divulgado, visando a obter a legitimidade necessária ao CEP para que haja o devido respeito às suas decisões.

A presença de representantes dos usuários é essencial para que o CEP possa ter a manifestação (a opinião) daqueles que utilizam os serviços da instituição ou que mais freqüentemente podem participar dos projetos como voluntários. Entre os métodos para escolha de representantes de usuários pode ser solicitada indicação ao Conselho Municipal de Saúde -CMS ou associações de usuários já estabelecidas e em contato com a instituição, além de outras associações da sociedade civil afins, como associações de portadores de patologias, associações de moradores, associações de mulheres, de idosos, etc. (ver Resolução do Conselho nacional de Saúde - CNS 240/97). Deve ser incentivada e viabilizada a formação continuada dos membros do CEP.

Abaixo são apresentados os resultados obtidos no decorrer de 2010.

Tabela18 - Resultados obtidos ano 2010

	<i>Quantidade</i>
<i>Nº de Requerimentos para apreciação/período</i>	136
<i>Nº de projetos em acompanhamento/período</i>	136
<i>Nº de projetos aprovados/período</i>	122
<i>Nº de projetos com pendência /período</i>	6
<i>Nº de projetos arquivados /período</i>	8

Conforme a tabela anterior, observa-se um envolvimento melhor no atendimento de toda a equipe. As listas de todos os protocolos aprovados,

pendentes e arquivados do ano de 2010, estão no site do CEP SMS, cujo acesso é o seguinte: [www.portoalegre.rs.gov.br/Secretarias/ Saúde/Comitês e conselhos/Comitê de Ética em Pesquisa/Andamentos dos processos](http://www.portoalegre.rs.gov.br/Secretarias/Saude/Comites_e_conselhos/Comite_de_Etica_em_Pesquisa/Andamentos_dos_processos).

Tabela19- Demonstrativo das atividades do CE, período 2009-2010.

Atividades	Período	
	2010 anual	2009 anual
Análise de projetos/protocolos de pesquisa	136	116
Instruções	180	150
Pareceres emitidos	136	113

Fonte: Comitê de ética e pesquisa da SMS-POA

Em relação ao ano de 2009 houve um aumento de 20 protocolos, do número de protocolos que deram entrada e análise dos mesmos. Este aumento se deu em função de uma divulgação entre as universidades sobre a necessidade de passar pelo CEP SMS antes da coleta de dados, independente se já tem aprovação na instituição de origem. Sobre as instruções, o aumento foi em relação ao ano de 2009, de 30 atendimentos, isto se deu em função que no dia de atendimento, o acesso dos alunos e professores é esclarecido todas as dúvidas com relação à documentação, procedimentos em que o CEP SMS realiza. O nº de nos pareceres emitidos, também cresceu. Desta forma como verifica-se na tabela abaixo em relação ao ano anterior, houve um aumento considerado nos protocolos de pesquisa a qual é utilizado a metodologia de entrevista com o sujeito de pesquisa, onde antes de iniciar, tem de apresentar o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que o sujeito assine e possa iniciar a entrevista. E com relação à metodologia em que o protocolo de pesquisa vai utilizar os dados de prontuário, houve uma redução.

Tabela-20 Tipologia dos projetos/protocolos de pesquisa apresentados, período 2010-2009.

	Período	
	2010 anual	2009 anual
Prontuário	21	31
Tcle- termo de consentimento livre e esclarecido	115	82
Total	136	113

Fonte Comitê de ética e pesquisa da SMS-POA

6.3.1- Outras Atividades Desenvolvidas

No decorrer do ano ocorreram 25 reuniões ordinárias e 5 extraordinárias, sendo que a media foi de 6 projetos avaliados por reunião.

Participação nas reuniões ordinárias e extraordinárias na CONEP – em Brasília, através da Dra Maria Mercedes Bendatti membro neste CEP e membro da CONEP.

Participação no III Encontro Nacional de Ética em Pesquisa – ENCEP- em São Paulo, no Hotel Holliday Inn na pessoa da Sra Elen Maria Borba, como membro usuário deste CEP e coordenadora, como delegada usuária e Dra Leslie Cosptein, membro deste CEP, como ouvinte.

Ministrado aula para os residentes do C. E Murialdo, apresentação fluxo do CEP SMS.

Participação como convidada e palestrante no seminário em que o CEP IMSCPOA – STA CASA, cujo tema “ESTRUTURA MINIMA E PESSOAL DE UM CEP”.

Ministrado aos professores do Centro Universitário Metodista IPA sobre a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, solicitado pela coordenação do CEP IPA.

Participado em 3 reuniões ordinária de coordenação junto com a CGRABS, para informar os fluxos, encaminhamentos e duvidas dos Gerentes Distritais.

6.4 Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde

A Política Municipal de Humanização teve um importante desenvolvimento no ano de 2010, com o avanço na estruturação da Rede Municipal de Humanização no âmbito da SMS, concretamente avançou nos seguintes aspectos:

Consolidação do Comitê Municipal de Humanização com a ampliação da participação de representantes de vários setores da Secretaria em face da mudança de gestão, que levou a maior comprometimento das diferentes áreas da Secretaria.

Fortalecimento da Rede de GTH's – com a consolidação dos GTH's do HPS e HMIPV, implantação dos GTH's na GD Norte/Eixo Baltazar, GD Leste Nordeste, início da implantação na GD Centro, GD Sul Centro Sul, GD Partenon/Lomba do Pinheiro, GD Glória Cruzeiro Cristal e GD Humaitá Navegantes Ilhas e PA BOM JESUS.

Maior integração da Política Municipal de Humanização na estrutura da Secretaria

Municipal, através da participação efetiva da Coordenação do Comitê nas reuniões ordinárias da ASSEPLA, e também com as instâncias da Política Nacional de Humanização através da participação nas reuniões mensais do Comitê Regional (1ª CRS) e nas reuniões semestrais da Rede Regional (RS, SC e PR) e Nacional de Humanização.

As atividades desenvolvidas no decorrer do ano foram:

Oficinas de sensibilização nas GD's Glória Cruzeiro Cristal, Partenon Lomba do Pinheiro e Sul Centro Sul;

Elaboração das metas de Humanização do Plano Municipal de Saúde e do PAS 2011.

Realização do II Encontro de Humanização da SMS: Com o objetivo de disseminar a PNH na SMS. Participaram do Encontro, o Coordenador Nacional da PNH, o Sr. Secretário Municipal de Saúde, Consultores da PNH/RS, a Secretária Adjunta, assessores, coordenadores, gerentes distritais, diretores dos hospitais, representantes do Conselho Municipal de Saúde, os membros do comitê municipal de humanização, seus suplentes e membros de GTH's - aproximadamente 90 pessoas;

Participação na elaboração do Evento do Dia do Servidor Público, em parceria com a Assecom;

Participação do 1º e 2º Encontros Nacional com Coordenações e/ou Representações De Humanização das SES E SMS/Capitais em Brasília;

Participação do 1º e 2º Encontros Regional com Coordenadores e/ou Representações de Humanização das SES e SMS/Capitais em Porto Alegre e Curitiba, respectivamente;

Participação na Conferência Municipal de Saúde Mental;

Participação do 10º Congresso de Stress da ISMA, 12º Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho, 2º Encontro Nacional de Qualidade de Vida na Segurança Pública e 2º Encontro Nacional de Qualidade de Vida no Serviço Público.

Participação do Congresso da rede Unida e mostra HumanizaSUS;

Participação do II Seminário de Humanização da Secretaria Municipal de Saúde de Canoas;

Participação da Semana de Humanização o Instituto de Cardiologia;

Participação do Encontro de final de ano do Hospital Espírita;

Participação do V Encontro Pró-Humanização e do I Encontro de Ouvidorias na área da Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre;

Participação de Capacitação em Saúde do Trabalhador;
Inclusão do tema “humanização” na Agenda Escolar 2011 em parceria com DST/AIDS

Hospital de Pronto Socorro

Elaboração de projeto “Rodas de Conversa”;
Promoção de capacitação de servidores em parceria com a Escola Técnica de Saúde – ETS;

Realização de quatro edições da atividade “Caminhos da Integração”;

Firmado parceria com a ONG Cataventus: Contação de histórias para as crianças internadas.

Convênios com IES – Instituições de Ensino Superior disponibilizando o HPS como campo de Estágio Curricular, proporcionando Ginástica Laboral aos trabalhadores através de convenio do Curso de Educação Física da Faculdade Metodista IPA.

Finalização do material de sensibilização para o uso adequado e racionalização da rouparia do HPS, buscando garantir o direito à privacidade e conforto do paciente;

Realização de palestras intituladas: “Carinho, espiritualidade e competência no cuidado do paciente”, “Confiança x desconfiança nas relações de trabalho” e “Prevenção de acidentes toxicológicos” respectivamente, com o objetivo de provocar reflexões aliadas à Humanização. E ainda Mesa redonda dirigida aos trabalhadores abordando o tema “O cuidado com o Cuidador” sendo os debatedores representantes da Saúde ocupacional, Saúde Mental e Serviço de Fisioterapia;

Realização de atividade alusiva à Semana da Consciência Negra em parceria com a Área Técnica da Saúde da População Negra.

Atividades alusivas a datas festivas: Dia da Criança, em parceria com DMAE e EPTC e Comemorações Natalinas.

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas-

Reestruturação e aprovação do Estatuto do GTH; confecção do Mural Temático do Mês de Agosto me homenagem aos pais.

Gerência Distrital Norte Eixo Baltazar-

Realização de atividades que envolveram a comunidade, como por exemplo, o “dia da cidadania”, que ocorreu por ocasião do aniversário do bairro Rubem Berta e realizado na Escola Grande Oriente com participação da UBS Rubem Berta; Participação na rádio comunitária da AMORB (Associação do Bairro Rubem Berta) onde uma médica e nutricionista falam sobre saúde todas as quartas feiras;

Ampliação do número de conselhos Locais;

Participação nos conselhos distritais (Norte e Eixo Baltazar), além do apoio logístico na eleição dos Conselhos distritais Norte e Eixo Baltazar;

Realização de Confraternização dos Servidores com a comemoração dos aniversariantes do mês nas unidades;

UBS São Cristóvão realizou vídeo no período de natal aos acamados com distribuição de panetones, cartões natalinos e de festejos de ano novo para os usuários da Unidade;

Realização na UBS Nova Brasília, palestra para os grupos de Saúde mental com na temática "Qualidade de Vida";

Oficina de sensibilização na ESF Asa Branca tendo como objetivo, verificar com os trabalhadores da Unidade o grau de conhecimento dessa política e o que poderia se avançar na construção de ações concretas na direção da política de humanização;

Reordenação do Grupo de Trabalho da Humanização e ainda, realização de reunião para planejamento de ações para 2011, com o convite a novos integrantes que tenham um perfil e o desejo de trabalhar com a perspectiva da Humanização e inclusão do conselho distrital para compor o nosso GT.

Gerência Distrital Humaitá Navegantes Ilhas

Construção e implantação de um novo modelo de atenção ao usuário. Escuta qualificada. Os pacientes idosos solicitam marcação de consulta por telefone, em face da carência médico clínico, foi proposta uma nova forma de atenção, onde o técnico ou auxiliar de enfermagem atende a chamada e oferece outros serviços além da consulta. Essa ação minimizou os conflitos entre os trabalhadores e os usuários na UBS Farrapos;

Implantação do agendamento por telefone para idosos e pacientes especiais;

Realização da semana do idoso em setembro, com várias atividades (palestras com profissionais do IAPI, oficinas, debates);

Realização da semana da mulher, também com várias atividades e participação da comunidade e profissionais;

Projeto de Saúde Mental na UBS IAPI, com avaliação, encaminhamentos e atendimentos da lista de espera (DRCR) em torno de 900 pessoas, onde todas foram ouvidas em suas demandas, através de grupo de acolhimento, consultorias em parceria com CAPS e por fim estas pessoas tiveram suas demandas atendidas;

Reordenamento de parte da área física visando facilitar o acesso dos usuários e do processo de trabalho, no Centro de Saúde IAPI;

Gerência Distrital Partenon Lomba do Pinheiro

Realização de Gincana de Natal 2010 com almoço de integração das equipes;

Participação de representante no Comitê de Humanização;

Oficina de Humanização organizada pelo Comitê junto aos coordenadores dos serviços da GD PLP;

Início de rodas de Conversas promovidas pela GD em conjunto com o CDS e serviços de saúde para constituição dos CLS nos locais onde ainda não estão constituídos;

Participação dos Fóruns de Segurança da Lomba do Pinheiro e dos Conselhos Escolares da Lomba, atividade vinculada ao PRONASCI;

Capacitação de profissionais para acolhimento e atendimento de vítimas de violência e acidentes tanto na região do Partenon como da Lomba do Pinheiro ampliando o Grupo de Observadores de Causas Externas da GD PLP,

PSF Esmeralda - Baile em comemoração à semana do Idoso em 27/09/10;

UBS São José Oficina de Geração de Renda de Artesanatos semanalmente promovido em conjunto entre a Unidade e Equipe de Saúde Mental Lomba /Partenon

PSF Ernesto Araújo- Realização de visitas e orientações aos funcionários envolvidos com o fluxo de medicamentos (dispensários de medicamentos). Houve suporte para questionamentos dos funcionários, participação em reuniões, com divulgação de informações, conscientizando acerca da importância dos fluxos para a qualificação de atendimento aos pacientes. A Farmácia Distrital contou com acompanhamento de estagiários de nível superior, das Faculdades de Farmácia, sempre com a orientação referente ao acolhimento e informação do paciente, contribuindo para o correto uso da terapêutica prescrita. Os estagiários são orientados a manter a organização da Farmácia de modo a facilitar a visualização, agilizando o atendimento, minimizando o tempo de espera dos pacientes quando há formação de fila.

Equipe de Matriciamento em Saúde Mental PLP- Capacitação de todos aos Agentes Comunitários da GD PLP sobre acolhimento e atendimento integral dos pacientes de Saúde Mental.

Oficina de Fotografia e de Cidadania em parceria com o PSF Viçosa e UFRGS para adolescentes em vulnerabilidade;

Pesquisa de Satisfação e Impacto junto aos serviços matriciados pela Equipe;

Levantamento de recursos do território da Lomba do Pinheiro com vistas a melhor explorar e propor ações de promoção em saúde mental na região;

Realização de visitas domiciliares, consultas conjuntas e discussão de casos e planejamento de ações de prevenção em saúde mental com os profissionais da APS dos serviços matriciados.

UBS/USF Panorama: Grupo de Convivência de Idosos com atividades como passeios e roda de conversa;

Grupos de Saúde Mental, encontros mensais, distribuídos em 7 grupos, atendendo em torno de 150 pessoas;

Grupo de Geração de Renda, com funcionamento semanal;

Atendimento semanal à Comunidade Indígena Kaingang na Pd 24 da Lomba do Pinheiro.

Realização de sessões de Terapia Comunitária(TC) semanalmente, às 4ª feiras no CPCA (Centro de Proteção da Criança e Adolescente)

Realização de sessões de TC em parceria com o CPCA para Jovens Aprendizes e nas escolas para alunos e professores.

Participação nas reuniões do Fórum de Segurança da Lomba (PRONASCI)

Atividades do PSE (Programa Saúde nas Escolas) desenvolvida pelos serviços da GD PLP nas escolas vinculadas ao Programa Mais Educação da região do Partenon e Lomba do Pinheiro com atividade de prevenção e promoção de saúde.

Gerência Distrital Restinga Extremo Sul

Implantação do sistema de agendamento telefônico para idosos;

Rodas de Terapia Comunitária semanalmente na Escola de Samba Estado Maior da Restinga;

Funcionamento de um brechó toda segunda-feira na Escola de Samba estado Maior da Restinga com destino da verba para as oficinas de:Fuxicoterapia: com os pacientes da saúde mental

Homenagem aos servidores que completaram 15, 20,25 e 30 anos;

Premiação para as Equipes destaque do ano (com o seguinte critério: menor número de reclamações da Ouvidoria e melhor desempenho nas atividades);

Realização de pique nique com todos os funcionários da gerência para confraternização de final de ano com gincana, premiações e várias brincadeiras;

Gerência Distrital Sul Centro Sul

Realização de almoço, com o objetivo de homenagear ao “Dia das Mães”, e de promover a integração entre funcionários UBS e PSF Vila S. Vicente, com distribuição de tulipas às participantes.

Gerência Distrital Leste Nordeste

Consolidação do grupo de trabalho de humanização, com reinício das atividades do com representação de todos os serviços.

Gerência Distrital Centro: Sensibilização dos servidores da gerência com relação à Humanização; Qualificação do atendimento ao usuário.

Confraternização de Final de Ano com os servidores da gerência onde foi apresentado um vídeo institucional, produzido pelo GTH, com fotos dos serviços e textos da Humanização. Avaliação da confraternização e da retomada das ações.

Planejamento para o ano de 2011, com a perspectiva de realização do I Seminário de Humanização da Gerência Centro para maio/2011.

Coordenação de Urgência e Emergência

As ações/ atividades de Humanização têm sido introduzidas nas discussões do trabalho, inseridas especialmente nas atividades de capacitação que foram desenvolvidas ao longo do ano.

No SAMU, atividades regulares são feitas para os profissionais que atuam nas equipes de suporte básico e avançado, onde, em todos os temas, são abordados temas referentes à Humanização.

Nos demais serviços de urgência, no segundo semestre desse ano, iniciou-se a discussão sobre a implantação da Classificação de risco, por meio da instalação do Protocolo de Manchester. A exemplo do que acontece no SAMU, temas relativos à Humanização são inseridos para discussão nas práticas do serviço, bem como introduzido rotineiramente em todas as discussões dos processos de trabalho nos serviços de urgência, pois entende que a política de Humanização deve perpassar todas as discussões dos processos de trabalho e suas práticas cotidianas nos serviços. Alguns PA's têm discutido a organização de comitês específicos em seus locais de atuação.

Pronto Atendimento Bom Jesus

Início da construção do Grupo de trabalho de Humanização;

Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro: Instituição do Grupo Organizacional, que visa contribuir para uma melhor organização do espaço físico e melhorias no funcionamento do PA.

6.5 Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre em 2010 completou dois anos de funcionamento. Acreditamos que ainda não podemos comemorar, tendo em vista que ainda há muito a evoluir no processo de consolidação da Ouvidoria junto à Secretaria Municipal de Saúde e seus diversos atores.

Tabela 21 Quantitativos das demandas protocoladas, período 2009-2010.

Demandas	Período		Variação 2010/ 2009
	4 Trim 2010	4 Trim 2009	
	Nº	Nº	
Demandas recebidas por período (incluindo demandas encaminhadas fora do sistema)	2180	1582	+ 38%
Total	2180	1582	+ 38%

Fonte: Fala Porto Alegre

Neste período, ao analisar os dados quantitativos, podemos observar que houve um aumento neste período de 38% no número de demandas. Na análise mais detalhada observa-se quais áreas houve maior aumento e também quais foram as demandas que aumentaram sua incidência

Com relação às demandas de Vacinas verifica-se uma oscilação bem interessante, pois houve um aumento significativo de demandas de Vacinas (500%) e houve uma diminuição das demandas de Vacinas – Rede Básica (-47%). As demandas Vacinas são destinadas a orientações, sugestões, informações sobre vacinação em geral, enquanto a tipificação Vacinas – Rede Básica refere-se ao atendimento recebido para a realização da Vacina. As reclamações de vacinas da rede básica de 2009, refere-se mais especificamente a vacina de Febre Amarela que houve naquele ano um numero muito alto de demandas.

Observa-se um aumento significativo do numero de demandas de cartão sus, de 145% em relação ao mesmo período de 2009. Isso justifica tanto pela necessidade do cartão para realizar diversos procedimentos na saúde, quanto a inserção desta Coordenação em nosso sistema. Anteriormente estas demandas eram encaminhadas para a rede básica e nem sempre tipificadas como tal.

Um Serviço que se destacou neste relatório foi o SAMU, pois em várias situações houve diminuição do número de demandas, além de aumento de elogios

ao serviço. Houve diminuição de demandas de demora de atendimento, e também não observa-se tantas demandas de reclamações de não atendimento. Isso pode nos fazer pensar que a população esta entendendo um pouco melhor qual a verdadeira missão do SAMU. Também podemos observar que o gerenciamento interno também esta mais qualificado. A única queixa que continua aumentando, é com relação ao mau atendimento oferecido, tanto pelo telefone como o atendimento propriamente dito. E isso talvez seja necessário se pensar com mais cautela.

No último trimestre observa-se algumas questões importantes a serem analisadas com relação a atenção Primária, Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Centros de Saúde (CS). Observa-se um aumento de reclamações de transporte social, com dificuldade na obtenção do mesmo, para os pacientes que não tem condições financeiras e físicas de locomoção. Este tipo de demanda esta se tornando cada vez mais freqüente e a tendência é somente aumentar tendo em vista o nosso público esta se modificando, possuímos cada vez mais idosos em nossos serviços. A secretaria da Saúde precisa de capacitar e se preparar para essa população para atendê-la de forma adequada. Preocupa em relação ao crescente aumento de dificuldade de acesso às consultas na Rede Primária, ou seja, com Ginecologista, Clinico Geral, Pediatra e Dentista. A tipificação desta demanda é Reclamação consultas – Rede Básica e neste relatório ela teve um aumento de 124%. A Atenção Primária também vem sofrendo queixas com relação ao atendimento. Porém, é importante ressaltarmos que a Rede primária também vem recebendo muitos elogios pelo atendimento. Desta forma, podemos pensar que existem alguns problemas pontuais com relação às reclamações de mau atendimento.

Com relação a Gerencia de Regulação de Serviços de Saúde, as demandas de reclamações de consultas especializadas e cirurgias vem aumentando. A única demanda que diminuiu foi a de Exames especializados. O processo de informatização que a Secretaria esta em processo de implantação será de fundamental importância para visualizarmos as filas de espera e oferecer uma resposta mais adequada ao cidadão.

Com relação aos prestadores de serviços, neste quarto trimestre, é importante salientarmos alguns dados que nos chamaram mais atenção, um aumento considerado nas demandas para estas áreas: PSF Conceição, PSF Divina

Providencia, PSF Floresta, PSf Nossa Senhora Aparecida, PSF SESC, PSF Ilha da Pintada, Hospital Femina, Hospital Parque Belém e Hospital Vila Nova.

Com relação ao atendimento nos demais serviços, verifica-se que através das demandas da Ouvidoria é possível inferir o grau de satisfação da população com os atendimentos prestados. Desta forma chama atenção o aumento nas demandas de mau atendimento nos Pronto Atendimentos, HPS, Atenção Primária e no SAMU, também já mencionado. Com relação ao atendimento, verifica-se a contrapartida dos elogios recebidos tanto para a Atenção Primária, quanto para o SAMU. As demandas de elogios reforçam que apesar das dificuldades a rede de saúde ainda presta um bom serviço, em muitas situações.

Através relatórios verifica-se que o HPS, vem apresentando diversas dificuldades. As demandas de reclamação de cirurgias que deveriam ser agendadas pelo HPS e estas, normalmente, com urgência, tem aumentado. Além das reclamações de demora no atendimento e mau atendimento. A população através de suas demandas demonstram que o HPS possui diversas lacunas e necessitando atenção, para melhor atender a população com mais qualidade.

Com relação as demandas da Assistência Farmacêutica houve aumento nas demandas de solicitação de medicamentos, porém os problemas com relação às farmácias parecem que deram uma estabilizada.

É importante assinalar que recebemos demandas da Ouvidoria do Ministério da Saúde e da Ouvidoria da Anvisa. Uma demanda muito recorrente recebida da Anvisa é do CGVS, que tem sido analisadas e vistoriadas pela Coordenação de Vigilância e tomadas providencias devidas.

Destaca-se maior participação do cidadão neste ultimo trimestre, observado através do aumento de demandas de sugestões e também de solicitações de informação. Cabe desta forma o empoderamento cada vez mais para que o cidadão, possa se manifestar tornando-se parte integrante da construção do SUS que tanto queremos. Um papel fundamental exercido pelo controle social, pela Ouvidoria e por todos os profissionais da área da saúde, fomentando-os a ser um agente ativo e não apenas um mero expectador.

Tabela 22 -Distribuição das demandas por local da ocorrência, período 2009-2010.

Demandas	Período		Variação 2010/ 2009
	4 Trim 2010	4 Trim 2009	
	Nº	Nº	
SMS - Assessoria de Planejamento - ASSEPLA	6	9	- 33%
SMS - Assessoria de Comunicação	2	*	*
SMS - Assessoria Jurídica	0	*	*
SMS - Assistência Especializada	0	*	*
SMS – Assistência Farmacêutica	116	103	+ 13%
SMS - Cartão SUS	6	*	*
SMS - Coordenadoria de Informática	0	*	*
SMS - Coordenadoria Geral e Desenvolvimento de Servidores em Saúde	29	*	*
SMS - Coordenadora Geral de Apoio Financeiro e Orçamentário	0	*	*
SMS – CGATA – Coordenadoria Geral de Administração Técnico Administrativa	8	*	*
SMS – CGVS – Vigilância em Saúde	34	16	+ 112%
SMS – Gerência de Regulação de Serviços de Saúde – GRSS	87	57	+ 53%
SMS – Gerência Distrital Centro	145	136	+ 7%
SMS – Gerência Distrital Glória / Cruzeiro / Cristal	78	56	+ 39%
SMS – Gerência Distrital Leste / Nordeste	119	49	+ 143%
SMS – Gerência Distrital Noroeste / Humaitá / Ilhas	171	132	+ 30%
SMS – Gerência Distrital Norte / Eixo-Baltazar	197	146	+ 35%
SMS – Gerência Distrital Partenon / Lomba do Pinheiro	133	92	+ 45%
SMS – Gerência Distrital Restinga / Extremo Sul	70	49	+ 43%
SMS – Gerência Distrital Sul / Centro-Sul	119	75	+ 59%
SMS – Hospital de Pronto Socorro – HPS	18	19	- 5%
SMS – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – HMIPV	10	6	+ 67%
SMS – Instituições Conveniadas / setores internos não inseridos no sistema	220	153	+ 44%
SMS - Pronto Atendimento Bom Jesus	3	9	- 67%
SMS - Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul	11	10	+ 10%
SMS - Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro	3	4	- 25%
SMS - Pronto Atendimento Restinga	4	1	+ 300%

SMS - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	19	24	- 21%
Total Geral:	1608	1146	+ 40%

Fonte: Fala Porto Alegre

Observa-se que neste trimestre houve aumento nas demandas das seguintes áreas: Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gerência de Regulação, Gerências Distritais, HMIPV e PA Restinga. Na tabela abaixo chama atenção as áreas que tiveram um aumento significativo no recebimento de demandas e as que tiveram uma diminuição significativa.

Tabela 23 - Demandas encaminhadas somente pelo sistema

Demandas (Somente demandas encaminhadas pelo sistema)	Período		Variação 2010/2009
	4 Trim 2010	4 Trim 2009	
	Nº	Nº	
Atendidas ou analisadas	1193	676	+ 76%
Demandas Não atendidas	987	910	+ 8%
Total	2180	1582	+ 38%

Fonte: Fala Porto Alegre

De todas as demandas encaminhadas, houve um aumento de 76% das demandas que foram atendidas de 2010 em relação a 2009. O aumento de 6% das demandas não analisadas ficou abaixo da média total. Em 2009 as demandas não atendidas ou não analisadas somavam 57% do total e agora somam 45%, ou seja, ainda está um número muito aquém do desejado. Isto nos remete a uma intervenção urgente no trabalho Institucional da Ouvidoria para que esta possa realmente se firmar e se fortalecer como se propõe.

6.6- Rede de serviços e infra-estrutura de apoio

Tabela 24 - Estrutura Administrativa - Serviços de Saúde

Atenção Básica		
	Próprios	Conveniados e Contratados
Equipes- ESF	00	86 ICFUC 10 GHC -04 HMV 03 HDP TOTAL: 103
Unidade Estratégia Saúde Família- ESF	00	61 ICFUC 03 HMV, 08 GHC, 02 HDP TOTAL: 74
Unidades Básicas de Saúde- UBS	54	01 HMD, 01 HED, 04 GHC, 01 PUC 01 HMV, 01 HCPA, TOTAL: 09

Atenção Especializada		
Centros de Especialidades	07	Serviços conveniados
CAPS	04	01 GHC 02 HC 02 HMD - 05
CEO	02	01 UFRGS 01 GHC - 04
SAE	02	01 Sanatório Partenon
CRT	08	01 Sanatório Partenon
NASCA	08	00

Tabela 25- Alterações no desenho da rede e seu funcionamento

Gerências Distritais	População Geral da Região	UBS	Estratégia Saúde Família				Cobertura
			USF	ESF	ESB	ACS	
	1.400.501	Nº	Nº	406	Nº	Nº	100%
Centro	267.012	03	04	06	01	19	7,7%
LN	156.235	07	16	22	02	78	48,5%
SCS	178.903	10	07	09	01	33	17,3%
GCC	151.750	10	14	19	03	75	43,1%
NEB	181.673	16	13	14	01	52	26,58%
PLP	186.413	12	09	15	03	57	27,7%
NHNI	189.156	06	08	09	03	33	16,41%
RES	89.359	04	06	09	03	41	34,7%
Total	1.400.501	63	77	103	17	383	25,36%

Cobertura calculada com 3450 hab

Em relação ao ano de 2009 houve acréscimo de 02 ESF e 01 de saúde bucal – USF Paulo Viaro, na gerência Restinga - Extremo Sul;

A cobertura da estratégia de saúde da família passa de 24,8% para 25,36%

O nº de ACS passa de 386 para 383

6.6.1 – Obras Realizadas

No ano de 2010 foram realizadas 17 obras que incluem construção de novas unidades de Saúde, reformas e adaptação de serviços

No primeiro trimestre foram realizadas duas obras, construção de uma nova unidade de saúde USF Paulo Viaro, para duas Equipes de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal. O valor total da obra foi de R\$ 280.000,00. A fonte

proveniente dos recursos financeiros da Empresa Ecoclean (contrapartida pela instalação desta empresa na região). A outra obra realizada foi adaptação para uso de casa locada - Unidade Pensão Protegida Nova Vida que funcionava em um prédio em precárias condições de conservação predial, cedido pelo Governo do Estado. O valor desta obra foi de R\$ 13.930,00 provenientes do Fundo Municipal de Saúde

No segundo trimestre foram realizadas seis obras que incluem reformas e ampliação. Conforme a descrição abaixo:

Unidade de Saúde da Família Nazaré,: Reforma geral custo financeiro total no valor de R\$ 17.490,00 provenientes do Fundo Municipal de Saúde

Auditório do Centro de Saúde Bom Jesus, reforma para ampliação da unidade com construção de anexo para funcionamento de novo auditório O valor da obra foi de R\$ 120.074,27, recursos do Fundo Municipal de Saúde (convênio Pro Saúde PUC).

Unidade Básica de Saúde Ipanema, Reforma geral , valor total da obra R\$ 12.807,00 , recursos do Fundo Municipal de Saúde

Farmácia Distrital da Restinga obra realizada para Adaptações das salas da UBS Macedônia o valor da obra foi de R\$ 7.000,00 e os recursos provenientes do Fundo Municipal de Saúde.

Unidade Básica de Saúde Vila Vargas, Reforma geral e adequação de uso o valor da obra foi de R\$ 45.894,94 provenientes do Fundo Municipal de Saúde (Municipalização Murialdo).

Unidade de Saúde da Família Lomba do Pinheiro, obra de adaptações para uso de casa locada - Unidade funcionava em salas no Porto Atendimento Lomba do Pinheiro, o valor total da obra foi de R\$ 14.949,00 , recursos do Fundo Municipal de Saúde

No terceiro trimestre foram realizadas quatro obras que incluem adaptações e reformas de unidades de saúde, que são:

Unidade de Básica de Saúde Nonoai, obra de Adaptação para uso de casa locada, valor da obra R\$ 14.204,00 obra realizada com recursos do Fundo Municipal de Saúde;

Farmácia Distrital Bom Jesus, Reforma da Farmácia Distrital do CS Bom Jesus com custos no valor de R\$ 13.253,28, obra realizada com recursos do Fundo Municipal de Saúde (Convênio Pró-Saúde Assistência Farmacêutica);

Casa Apoio Viva Maria, obra realizada para reforma e ampliação da casa, no valor de R\$ 469.855,30 recursos do Convênio DST/AIDS, Convênio 047/2005 Ministério da Saúde e Recursos da Centralizada (PMPA 040);

Farmácia Distrital Vila dos Comerciantes, obra realizada para reforma da Farmácia Distrital do CS Vila dos Comerciantes, valor da obra R\$ 10.557,93 com recursos do Fundo Municipal de Saúde (Convênio Pró-Saúde Assistência Farmacêutica)

No quarto trimestre foram realizadas quatro obras que incluem reforma geral, ampliação e adaptação:

Pronto Atendimento da Restinga, obra realizada para reforma geral do prédio, valor de R\$ 250.000,00, a obra foi realizada com recursos do Hospital Moinhos de Vento.

Pronto Atendimento da Lomba do Pinheiro obra realizada para reforma geral e ampliação, custo da obra no valor de R\$ 548.207,83 com recursos provenientes do Ministério da Saúde e Centralizada (PMPA);

Centro de Saúde Modelo, obra realizada para reforma geral do telhado, elétrica e pintura da fachada, custos totais de R\$ 383.925,13, recursos provenientes da Centralizada (PMPA)

USF Santa Helena obra para Construção de nova unidade de saúde para duas Equipes de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal, custo total da obra R\$ 389.048,58 recursos provenientes Ministério da Saúde e Centralizada (PMPA)

Conforme a -CATA Coordenação Geral de Apoio Técnico ASSEPRO, foram investidos **R\$ 2.636.584,06**. No ano de 2009 foram realizadas 16 (dezesesseis) obras com investimento financeiro de **R\$ 661.188,5** com uma variação de mais **R\$ 1.975.395,56**.

Tabela 26 - Relatório de Entrada Bens Móveis Permanentes 2009 e 2010

2009	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	4º TRIM	ANUAL
BENS	272	1814	777	1942	4. 805
R\$	245.867,00	760.232,00	765.926,00	1.496.286,00	3.268.311,00
2010	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	4º TRIM	ANUAL
BENS	1296	684	986	2516	5482
R\$	1.354.942,00	272.346,00	696.032,00	1.660.414,00	3.983.734,00
VARIAÇÃO 2009/2010					
%BENS	375%	-62%	27%	29%	14%
%VALORES	450%	-64%	-9%	11%	22%

Fonte : Relatório de serviço – CATA- Equipe de Patrimônio

Em relação à quantidade de bens adquiridos, e o valor destes bens verifica-se um aumento de 14% quanto à quantidade e de 22% quanto aos valores dos bens adquiridos neste período.

6.6.2 TRANSPORTE SOCIAL

O Transporte Social disponibilizado pela Secretaria de Saúde tem como objetivo principal oferecer a oportunidade a crianças e adolescentes portadores de algum tipo de necessidade especial e com precárias condições sócio-econômica para que as mesmas realizem seus programas de reabilitação, em clínicas especializadas.

Até o mês de julho de 2010, esse transporte era realizado com 09 Kombis, sendo 04 locadas e 05 Oficiais, a partir de agosto do mesmo ano o serviço passou a ser realizado com 05 Vans locadas, 03 Kombis locadas e 01 Kombi Oficial, o que nos possibilitou qualificar o atendimento a essas crianças.

Os registros cadastrais do atendimento nos apontam que, foram atendidos no ano de 2010 o total de 85 (oitenta e cinco) crianças e adolescentes na faixa etária de 01 a 18 anos.

6.6.2.1. REMOÇÕES CLINICAS

Com o objetivo de oferecer um transporte a pacientes que necessitam de cuidados de saúde não urgentes, com incapacidade temporária ou permanente de locomoção, dependentes da utilização de macas para se deslocarem a consultas médicas, e que apresentam dificuldades financeiras para assumir tratamentos de reabilitação de saúde

contínua a Prefeitura Municipal de Porto Alegre através da Secretaria Municipal de Saúde.

Até julho de 2010 as remoções eram realizadas pela empresa Remoções Cristal Ltda que disponibilizava, por força contratual, 03 (três) ambulâncias para o atendimento das remoções geradas pelas Gerencias Distritais. Em agosto do mesmo ano a Empresa Rio Grande Emergências Médicas Ltda, Ecco Salva, passou a operar o contrato de remoções disponibilizando assim, 04 (quatro) ambulâncias para as remoções Simples e 01 (uma) para as remoções do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

Os dados levantados para o período de janeiro a dezembro de 2010 demonstram que foram realizados **6.782** remoções nas 08 Gerências Distritais, sendo atendidos **1.317 pacientes**, sendo realizados em média 05 (cinco) remoções/paciente durante o período supra citado.

Lembramos ainda que, as remoções efetuadas destinam-se a pacientes em tratamento de fisioterapias, quimioterapias, radioterapias e consultas médicas que são determinadas na forma de agendamento realizado pela Gerências que compõem a estrutura da SMS.

Tabela 27 Remoções Clínicas informadas pelas GDs

Remoções clínicas	SCS	PLP	LENO	GCG	NEB	NHIN	RES	CEN
Consultas	177	141	204	219	187	71	127	97
Exames	18	27	56	50	18	04	26	05
Fisioterapia	121	141	36	107	160	233	125	214
Quimioterapia	12	09	4	10	21	00	37	02
Radioterapia	97	98	4	65	30	73	52	00
Hemodiálise	15	48	16	00	02	168	81	128
Total	440	464	640	451	421	549	448	446

Não há diagnóstico de demanda reprimida, ou seja, não há informação do quantitativo de solicitações de remoções solicitadas e não realizadas. Há um prioridade para radioterapia, quimioterapia e consultas.

6.6.3 INFOREDE

As discussões a respeito da modernização da gestão e informatização da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre iniciaram-se em maio de 2010 e foram consolidadas com a criação do Projeto Inforede, através da constituição de um GT de Informatização da SMS.

A partir da constituição do grupo iniciou-se o planejamento do processo e etapas envolvidas, com a criação da infra-estrutura de TIC – Tecnologia de Informações e Telecomunicações necessária às implementações propostas.

A partir de setembro/2010, com o início das atividades, foram criados os indicadores abaixo explicitados. Cabe salientar também que o sucesso de implantação do Projeto Inforede não pode ser medido somente através dos seus indicadores, já que ele é uma atividade meio, mas também das atividades fim que são foco do projeto, tais como número de consultas e internações reguladas, controle financeiro sobre os prestadores, percentual de serviços informatizados, percentual de serviços integrados na rede de telecomunicações municipal, etc...

ETAPAS ENVOLVIDAS

- Projeto Wireless – Executor Procempa;;
- Infra-estrutura de Equipamentos – Executor SMS. Recursos do Complexo Regulador/MS;
- Sistema de Informações – Convênio SES/RS-PMPA – Sem ônus de aquisição ao Município (exceto Módulo VISA e Customização)
- Implantação do SI – Convênio PMPA/SMS – PROCEMPA. Executor Procempa. Valor de implantação e customização–;
- Infra-estrutura de Gerência de Dados – Executor Procempa com Recursos do FMS -;
- **Capacitação dos Servidores da Rede de Saúde – inicial grupo de 300 líderes. Estimativa de 6.000 capacitados. (Inclusa na Implantação do Sistema de Informações.)**

Cronograma de Implantação

Tabel 28 –Projetos e prazos de implantação

Projeto	Prazo de implantação	% Meta
Projeto Wireless	Setembro/2010 a julho/2011	60
Infra-estrutura de Equipamentos	Novembro/2010 a julho/2011	0
Sistema de Informações	Outubro/2010 a Dezembro/2010	100
Implantação do SI na área de regulação	Outubro/2010 a Março/2012	100
Infra-estrutura de Gerência de Dados	Outubro/2010 a Outubro/2011	30
Capacitação dos Servidores da Rede de Saúde	Dezembro/2010 a Março/2012	5

A tabela acima explicita as etapas previstas, prazo de implantação e percentuais atingidos no ano de 2010. Ressaltamos que o projeto vem acontecendo conforme planejado, não havendo nesse momento nenhuma etapa com atraso significativo.

O componente de infraestrutura de rede (projeto wireless) e infraestrutura de dados (datacenter e funções auxiliares), que são a base do processo já estão com um avanço significativo e com previsão de encerramento antes do prazo previsto.

6.7 PRODUÇÃO

- 6.7.1 ATENÇÃO AMBULATORIAL

Tabela 29 - Oferta de Ações e Serviços de Saúde

	GD SCS	GD CEN	GD PLP	GD LENO	GD GCC	GD NEB	GD NHIN	GD RES	Total (con/hab)
População	178903	267012	186413	156235	151750	181673	189156	89359	1.400.501
Consultas médicas UBS	479.837	146.610	212.316	159.253	196.224	207.030	133.128	103.165	1.637.563 (1,16)

Consultas Especializadas Rede Própria	7203	201285	756	10487	37529	0	131608	3210	392.078
Consultas médicas USF 2010 2009	31104 28182	43263 35126	43955 45562	77533 79513	65402 67136	44755 51540	19745 22169	24073 26224	349.830 (1,3) 355.452 (1,4)
Total de cadastrados	23218 22878	10057 9651	32051 32503	63381 62279	52738 52276	34833 34457	14232 13167	27005 26472	257515 253683
VD ACS 2010 2009	34592 37086	18927 24778	47319 53363	113872 120861	90533 98853	42740 57289	22853 25299	28079 33060	36932 41930

Fonte GRSS – BPA / SIAB

- Total de consultas oferecidas pelas GDs
- Nota: O índice pactuado com Proesf fase II para as consultas de ESF é de 1,1 con/hab/ano e o índice pactuado – PPI – consultas médica básicas é 1,5 con/hab/ano

Não há avaliação do NASCA especializado HMIPV desmembrado em agosto de 2010. O quantitativo destes atendimentos é diferente entre todos os NASCAS, relacionados aos diferentes profissionais inseridos nestes, assim como perfil e estrutura física de cada serviço

6.7.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO

Tabela 30- Atividades / ações em reabilitação física -fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia.

Fisioterapia- LENO	2010 *	2009	Diferença
Avaliação	02	-	-
Atendimentos-Individuais	57	-	-
Grupos	01	-	-
Fisioterapia-CENTRO	2010 *	2009	Diferença
Avaliação	0	-	-
Atendimentos Individuais	55	-	-
Grupos	0	-	-
Fisioterapia- PLP	2010*	2009	Diferença
Avaliação	02	0	0
Atendimentos-Individuais	02	0	0
Grupos	1	0	0
Fisioterapia-HNIN	2010	2009	Diferença

Avaliação	6122	8118	-1996
Atendimentos Individuais	5213	6900	-1687
Grupos	90	117	-27
Fisioterapia-GCC	2010	2009	Diferença
Avaliação	2253	2535	-282
Atendimentos Individuais	21941	24234	-2293
Grupos	328	297	29
Fisioterapia-LENO	2010	2009	Diferença
Avaliação	13	0	
Atendimentos Individuais	13	0	
Grupos	3	0	

Nas três gerencias acima o profissional de fisioterapia foi inserido no ano de 2010. Já antecipando a formação dos NASF. Não havia profissional no ano de 2009.

6.7.2. Produção em fonoaudiologia

Tabela 31 -Procedimentos de Fonoaudiologia-2009/2010

Fonoaudiologia-CENTRO	2010	2009	Diferença
Atendimentos-Individuais	1672	1990	-318
Grupos	-	-	-
Audiometria	2102	1533	469
Fonoaudiologia-NHIN	2010	2009	Diferença
Atendimentos-Individuais	1064	888	176
Grupos	50	26	24
Audiometrias	Não realiza	Não realiza	
Fonoaudiologia-GCC	2010*	2009	Diferença
Atendimentos-Individuais	210	804	-594
Grupos	73	118	-45
Audiometrias	Não realiza	Não realiza	
Fonoaudiologia-LENO	2010*	2009	Diferença
Atendimentos-Individuais	1461	1579	118
Grupos	0	0	0
Audiometrias	Não realiza	Não realiza	

Na GDA –LENO, a profissional esteve em LS por tempo bastante significativo no ano 2010

6.7.2 . Produção em Terapia Ocupacional

Tabela 32 - Procedimentos de Terapia Ocupacional 2009/2010

CENTRO Terapia Ocupacional * CAPS -Geração	2010	2009	Diferença
Atendimentos-Individuais	4790	4119	671
Grupos	736	692	+44
NHIN Terapia Ocupacional-	2010	2009	Diferença
Atendimentos-Individuais	394	184	210
Grupos	41	67	-26
IPLP-Terapia Ocupaciona	2010	2009	Diferença
Atendimentos-Individuais	42	0	42
Grupos	286	119	167
SCS Terapia Ocupacional	2010	2009	Diferença
Atendimentos Individuais	1975	1590	385
Grupos	271	368	-97
* GCC Terapia Ocupacional-CAPS	2010	2009	Diferença
Atendimentos-Individuais	11275	0	0
Grupos	1212	0	0

6.7.2. Atenção a Saúde Mental

Tabela 33- Serviços de Saúde Mental próprios e não próprios

Gerências Distritais	SERVIÇOS PRÓPRIOS									AMB ESPECIALIZADOS
	CAPS	SRT*	CT*	Geração de Renda*	Pensão Protegida*	Plantão SM*	Equipes SM- Inf	Equipes SM- Adu	RD	
CEN	2	3		1			1	1		8
PLP								1		
GCC	2					1				
NHNI					1			1		
RES							*	1		
SCS							*	1		
LeNo							1	1		
NEB							1			
Total	4	3	0	1	1	1	10	6	6	8
Gerências Distritais	SERVIÇOS NÃO PRÓPRIOS									AMB ESPECIALIZADOS
	CAPS	SRT	CT*	Geração de Renda	Pensão Protegida	Plantão SM	Equipes SM- Inf	Equipes SM- Adu	RD	
CEN	2		1							9
PLP										2
GCC										1
NHNI	1		1			1				4
RES										
SCS	1									

LeNo										
NEB	3									
Total	7	0	2	0	0	1	0	0	0	16

A rede de saúde mental está composta por serviços próprios e não próprios, que inclui prestadores conveniados e contratados, atendendo especialmente nos serviços de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, ambulatorios, internação. As Comunidades Terapêuticas (conveniadas) e Residencial Terapêutico (próprio), atendem a todas as GD.

Para a apresentação da produção ambulatorial destes serviços foram encontrados alguns importantes entraves, no que se refere à ausência de dados no *Tabwin*, tanto das unidades próprias, quanto das não próprias; ausência de uniformidade na captação dos dados apresentados nos anos anteriores; serviços e equipes não credenciados no CNES; equipes credenciadas em modalidades diferentes das que executam e equipes de RH não atualizadas junto ao sistema. Neste sentido a SMS está organizando e sistematizando bancos de dados para captação da produção de modo a compor as séries históricas necessárias para o planejamento e programação.

Contudo, afirma-se que todos os serviços instalados tiveram pleno funcionamento ao longo de 2010. O principal incremento da rede foi o início de funcionamento dos CAPS i e o reordenamento do CAPS ad da rede HNSC. A modalidade infantil iniciou as suas atividades no 3º trimestre e o CAPS ad passa a categoria III, com atenção noturna, também no mesmo período. Em dezembro os CAPS ad Vila Nova e IAPI receberam o credenciamento junto ao Ministério da Saúde, o que os habilita a receber repasse financeiro mensal através do Sistema APAC/SIA.

6.7.2 Atividades / ações em reabilitação psicossocial CAPS

Tabela 34 – Produção 2010- CAPS

CAPS	VILA NOVA*	HARMONIA	CAIS CENTRO	AD IAPI	AD GCC	II GCC
Cadastrados	385	?	188	2205	767	191
Atendimento-Individual	6807	2015	5682	12622	6178	5097
Atendimento Grupo	192	941	133	105,5	368	844

Nº de Matriciamento	12	36	250	0	0	0
Nº de interconsultas	110	164	105	104	48	70

- Não há produção contabilizada nos primeiros trimestres

•

Tabela 35- Produção das Equipes de Saúde Mental 2010

ESM	I - LENO	AD - LENO	IAPI	Modelo	PLP	Camaqua
Cadastrados	446	273	3750	?	2030	?
Atendimento-Individual	4402	10403	1515	5748	4650	10710
Atendimento-Grupo	2888	439	138	0	238	592
Nº de interconsultas	720	412	90	18	1014	08
Nº de Matriciamento	Incluído grupos	0	0	13	0	0

Tabela 36 - Produção das Equipes de matriciamento

Matriciamento	PLP	ESM i SM
Cadastrados	789	?
Atendimento Individual	2553	1915
Atendimento Grupo	377	994
Nº de Matriciamento	384	0

São contabilizados grupos junto com as oficinas

6.7 2. Residências Terapêuticas –

A SMS possui três Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental, totalizando 20 vagas em caráter de moradia assistida.

Pensão Nova Vida, 08 VAGAS.

Gomes Jardim, 08 VAGAS.

Cristiano Fischer, 04 VAGAS.

No mês de março de 2010 houve a mudança de Casa Pensão Nova Vida, Casa Alugada, no Bairro Cristal com estrutura melhor.

6.7.2. -Comunidades Terapêuticas.

Tabela 36 - Geração POA Oficina Saúde e Trabalho

	2010	2009
Nº grupos	1278	250
Nº de oficinas	898	758
Matriciamento/interconsulta	89	88
Consultas	1278	760

GD RESTINGA:

O serviço de Terapia comunitária na região possui grupos de geração de renda junto as ESF Pitinga, ESF Ponta grossa e na UBS Restinga

GD PLP:

Oficina de fotografia em saúde mental: realizada no 2º trimestre de 2010 através de uma parceria da Equipe de Matriciamento, ESF Viçosa e Instituto de Psicologia da UFRGS, com o objetivo de sensibilizar os adolescentes quanto sua imagem e do mundo em que vive, buscando aumento de sua auto-estima e exercício de sua cidadania.

Terapia Comunitária: O distrito Lomba do Pinheiro conta com uma equipe que realiza atividades em diferentes locais do território.

Oficinas de geração de renda: nas UBS São José e Panorama acontecem oficinas de geração de renda para a comunidade.

Oficinas: o distrito Partenon possui como dispositivo de reinserção social oficinas ministradas por uma terapeuta ocupacional na UBS 6 e no Instituto Leonardo Murialdo (ILEM).

Grupo AD: Outra atividade voltada à reinserção social é o Grupo AD que ocorre semanalmente no CS Murialdo aberto a usuários dos dois Distritos Sanitários.

PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS – PRD

Redução de Danos é uma das diretrizes de trabalho do SUS. Não estabelece a diminuição do consumo como condição de acesso ou exige abstinência a priori, mas o protagonismo da pessoa que usa drogas. Fundamenta-se nos Direitos Humanos e considera o exercício da liberdade, os modos de viver e trabalhar, a

saúde como produção e determinação social, convergindo com a posição ética e compreensiva proposta pela Saúde Coletiva.

Implica um repertório de cuidado integral e intersetorial, na perspectiva de rede. Inclui um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas às pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas e sua rede social e afetiva.

Dirige-se à identificação e minimização dos fatores de risco sociais, econômicos e de saúde, bem como a potencialização dos fatores de proteção, cidadania e defesa da vida.

No ano de 2010 com o novo redimensionamento da proposta de atuação da saúde mental as ações de Redução de Danos foram inseridas nas equipes de matriciamento. A Redução de Danos e a Saúde Mental passaram a ser voltadas também para atender as demandas das equipes de Saúde da Família na Atenção Primária com abordagem aos usuários, famílias, grupos e instituições em sua integralidade proporcionando educação aos indivíduos como criação e protagonismo. Desta forma objetiva-se alcançar os Princípios e diretrizes do SUS – Universalidade e a Equidade, através do Acolhimento e do Repertório de cuidado com plano terapêutico. Com esta construção coletiva o caminho que está sendo trilhado visa melhorar determinantes sociais e a saúde como qualidade de vida.

A reorganização do trabalho foi construída a partir da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e o entendimento da RD como diretriz de trabalho no SUS de acordo com a Portaria 1190, considerando a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas.

6.7.2 . - Ações realizadas pela equipe do PRD:

Aconselhamento e encaminhamento frente as DSTs/HIV/Aids/Hepatites e Tuberculose, além de construir vínculos dos UD's junto aos serviços de saúde.

Testagem HIV e Tuberculose, no campo, no CSV, Campanhas ou eventos específicos.

Vacinas (Hepatite B, Febre Amarela e Tétano) população usuária e encaminhadas para tratamento em CTs.

Realização de oficinas e palestras de prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas nas comunidades e escolas.

Terapia comunitária em dependência química, terapia familiar e terapia do xadrez (TC no PRD; Casa Albergue Feminino; Madre Pelitie; Casa de Convivência I e II; Abrigo Marlene; PSF Tijuca e Bonde da Cidadania); aconselhamento, encaminhamento e acompanhamento de usuários de drogas junto à rede de saúde e direitos humanos (resgate da cidadania).

Acompanhamento sistemático dos usuários em tratamento junto às comunidades terapêuticas (PACTO / MARTA e MARIA / SOLARIUM).

Participação em reuniões de rede (FASC / Direitos Humanos / Inter Ruas / População em Situação de Rua “Projeto Aquarela”; Fórum Metropolitano de Redução de Danos / Grupo de Estudos do Crack); Vara da Infância e Juventude; DECA; Rede de Atenção a Crianças e Adolescentes da Região Partenon/ Lomba; Grupo de Famílias do PETI; Comissão de Saúde Mental.

Qualificação da equipe do PRD através de participações no encontro nacional de RD, capacitações e seminários na área da saúde e direitos humanos.

Inclusão de informações no Portal de Gestão Lugar da Criança é na Escola e na Família onde o PRD informava 02 ações: Dependência Química e Comunidades Terapêuticas.

Manutenção do Banco de Dados IPINFO (Cadastro de UDs acessados e ou vinculados ao PRD).

Participação da equipe na campanha de prevenção do carnaval.

Acompanhamento e ou busca ativa do redutor com outros serviços (Ação Rua / ESF / SAE / COAS / Escola Porto Alegre).

Redutor vinculado na Emergência Psiquiatria e CAPS/AD-PAM-3 para acolhimento dos UDs;

Tabela 37 : Internação por Faixa Etária

INTERNAÇÕES EM PORTO ALEGRE				
Faixa etária (9)	2009	2010	diferença	%
<1 ^a	1	1	0	0%
1-4 ^a	1	0	-1	-100%
5-14 ^a	55	73	18	33%
15-24 ^a	1158	1453	295	25%
25-34 ^a	1753	2166	413	24%
35-44 ^a	1412	1663	251	18%
45-54 ^a	1352	1520	168	12%
55-64 ^a	496	566	70	14%
65e+a	108	151	43	40%
Total	6336	7593	1257	20%

Fonte: SIH

Tabela 38: Internação por Faixa Etária

PROCEDÊNCIA PORTO ALEGRE				
Faixa etária (9)	2009	2010	diferença	%
<1 ^a	1	1	0	0%
1-4 ^a	1	0	-1	-100%
5-14 ^a	18	19	1	6%
15-24 ^a	704	1004	300	43%
25-34 ^a	1178	1567	389	33%
35-44 ^a	956	1234	278	29%
45-54 ^a	992	1171	179	18%
55-64 ^a	362	458	96	27%
65e+a	74	100	26	35%
Total	4286	5554	1268	30%

Fonte SIH:

Tabela 39: Internações por Diagnóstico

Diagnóstico - CID 10	INTERNAÇÕES EM PORTO ALEGRE			
	2.009	2010	diferença	%
F10 Transtornos mentais comportamentais devidos uso álcool	732	716	-16	-2%
F14 Transtornos mentais e comportamentais devido uso da cocaína	1.084	1812	728	67%
F19 Transtornos mentais comportamentais múltiplas drogas out substâncias psicoativas	312	525	213	68%
Total Transtornos mentais e comportamentais devido uso Álcool e Drogas	2.128	3053	925	43%
Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos (F20-F29)	1.620	1737	117	7%
Transtornos Afetivos (Humor) (F30-F39)	2.269	2471	202	9%
Outros Transtornos psiquiátricos (F40-F99)	228	237	9	4%
Total transtornos mentais	4.117	4445	328	8%
Demências (F00-F09)	91	95	4	4%
TOTAL GERAL	6.336	7593	1.257	20%

Fonte SIH

As tabelas referentes ao quantitativo de internações hospitalares por moradores de Porto Alegre informam um acréscimo de 30% em seu volume, o que comparado com o dado de 2008/2009 (28%) também representa um significativo aumento. O número de internações registrado pelo sistema aponta dados relevantes quanto ao acréscimo e tipologia. Sendo que o dado verificado em 2008, quanto à

prevalência de internações por uso abusivo de álcool e múltiplas drogas torna-se uma tendência neste biênio.

No que se refere aos transtornos psicóticos registra-se um aumento na categoria CID F20-29 (9%), porém há uma diminuição na tendência observando o dado de 2008 (11%). No entanto nas demais categorias há uma inversão da tendência aumentando a taxa geral de internações de 26% (2008/2009) para 30%.

Diagnóstico - CID 10	PROCEDÊNCIA PORTO ALEGRE			
	2.009	2010	diferença	%
F10 Transtornos mentais comportamentais devidos uso álcool	522	561	39	7%
F14 Transtornos mentais e comportamentais devido uso da cocaína	714	1.445	731	102%
F19 Transtornos mentais comportamentais múltiplas drogas out substâncias psicoativas	147	340	193	131%
Total Transtornos mentais e comportamentais devido uso Álcool e Drogas	1.383	2.346	963	70%
Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos (F20-F29)	1.113	1.209	96	9%
Transtornos Afetivos (Humor) (F30-F39)	1.603	1.789	186	12%
Outros Transtornos psiquiátricos (F40-F99)	129	148	19	15%
Total transtornos mentais	2.845	3.146	301	11%
Demências (F00-F09)	58	62	4	7%
TOTAL GERAL	4.286	5.554	1.268	30%

Os dados apontam para a necessidade de revisão no planejamento e programação das ações em saúde mental em todas as modalidades de atenção, observando recortes por ciclos. É importante considerar que as ações de saúde mental, programadas para 2011, atendem as evidências apontadas. Visto que a questão central trata-se do reordenamento da política, ampliação e articulação da rede de serviços.

Os dados aqui apresentados também devem ser analisados a partir do comparativo nacional, uma vez que especialmente no campo de álcool e outras drogas a tendência de aumento se faz presente em todos os estados, desencadeando por parte do Ministério da Saúde ações específicas vinculadas ao Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD).

O indicador pactuado pelo Ministério da Saúde é de que os municípios tenham instalado 1 (um) CAPS para cada 100.000 habitantes o representa o valor de 1,0.

Tabela 40 Indicador de Saúde Mental- SIPASCTO

Indicador	2009	2010	Unidade	Pop. Referenciada
Taxa de cobertura de centros de atenção psicossocial (CAPS)/100.000 habitantes	0,77	0,87	/100.000	1.436.124

Fórmula: $(\text{Número CAPS I} \times 0,5) + (\text{Número CAPS II}) + (\text{Número CAPS III} \times 1,5) + (\text{Número CAPS i}) + (\text{Número CAPS ad}) / \text{população} \times 100.000$.

No ano de 2010 tivemos avanços quanto ao aumento de CAPS instalados no município o que explica o resultado apresentado. Tivemos também o cadastramento de dois equipamentos o que habilita e amplia a efetivação das ações.

No entanto, não atingimos o indicador pactuado e temos que considerar que diante dos resultados expresso pelas evidências quali e quantitativas de internações, a densidade de habitantes de cada GD, a complexidade dos determinantes sociais de saúde expressos em algumas regiões, tais como Restinga/Extremo Sul, LENO e PLP, é fundamental para que haja capacidade instalada de executar a Política Nacional de Saúde Mental, onde cada GD tenha uma modalidade de CAPS, quais sejam: CAPS i, CAPS II e CAPS ad. Tal necessidade já se encontra expressa no PMS 2010-2013.

De acordo com as metas estabelecidas para o ano de 2011, através da PAS, podemos afirmar que alguns aspectos apresentaram ações ainda em 2010. Podemos destacar o incremento na rede de serviços para álcool e drogas, desencadeado através das metas de cumprimento do PEAD em Porto Alegre; A instalação do GT de Saúde Mental e enfrentamento a Dependência Química, composto por um conjunto de coordenações estratégicas da SMS e representantes do controle social, com poder de proposição e deliberação sobre a política, ainda início do reordenamento do programa de redução de danos, de onde parte ações de assistência e reflexão sobre a política de álcool e drogas. Destacamos ainda como ações de impacto a elaboração de duas capacitações para toda a rede de servidores de saúde com os temas de matriciamento em saúde mental e álcool e drogas, como

resultante dos trabalhos desenvolvidos pelos Grupos de Trabalho que agregam os trabalhadores das diferentes GD. Os GT' s organizados por ciclo de vida (infância e adulto) apresentaram diagnóstico da rede, promoveram seminário aberto, sendo que o GT adulto e matriciamento tiveram seus trabalhos apresentados na EXPOTEC 2010. A Oficina de Geração, de Renda, o acompanhamento dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense-IPF, a execução do Programa de Volta para Casa, e o Residencial terapêutico vem sustentando ações e projetos de reabilitação e reinserção social, conseguindo efetivar importantes articulações e parcerias intersetoriais. Consideramos ainda as ações disseminadas pela equipes de matriciamento e equipes de saúde mental (em algumas regiões compostas pelos mesmos profissionais) quanto à expansão do matriciamento, das atividades de geração de renda, ações vinculadas às universidades escolas de formação, através de estágios, residências integradas, PET Saúde e PET Saúde Mental.

6.7.3. - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Tabela 41 RECEITAS ATENDIDAS NO 4º TRIMESTRE POR GERÊNCIA

Serviços	4º Trimestre 2010*
GERÊNCIA DISTRITAL CENTRO	9.715
GERÊNCIA DISTRITAL NHNI	16.739
GERÊNCIA DISTRITAL NEB	46.737
GERÊNCIA DISTRITAL GCC	45.910
GERÊNCIA DISTRITAL LENO	51.509
GERÊNCIA DISTRITAL PLP	39.050
GERÊNCIA DISTRITAL SCS	41.107
GERÊNCIA DISTRITAL RES	24.765
TOTAL	275.532

Foram considerados para fins de cálculo o somatório das USF's, UBS's

Tabela 42- Receitas atendidas no 4º trimestre - Farmácias Distritais (básicos + controle especial)

Serviços	4º Trimestre 2010
FARMÁCIA DISTRITAL SANTA MARTA	39.159
FARMÁCIA DISTRITAL FARROUPILHA	36.382
FARMÁCIA DISTRITAL IAPI	35.829
FARMÁCIA DISTRITAL NAVEGANTES	16.245
FARMÁCIA DISTRITAL SARANDI	17.576
FARMÁCIA DISTRITAL CSVC	39.110
FARMÁCIA DISTRITAL BOM JESUS	29.935
FARMÁCIA DISTRITAL BANANEIRAS	18.518
FARMÁCIA DISTRITAL CAMAQUÁ	20.935
FARMÁCIA DISTRITAL MACEDÔNIA	16.390
TOTAL	270.079

6.7.4. Saúde Bucal

O Relatório de Gestão 2010 da área técnica da saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre foi construído a partir dos valores levantados pelos cinco indicadores propostos pelo Ministério da Saúde para avaliação dos municípios, comparando e analisando estes valores com metas pactuadas em anos anteriores com a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

O primeiro indicador, chamado indicador principal, aponta a “**Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática**”. Ele indica o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática fornecida pelo Sistema Único de Saúde no município.

O cálculo deste indicador é o seguinte:

$$\frac{\text{Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas* realizadas em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

A primeira consulta odontológica programática pressupõe o acesso ao diagnóstico clínico a fim de que o cirurgião-dentista descreva o plano de tratamento necessário a cada pessoa. Desta forma, este indicador é considerado um indicador de acesso da população ao tratamento odontológico clínico, pressupondo-se que, uma vez realizado o plano de tratamento, o usuário terá a garantia de realização do mesmo.

Através deste indicador, se identificam variações geográficas e temporais que demandem a implementação de medidas para ampliação do acesso aos serviços odontológicos básicos.

A tabela abaixo resume a produção de consultas odontológicas programáticas informadas no sistema de informação do SUS (SIA) nos anos de 2008, 2009 e 2010, através do programa TabWin.

A meta informada na tabela 1, refere-se à pactuação estadual e está disponível em:

<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=31381>

Tabela 43 Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática

GDs	Porcentagem de Cobertura de Primeira Consulta no Ano			Meta Pactuada em 2008 (%)	Discrepância percentual em relação a meta
	2008	2009	2010		
-				Meta	
GDC	2,16	1,74	1,17	12,5	90,63
GDLN	3,62	3,21	3,29	12,5	73,69
GDSCS	4,03	4,34	4,26	12,5	65,89
GDGCC	3,34	10,61	3,20	12,5	74,42
GDNEB	1,73	1,56	1,79	12,5	85,72
GDPLP	3,00	10,09	2,92	12,5	76,67
GDNHNI	4,29	3,42	3,96	12,5	68,36
GDRES	5,30	5,13	5,95	12,5	52,40
POA	3,15	4,68	3,00	12,5	76,02

Fonte : SIA (TabWin)

A meta estadual pactuada em 2008 sugeriu que os municípios disponibilizassem uma consulta odontológica programática por ano (e o respectivo tratamento) para no mínimo 12,5% da sua população.

Verifica-se que os valores informados na tabela acima para os anos 2008, 2009 e 2010 estão aquém da meta proposta.

O número total de cirurgiões-dentistas vinculados à rede básica de saúde de Porto Alegre não apresentou uma variação significativa desde 2008. No entanto, pode-se notar que, no ano de 2009, o município mostrou no geral um pequeno aumento no número de consultas programáticas, e em particular em duas Gerências Distritais de Saúde, as quais mostraram um número muito maior de consultas programáticas. Este aumento está provavelmente relacionado ao fato de que alguns serviços adotaram em 2009 uma prática de inclusão de usuários no tratamento clínico odontológico, cuja prática havia sido proposta pela área técnica de saúde bucal e discutida com os profissionais da rede básica em 2008. Esta prática propôs que cada consulta programática gerasse o acesso a um limite máximo de três

consultas para a execução do plano de tratamento odontológico. Recomendou-se que caso o usuário necessitasse de mais do que três consultas para finalizar seu plano de tratamento, este deveria demandar novamente uma consulta programática. Desta forma, o aumento das consultas em 2009 e o subsequente declínio em 2010 pode estar relacionado ao interesse momentâneo dos profissionais em adotarem esta prática.

Os dados levantados para este indicador (primeira consulta programática) estão sujeitos a várias inconsistências de registros. Uma delas refere-se ao sobre-registro, onde ocorrem registros de qualquer tipo de consulta, ou seja: consultas de urgência ou emergência, consultas de atendimento a demanda espontânea ou consulta subsequente (retorno) são informadas com o código da consulta odontológica programática. No entanto, a situação comumente referida pelos profissionais é o sub-registro da primeira consulta odontológica programática.

Os valores demonstrados na tabela 43 identificam a necessidade de se realizar treinamento das equipes de saúde bucal da rede básica com vistas a padronizar o conceito “primeira consulta odontológica programática” e aprimorar os registros.

Além disso, a tabela 1 mostra a necessidade de se definir padrões e protocolos de acesso da população de Porto Alegre aos serviços da atenção básica em saúde bucal.

Com vistas ao aprimoramento dos registros, a Área Técnica de Saúde Bucal planeja um treinamento dos profissionais da rede básica, programado para ocorrer ainda no primeiro semestre de 2011.

Com vistas a melhoria do acesso ao cuidado em saúde bucal na rede básica, a Área Técnica de Saúde Bucal propõe a implantação de protocolos de acesso baseados em evidência científica. Para tanto, encaminhará ao Comitê de Ética da SMS uma proposta de estudo, visando levantar as evidências necessárias para o desenvolvimento e validação destes protocolos.

O segundo indicador principal proposto pelo Ministério da Saúde é: **Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada**. Significa o percentual de pessoas que participam da ação coletiva de escovação dental supervisionada. Tal ação é dirigida, necessariamente, a um grupo de indivíduos, ou seja: não é a ação individual de âmbito clínico.

O cálculo deste indicador é o seguinte:

$$\frac{\text{Média anual de pessoas participantes na ação coletiva Escovação Dental Supervisionada* realizada em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

Prevendo-se que, na maioria dos locais onde esta ação é executada, a escovação dental supervisionada é realizada com dentifrício fluoretado, este indicador também estima a proporção de pessoas que teve acesso ao flúor tópico do dentifrício, contribuindo para o monitoramento do grau de acesso da população às ações coletivas de prevenção de doenças bucais. A tabela abaixo descreve os resultados do total de Porto Alegre e de cada Gerencia Distrital em relação a meta pactuada para 2010.

Tabela 44 - Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada

GDs	Cobertura da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada (%)			Meta Anual Pactuada em 2010 (%)	Discrepância percentual em relação a meta
	2008	2009	2010	Meta Estado	
-					
GDC	0,04	0,01	0,01	3	99,76
GDLN	0,46	0,43	0,37	3	87,79
GDSCS	0,38	0,41	0,39	3	86,91
GDGCC	0,76	0,58	0,64	3	78,56
GDNEB	0,28	0,20	0,13	3	95,82
GDPLP	0,88	0,57	0,65	3	78,27
GDNHNI	0,04	0,05	0,11	3	96,21
GDRES	0,51	0,73	0,60	3	79,89
POA	0,38	0,32	0,31	3	89,50

Fonte : SIA (TabWin)

A tabela 44 demonstra que os valores informados em 2008, 2009 e 2010 estão aquém da meta proposta. Isto pode ser decorrente em boa parte do sub-registro, uma vez que a interpretação do método de cálculo deste indicador costuma gerar muitas dúvidas entre os profissionais. No entanto esta clara a necessidade de ampliação das ações preventivas e de promoção da saúde bucal.

Visando diminuir inconsistências nos registros, um treinamento dos profissionais para o correto registro dos códigos de produção está programado para ocorrer, como referido anteriormente, dentro do primeiro semestre de 2011.

Os baixíssimos percentuais demonstrados na tabela 44 podem indicar que a assistência odontológica de âmbito clínico individual está se sobrepondo as ações de promoção e prevenção em saúde bucal. O Plano Municipal de Saúde 2010-2013 destacou o perfil cirúrgico -restaurador dos profissionais da rede básica de saúde bucal de Porto Alegre ao descrever a alta prevalência de cirurgiões-dentistas em relação ao número de Técnicos em Saúde Bucal (TSB).

A ampliação do acesso da população de Porto Alegre as ações coletivas de promoção e prevenção em saúde bucal, pode em grande parte ser melhorada através inclusão dos TSB na equipes de saúde bucal da rede básica de saúde, uma vez que esta categoria profissionais é formação consistente para atuar em programas de promoção e prevenção.

O primeiro indicador complementar é: **Média de procedimentos odontológicos básicos individuais.** Refere-se ao número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em Porto Alegre no ano de 2010.

Para avaliar o indicador usa-se o cálculo:

$$\frac{\text{Número de procedimentos odontológicos básicos individuais* em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}}$$

Apresenta-se a seguir as medias anuais de 2008, 2009 e 2010.

Tabela 45 - **Média de procedimentos odontológicos básicos individuais 2008 a 2010**

GDs /Ano-	2008	2009	2010
GDC	0,12	0,10	0,07
GDLN	0,12	0,14	1,17
GDSCS	0,19	0,19	0,14
GDGCC	0,30	0,28	0,28
GDNEB	0,88	0,16	0,17
GDPLP	3,47	0,27	0,22
GDNHNI	0,22	0,20	0,23
GDRES	0,24	0,24	0,33
POA	0,69	0,19	0,29

Fonte : SIA (TabWin)

A tabela acima demonstra a concentração de ações clínico-cirúrgicas, realizados por pessoa nos serviços odontológicos básicos de Porto Alegre, e nas suas respectivas Gerencias Distritais.

Se compararmos os resultados anuais deste indicador a dados epidemiológicos poderíamos estimar em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS em Porto Alegre estão respondendo às reais necessidades de assistência odontológica básica de determinada população. No entanto, mesmo sem considerar um provável sub-registro dos procedimentos no SIA/SUS, a análise dos

resultados deste indicador nos três anos apresentados na Tabela 3 fica prejudicada pois não existe disponibilização de dados epidemiológicos anuais em saúde bucal representativos para Porto Alegre e respectivas regiões de saúde.

O segundo indicador complementar : **Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais** que aponta a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais realizadas no âmbito do SUS, calcula-se da seguinte forma:

$$\frac{\text{Número de procedimentos odontológicos individuais especializados* realizados em determinado local e período}}{\text{Número total de procedimentos odontológicos individuais** realizados em determinado local e período}} \times 100$$

A tabela 46 Abaixo descreve o percentual de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais de Porto Alegre e respectivas regiões, devendo-se levar em conta que os valores deste indicados estão sujeitos às inconsistências dos registros, podendo haver sub ou sobre registro.

Tabela 4 6 -Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais (em %)

GDs	2008	2009	2010
GDC	74,06	82,95	104,90
GDLN	12,03	18,58	90,09
GDSCS	7,10	7,14	7,76
GDGCC	35,21	61,65	62,30
GDNEB	0,48	3,64	4,95
GDPLP	0,61	8,18	7,34
GDNHNI	14,54	15,34	8,71
GDRES	5,04	5,41	6,50
POA	5,92	25,90	53,76

Fonte : SIA (TabWin)

Os valores aumentados em algumas Gerencias Distritais com relação a outras traduz a concentração atual de centros especializados em saúde bucal em algumas áreas da cidade.

Ao se observar o resultado total de Porto Alegre em 2008, 2009 e 2010, verifica-se um substancial aumento das ações especializadas com relação às básicas, passando de 5,92% em 2008 para 25,90% em 2009 e 53,76% em 2010.

Esta oferta bastante ampliada nestes últimos anos se deve a adesão ao do município aos incentivos para ampliação dos serviços odontológicos especializados na rede SUS, disponibilizados a partir de 2004 com a instituição da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente.

Uma análise comparativa dos valores anuais deste indicador com dados epidemiológicos, de variações anuais, permitiria estimar em que medida os serviços odontológicos do SUS de Porto Alegre estão respondendo às necessidades da população na assistência odontológica especializada, e também, em certa medida, o grau de resolutividade da atenção básica. No entanto, não há disponibilidade destes dados epidemiológicos.

O terceiro e último indicador é **Proporção de Exodontias em Relação às Ações Odontológicas Básicas Individuais**

Este indicador é considerado um “marcador” da gestão municipal na área da saúde bucal, pois revela o modelo de prática de gestão municipal em odontologia no atendimento individual. Quando a prática odontológica exercida no município apresenta uma tendência preventivo/conservadora de intervenção, então menor será o percentual de exodontias sobre o total de procedimentos individuais realizados. Assim, a pactuação deste indicador pode demonstrar se o modelo de saúde praticado pelo município é de promoção de saúde ou apenas mutilatório. O cálculo deste indicador é o seguinte:

$$\frac{\text{Número total de exodontias de dentes permanentes* realizadas em determinado local e período}}{\text{Total de ações básicas individuais em odontologia** realizadas em determinado local e período}} \times 100$$

Tabela 4 7 Proporção de Exodontias em Relação às Ações Odontológicas Básicas Individuais -

- GERÊNCIAS	2008	2009	2010	Meta Pactuada (%)	Discrepância Percentual em relação a Meta (%)
GDC	5,07	4,58	2,68	5	46,31
GDLN	0,71	0,72	0,59	5	88,16

GDSCS	5,95	7,49	6,86	5	37,28
GDGCC	8,11	7,73	6,43	5	28,59
GDNEB	3,15	3,13	3,65	5	26,92
GDPLP	11,32	13,89	11,29	5	125,85
GDNHNI	4,20	3,46	4,96	5	0,81
GDRES	7,32	6,11	7,45	5	49,07
POA	4,06	4,18	3,91	5	21,88

Fonte : SIA (TabWin)

Os dados da tabela 47 demonstram que as extrações dentárias na rede SUS de Porto Alegre representam um percentual muito baixo do total de procedimentos odontológicos individuais. Deste resultado pode-se deduzir que a gestão tem priorizado investimentos em materiais e equipamentos odontológicos que garantem uma prática mais conservadora dos tecidos dentários, com a disponibilização de restaurações, limpezas, tratamento de canal, etc.

As diferenças para mais verificadas na tabela 5 em algumas Gerencias de Saúde, em particular na GD Partenon / Lomba do Pinheiro, indicam a concentração de serviços da rede básica que executam os procedimentos de extrações dentárias referenciados por outros serviços da rede SUS.

A tabela 47 mostra o alcance das metas deste indicador nos anos de 2008 a 2010, demonstrando que a gestão vem favorecendo uma prática odontológica na rede SUS de Porto Alegre que pode de fato ser considerada uma prática conservadora dos tecidos dentários ao invés de mutilatória.

Esta tendência de prática não -mutilatória é reforçada pelos dados da tabela 46, onde verifica-se a grande aumento de tratamento especializados disponíveis, como por exemplo os tratamentos endodônticos (de canal) e periodontais (de gengiva), os quais por certo evitaram a extração de muitos dentes.

No entanto, para a análise deste indicador deve-se levar também em conta os dados da tabela 1 (cobertura da primeira consulta odontológica programática), pois considerando-se que o acesso para tratamento odontológico à rede básica está restrito, então esta falta de acesso de novos usuários impede que seja informada a realização de extrações que seriam executadas a partir das necessidades identificadas quando novos usuários iniciassem tratamento cirúrgico -restaurador.

A boa prática odontológica que vem sendo desenvolvida na rede SUS da cidade de Porto Alegre necessita agora ser ampliada a fim de atingir um número muito maior de porto-alegrenses. Uma ampliação significativa está prevista no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, com os devidos detalhamentos nos Planos Anuais de Saúde, onde não só mais recursos humanos e materiais estarão disponíveis, mas também o processo de trabalho das equipes de saúde bucal estará se aprimorando a fim de potencializar a capacidade de inclusão dos usuários no cuidado em saúde bucal de que necessitam.

6.7.1. SAÚDE NUTRICIONAL

Tabela 48 – Total de Procedimentos da área nutrição realizados na atenção básica, 2010/2009.

Gerencial Distrital	2010	2009	Varição 2010/2009
Centro	8.052	9.504	1.452
LN	9.560	8.239	-1.321
GCC	8.689	7.526	-1.163
NEB	10.808	17.378	6.560
PLP	7.687	10.546	2.859
HNI	8.043	9.541	1.498
RES	2449	s/nutricionista	-2.449
SCS	8.044	6.768	-1.276
Total	52.524	61.976	-9.452

Fonte Relatório dos serviços

Os procedimentos da nutrição realizados na atenção primária incluem consultas e reconsultas, orientação nutricional, visita domiciliar, antropometria e atividades educativas. No ano de 2010 foram realizados nas 8(oito) Gerências Distritais 52.524 procedimentos apresentando uma diferença negativa de menos 9.452 procedimentos.

Nos gráficos abaixo verifica-se o desempenho realizados por ciclo de vida.

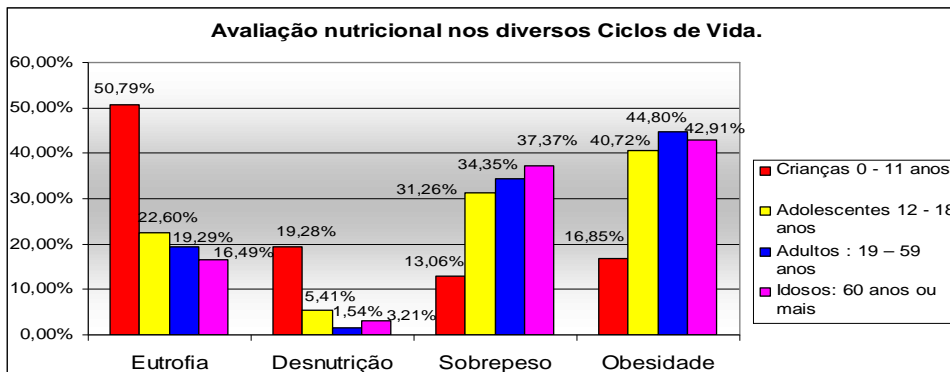


Gráfico 01 –xxx Avaliação Nutricional nos diversos ciclos de vida - 2009
Total de avaliados:

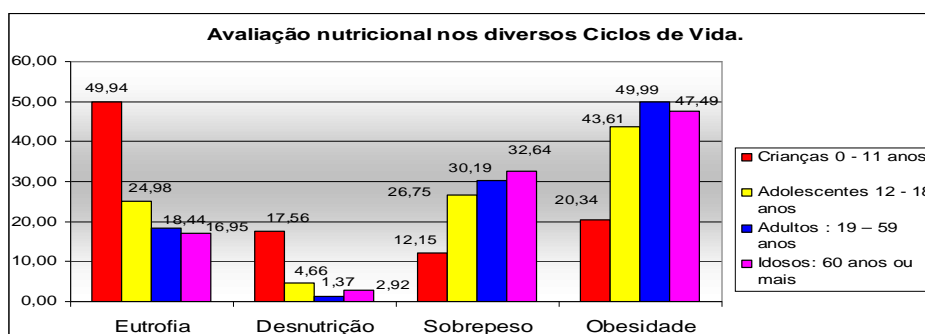


Gráfico 2 –Avaliação Nutricional nos diversos ciclos de vida – 2010
Total de avaliados:

No ano de 2009 foram avaliadas: Crianças: 5221 Adolescente: 1385 Adultos: 1247 e Idoso: 5439 e no ano de 2010 foram avaliadas : Crianças: 4.533 Adolescente: 1.417 Adulto: 11.921 Idoso: 4.795.

Conforme os gráficos de 2009/ 2010 (demanda espontânea e referendada), observa-se que há um aumento da obesidade em todos os ciclos de vida, situação que está se agravando, conforme dados do Ministério da Saúde em todo o País.

Nos diversos ciclos de vida o maior quantitativo de avaliações continua sendo do ciclo do adulto, por ser este com maior procura no atendimento nutricional. De todos os ciclos avaliados, somente o ciclo da criança gira ao redor de 50% eutróficos, nos demais ciclos o sobrepeso e obesidade são responsáveis por mais de 60% do total de usuários encaminhados por outros profissionais ou mesmo que procuraram o serviço.

Área Técnica de Saúde Nutricional, em razão dos altos índices percentuais de sobrepeso e obesidade, está enfatizando cada vez mais ações de promoção, como atividades educativas, grupos, capacitações com servidores e participando em

eventos de saúde junto e para os usuários. Capacitações para a Rede sobre Diabetes Méllitus, Anemia Ferropriva, planejamento e realização de oficinas da Rede Amamenta, são ações realizadas para combater o aumento do sobrepeso e obesidade e para a promoção da saúde .

PROGRAMA MUNICIPAL DE COMBATE A ANEMIA FERROPRIVA

Tabela 49 -Grupo alvo do Programa Municipal de Anemia, período 2010

<i>Grupo Alvo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Total</i>		<i>Varição</i>	
		2010	2009	%	
Crianças	Nº de Inscritos	3.234	2.204	+46.73%	
Gestantes e Puérperas	Nº de Inscritos	1.907	1.810	+5.36%	

Fonte Relatório dos serviços

O número de inscritos são do público alvo (2010) participando do Programa. Já passaram pelo Programa o total de 3.780 crianças, que se desligaram para tratamento de anemia ou completaram o período do Programa e o total de 4.141 gestantes e puerpéras.

Ações Desenvolvidas Programa Anemia Ferropriva

- Capacitação do Programa Municipal de Combate à Anemia Ferropriva para representantes da gerência Noroeste/ Humaitá Ilhas/ Navegantes, UBS Panorama e Pequena Casa da Criança;
- Palestra sobre Programa Municipal de Combate à Anemia Ferropriva na Escola de Saúde Pública para residentes da UFRGS;
- -Comemoração do Dia Mundial da Saúde e Semana Municipal de Combate à Anemia Ferropriva no Parque Farroupilha;
- -Atividades nas UBS e PFS inscritos no PMCAF na Semana de Combate à Anemia Ferropriva (grupos, palestras, mutirão, sala de espera);

Ações Desenvolvidas em 2010 - Aleitamento Materno (AM)

- Curso de Manejo Clínico em Aleitamento – 20h no Hospital Fêmeina, para profissionais da Rede Básica.
- -Representação da Área Técnica nas reuniões quinzenais da Rede Gaúcha de Bancos de Leite;
 - Visitas trimestrais das tutoras às equipes que integram a Rede Amamenta Brasil;
 - Participação de 3 nutricionistas da Rede Básica no Encontro Nacional de Aleitamento Materno (ENAM), junho/ 2010;
 - Participação no 22º Curso de Aleitamento Materno, no Hospital Presidente Vargas;
 - Participação da Área Técnica no I Encontro de Banco de Leite promovido pela Rede Gaúcha dos Bancos de Leite com presença do Ministério da Saúde;
 - Apresentação e aprovação do projeto de implantação de Postos de Coleta de Leite Humano na UBS Passo das Pedras para o Sr. Secretário da Saúde SMS;
 - Comemoração do Dia Municipal de Aleitamento Materno (1º de Agosto) na UBS Panorama, com entrega de placa alusiva a melhor taxa de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) na II Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno, dos serviços que participaram da pesquisa;
 - Cartilhas impressas e distribuídas com o resultado da Pesquisa de Aleitamento Materno em Porto Alegre;
 - Capacitação para formação de 15 Tutoras da Rede Amamenta e realização de 12 Oficinas de trabalho na Rede Básica;
 - Monitoramento da Rede Amamenta na Rede Básica de Serviços;
 - Participação de 02 Nutricionistas, Assepla/HPV no Congresso Brasileiro de Banco de Leite Humano, em Brasília, setembro/2010.

Outras ações realizadas no ano

- Início de 05 profissionais nutricionistas advindas do último concurso público para área;
- Participação em reuniões mensais com a 1ª CRS;
- -Elaboração de modelo de prontuário eletrônico, a ser implantado na Rede Básica, com dados para Área Técnica de Saúde Nutricional;

- Participação nas reuniões da COSANS (Coordenadoria de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável);
- Reuniões mensais das nutricionistas dos Nascas juntamente com as áreas técnicas de Saúde Nutricional e também Saúde da Criança e do Adolescente da Assepla/SMS;
- Participação de 03 nutricionistas da Rede Básica no Congresso Brasileiro de Nutrição (CONBRAN), maio/2010;
- Participação na Amostra de Nutrição Social no Centro de Saúde Vila dos Comerciários;
- Participação da Área Técnica na Capacitação sobre SISVAN WEB promovida pela 1ª CRS;
- Participação no Seminário de Planejamento de Ações estratégicas com o grupo de servidores da Assepla;
- Reuniões para organização da capacitação ENPACS (Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável);
- Impressão e reformulação de folders para ser distribuído na Rede sobre Diabetes, Hipertensão, Dislipidemia , Obesidade e Aleitamento.
- Divulgação das atividades físicas e horários desenvolvidos nas praças e parques da cidade para as nutricionistas da Rede;
- Divulgação da Área de Nutrição, na Cartilha da criança para PSF's da Rede Básica no auditório do Hospital de Cardiologia;
- Reunião com o Estado sobre o FAN(fundo de ações de alimentação e nutrição), repassado do Ministério da Saúde aos Estados e Municípios;
- Participação da Coordenação da Área Técnica de Saúde Nutricional no I Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, em Salvador, Agosto 2010;
- Capacitação em Diabetes Mellitus para Rede Básica (auditório do Banco Central);
- Apresentação de pôsteres da Área Técnica de Saúde Nutricional (Aleitamento e Banco de Leite) no Saguão da Câmara Municipal de Porto Alegre

7.0 Vigilância, prevenção e controle de Doenças Transmissíveis e outros agravos

7.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.

Segundo dados da Vigilância em Saúde, o total acumulado de casos de Aids notificados em residentes do município, de 1983 a 2010, foi de 21.005, sendo, 4,11% dos casos em menores de 13 anos e 95,88% em maiores de 13 anos. As maiores incidências foram registradas entre os anos de 1998 a 2003 e desde então, os índices têm se mantido numa média de 1.175 casos novos a cada ano. Em 2010 a taxa de incidência de casos de Aids foi de 102,16 por 100.000 habitantes e o coeficiente de prevalência apresenta-se com 947,97 casos por 100.000 habitantes

A letalidade geral registrada desde 1983 até 31/12/2010 é de 38,72% do total dos casos notificados, sendo que o ano de 2010 apresentou uma letalidade de 14,17%. Ao longo da epidemia vem se registrando uma diminuição da letalidade da doença, certamente devido à evolução da terapia antirretroviral.

A razão de sexo registrada no ano é de 1,5 casos em homens para cada mulher notificada.

Os dados referentes ao ano de 2010 foram levantados do SINAN em abril de 2011 estando sujeitos a revisão a medida que ainda podem entrar novos números referentes ao período de 2010.

Tabela 50 - Indicadores pactuados - SISPACTO

Indicador	2009		2010		Variação no período
	Meta	Resultados	Meta	Resultados	
		Nº		Nº	
Nº de casos de Sífilis congênita	90	165	100	204	+39
Taxa de Incidência de Aids em menores de 5 anos de idade	10	14,51	10	13,39	-1,21

Fonte:SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Ações desenvolvidas em 2010:

Distribuição de 3.053.256 preservativos masculinos, 150.900 sachês de gel lubrificante e 5.046 preservativos femininos;

Aquisição de sachês de 500.000 sachês de gel lubrificante;

Confecção de 50.000 agendas de saúde do escolar;

Realização de três campanhas de prevenção: Carnaval, Parada Livre e 1º de Dezembro;

Abertura do serviço de testagem rápida para HIV no Centro de Saúde Santa Marta;

Participação no Comitê de Sífilis Congênita coordenado pela SES;

Capacitação dos pré-natalistas com os hospitais de referência obstétrica para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita em parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher;

Participação no grupo especial (co-morbidades) da Força-tarefa TB –para construir projeto de ação de enfrentamento aos altos índices de TB no Município;

Aquisição de insumos para o Laboratório Central – CSVC para auxiliar no diagnóstico do HIV e TB;

Aquisição e distribuição dos cartões assistenciais para viabilizar o acesso ao tratamento de pacientes co-infectados HIV/TB e gestantes HIV +;

Participação de 52 servidores e redutores de danos em congressos e encontros de atualização profissional ligados a temática DST/Aids/Hepatites Virais, viabilizando educação continuada;

Participação de 31 representantes de ONGs em congressos e encontros ligados a temática DST/Aids/Hepatites Virais;

Apoio a 03 eventos organizados por ONGs que atuam na temática DST/Aids.

Tabela 51- Demonstrativos de procedimentos realizados pelos serviços de atendimento especializado em DST/AIDS, período 2009/ 2010.

Serviços	Indicador	Período		Variação 2010/2009	
		2010	2009		
SAE	Consultas médicas	Disponibilizadas	24.958	24.261	2,8%
		Agendadas	22.861	19.518	14,6%
		Realizadas	19.064	16.027	16%
	Consultas enfermagem realizadas	9.067	6.486	28,5%	
	Atendimentos do Serviço Social realizados	5.135	3.882	24,4%	
	Distribuição de preservativos	67.619	54.514	19,4%	
	Distribuição de gel lubrificante	8.991	2.700	70%	
ADOT	Atendimentos domiciliares	15	85	-460%	

Fonte : Relatórios de serviço

Em 2010 houve um incremento em torno de 15% no número de consultas agendadas e no número de consultas realizadas em comparação com o mesmo período do ano anterior. O absenteísmo no período foi de 16,6% e em 2009 apresentou-se um absenteísmo de 17,8%.

O aumento observado nas consultas de Enfermagem deve-se a uma qualificação na forma de registro deste atendimento a partir do II trimestre de 2010 e especificamente no SAE IAPI que passou-se a oferecer consulta de enfermagem ao paciente que realiza sua primeira consulta no serviço. Esta proposta visa qualificar o acolhimento ao paciente, auxiliando na vinculação deste ao serviço e sua conseqüente adesão ao tratamento.

Os atendimentos do Serviço Social registraram um aumento, em comparação com o mesmo período do ano anterior, devido ao ingresso de profissionais nos dois serviços especializados.

A diferença registrada na distribuição de preservativo masculino e gel lubrificante deve-se a uma modificação na forma de distribuição destes insumos nos serviços especializados, passou-se a oferecer os insumos na sala de triagem, farmácia e consultórios de enfermagem, oportunizando-se, dessa forma, maior acesso aos insumos de prevenção. O aumento na distribuição de gel lubrificante deve-se a um aumento na oferta deste insumo em razão de aquisição efetivada no último trimestre de 2009

A redução nos atendimentos da ADOT deve-se à transferência da carga horária do médico deste programa para outro setor de SMS. Soma-se a isso a diminuição da demanda para assistência domiciliar. Em função da adesão ao tratamento com ARV, os pacientes não têm solicitado atendimento domiciliar.

Tabela-52 Demonstrativos de procedimentos realizados pelo COAS no período.

Serviços	Indicador	Período		Variação 2010/2009
		2010	2009	
COAS	Consultas disponibilizadas para Aconselhamento	3.475	3.876	-11,5%
	Aconselhamento pré-teste	1.752	2.041	-16,4%
	Aconselhamento pós-teste	1.423	1.631	-14,6
	Consultas disponibilizadas para Psicoterapia	362	360	0
	Psicoterapias realizadas	305	202	33,7%
	Atividades educativas	22	21	4,5%
	Outros	Grupo de auto cuidado	50	Não era realizado

Fonte - Relatórios de serviço

A diminuição das consultas disponibilizadas para aconselhamento se deve a um afastamento por licença-prêmio e pela redução de parte da carga horária de uma das profissionais para assumir as funções de coordenação do serviço no ano de 2010.

Observa-se uma redução no número de Aconselhamento pré e pós-teste. O COAS trabalha com demanda espontânea para realização de exames e entrega de resultados de anti-HIV, sífilis e HTLV, não sendo necessário agendamento prévio. O usuário é atendido quando acessa o serviço por sua livre vontade ou por encaminhamento de outros serviços. Sendo assim, não temos como controlar ou avaliar a variação da demanda, o que se reflete na instabilidade da produção.

A variação dos aconselhamentos pós-teste deriva do número de pré-testes realizados. No ano em questão 18,7% dos usuários que realizaram o aconselhamento pré-teste não retornaram para o pós-teste.

Em 2010 o CTA/COAS deixou de realizar o pré-teste mediante realização de palestra que era ofertada em dois horários diários, passando a ofertar atendimentos pré-teste individuais, como medida de facilitar o acesso dos usuários à testagem.

Houve um aumento no número de consultas psicoterápicas realizadas pelo serviço na comparação com o ano anterior.

O grupo de autocuidado não estava sendo realizado em 2009 devido a baixa demanda por esta modalidade de atendimento. Em 2010 foram elaboradas estratégias para que os pacientes valorizassem e participassem deste espaço coletivo e foram realizados 50 encontros grupais.

7.2-TUBERCULOSE

O Ministério da Saúde estabeleceu uma rotina de avaliação do Programa de Controle da Tuberculose, que é utilizada em todas as cidades brasileiras. Segue a mesma metodologia da OMS, possibilitando a comparação de dados entre os diferentes locais.

A alimentação do banco de dados é lenta, seguindo o ritmo da doença, uma doença crônica. Assim, a investigação de casos que foram identificados através de relatórios de resultados de exames laboratoriais, por exemplo, repassados para a EVDT/CGVS promove uma ação de investigação dos casos até a confirmação diagnóstica e conseqüente inscrição daquele paciente no banco de dados do

SINAN. Isto pode acontecer com alguns meses de atraso, até 06 meses, dependendo da rotina implantada. Desta forma, mesmo os dados de incidência da doença podem ter um atraso no registro no banco de dados.

A avaliação de resultado de tratamento é ainda mais tardia. Pacientes que ingressaram no Programa terão o resultado avaliado, através de um estudo de coorte, **09 meses** depois. Assim pacientes que ingressaram no final do 1º trimestre do ano, em março, serão avaliados somente após o final do 3º trimestre do ano. Pacientes que ingressaram dezembro de um ano, serão avaliados somente em setembro do ano seguinte.

Assim apresentamos os dados de avaliação do Programa de Controle da Tuberculose no mesmo formato do MS, pois desta forma poderemos comparar nossos dados com o restante do país e do mundo.

INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE: - *Todos os Casos Novos e dos Casos Novos Bacilíferos, 4º trimestre 2010* (segue o ano calendário)

Tabela 53 Casos Novos de Tuberculose Todas as Formas clínicas, residentes em PoA

Distrito de Residência	4º Trim.	4º Trim.		Total do ano 2010*
	2009	Nº	Var %	
GD CENTRO	56	56	0 %	226
GD LESTE / NORDESTE	63	59	- 6 %	217
GD NORTE / EIXO BALTAZAR	45	63	40 %	177
GD NOROESTE / HUMAITA / NAVEGANTES / ILHAS	33	34	3 %	127
GD GLORIA / CRUZEIRO / CRISTAL	27	41	52 %	137
GD RESTINGA / EXTREMO SUL	23	38	65 %	101
GD SUL / CENTRO SUL	52	58	12 %	171
GD PARTENON / LOMBA DO PINHEIRO	124	112	- 10 %	380
TOTAL	423	461	9 %	1536

Fonte: SINAN / EVDT / CGVS

*ano de 2010 parcial

Casos Novos Bacilíferos, residentes em Porto Alegre

Distrito de Residência	4º Trim.	4º Trim.		Total do ano 2010*
	2009	Nº	Var %	
GD CENTRO	28	24	- 14 %	101
GD LESTE / NORDESTE	31	34	10 %	104
GD NORTE / EIXO BALTAZAR	20	47	135 %	110
GD NOROESTE / HUMAITA / NAVEGANTES / ILHAS	14	13	- 7 %	62
GD GLORIA / CRUZEIRO / CRISTAL	17	26	53 %	79
GD RESTINGA / EXTREMO SUL	14	18	29 %	51
GD SUL / CENTRO SUL	34	30	- 12 %	90

GD PARTENON / LOMBA DO PINHEIRO	54	75	39 %	223
TOTAL	212	267	26 %	820

*ano de 2010 parcial

Fonte SINAN/CGVS * ano de 2010 parcial

A análise dos dados de incidência revelam um aumento no registro do N° de Casos Novos de TB da ordem de 9% e de 26% de Casos Novos Bacilíferos quando comparados os 4º Trim/2009 e 4º Trim/10.

A tendência de aumento no registro do nº de casos esperado, de um ano para o outro, até a estabilização da situação epidemiológica é da ordem de 10%.

O aumento na detecção de casos bacilíferos, que são os casos que mantém a cadeia de transmissão da doença, em 26% contra 9% do nº total de casos novos, revela uma qualificação no diagnóstico, com tratamento realizado em um maior percentual de casos confirmados por baciloscopia de escarro.

Observa-se, no entanto, uma diferença significativa entre as Gerência Distritais, com preocupação especial em relação à GD Norte/ Eixo Baltazar que ampliou o percentual de diagnóstico na ordem de 135% de casos bacilíferos. Especial atenção será dada a esta região da cidade no planejamento das ações para 2011.

Coefficiente de Incidência de tuberculose: - Todos os Casos Novos e Casos Novos Pulmonares Bacilíferos, série histórica 2002 a 2010

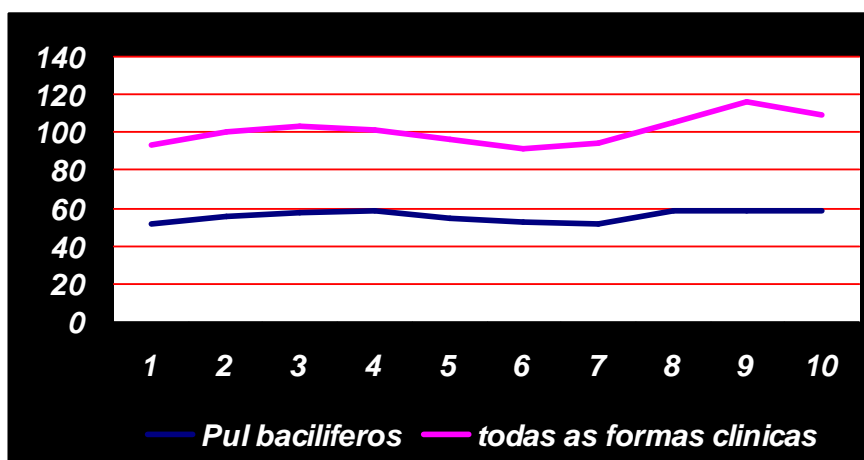
Ano	Casos Novos (CN)	Pop	Coef incidência / 100.000 hab
2002	1.382	1.383.454	99,9
2003	1.436	1.394.087	103,0
2004	1.427	1.404.670	101,6
2005	1.381	1.428.694	96,7
2006	1.318	1.440.940	91,5
2007	1.373	1.453.075	94,5
2008	1.495	1.430.220	104,5
2009	1.664	1.436.124	115,9
2010*	1.536	1.409.939	108,9

Fonte: SINAN / EVDT / CGV *ano de 2010 parcial

Tabela 55 COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE CASOS NOVOS PULMONARES BACILÍFEROS DE TUBERCULOSE

Ano	CN Pulmonares Bacilíferos	Pop	Coef incidência / 100.000 hab
2002	765	1.383.454	55,3
2003	803	1.394.087	57,6
2004	828	1.404.670	58,9
2005	777	1.428.694	54,4
2006	761	1.440.940	52,8
2007	751	1.453.075	51,7
2008	828	1.430.220	57,9
2009	840	1.436.124	58,5
2010*	820	1.409.939	58,2

Fonte: SINAN / EVDT / CGVS *ano de 2010 parcial



• **Gráfico 3 do Coeficiente de Incidência de Tuberculose:** - Todos os Casos Novos e Casos Novos Pulmonares Bacilíferos, série histórica 2002 a 2010

Fonte: SINAN / EVDT / CGVS *ano de 2010 parcial

A comparação dos dados da série histórica de 2002 a 2009 revela um aumento no registro de casos no ano de 2009, com um coeficiente de incidência de 115,9 casos / 100.000 habitantes, identificado como o maior coeficiente de incidência entre as capitais brasileiras. Há forte convicção que o trabalho de busca de casos no Presídio Central realizado neste ano pela SES / Programa Estadual e Controle da Tuberculose, em parceria com o Fundo Global e SUSEPE, com a identificação de 308 casos novos neste ano foi o responsável pelo coeficiente de incidência extremamente elevado, muito superior à média histórica registrada. Já no ano de 2010, o coeficiente de incidência encontrado foi de 108,9 casos/ 100.000 hab, em mais próximo da média histórica. Com a manutenção do trabalho de busca de casos no Presídio Central e até a estabilização da situação da tuberculose

naquela instituição, acreditamos que o coeficiente de incidência da TB deva permanecer um pouco acima da média histórica, tendo em vista a alta prevalência da doença no sistema penitenciário, identificado em todo o Brasil.

Chama atenção o fato de que o coeficiente de incidência dos casos pulmonares bacilíferos, apesar do aumento do nº de casos novos de todas as formas, manteve-se na média histórica, que é semelhante à média nacional.

Tabela 56 RESULTADO DE TRATAMENTO: de Casos Novos Pulmonares Bacilíferos, referentes ao ano de 2009

RESULTADO DE TRATAMENTO DOS CASOS NOVOS PULMONARES BACILIFEROS DE TUBERCULOSE, NO ANO DE 2009, RESIDENTES EM POA

Distrito de Residência	Cura	%	Abandono	%	Total pacientes
GD CENTRO	49	50,0	32	32,6	98
GD LESTE / NORDESTE	77	64,7	29	24,4	119
GD NORTE / EIXO BALTAZAR	52	66,7	13	16,7	78
GD NOROESTE / HUMAITA / NAVEGANTES / ILHAS	38	69,1	10	18,2	55
GD GLORIA / CRUZEIRO / CRISTAL	52	71,2	15	20,6	73
GD RESTINGA / EXTREMO SUL	33	58,9	18	32,1	56
GD SUL / CENTRO SUL	79	73,8	16	14,9	107
GD PARTENON / LOMBA DO PINHEIRO	162	64,3	31	12,3	252
TOTAL	542	64,7	164	19,6	838

Fonte: SINAN / EVDT / CGVS

Tabela 57 - **RESULTADO DE TRATAMENTO DOS CASOS NOVOS PULMONARES BACILIFEROS DE TUBERCULOSE RESIDENTES EM POA, SÉRIE HISTÓRICA 2002 A 2009**

Ano	Cura	%cura	Abandono	%aba	Total
2002	525	68,6	120	15,7	765
2003	549	68,4	140	17,4	803
2004	599	72,4	106	12,8	827
2005	545	70,1	122	15,7	777
2006	560	73,4	99	13,0	763
2007	498	66,4	141	18,8	750
2008	537	64,9	176	21,3	827
2009	542	64,7	164	19,6	838

Fonte: SINAN / EVDT / CGVS

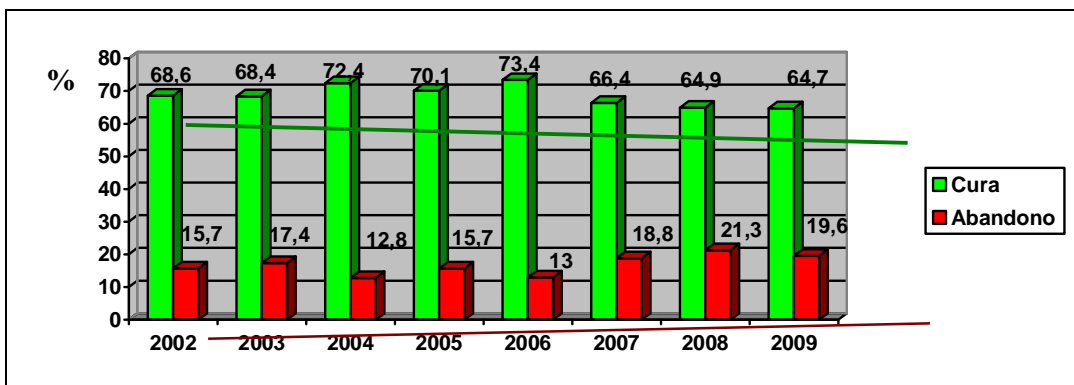


Gráfico 4 Resultado de tratamento dos casos novos pulmonares bacilíferos de tuberculose residentes em poa, série histórica 2002 a 2009 Fonte: SINAN / EVDT / CGVS

A análise da série histórica dos indicadores de cura do Programa Municipal de Controle da Tuberculose revela que havia uma certa tendência de elevação até o ano de 2006, com queda para 64,7% no ano de 2009. Em contrapartida, a taxa de abandono, que atingiu seu mínimo no ano de 2006 com 13%, sofre elevação para 19,6% no ano de 2009.

As metas do Ministério da Saúde são de 85% de cura e menos de 5% de abandono. Porto Alegre encontra-se muito aquém destas metas e está organizando a sua rede para enfrentamento desta situação através da descentralização do diagnóstico e tratamento de casos novos, pulmonares bacilíferos, na Atenção Primária. As atuais Unidades de Referência, que contam com especialistas com experiência no tratamento de casos de tuberculose, serão capacitadas pelo Ministério da Saúde e pela SES para atuarem como referências secundárias e terciárias do Programa de Controle da Tuberculose, em maio/11, completando o processo de adequação da rede municipal de saúde de Porto Alegre às novas Diretrizes para Tratamento de Tuberculose do Ministério da Saúde/2009.

Acreditamos que após esta reestruturação da rede ambulatorial a SMS/PMPA terá maiores condições para enfrentamento da doença no nosso município e melhoria nos indicadores de resultado de tratamento de seus doentes.

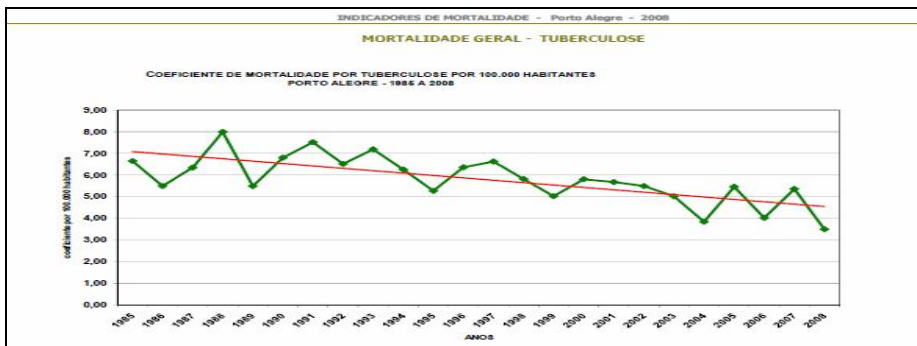


Gráfico 5 RESULTADO DE TRATAMENTO: Mortalidade por Tuberculose, todos os casos, série histórica 1996 a 2008 Fonte: site da PMPA / SMS / CGVS / SIM

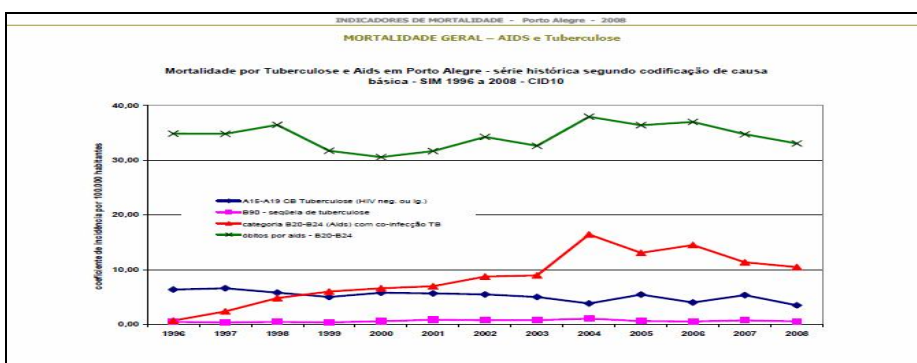


Gráfico 06- Mortalidade por co-infecção Tuberculose x Aids, série histórica 1996 a 2008

Fonte: Site da PMPA / SMS / CGVS / SIM

Os dados disponíveis sobre mortalidade são referentes ao ano de 2008. A análise da série histórica do coeficiente de mortalidade por tuberculose revela uma forte tendência de queda quando avaliados o total dos casos.

No entanto, quando são analisados os dados do coeficiente de mortalidade por tuberculose entre pacientes HIV negativos e pacientes positivos, a diferença é muito grande. Os pacientes não portadores do HIV apresentam queda no coeficiente de incidência enquanto os pacientes portados da co-infecção TBxHIV vêm apresentando um progressivo aumento no coeficiente de mortalidade, especialmente a partir do ano de 2003.

Grandes esforços devem ser realizados entre os Programas de Controle da Tuberculose e de DST/Aids para o enfrentamento desta situação. O primeiro deles será a descentralização da realização do teste de Mantoux e do tratamento da IL-TB (Infecção Latente por Tuberculose), antes denominada quimioprofilaxia, para os SAEs. Esta é uma ação que já está em andamento, realizada em parceria com a SES e MS.

No ano de 2010, a Equipe da Vigilância da Tuberculose processou 3.869 fichas até a data de 30/12/2010, ainda havendo pesquisas externas de casos de tuberculose em andamento, que irão ser processadas no sistema de informação posteriormente, que poderão alterar o número de casos apresentados, assim como a avaliação de resultados de tratamento.

- Notificações de Ambulatório_____1.877 fichas (49%)
- Notificações Hospitalares_____1.992 fichas (51%)

O quarto trimestre foi marcado pelo trabalho do grupo da Força Tarefa para Enfrentamento da Tuberculose, com a conclusão do Plano de Trabalho para apresentação ao CMS. Destacam-se as seguintes ações:

Participação da Capacitação em Tratamento Diretamente Observado (TDO) em tuberculose, para enfermeiros da rede, realizada pelo MS em Porto Alegre em 05 e 06/10/10;

Participação da Capacitação Atualização em Tuberculose, para médicos e enfermeiros da rede, realizada pelo MS em Porto Alegre em 07 e 08/10/10;

Participação de reuniões mensais do Comitê Metropolitano de Tuberculose;

Apresentação sobre a situação da tuberculose ao Comitê Gestor de Urgências e Emergências da Região Metropolitana e proposta da criação de um plano de trabalho para capacitação e atualização sobre tuberculose e criação de fluxos claros entre as Emergências / Pronto Atendimentos e a rede ambulatorial para encaminhamento e vigilâncias dos doentes identificados;

Participação em ato público de abertura de Exposição sobre Tuberculose do Fundo Global na Estação Mercado Público do Trensurb, promovido pelo Comitê Metropolitano de Tuberculose, em 03/11/10;

Participação do Encontro de Avaliação e Monitoramento do Comitê Metropolitano de Tuberculose em 11/11/10;

Participação do Grupo de Trabalho composto para criação do Plano Municipal de Saúde Prisional, coordenado pela ASSEPLA

PNEUMOLOGIA / OUTRAS AÇÕES

Participação do Grupo de Trabalho para atualização da REMUME, em reuniões mensais, coordenadas pela Assistência Farmacêutica, para revisão das medicações inalatórias disponibilizadas para tratamento da asma e de antibióticos;

Iniciada discussão com grupo de especialistas, pneumologistas pediátricos, do HSL PUC para reorganização do Programa de Asma da região LENO;

Iniciados encontros com as áreas técnicas da ASSEPLA para discussão e planejamento conjunto de ações referentes ao atendimento em tuberculose, asma, tabagismo.

8.0 ATENÇÃO Á VIGILÂNCIA EM SAÚDE

14.1- Ações Desenvolvidas

Tabela 58 - Demonstrativo das ações desenvolvidas pela Equipe de Zoonoses.

Ações desenvolvidas	Período		Varição
	2010	2009	2010/2009
	n	n	%
Apreensão de animais (cães e gatos)	38	634	(94,00)
Remoção ¹		-----	
Vacina polivalente e anti-rábica em cães e gatos	217	3.102	(93,00)
Esterilização: Cães e gatos. Machos e fêmeas	446	453	(1,54)
Controle roedores (investigação de mordeduras)	13	21	(38,09)
Desratizações	3258	4270	(23,70)
Controle vetores (dengue, leishmaniose, chagas e febre maculosa) – vistorias/inspeções em domicílios (PAVS 87)	187.762	230.096	(18,40)
Nº de amostras caninas e felinas enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva (5.2.2) (não pactuado - LE 13193-09) (PAVS 81)	31	285	(89,12)
Nº de amostras de quirópteros enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva (PAVS 84)	27	70	(61,42)
Nº de bloqueios com vacinação anti-rábica canina e felina (VARC) em caso de raiva animal ²	126	20	530
Nº de estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose	36	19	89,47

¹ Remoção: Competência DMLU (animais mortos) e EPTC (animais de grande porte).

² Houve um diagnóstico de quirópteros positivos para raiva e outros mamíferos (cães e gatos) no ano de 2010, sendo realizado bloqueio vacinal em cães e gatos no foco.

Microchips em Cães – foram microchipados 432 cães no ano de 2010.

Ações comunitárias de controle parasitário e educação em saúde – foram realizadas 123 ações comunitárias com educação em saúde sobre a posse de

animais, zoonoses e agravos de mordeduras com a aplicação de endo-ectoparasiticida em cães e gatos, totalizando 4124 animais medicados contra parasitas com potencial zoonóticos.

Vistorias Técnicas Zoossanitárias – foram realizadas 85 vistorias técnicas no ano de 2010

Inquéritos de Mordedura – no ano de 2010 foram realizados 367 inquéritos de mordedura, avaliando as condições zoossanitárias, etológicas e de riscos à saúde.

Ações Fiscais Zoossanitárias – foram realizadas 2369 ações fiscais zoossanitárias, fiscalizando situações de criações irregulares de animais domésticos, posse de animais agressores, condições de segurança de residências que possuem animais de potencial agressivo e que colocam risco a população, entre outras situações inerentes.

Tabela 59 - Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe de Vigilância em Serviços e Produtos de Interesse à Saúde.

Ações desenvolvidas	Período		Varição
	2010	2009	2010/2009
	n	n	%
Inspeções Realizadas	1653	2154	(23,26)
Reclamações/ Denúncias Recebidas (CIB 250)	293	749	(60,88)
Reclamações/ Denúncias atendidas(CIB 250)	58	72	(19,44)
Licenciamento (alvarás liberados)	1375	1417	(2,96)
Avaliação de projetos arquitetônicos ¹	183	35	4,23
Nº Instituições de longa permanência para idosos inspecionadas (13.3.3) (PAVS SANITÁRIA)	34	101	(66,34)
Nº de serviços de medicina nuclear e radioterapia inspecionados (PAVS SANITÁRIA)	7	5	40
Nº de serviços de quimioterapia inspecionados (PAVS SANITÁRIA)	23	19	21,05
Nº de laboratórios de anatomia patológica e citológica inspecionados (PAVS SANITÁRIA)	5	5	0
Nº de serviços de hemoterapia inspecionados (PAVS SANITÁRIA)	12	20	(40,00)
Nº de serviços de diálise e nefrologia inspecionados (PAVS SANITÁRIA)	11	3	266,66
Atividades Educativas (orientações técnicas)	4	24	(83,33)

¹ Consideram-se projetos aprovados e rejeitados (pareceres parcial e final).

Infecções Hospitalares – a equipe de serviços investiga a intervem sanitariamente em ocorrência de Surtos relacionados às Infecções Hospitalares. Realiza o

monitoramento dos casos de Infecção por bactérias Multiresistentes e das Infecções Primárias de Corrente Sangüínea

Tabela 60 - Demonstrativo das ações desenvolvidas pela Equipe de Vigilância de Águas.

Ações desenvolvidas	Período		Varição
	2010	2009	2010/2009
	n	n	%
Denúncias (<i>reclamações recebidas</i>)	919	1274	(27,86)
Notificações (+ orientações técnicas)	633	1061	(40,34)
Auto de Infração	31	58	(46,55)
Ativ. Educativas	53	140	(62,14)
Nº de análises de cloro residual livre, turbidez e bacteriológicas para fins de vigilância e monitoramento da qualidade da água realizadas(SISPACTO-PACTO DE GESTÃO 33)	1878	1908	(1,57)
Nº de análises de teores de fluoreto na água para consumo humano	636	636	0
Nº de inspeções sanitárias em sistemas de abastecimento de água	7	7	0
Envio de relatório semestral com informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIAGUA, conforme modelo padronizado pela CGVAM e adaptado pela DVAS/CEVS/SES/RS (PAVS 64)	2	2	0
Nº de SAA cadastrados no SISAGUA	7	7	0
Nº de relatórios mensais de controle da qualidade da água dos SAA cadastrados, recebidos e digitados no SISAGUA conforme Portaria nº 518/2004 (PAVS 65)	84	84	0

Tabela 61 - Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe de Vigilância em Eventos Vitais.

Ações desenvolvidas	Período		Variação
	2010	2009	2010/2009
	n	n	%
Fornecimento DNV	27.960	34.280	(18,44)
Fornecimento DO	16.939	10.918	1,15
Nº de declarações de óbito digitadas	11044	10918	1,15
Nº de óbitos de crianças de 1 a 4 anos (PAVS 8)	24	35	(31,43)
Nº de óbitos de crianças de 1 a 4 anos investigados	24	35	(31,43)
Nº de óbitos de crianças e adolescentes de 5 a 15 anos	59	62	(4,8)
Nº de óbitos de crianças e adolescentes de 5 a 15 anos investigados	59	62	(4,8)

DO e DN fornecidas – A CGVS distribui as DO e DN conforme solicitação de hospitais e médicos. Essa distribuição é controlada, mas ocorre de forma variada e aleatória durante o ano. Os números apresentados não se prestam para avaliação ou comparação, são apenas informativos.

Tabela 62 - Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis

Ações desenvolvidas	Período		Variação
	2010	2009	2010/2009
	n	n	%
Nº de crianças e adolescentes de 1 a 19 anos vacinados contra a hepatite B	3.066	8.293	(63,02)
Nº de adultos de 20 a 39 anos vacinados contra a rubéola	2.739	1232	122,32
Nº de crianças menores de 1 ano vacinadas com Tetravalente - 3ª dose (SISPACTO–PACTO DE GESTÃO 32)	14.900	15.716	(5,2)
Nº de crianças menores de 1 ano vacinadas com anti-Hep. B – 3ª dose	15.850	15.459	2,5
Nº de crianças de 12 a 23 meses vacinadas com tríplice viral	16.061	16.063	(0,012)
Nº de crianças menores de 5 anos vacinadas com SABIN/Campanha	151.522	78.914	92
Nº de Idosos vacinados contra influenza/Campanha (PAVS 6)	147.121	14121	0
Nº de vacinados dentro faixas etária preconizadas contra H1N1/ Campanha	936.291 Dados de Campanha	0	

Nº de eventos adversos graves pós-vacinação notificados	354	540	(34,44)
Nº de eventos adversos graves pós-vacinação investigados	354	540	(34,44)
Nº de casos de doenças exantemáticas investigados em até 48 horas após a notificação (PAVS 95)	106	59	79,66
Nº de casos de Sarampo e Rubéola investigados laboratorialmente (PAVS 96)	108	58	86,20
Nº de casos de meningites bacterianas confirmados por laboratórios (com cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex) (PAVS 100)	40	52	(23,07)

Campanha de Vacinação Influenza H1N1 - A meta preconizada de vacinação para a influenza H1N1 em Porto Alegre e de 854.137 pessoas vacinadas dentro dos grupos etários definidos como estratégicos. No período da campanha publicitado foram vacinados 936.291 pessoas dos grupos estratégicos, sendo 8,77% acima da meta prevista. Cabe informar que foi a primeira campanha vacinal realizada para esta doença, devido à pandemia ocorrida em 2009.

Campanha de Vacinação Influenza - A meta preconizada de vacinação para a influenza é de 70% de cobertura vacinal na população com 60 anos e mais, estimada em 172.897. Porto Alegre vacinou 147.121 idosos atingindo uma meta de 85,09 % de cobertura vacinal. Em 2009 a campanha estimava uma população de 204.900 idosos, sendo destes vacinados 147.121, atingindo 71,80 % da população estimada. Houve um aumento percentual da cobertura vacinal no ano de 2010.

Campanha de Vacinação SABIN – A meta preconizada de vacinação na campanha para crianças menores de 5 anos eram de 89.063 crianças vacinadas, segundo estimativas populacionais. Na Campanha foram vacinadas 77.230 crianças atingindo 86,71 % da população estimada.

Tabela 63 - Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe de Vigilância em Alimentos

Ações desenvolvidas	Período		Variação	
	2010	2009	2010/2009	
	n	n	%	
Nº de Restaurantes e Similares inspecionados– serviços de alimentação (PAVS 43) e (PAVS SANITÁRIA)	2.847	5.108	(44,26)	
Nº de denúncias/reclamações recebidas(CIB 250)	394	359	9,75	
Nº de denúncias /reclamações atendidas(CIB 250)	380	312	21,79	
Nº de Cozinhas industriais e hospitalares inspecionadas(PAVS 43) e (PAVS SANITÁRIA)	109	87	25,28	
Atividades Educativas	7	16	(56,25)	
Autos de Infração	425	413	2,90	
Apreensão de Produtos	Un	4.770	3.792	25,79
	Kg	8.861	16.496	(46,28)
	l	102	151	(32,45)

Atividades educativas: desde a legislação estadual (2007) que exige que os proprietários de comércio e serviços de alimentação realizem curso de boas práticas na manipulação de alimentos, com carga horária mínima estipulada em 16 horas e em entidade de ensino credenciada para tal atividade, a equipe de alimentos da CGVS reduziu em muito suas atividades educativas, que eram voltadas para esse segmento.

Outras Atividades: nossa Equipe além de ter um papel de fiscalizar a qualidade e segurança dos alimentos produzidos e consumidos no município de Porto Alegre, também prestação serviço de orientação ao segmento de comércio de alimentos e serviços de alimentação

Interface com outros órgãos: A equipe participou de um grupo de trabalho sobre agrotóxicos em hortigranjeiros, onde participam a Secretaria Estadual da Saúde – setor de alimentos, Emater e Ministério Público, este grupo neste trimestre reuniu-se para organizar os conteúdos a serem abordados em palestras que serão ministradas para os produtores da CEASA. Participamos no mês de julho do Fórum Regional da Agricultura do Alto do Jacuí, promovido pela Emater.

Capacitações: em julho a Equipe recebeu capacitação sobre Surtos de DTAS, ministrado pela colega da Equipe de Epidemiologia. Em setembro participamos de palestra sobre listeriose promovida Laborclin.

Tabela 64 - Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe Administrativa

Ações desenvolvidas		Período		Variação
		2010	2009	%
		n	n	
Multas Aplicadas	Águas	66	30	120
	EVA	639	408	57
	EVSPIS	365	24	1420
	NVRV	39	21	85,7
	NVPA	68	34	100
Multas Pagas		711	169	320
Alvarás Retirados		1438	461	211
Alvarás Renovados		1637	1367	19,75
Processos Julgados		1165	NI	-

Tabela 65- Demonstrativa das ações desenvolvidas pela equipe Vigilância Ambiental – EVESAT

Ações desenvolvidas	Período		Variação
	2010	2009	%
	n	n	
Inspeções realizadas	79		
Reclamações/ denúncias recebidas	22		
Participação no licenciamento ambiental ERB	56		
Relatório de impacto ambiental de grandes empreendimentos	9		
Processos de licença de instalação de grandes empreendimentos, licença prévia.	6		
Inspeção em postos de gasolina projeto Benzeno (NOVO)*	9		
Participação nas câmaras técnicas do COMAM	6		

Equipe iniciou suas atividades no segundo semestre de 2009, não tendo dados para comparação

Vigilância Epidemiológica Indicadores de Morbidade

Tabela 66 Indicadores de morbidade relacionados às Doenças Transmissíveis Agudas

	casos	Período		Variação
		2010	2009	2010/2009
		Nº	N	%º
Dengue (PAVS 21)	Notificados e investigados	338	46	634,78
	confirmados	32	11	190,91
Leptospirose	Notificados e investigados	141	101	39,60
	confirmados	28	34	(17,65)
Meningite	Notificados e investigados	72	113	(36,28)
	confirmados	72	113	(36,28)
Hepatite Viral (PAVS 38)	Notificados, investigados e confirmados	862	888	(2,93)
Doenças diarréicas Agudas	Notificados, investigados e confirmados	1532	976	56,97

Tabela 67 - Indicadores de morbidade relacionados às Doenças Imunopreveníveis

Casos Notificados	Período		Variação
	2010	2009	2010/2009%
	n	n	%
Sarampo	25	0	2.500
Rubéola	84	59	42,37
Coqueluche	58	85	(31,76)
Difteria	01	3	(66,66)
Caxumba (todos casos notificados são considerados casos confirmados)	63	54	16,66

No período não foram notificados e nem confirmados casos de Tétano Neonatal e de tétano acidental .

Tabela 68 Vigilância da Dengue¹

Ações desenvolvidas	Período		Variação
	2010	2009	2010/2009
	n	n	%
Bairros com presença de <i>A.aegypti</i>	192	24	700
Bairros com IIP ≥ 1%	107	11	872,73
Bairros com IIP < 1%	194	23	743,48
Bairros sem <i>A. aegypti</i>	124	42	195,24
Número de estratos positivos	114	15	660
Número de estratos com IIP ≥ 1%	42	4	950

Índice de infestação máximo registrado (%)	15,7%	1,2%	1208,33%
Número de estratos com IIP < 1%	72	11	554,54
Número de estratos sem <i>A. aegypti</i>	39	10	290
Número de imóveis visitados (SISPACTO INDICADORES RS – 5)	45326	9996	353,44
Número de imóveis positivos para <i>A.aegypti</i>	478	33	1348,48
Número de criadouros positivos para <i>A. aegypti</i>	568	34	1570,59
IIP médio do município (%)	5,1	0,3%	1600%
Índice de Breteau do município	6,1	0,3%	1933%

OBS: No LIRA de outubro/2010 o bairro Arquipélago não foi amostrado.

Fonte: Todas as informações acima foram extraídas dos relatórios dos Levantamentos de índices do *Aedes aegypti* – LIRAs.

Os relatórios, na íntegra, estão disponíveis no site da PMPA www2.portoalegre.rs.gov.br/dengue

Indicadores Mortalidade por GD

Tabela 69- Distribuição de Óbitos por Gerência Distrital (GD), período 2008-2009.

Meses	GD1		GD2		GD3		GD4		GD5		GD6		GD7		GD8	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Jan.	186	177	116	101	85	94	99	85	96	105	98	92	97	92	54	46
Fev.	161	160	115	96	92	84	70	58	85	87	99	100	100	83	43	38
Mar	164	188	112	103	100	93	84	89	102	87	111	83	97	93	37	34
Abr	154	156	101	131	100	85	87	64	75	92	105	95	101	88	36	37
Mai	180	172	123	106	99	87	101	88	114	101	109	99	117	107	37	55
Jun	214	199	131	114	125	128	92	100	106	88	129	121	110	137	55	38
Jul	202	237	127	148	103	143	101	123	109	122	123	151	119	134	54	54
Agos	210	234	131	133	94	121	78	111	104	109	116	144	126	140	72	56
Set.	196	173	131	116	109	73	95	88	104	88	108	112	121	102	59	50
Out.	170	209	129	126	105	88	95	85	112	98	121	125	110	113	35	37
Nov.	188	183	113	112	77	76	91	83	106	104	99	114	78	106	55	43
Dez.	180	166	109	108	102	75	72	85	113	96	95	129	90	101	44	45

Tabela 70 - Distribuição de Óbitos por Gerência Distrital (GD), período 2009-2010.

Meses	GD1		GD2		GD3		GD4		GD5		GD6		GD7		GD8	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Jan.	177	182	101	111	94	83	85	65	105	99	92	112	92	117	46	40
Fev.	160	198	96	134	84	93	58	94	87	100	100	148	83	105	38	54
Mar	188	156	103	101	93	86	89	69	87	88	83	98	93	104	34	39
Abr	156	182	131	103	85	85	64	64	92	93	95	112	88	95	37	39
Mai	172	190	106	101	87	110	88	68	101	95	99	123	107	109	55	43
Jun	199	203	114	135	128	112	100	76	88	85	121	117	137	106	38	46
Jul	237	202	148	146	143	112	123	94	122	100	151	131	134	128	54	48
Ago	234	236	133	140	121	128	111	92	109	110	144	122	140	121	56	53
Set.	173	223	116	128	73	98	88	79	88	101	112	124	102	95	50	49
Out.	209	205	126	123	88	94	85	79	98	94	125	138	113	109	37	45
Nov.	183	201	112	111	76	84	83	72	104	76	114	89	106	92	43	44
Dez.	166	121	108	67	75	56	85	47	96	56	129	70	101	55	45	26

Tabela 71- Ciclo de Vida do Adulto – Comparativo do 2010 e 2009

Ações desenvolvidas	Período		Varição
	2010	2009	2010/2009
	n	N	%
Nº de adultos de 20 a 39 anos vacinados contra a rubéola	2.739	1.232	122,32
Nº de casos novos de Hanseníase (SISPACTO PRIORIDADE IV-9)	7	13	(46,15)
Nº de avaliações do grau de incapacidades físicas I e II nos casos novos de hanseníase (PAVS 26)	7	8	(12,5)
Nº de avaliações do grau de incapacidades físicas I e II nos casos curados de hanseníase (PAVS 27)	31	7	3425,86
Nº de contatos intradomiciliares examinados dos casos novos de hanseníase (PAVS 25)	17	37	(54,05)
Nº de tratamentos de casos de Leishmaniose tegumentar americana (LTA) e leishmaniose visceral (LV) (PAVS 87, PAVS 77 E 78)	5	1	400
Nº de capacitações para a rede básica – EVDT (dengue) ¹ (PAVS 22)	2	2	0
Nº de casos de doenças exantemáticas investigados em até 48 horas após a notificação (PAVS 96)	106	59	79,66
Nº de casos de Sarampo e Rubéola investigados laboratorialmente (PAVS 95)	108	58	86,2
Nº de casos de meningites bacterianas confirmados por laboratórios (com cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex) (PAVS 100)	40	52	(23,07)
Nº de casos de dengue notificados e investigados (PAVS 21)	338	46	65,47
Nº de casos de dengue confirmados	44	11	300

Nº de casos de leptospirose notificados e investigados	141	101	39,6
Nº de casos de leptospirose confirmados	28	34	(17,64)
Nº de surtos de Doenças Diarréicas Aguda (DDA) identificados	1532	976	57
Percentual de casos de doenças de notificação compulsória com encerramento oportuno da investigação epidemiológica	90	95	(5,26)
Nº de eventos adversos graves pós-vacinação notificados	354	540	(34,44)
Nº de eventos adversos graves pós-vacinação investigados	354	540	(34,44)
Nº de informes epidemiológicos elaborados	5	2	150
Nº de análises de cloro residual livre, turbidez e bacteriológicas para fins de vigilância e monitoramento da qualidade da água realizadas	1878	1908	(1,6)
Nº de análises de teores de fluoreto na água para consumo humano	636	636	0
Nº de inspeções sanitárias em sistemas de abastecimento de água	7	7	0
Envio de relatório semestral com informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIAGUA, conforme modelo padronizado pela CGVAM e adaptado pela DVAS/CEVS/SES/RS (PAVS 65)	2	2	0
Nº de SAA cadastrados no SISAGUA	7	7	0
Nº de relatórios mensais de controle da qualidade da água dos SAA cadastrados, recebidos e digitados no SISAGUA conforme Portaria nº 518/2004 (PAVS 64)	84	84	0
Nº de imóveis inspecionados p/ identificação/eliminação de focos e/ou criadouros de	240.230	321.312	(25,23)

<i>Aedes aegypti</i> e <i>A albopictus</i> , calculado de acordo com a situação de infestação do município e a Norma Técnica do Programa de Controle da Dengue (PAVS 17)			
Nº de imóveis com focos de <i>A Aegypti</i> encontrados (PAVS 17)	2.382	679	255,23
Nº de imóveis com focos de <i>A Aegypti</i> tratados (5.3.2) (PAVS 17)	112.615	103.493	8,81
Nº de visitas em PIT realizadas (5.1.5)	12	12	0
Nº de estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose	36	19	89
Nº de amostras caninas e felinas enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva (5.2.2) (PAVS 81)	26	285	(90,88)
Nº de bloqueios com vacinação anti-rábica canina e felina (VARC) em caso de raiva animal	01	20	(95)
Nº de remessas de banco de dados do SINAN para a SES/CRS (11.3.1) (PAVS 57)	52	52	0
Nº de serviços de alimentação inspecionados – restaurantes e similares (PAVS 43) E (PAVS SANITÁRIA)	2.312	5.108	(54,74)
Nº Instituições de longa permanência para idosos inspecionadas (13.3.3)	34	101	(66,34)
Nº de serviços de medicina nuclear e radioterapia inspecionados (PAVS SANITÁRIA)	7	5	40
Nº de serviços de serviços de quimioterapia inspecionados (PAVS SANITÁRIA)	23	19	21,05
Nº de laboratórios de anatomia patológica e citológica inspecionados (PAVS SANITÁRIA)	5	5	0
Nº de serviços de hemoterapia inspecionados	12	20	(40)

PAVS 36) E (PAVS SANITÁRIA)			
Nº de serviços de diálise e nefrologia inspecionados (PAVS 37) E (PAVS SANITÁRIA)	11	3	266,66

¹As capacitações da Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis para a rede sobre Dengue, ocorrem uma vez ao ano, no último trimestre.

Casos de Dengue – Porto Alegre registra seus primeiros casos de Dengue Autóctone. Foram confirmados dois casos de Dengue em pacientes moradores do bairro Jardim Carvalho, sem história de deslocamento para áreas de transmissão (**casos autóctones**), com início dos sintomas em 01 e 08 de maio de 2010, demonstrando a transmissão da doença em Porto Alegre. Foi lançado então em 01 de Junho de 2010 um **Alerta Epidemiológico** para toda rede de assistência pública e privada sobre o quadro clínico da Dengue, a quem notificar, contatos para notificação e orientação de casos suspeitos e encaminhamentos que forem necessários. Alterou-se com isso a caracterização de caso suspeito, devido a possibilidade de circulação do vírus no município, sendo que todo o paciente que apresentar sintomas, mesmo não tendo viajado, será considerado um caso suspeito e assim tratado até descartar ou confirmar. A partir de então foi intensificada a ação de controle do vetor nas localidades, onde algum caso suspeito era notificado. Os casos notificados e investigados, além de refletirem a situação dos viajantes a outras regiões do País, também se tornaram uma evidência dentro de nossa cidade, passando a se notificar e confirmar casos autóctones em algumas localidades, caracterizando inicialmente um surto de Dengue. Como o Brasil e o Rio Grande do Sul tiveram um aumento de casos do ano de 2009 para 2010, Porto Alegre também teve um aumento do nº. de casos dos casos notificados/investigados e confirmados, aumentando em 650% o nº. de casos confirmados no 2º trimestre de 2010 comparando com o 2º trimestre de 2009, no mesmo período sazonal, incrementado pela autocnicidade da doença. Atualmente até dezembro de 2010 se têm totalizado 5 casos autóctones de dengue, sendo que não está havendo mais notificações de casos novos autóctones nos últimos dias. Importante salientar que inicialmente eram 17 casos autóctones e que amostras destes casos foram encaminhados para o Instituto Adolfo Lutz para realização de novos exames Mac-Elisa padrão ouro para

Dengue e IGG e destes retestados, somente 5 realmente confirmaram positividade e todos do bairro Jardim Carvalho em Porto Alegre.

Casos de Leptospirose – houve um aumento no número de casos notificados e investigados e uma diminuição dos casos confirmados de Leptospirose no ano 2010, comparando com o ano de 2009, dentro da mesma sazonalidade. Ocorre que grande parte desses casos são importados ou o munícipe se infecta em outra localidade não caracterizando caso autóctone. Esses dados podem ser alterados devido ao grande aumento de notificações de outras doenças como dengue, sarampo, rubéola uma vez que a equipe que realiza as investigações é a mesma.

Eventos adversos pós-vacinação notificados – Esse indicador não deve ser comparado entre um trimestre e outro, linearmente, pois a notificação dos eventos adversos depende, também, da sensibilidade das pessoas que foram vacinadas, trata-se de um dado aleatório. O que importa, do ponto de vista da vigilância em saúde, é a garantia de que todos os eventos notificados sejam investigados e, nesse caso, Porto Alegre investiga 100%.

Nº. de análises de cloro residual livre, turbidez e bacteriológicas para monitoramento da qualidade da água – Porto Alegre sempre realizou 3 diferentes tipos de análises nas 53 amostras mensais. A meta pactuada (477/trim. – 1908/ano) considera o número de amostras/mês (53) multiplicado pelo número de análises (3).

Participação nos processos de licenciamento dos Projetos Especiais – grandes empreendimentos (relatório de impacto ambiental de grandes empreendimentos processos de licenciam. de instalação) - A expansão urbana sobre áreas com cobertura vegetal nativa proporciona o contato do homem com populações de reservatórios e vetores com interesse a saúde. Hoje, em Porto Alegre, já ocorrem casos autóctones de LTA e Dengue, já é encontrado o vírus rábico em morcegos não hematófagos, barbeiros silvestres estão contaminados com o agente causador da doença de chagas e já são encontrados próximos as moradias. Estes fatos sinalizam alterações ambientais importantes que está favorecendo a transmissão de doenças. A nossa participação nos processos de licenciamento ambiental tem como objetivo avaliar o impacto dos empreendimentos sobre as populações de reservatórios e vetores importantes e as implicações sobre a saúde das populações expostas.

Implantação de Unidades Sentinelas para o VigiAr – Inserido na Vigilância da exposição a produtos químicos - VIGIPEQ, está o programa de vigilância da

exposição humana a poluentes atmosféricos, o VigiAr. Nessas unidades será efetuado o Levantamento das Doenças e Agravos Respiratórios em crianças menores de cinco anos, os quais serão avaliados em conjunto com os resultados obtidos no Estudo da Genotoxicidade dos Poluentes do ar em diferentes áreas da cidade de Porto Alegre, realizado através de convênio firmado entre o Ministério da Saúde e a FFFCMPA.

Participação em Plenária do Conselho Municipal de Saúde, solicitada pela equipe em virtude de termos que dar resposta à demanda comunitária sobre poluição atmosférica e sua relação com a saúde. Foi convidado um técnico da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre/UFCSPA para a apresentação do “Estudo da Genotoxicidade dos Poluentes Atmosféricos”, realizado em diferentes áreas da cidade de Porto Alegre, a partir de convênio firmado entre o Ministério da Saúde e o Centro Estadual de Vigilância em Saúde. A Secretaria Municipal do Meio Ambiente também participou desta plenária. Neste momento, foi sugerida pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS a formação de um grupo de trabalho agregando setores da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre/UFCSPA, da Secretaria Municipal do Meio Ambiente/SMAM e da Vigilância em Saúde/SMS, objetivando a discussão das questões relacionadas à saúde e poluição atmosférica junto à comunidade. Esse grupo foi criado através do ofício 202/2010. Foi realizada Capacitação para a implantação de Unidades Sentinela do VIGIAR/POA, no dia 16 de dezembro, direcionada a profissionais da Atenção Básica da Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal do Meio Ambiente, do Conselho Municipal de Saúde. Essa teve como objetivo sensibilizar, capacitar e oferecer instrumentos para a implantação de unidades sentinela nas Unidades Básicas da Estratégia de Saúde da Família: Mário Quintana, Cidade de Deus e Ponta Grossa. Nessas será realizada a notificação de doenças respiratórias em crianças menores de cinco anos, com início em janeiro de 2011.

Implantação da Vigilância da Exposição ao Benzeno em Postos de Combustíveis e entorno – Inserido no VIGIPEQ, existe o programa nacional de vigilância da exposição humana ao benzeno, visto ser uma substância com alto potencial carcinogênico. O trabalho pressupõe a formação de um grupo intersetorial com membros da saúde (Vigilância e CEREST) e ambiente, o qual se encontra em fase de articulação. O objetivo do programa nacional, onde Porto Alegre encontra-se inserido, é a Vigilância de cinco postos ainda no ano de 2010 onde haja o

acolhimento dos trabalhadores e a realização de exames clínicos e laboratoriais. Foi realizada a vigilância de dois postos de revenda de combustível a varejo (PRCV), atendendo aos pressupostos do programa nacional, com a “Inspeção Sanitária de Ambientes e Processos de Trabalho”, “Acolhimento de trabalhadores” e “Avaliação Clínica dos trabalhadores” através da realização de exames laboratoriais para verificar o grau de exposição ao benzeno e os decorrentes efeitos na saúde.

GT Saúde Ambiental – enquanto desdobramento das Conferências Municipal, Estadual e Nacional de Saúde Ambiental realizadas em 2009, foi criado o GT Saúde Ambiental à nível Estadual na Assembléia legislativa. O objetivo desse grupo de trabalho é implementar as diretrizes apontadas nessas conferências. Para o Ano de 2010 está apontada a realização em novembro de um Seminário Estadual onde será discutido o Programa Estadual de Saúde Ambiental. Para O Município de Porto Alegre, um dos indicativos é que seja trabalhado o Arroio Feijó.

Inspeções realizadas, participação no licenciamento ambiental de ERB (estação de rádio base para telefonia de celular) – o aumento se deve a uma solicitação da SMAM, devido a um Termo de Ajuste de conduta com as operadoras de telefonia celular VIVO e TIM. Nesse trabalho, é verificado se as instalações atendem ao regramento estabelecido para a implantação de antenas de telefonia móvel, considerando que as mesmas emitem radiação não-ionizante, as quais apresentam potencial carcinogênico. Foram vistoriadas 56 estações radio base, verificando o atendimento aos critérios estabelecidos.

Vigilância do Tabagismo em Ambientes Fechados - Nos casos de denúncia, são vistoriados os estabelecimentos que não possuem alvará da Secretaria Municipal de Indústria e Comércio/SMIC, com vistas a orientar quanto à legislação que proíbe o fumo em ambientes fechados, bem como fazer um trabalho de educação em saúde com vistas à obtenção de ambientes livres de tabaco. Foram inspecionados vários estabelecimentos para verificar o fumo em ambientes fechados.. Também foi realizada Audiência Pública convocada pelo Ministério Público do Trabalho/MPT, sobre Ambientes livres de tabaco, a qual teve a participação de nossa equipe.

9.0 - GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

PRODUÇÃO SAI

Tabela 72 – Produção do Sistema de Informação Ambulatorial SIA- 2009 - 2010

Período	2009	2010	%
1º trimestre	5.348.551	5.177.159	-3%
2º trimestre	5.906.228	6.993.848	18%
3º trimestre	5.783.911	5.990.381	4%
4º trimestre	6.094.355	5.567.169	-9%
TOTAL	23.133.045	23.728.557	3%

A redução verificada no ano de 2010 comparado ao de 2009 no quadro acima se deve, possivelmente, ao fechamento, em 2010, da Clínica de Ortopedia Santo Antônio e dos Hospitais Independência e Petrópolis e à interrupção na prestação dos serviços por parte do Hospital Beneficência Portuguesa, no segundo semestre. Importante salientar que embora o Hospital Banco de Olhos tenha absorvido a demanda do Hospital Petrópolis houve a necessidade de adequação de agendas, ocorrendo uma diminuição temporária dos atendimentos prestados na área oftalmológica.

Outra hipótese é o fato de que alguns prestadores podem ter optado por realizar procedimentos de maior valor em detrimento da realização de um quantitativo maior com valores menores objeto de estudo por parte da Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde, para o ano de 2011, de forma a comparar a produção físico/financeira com o acordado com os prestadores em seu plano operativo.

PRODUÇÃO SIH

Tabela 73 Produção do sistema de informação Hospitalar

Período	2009	2010	%
1º trimestre	44.940	43.913	-2%
2º trimestre	46.632	47.557	2%
3º trimestre	48.018	45.687	-5%
4º trimestre	45.012	42.917	-5%
TOTAL	184.602	180.074	-2%

Em relação à produção hospitalar supõe-se que houve o mesmo fator verificado no item anterior, excetuando-se o fechamento da Clínica Santo Antônio, visto que se trata exclusivamente da produção hospitalar.

Acrescenta-se neste item que, a partir de 2010, passou-se a exigir o cumprimento das normas de regulação dos prestadores de serviços de saúde ao SUS, ocasionando um maior controle da via de ingresso ao sistema de internações hospitalares, sendo que a tabela representa o número de internações autorizadas e pagas e não realmente efetuadas.

Produção CMCE CONSULTAS ESPECIALIZADAS (exceto as disponibilizadas pelos Centros de Saúde)

Tabela 74- Consultas criadas, agendadas, bloqueadas e disponibilizadas - 2009 e 2010

	CRIADAS	BLOQUEADAS	DISPONIBILIZADAS	AGENDADAS
2009	279.353	29.131	250.222	218.915
2010	278.359	28.332	250.027	216.268
DIFERENÇA	994	799	195	2647

A análise desta tabela fica prejudicada, pois, no ano de 2010, todos os exames especializados e consultas dos centros de saúde foram reguladas por meio do sistema SISREG (DATASUS) que não permite emissão de relatórios retroativos.

EVOLUÇÃO DE CONSULTAS POR TRIMESTRE NO ANO DE 2010

Tabela 75 – Evolução de consultas por trimestre ano 2010

2010	CRIADAS	BLOQUEADAS	DISPONIBILIZADAS	AGENDADAS	% AGEN/DISP
1º TRI	65.451	8.062	57.389	49.713	86,62
2º TRI	69.504	4.692	64.812	55.741	86,00
3º TRI	71.415	7.769	63.646	55.331	86,94
4º TRI	71.989	7.809	64.180	55.483	86,45
TOTAL	278.359	28.332	250.027	216.268	86,50

Na análise da tabela acima conclui-se que houve acréscimo nas consultas especializadas especialmente a partir do 3º trimestre, consequência do controle da via de ingresso no sistema, sendo que as vias paralelas de acesso não foram permitidas levando os prestadores a buscar a demanda a ser atendida por meio do aumento de consultas especializadas na Central de Marcação de Consultas (CMCE).

No mês de setembro, em virtude do crescente número do bloqueio de consultas especializadas, por parte dos prestadores, sem justificativa plausível passamos a não aceitar as justificativas que não fossem férias e licenças como causa de bloqueio, e mesmo assim ainda houve acréscimo comparativo ao trimestre anterior.

A análise final dos dados nos permite concluir que o acréscimo na oferta de consultas não se refletiu no total das consultas agendadas, deduzindo-se, portanto, que existe o fator de acessibilidade ao sistema da CMCE interferindo na oferta de serviços para a rede.

CERIH INTERNAÇÕES

Tabela 76 – Internações CERIH

Período	2009	2010
1º trimestre	235	598
2º trimestre	253	620
3º trimestre	296	704
4º trimestre	301	694
TOTAL	1085	2616

A variação verificada, em relação ao comparativo entre os anos de 2009 e 2010, decorre do aumento da abrangência da regulação hospitalar que passou a 100%, nos Hospitais Beneficência Portuguesa, Parque Belém e Vila Nova, no ano de 2010.

10.0 Hospitais próprios

HOSPITAL MATERNO-INFANTIL PRESIDENTE VARGAS

Perfil do Paciente

Tabela 77- Procedência dos atendimentos ambulatoriais no HMIPV

		4º trimestre de 2010	
		Nº	%
Procedência	Município de POA	17.753	67,76
	Outros municípios	8.445	32,24
Total		26.198	100

Fontes: Programa Procedência do AMB/SIHO*.

Tabela 78 - Procedência das internações no HMIPV

		4º trimestre de 2010	
		Nº	%
Procedência	Município de POA	1.273	99,61
	Outros municípios	5	0,39
Total		1.278	100

Fontes: Programa Procedência do AMB/SIHO*.

Resultados

Tabela 79– Demonstrativo de atendimentos realizados por serviço

Serviços		4º trimestre de 2010	
		Nº	%
Ambulatórios - procedimentos	Ginecologia/obstetricia	6.355	14,34
	Psiquiatria	2.104	4,75
	Pediatria	1.828	4,14
	Especialidades médicas	21.337	48,15
	Odontologia	1.347	3,04
	Enfermagem	7.792	17,58
	Fisioterapia	357	0,80
	Psicologia	1.927	4,35
	Serviço social	612	1,38
	Fonaudiologia	654	1,47
	Terapia ocupacional	0	0
	Total:	44.313	100
Bloco Cirúrgico	Partos normais	117	15,09
	Cesarianas	90	11,62
	Ginecológicas e obstétricas	225	29,03
	Pediátricas (0 a 12 anos)	60	7,74
	Outras	283	36,52
	Total:	775	100
Internações	Sala de observação pediátrica	246	21,67
	UTI Pediátrica (até 12 anos)	18	1,59
	UTI Neonatal	59	5,19
	UTI Intermediária Neonatal	-	-
	Uti Intermediária neonatal mamãe	4	0,35
	UTI intermediária adulto (sala de recuperação)	145	12,78
	Internação ginecológica	176	15,51
	Internação cirúrgica geral	-	-
	Internação obstétrica casa da gestante	38	3,35
	Internação obstétrica centro obstétrico	13	1,15
	Internação obstétrica- alojamento conjunto**	223	19,65
	Internação Pediátrica (até 12 anos)	161	14,18
	Internação psiquiátrica	52	4,58

Continuação da tabela

Conti

	Total:	1.135	100
Outras	Exames laboratoriais	36.321	92,44
	Exames radiodiagnósticos	3.067	6,96
	Hemoterapia	172	0,39
	Diagnóstico por Imagem	2.340	5,31
	Exames diagnósticos em especialidades	2.172	4,93
	Total:	44.072	100

Fontes: Programa Intenações Longa Permanência AMB/SIHO, Boletim de movimentação hospitalar(BMH) e TABWIN.
* Está junto com internação ginecológica.

** Mãe + bebê

10.1.1 Indicadores de Desempenho pactuados

Tabela 80 - Indicadores de Produtividade 4º trimestre de 2010

Indicadores	Unidade de medida	N	Meta Pactuada	%
Boletins de Atendimentos / dia	Nº boletins efetivamente atendidos /dia	20.865/92 dias = 226,79	280	
Produção Geral / dia	Número de atendimentos efetivo em geral / dia	27.164/92 dias = 295,26	250	
Absenteísmo	Percentual de absenteísmo nas consultas ambulatoriais	24,09	24	
Atendimentos Sala Emergência / dia (Emergência pediátrica e triagem obstétrica)	Número de atendimentos realizados /dia	6.094/92 dias = 66,24	60	
Atendimentos na Sala Observação /dia	Número de atendimentos realizados SO /dia	5.166/92 = 56,15	40	
Cirurgias / dia	Número de cirurgias realizadas /dia	568/92 dias = 6,17	18	
Pacientes UTI/ dia (UTI Neonatal e UTI Pediátrica)	Número de Pacientes UTI / dia	1523/92= 16,55	20	
Exames radiodiagnósticos/ paciente / dia	Número de exames realizados /paciente / dia	3.067/92 dias = 33,34	25	
Exames de patologia clinica /paciente / dia	Número de exames patologia clinica realizados /paciente/ dia	36.321/92 dias = 394,80	250	
Aleitamento materno	Índice percentual de crianças que receberam LM na primeira hora de vida.	66,29	60	

Fontes: Programa Estatística Geral AMB/SIHO e TABWIN, ASSEP E ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO DO HMIPV.

*no período a maternidade do Hospital Femina esteve fechada e os partos referenciados para HMIPV.

Tabela 81 - Indicadores de Qualidade - 4º trimestre de 2010

Indicadores	unidade de medida	N	Meta Pactuada	%
Média de Permanência	tempo médio de permanência das internações hospitalares	3,4	3,5	
Taxa de Ocupação	indica o grau de utilização do leito	42,6	70	
Mortalidade Institucional	nº óbitos ocorridos em pacientes atendidos em unidades de internações e emergência	0,44	10	
Infecção Hospitalar	nº de infecções ocorridas em pacientes	35	80	
*Média de Consultas Pacientes	nº de consultas realizadas por pacientes atendidos nos ambulatorios	19.786	23.000	
Média de Dietas Distribuídas	nº de dietas distribuídas	11,289	13.000	
Média de Refeições Distribuídas	nº de refeições distribuídas (refeitório)	5.385	6.000	

Fontes: TABWIN e BMH.

* Não temos o número de pacientes atendidos, uma vez que um paciente pode realizar mais de uma consulta.

10.2 PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

Ações Desenvolvidas

Tabela 82 - Total de pacientes atendidos, período 2010.

	Período		Variação 2010/2009	
	Anual			
	2010	2009	Nº	%
	Nº	Nº		
Total de boletins emitidos	198350	204443	-6093	-2,98
Total de boletins efetivamente atendidos	162790	165943	-3153	-1,90

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO

Tabela-83- Procedência do paciente atendido no HPS , período 2010.

Procedência	Período		Variação 2010/2009	
	Anual			
	2010	2009	Nº	%
	Nº	Nº		
município	173701	179159	-5458	-3,05
outros municípios	24649	25284	-635	-2,51
Total	198350	204443	-6093	-5,56

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - SIHO

Tabela 84 - Demonstrativo dos atendimentos realizados por unidades, período 2010.

Setor ¹	Período		Variação 2010/2009	
	Anual			
	2010	2009	Nº	%
	Nº	Nº		
BUCO -Facial	6833	6895	-62	-0,90
CARDIO	1313	1260	53	4,21
CIRURGIA	5028	5173	-145	-2,80
GESSO	64709	65254	-545	-0,84
NEURO	5093	5061	32	0,63
OFTALMO	20736	19339	1397	7,22
OTORRINO	14128	13844	284	2,05
PLAS	3392	3442	-50	-1,45
POLI	2425	2984	-559	-18,73
SAE2	47547	48471	-924	-1,91
SAE6	53862	57392	-3530	-6,15
SERV.SOCIAL	2655	2527	128	5,07
OUTROS	1195	1049	146	13,92
Sub Total	228916	232691	-3775	15,25
Procedimentos Apoio Diagnóstico				
ECG	1040	793	247	31,15
ECO	1579	757	822	108,59
EEX	32	121	-89	-73,55
LAB	6246	6334	-88	-1,39
RADIOLOGIA	74391	76731	-2340	-3,05
TOMO	7958	6696	1262	18,85
Sub Total	91246	91432	-186	80,59
Total	320162	324123	-3961	95,84

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO1 Atendimentos Ambulatoriais

Tabela 85- Demonstrativo de atendimentos realizados por especialidades, período 2010.

Especialidade ¹	Período		Variação 2010/2009	
	Anual			
	2010	2009	Nº	%
	Nº	Nº		
Assistente social	3078	3527	-449	-12,73
Cirurgião dentista	8098	7602	496	6,52
Enfermeiro	148899	117032	31867	27,23
Farmacêutico bioquímico	100490	78824	21666	27,49
Médico cardiologista	4152	3513	639	18,19
Médico cirurgião cardiovascular	387	432	-45	-10,42
Médico cirurgião geral	27998	24042	3956	16,45
Médico cirurgião plástico	4177	4384	-207	-4,72

Médico clínico	128485	195226	-66741	-34,19
Médico do trabalho	1825	2421	-596	-24,62
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	112886	41511	71375	171,94
Médico hematologista	1569	23738	-22169	-93,39
Médico neurologista	6257	8655	-2398	-27,71
Médico oftalmologista	25364	20622	4742	22,99
Médico ortopedista e traumatologista	74965	73588	1377	1,87
Médico otorrinolaringologista	18091	14611	3480	23,82
Médico psiquiatra	358	975	-617	-63,28
Psicólogo clínico	584	695	-111	-15,97
Outros	11373	44914	-33541	-74,68
Total	679036	666312	12724	1,91

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - SIHO¹ Dados obtidos com o número de procedimentos da fatura ambulatorial

Tabela 86 Indicadores de Desempenho - Anual

Indicador	unidade de medida	Período		Variação 2010/2009	
		Anual		Nº	%
		2010	2009		
		Nº	Nº		
Boletins de atendimentos efetivamente atendidos/dia	Nº boletins atendimentos efetivamente atendidos /dia	543,42	560,12	-16,70	-2,98
Cobertura do atendimento para Porto Alegre	Índice percentual de atendimentos oriundos de Porto Alegre	87,57	87,63	-0,06	-0,07
Produção Geral/ dia	Número de atendimentos gerais efetivos/dia	882,01	893,63	-11,62	-1,30
Atendimentos Sala Emergência/dia	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	522,46	538,18	-15,72	-2,92
Cirurgias/dia	Número de cirurgias realizadas /dia	8,01	8,74	-0,73	-8,35
Atendimentos na Sala Observação/dia ¹	Número de atendimentos realizados SO /dia	-	-	-	-
Pacientes na UTI/dia ²	Número de Pacientes UTI/dia	33,15	35,29	-2,14	-6,06
exames Radiodiagnósticos/paciente	Número de exames radiod. realizados /paciente/dia	18,46	20,82	-2,36	-11,34
Exames patologia clínica/pacientes	Número de exames patologia clínica realizados /paciente/dia	305,42	328,92	-23,50	-7,14
Procedimentos de enfermagem/pacientes ³	Númerode procedimentos de enfermagem realizados/ paciente/dia	413,60	325,09	88,51	27,23
Média de dietas enterais	Número de dietas distribuídas/pacientes/dia	188,95	209,38	-20,43	-9,76
Média de dietas distribuídas/pacientes	Número de dietas distribuídas/pacientes/dia	679,40	712,52	-33,12	-4,65

Média de refeições distribuídas/ Comensais	º de refeições distribuídas por comensais	1070,89	1140,66	-69,77	-6,12
Repasses financeiros PMPA ⁴	Índice percentual repassado ao hospital	93,29	93,74	-0,45	-0,48
Repasses financeiros FMS	Índice percentual repassado ao hospital	6,71	6,26	0,45	7,19
Execução de projetos do plano diretor do HPS	Número de projetos implantados - valor inteiro.	1	0	1	100
Ensino e pesquisa ⁵	Nº de publicações em meios de divulgação - valor Inteiro	1	1	0	0

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - SIHO¹ Não dispomos de sala de observação 2 UTIs de

Trauma, Clínica,

11.0 ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E TRANSPORTE DE PACIENTES

16.1 Coordenação Municipal de Urgências

A Coordenação Municipal de Urgências (CMU) foi criada em 2006, por meio do Decreto Municipal 15.042, publicado no DOPA de 09 de janeiro de 2006, e desde então vem se consolidando como mais uma coordenadoria da SMS.

A CMU possui a importante missão de estruturar e organizar a atenção às urgências do município, tendo a responsabilidade de articular os serviços de assistência, apoio diagnóstico e regulação, próprios e conveniados, com o objetivo de construir uma rede integrada, hierarquizada e eficaz no atendimento integral às urgências.

Atualmente, os serviços da rede pública de saúde vinculados diretamente a esta Coordenação são: os Pronto-Atendimentos Cruzeiro da Sul, Bom Jesus, Lomba do Pinheiro e Restinga, e, ainda, o SAMU - 192.

Conforme preconiza o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Porto Alegre 2010-2013, foram pactuadas algumas metas de acordo com a Programação Anual da Saúde (PAS). Esse conjunto de ações, apesar de ter o seu prazo pactuado para os anos 2011 a 2013, já apresenta alguns resultados alcançados, como mostra o quadro um (1).

Quadro 1 – Ações pactuadas pela CMU segundo a Programação Anual da Saúde (PAS) para os anos de 2011 a 2013, Porto Alegre, RS.

Ação	Atividade	Metas/Resultados esperados	Resultados alcançados	Recursos Financeiros	cronograma
Implantação do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester	Capacitação das equipes de PAs e urgências em conjunto com GHC, ICFUC.	Capacitação de 100% dos enfermeiros e 20% dos médicos das Urgências em 2010 e implantar o protocolo nos PAs e HPS em 2011.	Capacitadas 100% dos enfermeiros e 10% dos médicos dos PAs, com aprovação de 85%.	Orçamento da CMU	Até 2011
Implantação do Protocolo de Dor Torácica e AVC	Pactuado protocolo entre o ICFUC e os PAs para encaminhamento de pacientes com IAM para cateterismo primário.	Encaminhar os pacientes com IAM conforme critérios do protocolo para cateterismo primário.	Protocolo em funcionamento.	Sem custo	Até 2011
Implantação do serviço de transporte de baixa complexidade, como unidades de apoio para a central de regulação de urgência (SAMU).	Organização do serviço. Ingresso de RH (Técnicos de Enfermagem e condutores). Central reguladora ligada ao SAMU.	Seis ambulâncias em funcionamento	Ambulâncias em funcionamento parcial Organização do serviço e ingresso de RH em andamento. Implantação da Central reguladora ligada ao SAMU em andamento.	PMPA SMS	Até 2012
Articulação da rede de atenção às urgências	Organização da rede de referência e contra referência de forma regionalizada, através do sistema de regulação.	Regulação de 100% dos pacientes atendidos, com necessidade de Referência ou CR.	Implantação em andamento	PMPA SMS	Até 2012
Criação de um sistema de contra Referência para pacientes com alta Hospitalar e que necessitam da continuidade de atendimento pela atenção primária, de forma permanente.	Estabelecer fluxo de contra-referência para pacientes com alta hospitalar	Contra referencia estabelecida aos Serviços de Atenção primária	Alguns pacientes egressos das salas de observação são contra-referenciados para atenção primária ou Centros Especializados.	PMPA FNS	Até 2013

11.2 -PRONTO – ATENDIMENTOS (PAs)

Os Pronto-Atendimentos são estruturas de média complexidade e têm como atribuições, entre outras, prestar atendimento resolutivo aos pacientes com patologias agudas ou crônicas agudizadas de pequena e média complexidade, servindo, também, como entreposto de estabilização para pacientes graves que chegam por meios próprios ou transportados pelo SAMU. Os PAs Bom Jesus, Lomba do Pinheiro e Restinga são classificados como porte II, atendendo as especialidades de clínica médica e pediatria. O Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul é classificado como porte III e atende, além de clínica e pediatria, as especialidades de traumatologia, saúde mental e odontologia.

Para uma análise crítica dos serviços prestados nos Pronto-Atendimentos, existem vários indicadores de desempenho, processos e qualidade, adequados para os serviços de emergência. Foram escolhidos alguns desses indicadores baseados em critérios de disponibilidade dos dados para os cálculos, de utilidade para a análise de desempenho do serviço e que mostrem o impacto da assistência prestada para a população.

Para analisarmos o perfil do paciente atendido nos Pronto-Atendimentos, segundo o critério de gravidade, avaliamos o percentual de pacientes atendidos em cada nível de Classificação de Risco, comparando os anos de 2009 e 2010, conforme os gráficos 07 a 10. Dentro desta mesma análise, foi calculado o Grau de Risco Global de cada PA, comparando os anos de 2009 e 2010. Observou-se um perfil semelhante dos pacientes atendidos nos quatro Pronto-Atendimentos, sem variações significativas entre os anos de 2009 e 2010.

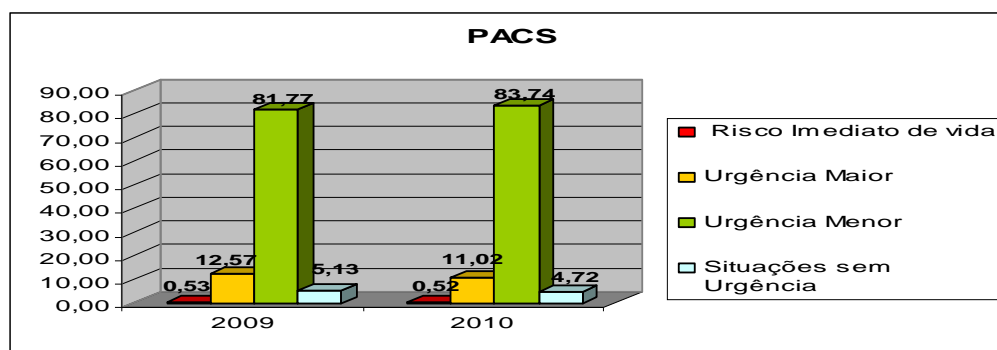


Gráfico7 – Distribuição da proporção dos atendimentos na clínica e pediatria, segundo Classificação de Risco, no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) nos anos de 2009 e 2010, Porto Alegre, RS

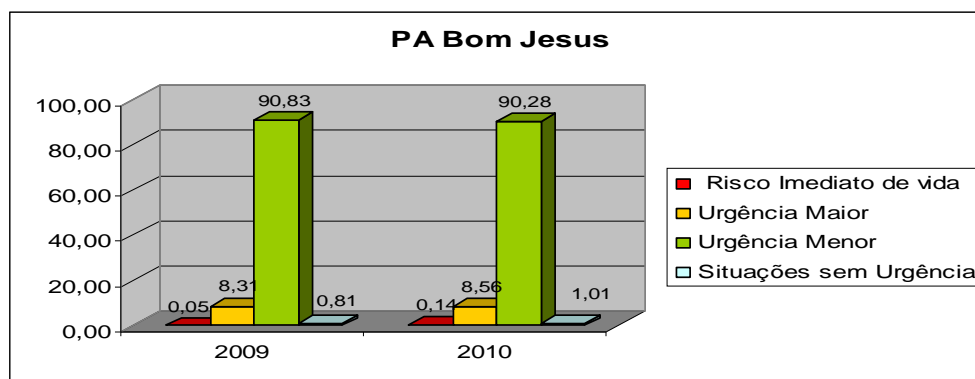


Gráfico 8 - Distribuição da proporção dos atendimentos no Pronto Atendimento Bom Jesus segundo Classificação de Risco nos anos de 2009 e 2010, Porto Alegre, RS.

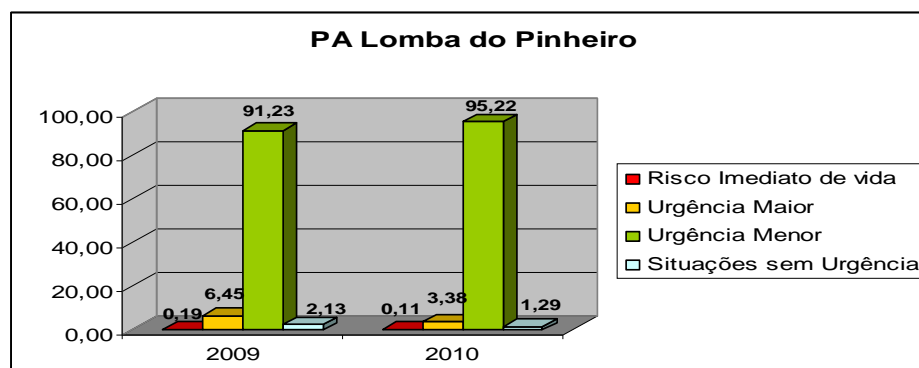


Gráfico 9 - Distribuição da proporção dos atendimentos no Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro segundo Classificação de Risco nos anos de 2009 e 2010, Porto Alegre, RS.

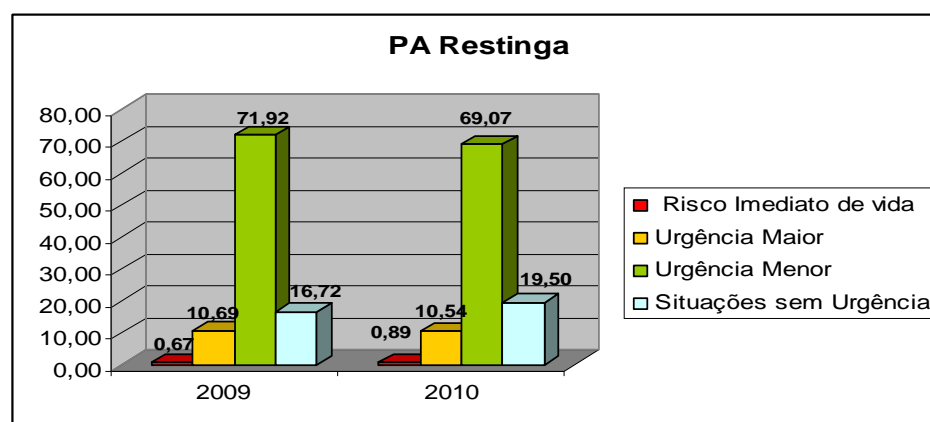


Gráfico 10 - Distribuição da proporção dos atendimentos no Pronto Atendimento Restinga segundo Classificação de Risco nos anos de 2009 e 2010, Porto Alegre, RS.

Tabela 87 – Distribuição da Classificação de Risco (CR) segundo o Grau de Risco Global por Pronto Atendimento (PA) entre os anos de 2009 e 2010, Porto Alegre, RS.

GRAU DE RISCO GLOBAL*	2010	2009
PACS	2,1	2,1
PA Bom Jesus	1,7	2,1
PA Restinga	1,9	2,0
PA Lomba do Pinheiro	2,0	2,0

***Grau de Risco Global (GRG)** = \sum das pontuações na Classificação de Risco (1 a 4) x nº de pacientes em cada categoria / total de pacientes classificados.

Para avaliar a acessibilidade aos usuários nos Pronto-Atendimentos, foram analisados o número de consultas realizadas e desistências nas especialidades de clínica médica e pediatria em cada PA e comparados os anos de 2009 e 2010 tabela 83

Em relação ao número de consultas realizadas, observou-se pouca variação no PACS e no PABJ (+1,14% e – 1,39% respectivamente), enquanto que no PA Restinga e no PALP, houve uma redução mais expressiva no número de consultas realizadas (-5,34% e -9,14% respectivamente). Deve ser considerado o aumento atípico de demanda em 2009 por causa da pandemia de Gripe H1N1, e o fato do PA Lomba do Pinheiro ter estado em reforma e sua capacidade reduzida durante o ano de 2010.

Em relação ao índice de desistências, no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul observou-se uma redução significativa nos últimos anos, conforme demonstrado na figura 7. Medidas como “acolhimento”, “pré-chamada” e classificação de risco certamente contribuíram para este fato. Cabe relatar que no cálculo de desistência do ano de 2009 foram desconsideradas as desistências dos pacientes atendidos pela enfermagem, incluídas novamente nos cálculos do ano de 2010.

Nos PA Bom Jesus e Restinga, observou-se expressiva diminuição das desistências entre os anos de 2009 e 2010 (-33,45% e -14,12 respectivamente), após a adoção da “pré-chamada” e acolhimento nesses serviços .

No PA Lomba do Pinheiro houve aumento significativo no índice de desistências, explicado pelo fato de estar em reforma e com sua capacidade diminuída no ano de 2010.

Tabela 88 – Distribuição dos atendimentos dos Prontos Atendimentos segundo as desistências por ano e comparativo entre 2009 e 2010, Porto Alegre, Rs.

Ano	2.010			2009			Comparativo entre 2010 e 2009	
PA	nº At	Desistência	Desistência %	nº At	Desistência	Desistência %	Atendimentos	Desistências
PACS	98.301	5.080	5,17	97.196	2.865	2,95	1,14%	*77,31%
PA Bom Jesus	78887	13379	16,96	78247	20102	25,69	-1,39%	-33,45%
PA Restinga	78.210	3.443	4,40	82.623	4009	4,85	-5,34%	-14,12%
PA Lomba do Pinheiro	71043	7497	10,55	78189	6108	7,81	-9,14%	22,74%

*Devido à alteração da forma de cálculo da desistência

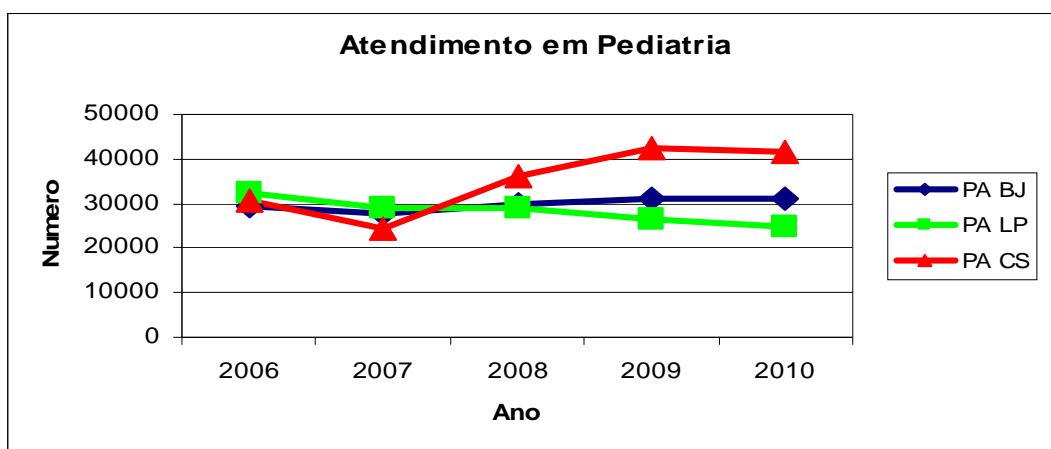


Gráfico 11– Série histórica dos atendimentos em pediatria nos Prontos Atendimentos Bom Jesus, Lomba do Pinheiro e Cruzeiro do Sul entre os anos de 2006 e 2010.

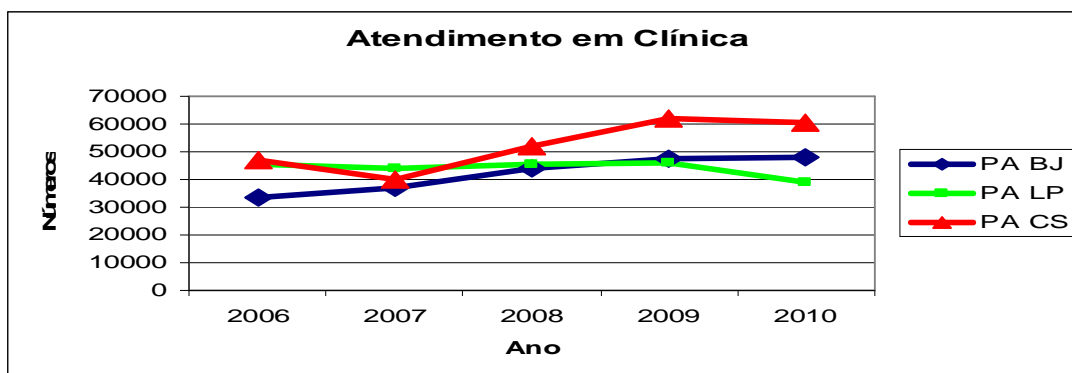


Gráfico 12– Série histórica dos atendimentos em Clínica nos Prontos Atendimentos Bom Jesus, Lomba do Pinheiro e Cruzeiro do Sul entre os anos de 2006 e 2010.

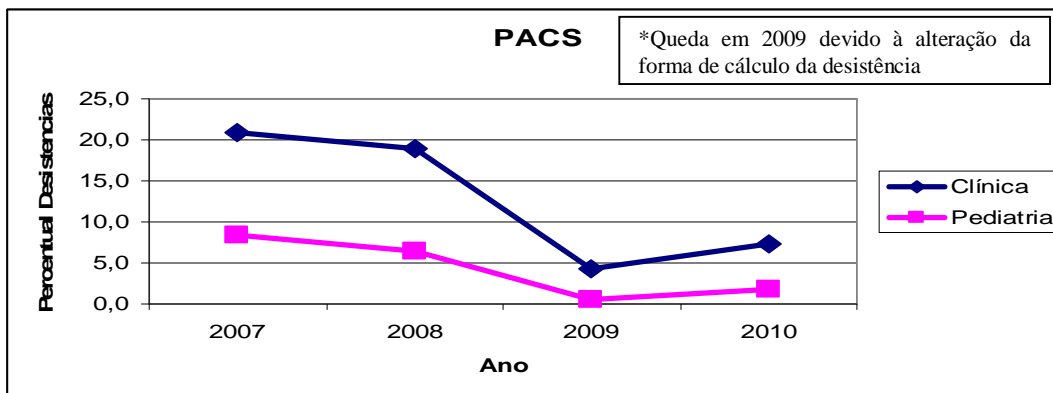
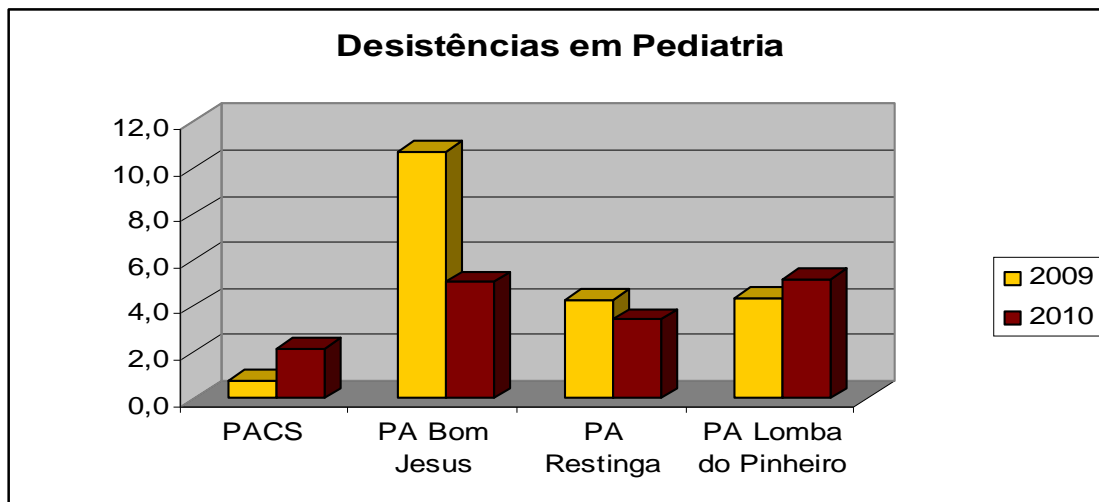
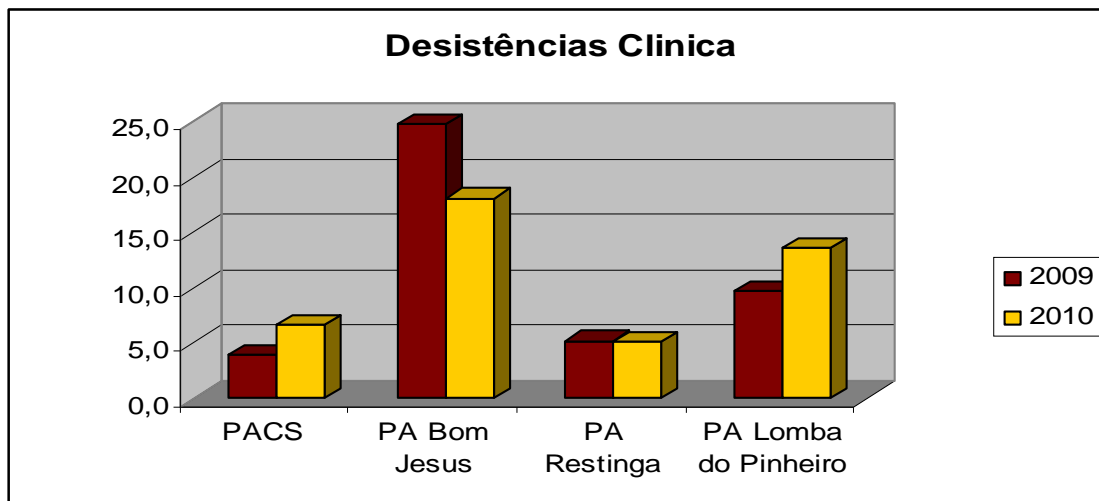


Gráfico 13 – Série histórica da proporção das desistências no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) entre os anos de 2007 a 2009, Porto Alegre, RS.



*Queda em 2009 no PACS devido à alteração da forma de cálculo da desistência

Gráfico 14 – Gráfico comparativo da proporção de desistência dos atendimentos em pediatria entre os anos de 2009 e 2010, Porto Alegre, RS.



*Queda em 2009 no PACS devido à alteração da forma de cálculo da desistência

Gráfico 15 - Comparativo da proporção de desistência dos atendimentos em clínica entre os anos de 2009 e 2010, Porto Alegre, RS.

Desta forma pode-se observar pelos dados apresentados acima, a maioria dos casos de pacientes atendidos nos Pronto-Atendimentos é de baixa complexidade, com classificação de risco verde (pouco urgente), não variando significativamente entre os serviços. De uma maneira geral a acessibilidade aos usuários dos PAs tem melhorado nos últimos anos, considerando o aumento do número de consultas e a diminuição do índice de desistências.

11.3- SAMU –Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

O SAMU 192 Porto Alegre é o serviço pré-hospitalar móvel de urgência da Secretaria Municipal de Saúde, que faz atendimento a todos os tipos de agravos agudos (pediátricos, traumáticos, clínicos, obstétricos e psiquiátricos) acionados através de um número gratuito 192, onde o médico regulador após coleta de dados sobre o chamado decide qual melhor resposta que poderá ser dada, desde o envio de ambulância de suporte avançado (UTI móvel) passando por ambulâncias de suporte básico (tripuladas por técnico de enfermagem e condutor) até uma orientação médica por telefone.

Para avaliarmos os serviços prestados pelo SAMU 192, foi verificada a proporção dos atendimentos realizados, segundo o perfil das ligações recebidas, o tipo de agravo dos pacientes e o tipo de resposta do regulador, comparando os anos de 2009 e 2010.

No ano de 2010 houve uma redução expressiva de ligações ao SAMU 192 (-28,44%). Analisando a proporção do perfil das ligações recebidas, houve diminuição de casos de trotes e enganos entre 2009 e 2010, aumentando o percentual de regulações (ligações pertinentes) e de ligações fora de área (de localidade fora da abrangência do SAMU Porto Alegre)

Avaliando os atendimentos conforme o tipo de agravo, não houve alterações significativas na proporção dos atendimentos, sendo os casos clínicos (37,6%) e o trauma (36,8%) as principais causas de atendimento, e o transporte entre serviços ao terceiro motivo (16,1%) (figura13).

O coeficiente de mortalidade dos atendimentos pré-hospitalares (quadro 2) realizados pelo SAMU manteve-se estável na comparação dos anos de 2009 e 2010 (20,8 por 1000 atendimentos em 2009 e 20,5 por 1000 atendimentos em 2010).

Tabela 89 – Proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações nos anos de 2009 e 2010, Porto Alegre, RS.

Ano Atendimento	2009		2010		2010 x 2009
	n	%	n	%	%
Trotes	186.244	35,0	115.702	30,4	-37,88%
Interrompidas	65.330	12,3	55.070	14,5	-15,70%
Informações	96.887	18,2	71.130	18,7	-26,58%
Enganos	92.509	17,4	63.457	16,7	-31,40%
epetidas	8.154	1,5	6.149	1,6	-24,59%
Fora de Área	3.779	0,7	4.717	1,2	24,82%
Regulações	79.078	14,9	64.460	16,9	-18,49%
Total de Ligações	531.981	100,0	380.685	100,0	-28,44%

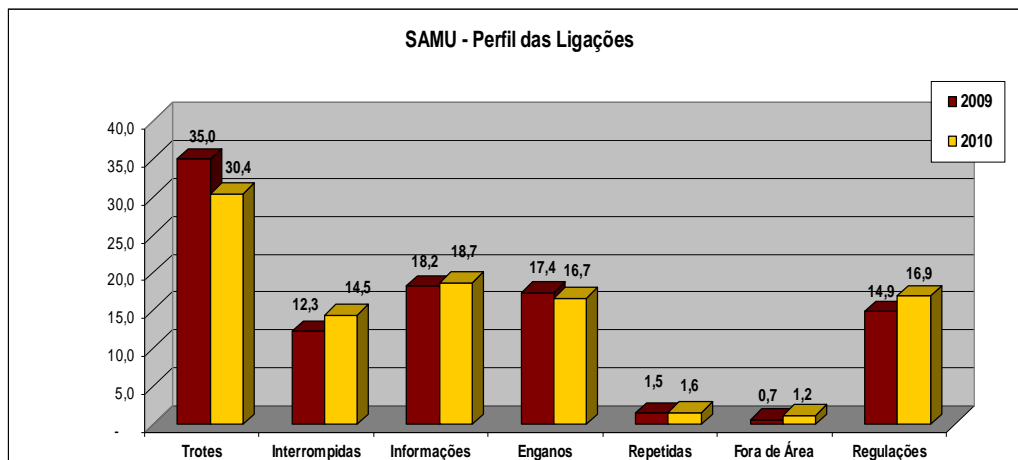


Gráfico 16: Comparativo da proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações entre os anos de 2009 e 2010, Porto Alegre, RS.

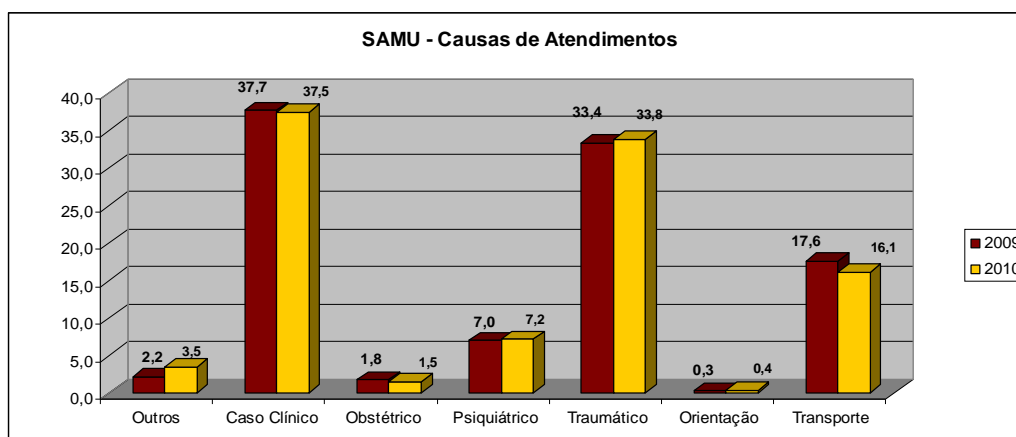


Gráfico 17– Gráfico comparativo do percentual de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a causa entre os anos de 2009 e 2010, Porto Alegre, RS.

Quadro 2 – Distribuição dos coeficientes de mortalidade dos Atendimentos Pré Hospitalares (APH) realizados pelo SAMU nos anos de 2009 e 2010, Porto Alegre, RS.

Ano	APH	óbitos	*Coeficiente
	n	n	‰
2009	36.333	757	20,8
2010	30.186	619	20,5

*Obitos para cada 1000 atendimentos

No ano de 2010 verificou-se uma diminuição no índice de ligações não pertinentes (trotes e enganos) e o aumento no índice de ligações pertinentes entre os anos de 2009 e 2010. A proporção da causa de atendimento conforme o tipo de agravo se manteve igual entre 2009 e 2010 e o coeficiente de mortalidade dos atendimentos pré-hospitalares realizados pelo SAMU manteve-se estável entre 2009 e 2010.

A análise de indicadores e dados epidemiológicos é fundamental na gestão em saúde pública, porém, a qualidade, a disponibilidade e a agilidade das informações são essenciais para o diagnóstico e o planejamento adequados. A implantação do novo sistema de informações em andamento na Secretaria Municipal de Saúde, com as informações qualificadas obtidas em tempo real possibilitará uma nova perspectiva para saúde do município, com relatórios mais detalhados e precisos, possibilitando o planejamento e as ações mais adequadas.

12. Gestão Orçamentário-Financeira

12.1' RECURSOS FINANCEIROS E ORÇAMENTÁRIOS ANO DE 2010

Com relação às despesas de ASPS, se pode notar a variação significativa entre os trimestres, especialmente no 4º trimestre, que representou acréscimo de 56% em relação à média dos primeiros trimestres. Esta ocorrência certamente está influenciada pelos gastos com pessoal (gratificação natalina e férias) e gastos com o encerramento do exercício característicos desse período.

Os recursos próprios correspondem a 47% da receita total do ano.

A receita de transferências estaduais ocorreu em maior volume de no 2º trimestre (72%). É de se ressaltar a pequena expressividade das receitas de transferências estaduais em relação à receita total do ano (1%). Contribuiu de maneira significativa para que o grupo estadual não fosse ainda menor a transferência ocorrida no 2º trimestre referente ao Plano de Enfrentamento Desastres Ambientais no valor de R\$ 3.157.202,25 (60% do total estadual).

Os recursos de transferências federais correspondem a 51% da receita total do ano.

As transferências federais, ao contrário dos recursos próprios, mostraram uma retração no último trimestre em relação às transferências médias dos períodos anteriores (-7,73%).

As transferências relativas ao Teto Financeiro apresentaram a maior representatividade dentre todas as receitas do ano (74% em relação aos recursos federais e 39% sobre a receita total).

As transferências para pagamento das Ações Estratégicas – FAEC foram de grande representatividade (13% em relação aos recursos federais e 7% sobre a receita total).

Na comparação entre o total das receitas com o total das despesas anuais pode-se notar que os ingressos foram superiores em 2% em relação às despesas.

Dentre os grupos de transferência maior relevância percentual foi localizada na comparação das transferências estaduais, onde os ingressos foram superiores em 16% em relação às despesas (principalmente em função da transferência ocorrida no 2º trimestre referente ao Plano de Enfrentamento Desastres Ambientais).

Da comparação entre as despesas e as receitas, o maior impacto percentual ocorreu nos recursos das Unidades do Murialdo (R\$ 965.964,28 de gastos contra R\$ 5.130,36 de receita). Também, de grande monta foram os gastos dos recursos dos Hospitais Públicos (R\$ 458.535,85 de gastos contra R\$ 2.540,00 de receita).

Na mesma linha temos a aplicação bastante expressiva no grupo estadual nos recursos de região resolve-custeio (ingressos de R\$ 23.121,29 e gastos de R\$ 559.632,41), Farmácia Básica (ingressos de R\$ 188.616,24 e gastos de R\$ 1.018.383,96) e PSF (ingressos de R\$ 589.000,00 e gastos de R\$ 1.025.103,08).

No anexo dois (2) deste relatório constam as planilhas de despesas e receitas financeiras do ano de 2010.

Observação: 1. As informações foram compiladas do arquivo “Execução da Receita e Despesa”, pertencente ao Anexo II do Relatório de Gestão da SES.

2. Ressalte-se que para efeito de elaboração do Relatório de Gestão da SES os dados são de periodicidade trimestral, sem acumulação anual de valores.

13. DESEMPENHO DOS INDICADORES POR CICLO DE VIDA

13.1 CICLO DE VIDA DA CRIANÇA

Os indicadores monitorados pela Área Técnica da Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente estão relacionados aos indicadores pactuados no SISPACTO e Proesf2. Os resultados estão apresentados na Tabela 86 abaixo e comparados com os dados de 2009.

Tabela 90– Resultados dos indicadores monitorados pela Área Técnica da Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, 2009 e 2010.

Indicadores	Pactuação	Meta anual	2009	2010
Taxa de mortalidade infantil (/1.000)	Sispacto Proesf2	10,0	9,8	10,5
Taxa de mortalidade infantil neonatal precoce (/1.000)		5,8	3,9	5,3
Taxa de mortalidade infantil neonatal (/1.000)		7,0	5,9	6,7
Taxa de mortalidade infantil pós-neonatal (/1.000)		5,85	3,8	3,8
Proporção de nascidos vivos com baixo peso (%)		10,0	10,4	10,1
Proporção de nascidos vivos com muito baixo peso (%)		1,6	1,7	1,7
Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal (%)	Proesf2	70,0	69,6	71,8
Proporção de nascidos vivos de mães com idade menor de 20 anos (%)		15,0	14,8	14,7
Taxa de coleta de teste de triagem neonatal no período de 3 a 7 dias (%)		50,0	42,5	49,0
Taxa de primeira consulta do acompanhamento do recém-nascido em até 7 dias de vida (%)		50,0	36,7	20,3
Taxa de aleitamento materno exclusivo na primeira consulta do recém-nascido (%)		85,0	81,0	81,7
Cobertura vacinal Tetravalente (%)	Sispacto Proesf2	95,0	85,48	81,34
Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade (/1.000)	Proesf2	31,0	30,8	30,1
Proporção de <3 anos acompanhados pelo programa Primeira Infância Melhor (%)	PPI – RS	1,0	0,82	0,83

* Modificação do indicador a partir de 2010. Até 2009 se considerava a Taxa de primeira consulta do acompanhamento do recém-nascido em até **10 dias de vida** (%).

A redução da mortalidade infantil é uma das Metas do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário. A redução dos óbitos infantis é um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo, pois a mortalidade infantil reflete as condições de vida da população. Os óbitos infantis decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas das políticas de saúde.

Nos últimos anos houve uma redução progressiva da taxa de mortalidade infantil em Porto Alegre, resultado do menor número de óbitos infantil. Em relação a 2009, houve um pequeno aumento da mortalidade infantil, mas não houve

modificação da tendência de queda verificada nos últimos anos. De 2000 a 2010 a queda na Taxa de Mortalidade Infantil foi de cerca de 30% (Gráfico 18).

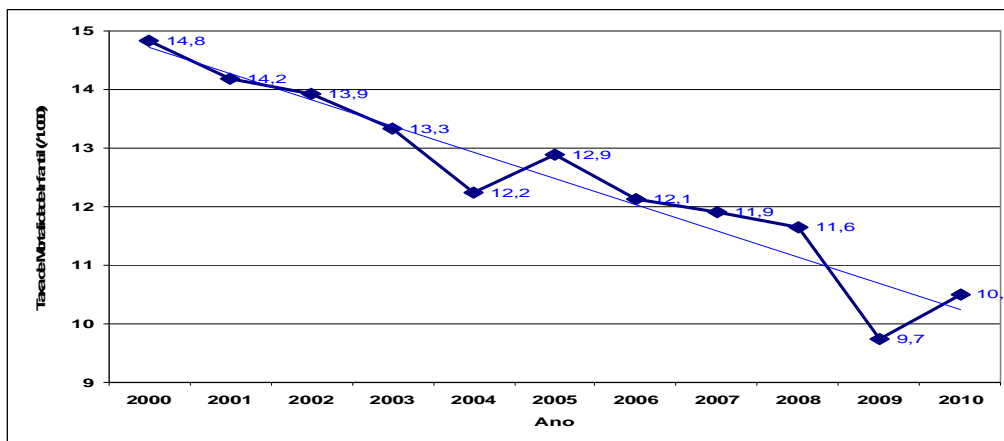


Gráfico 18 – Taxa de Mortalidade Infantil (/1.000) em Porto Alegre, 2000 a 2010. Indicador: SISPACTO 5 - PROESF 2. Fonte: SIM e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

A redução da mortalidade infantil em Porto Alegre está inversamente associada ao aumento da escolaridade das mães observada nos últimos anos (Gráfico18). A proporção de mães com 8 anos ou mais de estudo aumentou de 55% para 75,6% de 2001 a 2010. De forma constante, o menor número de anos de estudo se associou a maior Taxa de Mortalidade Infantil (Gráfico 20). Entre as crianças nascidas de mães com menos de 4 anos de estudo, a mortalidade atinge mais de 20 óbitos a cada mil nascimentos. Para as crianças de mães com 4 a 7 anos de estudo, a TMI supera 15 por mil. Inversamente, a mortalidade infantil de mães com escolaridade de 12 ou mais anos, foi inferior a 8 por mil nos últimos anos.

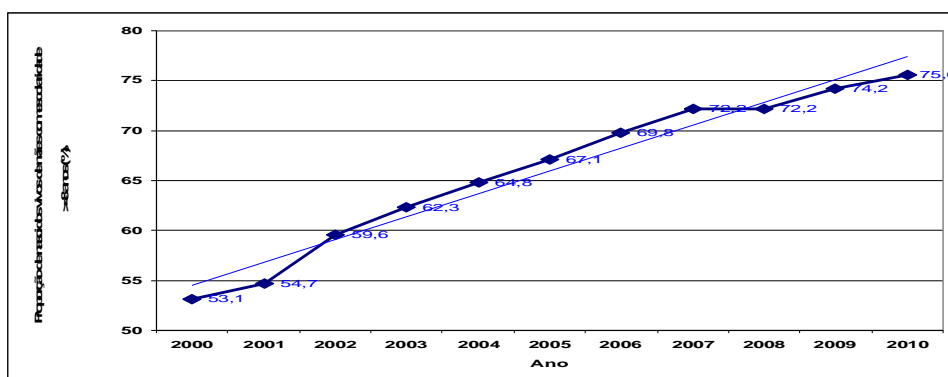


Gráfico 19 – Proporção de nascidos vivos de mães com escolaridade maior ou igual a 8 anos (%) em Porto Alegre, 2000 a 2010. Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

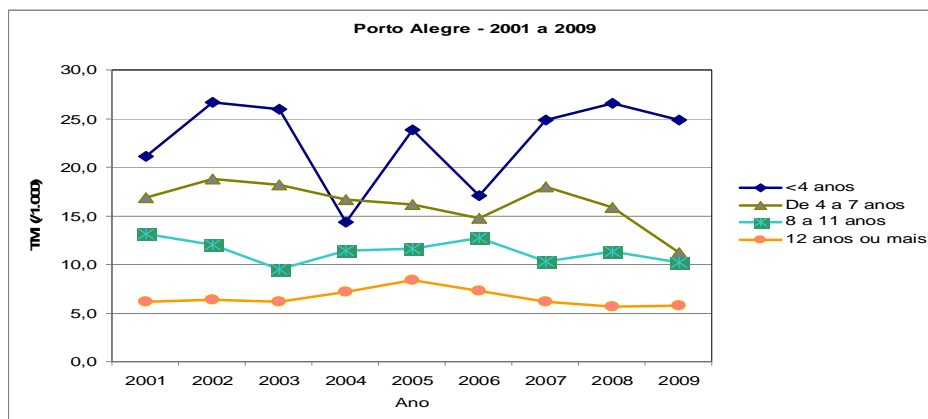


Gráfico –20 Escolaridade materna e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em Porto Alegre, 2000 a 2009. Fonte: SIM/SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Nos últimos anos houve redução do número de óbitos neonatais precoces (<7 dias de vida) e neonatais (<28 dias), com tendência de queda de Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (Figura 20), mas principalmente da Taxa de Mortalidade Neonatal (Figura 21). A queda mais significativa dos óbitos infantis ocorreu no período pós-neonatal (de 28 a 364 dias de vida), com redução da Taxa de Mortalidade de 6,5 em 2000 para 3,8 em cada mil nascimentos (Figura 6).

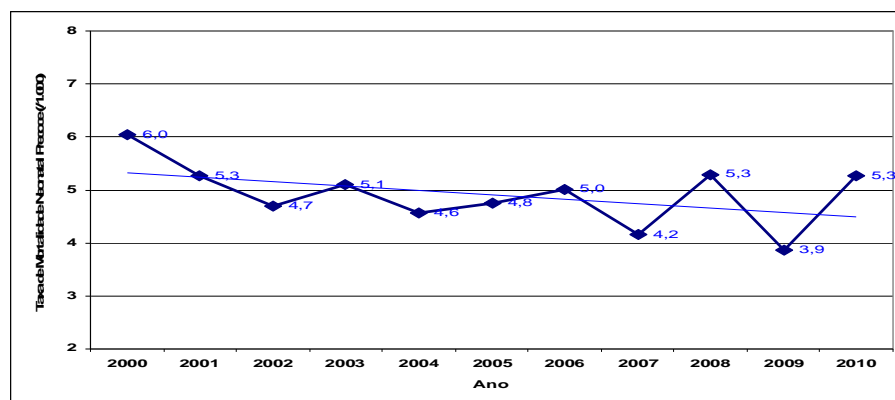


Gráfico 21- Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (/1.000) em Porto Alegre, 2000 a 2010. Fonte: SIM e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

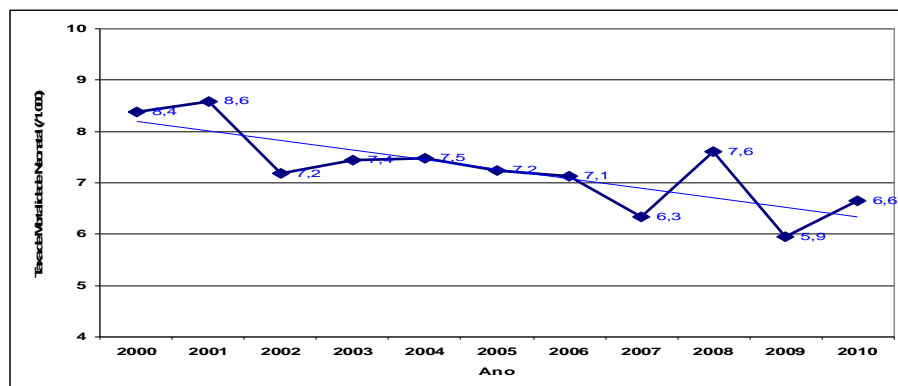


Gráfico 22 – Taxa de Mortalidade Neonatal (/1.000) em Porto Alegre, 2000 a 2010. Fonte: SIM e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

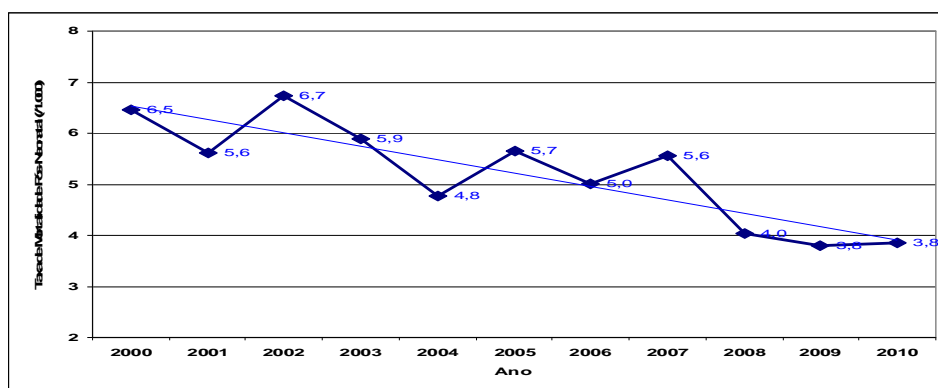


Gráfico 23 – Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (/1.000) em Porto Alegre, 2000 a 2010. Fonte: SIM e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

A proporção de nascimentos com peso inferior a 2500 gramas (baixo peso) tem apresentado uma leve tendência de elevação nos últimos anos (Gráfico 24) atingindo mais de 10% dos nascidos vivos de Porto Alegre. A proporção de nascimentos de muito baixo peso (<1500 gramas) tem oscilado de 1,5% a 1,7% dos nascimentos (Gráfico 25). O parto prematuro e o nascimento de muito baixo peso têm sido importantes fatores de risco para o óbito infantil e responsáveis por parte significativa da taxa de mortalidade infantil em Porto Alegre. A sobrevivência das crianças nascidas com peso inferior a 1500g foi inferior a 70% em 2008, com taxas de mortalidade que superam 300 a cada mil nascimentos.

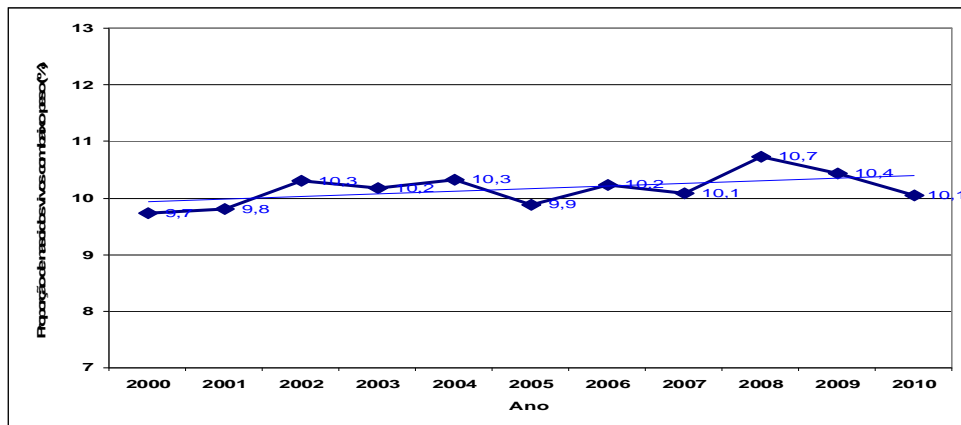


Gráfico 24 – Proporção de nascidos vivos com baixo peso (%) em Porto Alegre, 2000 a 2010. Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

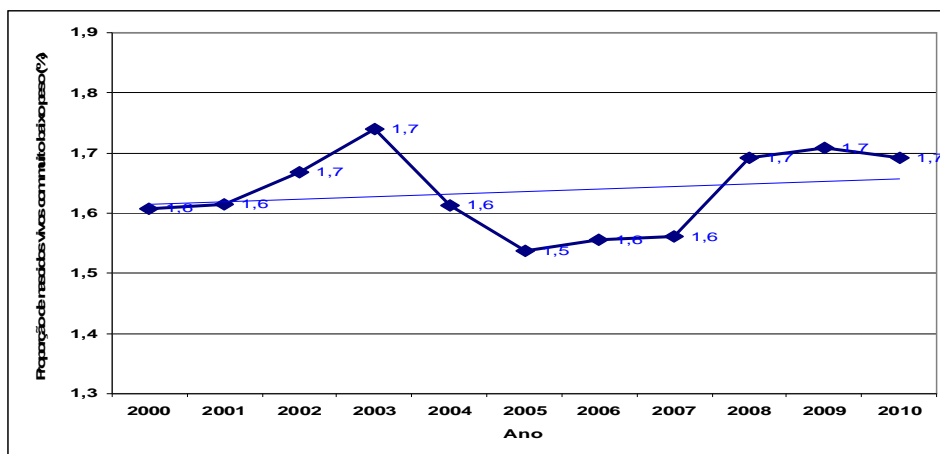


Gráfico 25– Proporção de nascidos vivos com muito baixo peso (%) em Porto Alegre, 2000 a 2010. Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

Nos últimos anos houve um incremento na proporção de nascimentos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em Porto Alegre (Gráfico 26), atingindo mais de 70% a partir de 2006. Desde então, houve uma estabilização dessa taxa em torno dos 70%, com leve aumento em 2010. O número de nascimentos de mães menores de 20 anos tem apresentado redução constante nos últimos anos, com queda de 32% de 2001 a 2010. Apesar do número de nascimentos de mães menores de 15 anos ter apresentado queda, qualquer gravidez nesse período deve motivar preocupação aos serviços de saúde, pois pode estar associado a situações de violência, exploração sexual ou de extrema vulnerabilidade da adolescente. A proporção de mães adolescentes é maior nos nascimentos raça/cor negra, sendo superior a 20%. De 2001 a 2008, a redução da proporção da gravidez na adolescência foi menor nos negros (14,2%) que nos brancos (21,6%).

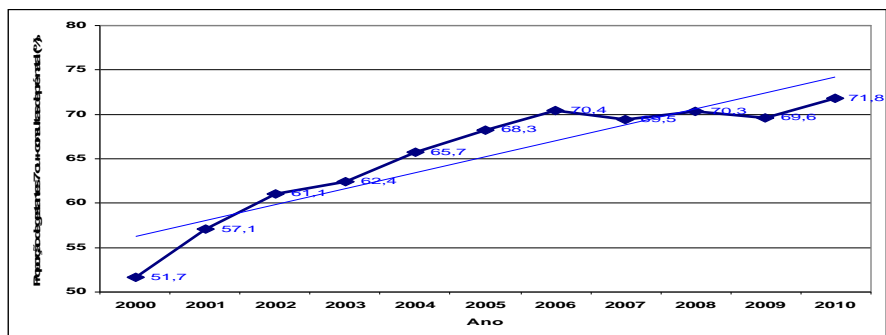


Gráfico 26 – Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal (%) em Porto Alegre, 2000 a 2010. Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

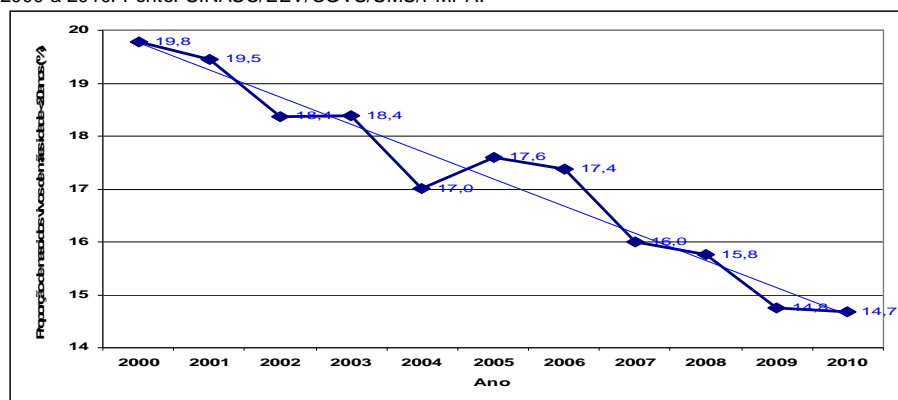


Gráfico 27 – Proporção de nascidos vivos de mães com idade <20 anos (%) em Porto Alegre, 2000 a 2010. Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

A coleta do teste da Triagem Neonatal deve idealmente ocorrer entre o 3º e o 7º dias de vida, para permitir a detecção e o tratamento precoce. De 2008 a 2010 houve um significativo aumento do número de coletas nesse período, atingindo quase 50% dos recém-nascidos em 2010 (Gráfico 29).

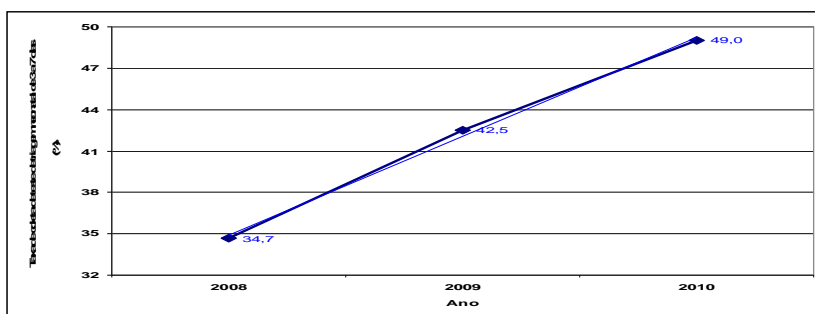


Gráfico 28 – Taxa de coleta de teste de triagem neonatal no período de 3 a 7 dias (%) em Porto Alegre, 2000 a 2010. Fonte: SRTN/HMIPV/SMS/PMPA.

Em Porto Alegre, o Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro Ano de Vida – Pré-Nenê tem como objetivo o desenvolvimento de ações de vigilância da saúde das crianças no primeiro ano de vida. Os dados do Pré-Nenê mostram que a proporção de crianças que realizaram a primeira consulta em até 10

dias de vida tem aumentado nos últimos anos. Ainda assim, em 2010, mais de 60% dos recém nascidos tiveram sua primeira consulta após o décimo dia de vida. A partir de 2010, para adequação à proposta do Ministério de Saúde da Primeira Semana de Saúde Integral e para reduzir a idade de coleta da Triagem Neonatal, foi estabelecida uma nova meta de idade da primeira consulta. Desde então, o Programa Prá-Nenê avalia a proporção de primeira consulta do acompanhamento do recém-nascido até o sétimo dia de vida. Em 2010, somente 20% das crianças ingressaram no Programa até o sétimo dia de vida.

O aleitamento natural se constitui em tema fundamental para a garantia da saúde da criança. São inúmeras, inegáveis e inquestionáveis as vantagens da amamentação para a criança, sua mãe, a família e a sociedade. Nos últimos anos, houve um leve aumento da taxa de aleitamento exclusivo na primeira consulta do recém nascido. Desde 2000 cerca de 20% das crianças não chegam à primeira consulta do Prá-Nenê em aleitamento materno exclusivo (Figura 13). Estratégias de promoção do aleitamento materno devem necessariamente incluir o período do pré-natal e as primeiras horas de vida nas maternidades para reduzir a introdução precoce de fórmulas e de outros líquidos na dieta do recém-nascido.

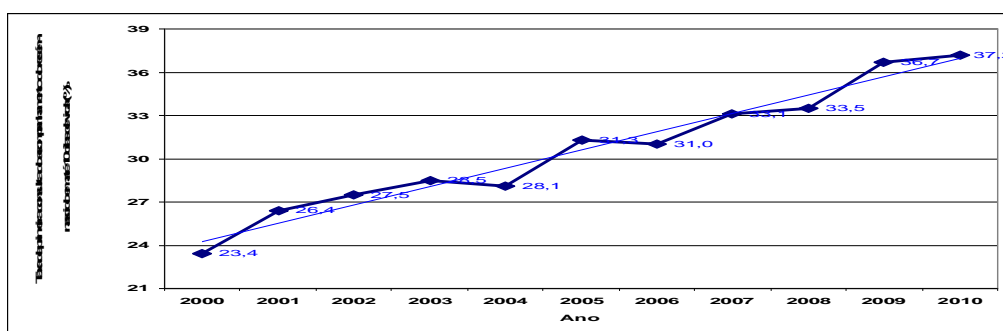


Gráfico 29 – Taxa de primeira consulta do acompanhamento do recém-nascido em até 10 dias de vida (%) em Porto Alegre, 2000 a 2010. Fonte: PPN/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

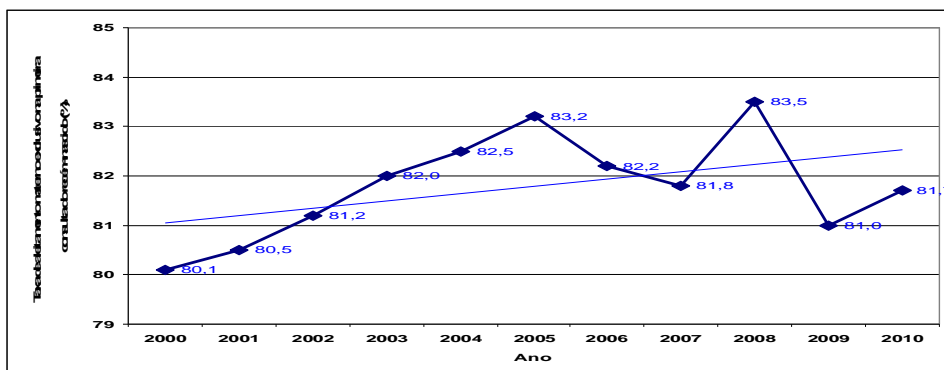


Figura 30 – Taxa de aleitamento materno exclusivo na primeira consulta do recém-nascido (%) em Porto Alegre, 2000 a 2010. Fonte: PPN/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

A imunização da população através das vacinas é um dos principais mecanismos das políticas de saúde pública para o combate às doenças infecciosas e para a interrupção de suas cadeias de transmissão. Em Porto Alegre, as taxas de cobertura vacinal têm apresentado importante redução nos últimos anos. Para as vacinas com múltiplas doses, cujos esquemas se completam aos 6 meses, como a vacina Tetravalente, a VOP e a contra a hepatite B, as coberturas têm sido inferiores a 85%. A cobertura da Tetravalente em 2010 foi de apenas 81,3%.

A perda da oportunidade de vacinação, as falsas contra-indicações, e o sub-registro, assim como a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde fora do horário de trabalho, são possíveis causas das baixas coberturas. A inexistência de uma base de dados com as doses aplicadas em cada criança dificulta a identificação dos faltosos. A ausência de novos casos das doenças controladas pela vacinação infantil pode estar produzindo uma sensação de segurança e de baixo risco de exposição às infecções e relaxando a atenção das famílias e da sociedade ao calendário vacinal. Novas estratégias organizacionais, como a identificação e a busca dos faltosos e a qualificação de registros com o desenvolvimento de um sistema de informação específico para sala de vacinas, e de comunicação social deverão ser implementadas para ampliação das coberturas vacinais.

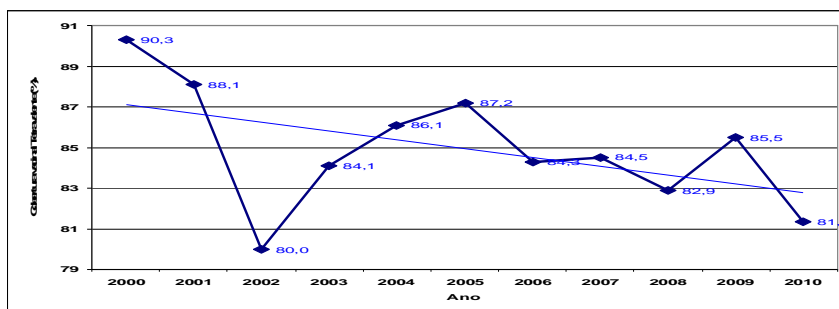


Gráfico 31 – Cobertura vacinal Tetravalente (%) em Porto Alegre, 2000 a 2010. Fonte: NI/ECE e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

A taxa de internações por doenças infecciosas respiratórias agudas (IRA) em menores de 5 anos de idade tem apresentado uma tendência de queda desde 2000 (Gráfico 32). As infecções respiratórias agudas são um grupo complexo e heterogêneo de doenças que ocorrem por causas diversificadas, cuja manifestação afeta algum ponto das vias respiratórias (nariz, garganta, ouvido (otite interna) laringe, traquéia, brônquios e pulmões) e são uma das principais causas de hospitalização e morte após o período neonatal. Em Porto Alegre, embora as doenças do aparelho respiratório (Capítulo 10 - CID10) tenham sido o principal

motivo de internação hospitalar de crianças entre 1 e 4 anos de idade, elas se corresponderam somente à 5ª maior causa de óbito no período de 2001 a 2008. A oscilação anual dos valores da taxa de internação de 20 a 32 para cada mil crianças menores de 5 anos, pode ser explicada pela variação no rigor do inverno a cada ano e pela ocorrência de surtos de infecção viral, como o ocorrido em 2009 com o vírus H1N1.

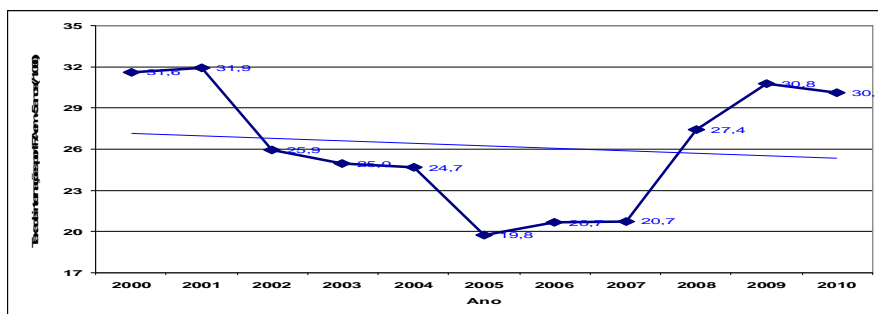


Gráfico 32– Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos de idade (/1.000) em Porto Alegre, 2000 a 2010. Fonte: TABWIN/SIH/GRSS/SMS/PMPA e IBGE.

O Programa Primeira Infância Melhor – Porto Infância Alegre (PIM PIÁ) iniciou suas atividades no ano de 2005 e tem por objetivo atender as crianças de 0 a 6 anos, particularmente nos 3 primeiros anos de vida, promovendo o vínculo entre as crianças e seus cuidadores e a atenção integral à saúde. O Programa congrega a saúde, a educação e a assistência social, com atuação integrada da SMS, SMED e FASC em Porto Alegre. O indicador pactuado com Estado reflete a cobertura do Programa sobre o número de menores de 3 anos, estimado em mais de 55 crianças. Em 2010, não houve ampliação do número de crianças acompanhadas em relação à 2009. A utilização de estagiários, estudantes de nível superior, como visitantes tem limitado a ampliação da cobertura do Programa em Porto Alegre, principalmente pela dificuldade de ocupação de todas as vagas de estágio oferecidas e de manutenção do estagiário capacitado durante todo o período possível de estágio.

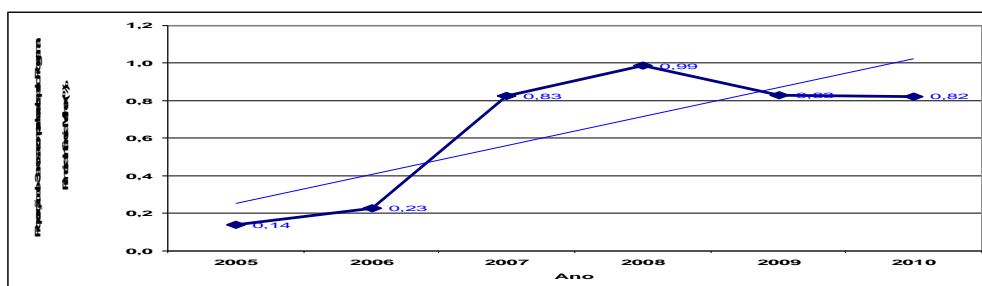


Gráfico 33– Proporção de <3 anos de idade acompanhados pelo programa Primeira Infância Melhor (%) em Porto Alegre, 2005 a 2010. Fonte: PIM-PIÁ/SMS/PMPA.

13.2 - ATENÇÃO À SAÚDE DO ESCOLAR

O relatório de 2010 das atividades da Área Técnica de Atenção à Saúde do Escolar está relacionado às metas programadas na Estratégia de Saúde do Escolar.

Tabela 91 – Metas e resultados das atividades de promoção da saúde da criança e do adolescente em Porto Alegre, 2009 e 2010.

Metas	2009				2010			
	População	Meta	Atendimento	Cobertura	População	Meta	Atendimento	Cobertura
Atendimento às creches comunitárias	-	48	194	-	-	48	75	-
Saúde bucal	76.192	25%	35.789	47,0%	89.007	25%	27.564	31,0%
Saúde nutricional	76.192	25%	6.829	9,0%	89.007	25%	2.955	3,3%
Saúde sexual e reprodutiva prevenção à gravidez indesejada e DST/AIDS	74.654	15%	7.040	9,4%	74.654	15%	8.025	10,7%
Prevenção do tabagismo, do uso abusivo do álcool e outras drogas e da violência doméstica e urbana	74.654	15%	2.618	3,5%	74.654	15,0%	2.311	3,1%

Fonte: Relatório Estratégia de Saúde do Escolar

Tabela 92- Metas e resultados das atividades de detecção precoce de agravos em saúde de criança e adolescentes em Porto Alegre, 2009 e 2010.

Metas	2009				2010			
	População	Meta	Atendimento	Cobertura	População	Meta	Atendimento	Cobertura
Triagem visual	14.568	100%	13.530	1	41.446	100%	17.677	0
Avaliação antropométrica	76.192	25%	2.300	3,0%	89.007	25%	3.000	3,4%
Levantamento epidemiológico em saúde bucal	76.192	25%	16.330	21,4%	89.007	25%	10.782	12,1%
Assessoria às escolas	-	-	2.464	-	-	-	1.190	-
Encaminhamento para consulta especializada	-	-	11.753	-	-	-	8.122	-

Fonte: Relatório Estratégia de Saúde do Escolar

As atividades desenvolvidas nas creches foram realizadas pelos estagiários do Programa Atenção à Saúde nas Creches Conveniadas e coordenadas pelas equipes dos NASCAs. Os resultados estão relacionados ao número de creches conveniadas atendidas durante o ano e a meta para 2010 compreendia 6 creches

por Gerencia Distrital por ano. Em relação a 2009, houve redução no número de creches atendidas em 2010.

As atividades de promoção de saúde bucal e nutricional foram desenvolvidas com os alunos de 1º ao 4º ano do ensino fundamental das escolas públicas e crianças de creches conveniadas, totalizando uma população alvo de 89.007 alunos, segundo os dados do Censo Escolar do INEP 2009, para o ano de 2010. Em relação ao ano de 2009 (76.192), houve ampliação da população alvo em 2010 com a inclusão das crianças matriculadas nas creches conveniadas. Houve redução do número de atendimentos e da cobertura (Tabela 87) tanto para a saúde bucal como para a nutricional em 2010.

As ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção à gravidez indesejada e DST/AIDS e de prevenção do tabagismo, do uso abusivo do álcool e outras drogas e da violência doméstica e urbana, tem como população alvo os alunos do 5º ao 9º ano do ensino fundamental das escolas públicas de Porto Alegre (74.654) e foram desenvolvidas pelos estagiários do Projeto Universidade & SUS, coordenadas pelas equipes dos NASCAs e pelas USFs vinculadas ao PSE. Houve pequeno aumento da cobertura das atividades de saúde sexual e leve redução das atividades de prevenção ao tabagismo em 2010 em relação ao ano anterior.

Para ao ano de 2010 foi estabelecida uma população alvo maior, em relação a 2009, para as ações de detecção precoce de agravos à saúde de criança e adolescentes. Em 2010, houve aumento no número de triagens visuais e de avaliação antropométrica e redução do levantamento epidemiológico. Houve diminuição das assessorias às escolas e dos encaminhamentos para consultas especializadas.

Os resultados das metas da Estratégia de Saúde do Escolar alcançados em 2010 foram influenciados pelo processo de remodelamento da Atenção à Saúde do Escolar desencadeados durante o ano. Com a ampliação do Programa Saúde na Escola (PSE) houve descentralização das ações consideradas de atenção primária para às USFs e modificação da missão do NASCA, que deverá progressivamente se torna responsável pelo atendimento especializado dos problemas de saúde de crianças e de adolescentes em cada Gerência Distrital. Essa modificação da lógica de funcionamento demandou alterações na forma de controle das atividades e dos resultados relatados. A modificação da missão do NASCA determinou a realocação de pessoal das equipes distritais e do NASCA especializado e alterações dos fluxos

assistenciais. A integração da Estratégia de Saúde do Escolar à Rede Primária de Atenção à Saúde e a derivação da responsabilidade de coordenação das ações para a Coordenação Geral da Rede Primária de Atenção à Saúde modificou o fluxo dos relatórios.

Os resultados alcançados em 2010 refletem a dinâmica das modificações ocorridas durante o ano. A partir de 2011, os relatórios das atividades e metas da saúde do escolar, previstas no PAS, estarão sob a responsabilidade da CGRAPS. A equipe da Área Técnica da Saúde do Escolar deverá acompanhar o processo do remodelamento da Atenção à Saúde do Escolar, auxiliando na solução das dificuldades encontradas, avaliando e monitorando os resultados alcançados.

Tabela 93- atendimentos individuais e em grupo pelos NASCAS

NASCA CENTRO	2010	2009
Atendimento individual	2730	3792
Atendimentos em grupo	31	67
NASCA LENO	2010	2009
Atendimento individual	2816	2385
Atendimentos em Grupo	347,8	259,8
NASCA GCC	2010	2009
Atendimento individual	1656	2864
Atendimentos em Grupo	336	336
NASCA SCS	2010	2009
Atendimento individual	1337	1609
Atendimentos em grupo	1233	1553
NASCA PLP	2010	2009
Atendimento individual	780	767
Atendimentos em grupo	22	20
NASCA NEB	2010	2009
Atendimento individual	749	828
Atendimentos em grupo	68	91
NASCA RES	2010	2009
Atendimento individual	4831	1999
Atendimentos em grupo	215	134
NASCA NHIN	2010	2009
Atendimentos em grupo	375	173

Ações relacionadas à crianças e adolescentes em situação de trabalho

Tabela 94 -Ações relacionadas às crianças e adolescentes em situação de trabalho

	Período		Varição
	2009	2010	2009/2010
Ações de capacitações à Rede de saúde de POA e região de abrangência	2	5	150%
Ações de divulgação, através de ações comunitárias e confecções de material divulgativo e de campanhas	6	15	150%

Fonte :CEREST- Regional/ POA

: Acompanhamento de fluxos de situações de crianças e adolescentes em situação de trabalho

Membro da Coordenação da FEPETI/RS (Fórum Estadual de Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Trabalhador Adolescente do RS);

Membro da COMPETI (Comissão Municipal do Programa de Erradicação do trabalho Infantil)

13.3 Ciclo de vida do adulto

13.3.1 Saúde do trabalhador

Tabela 95-Indicadores pactuados 2010 – MS e SES:

Indicador	Meta Pactuada 2010	Meta Atingida em 2010	Unidade
Número de notificações dos agravos à saúde do trabalhador constantes da Portaria GM/MS nº 777/04 SISPACTO n.º 23	191	Nº de Notificações pelo SINAN: 193 Nº de Notificações pelo SIST: 515	Nº Absoluto
Implantação de, no mínimo, 05 Unidades Sentinelas notificadoras de Saúde do Trabalhador, no município, até 2013.	Implantação de 01 Uni Sentinela: CEREST-Regional/ POA	Implantação de 02 Unidades Sentinelas: -HCPA -Hospital Santa Casa	

Fonte:CEREST-Regional/ POA

Tabela 96- Atendimento e ações coletivas de assistência/ promoção de saúde no CEREST:

Atendimentos e	Período		Varição
	2009	2010	2009/2010
CEREST	3327	3227	- 3%
Grupos Terapêuticos /oficinas	13	12	-8%
Ações de vigilância epidemiológica e saúde em POA e municípios de abrangência.	80	155	117%

Fonte:CEREST-Regional/POA

Tabela 97. Vigilância em Saúde do Trabalhador

Ações desenvolvidas	Período			Variação	
	2010		2009	2010	2010/2009
	4ºtrim.	3ºtrim.	4ºtrim.	4º/3ºtrim	4ºtrim.
Inspeção em postos de gasolina projeto Benzeno (NOVO)*	8	1	-	700,00	-
Óbitos relacionados ao trabalho.	7	0	4	0,00	75,00
Nº de Óbitos relacionados ao trabalho investigados	7	0	4	0,00	75,00
Notificação para SINAN - (SISACTO PACTO PELA VIDA – Prioridade VII ST 23)	42	64	25	(34,38)	68,00
Nº de Unidades Sentinelas notificando doenças e agravos relacionados ao trabalho no SINAN. (PAVS 49)	3	2	2	50,00	50,00
Casos de doenças e agravos notificados SIST-RS (SISACTO –INDICADORES-RS 15)	64	197	181	(67,51)	(64,64)
Capacitações saúde do trabalhador - oferecidas	2	1	0	100,00	0,00
Participações em reuniões técnicas saúde do trabalhador	8	3	10	166,6	(20,00)

Fonte – SINAN/ SIST-

Até a presente data, foram digitadas 515 RINAS, no entanto, o fechamento somente poderá ser feito no final de março, portanto, é provável que esse número venha a aumentar. Em relação ao SINAN, foram notificados 90 agravos relacionados à Saúde do Trabalhador durante todo o ano de 2010. Da mesma forma que as RINA, pode ser que esse número venha a aumentar, uma vez que notificações estão sendo ainda recebidas e não estão concluídas.

Investigação de óbitos relacionados ao trabalho – O fluxo da investigação de óbitos relacionados ao trabalho é o estabelecido em 2009 com o HPS (setor responsável pelas CATs); o setor de saúde, da Superintendência Regional do Trabalho; e a Equipe de Vigilância de Eventos Vitais da CGVS. Somente no fechamento do Sistema de Informação sobre Mortalidade, o número definitivo dos óbitos e a causa básica da morte são completamente definidos. Assim, os números informados são passíveis de alteração ao longo do período na dependência dos resultados das investigações. Sistemáticamente são pesquisados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) os óbitos informados como relacionados ao trabalho e óbitos suspeitos. Pelo SIM foram identificados 12 óbitos. Também buscou se na imprensa notícias sobre acidentes de trabalho com óbitos. Após a investigação, dos 12 óbitos, sete foram confirmados; três foram descartados (não estavam relacionados ao trabalho); dois foram perda (um endereço não localizado e

um não havia ninguém em casa nas várias vezes que fomos realizar a VD e nenhum vizinho conhecia o falecido).

13.3.1.1 -Parcerias e Participações em outros Fóruns relacionados:

Participante da CIST ESTADUAL (Conselho Interinstitucional de Saúde do trabalhador do CES);

Coordenação da Comissão de Riscos Biológicos da PMPA;

Membro da Equipe que integra a rede de atenção e proteção contra violência da PMPA.

No ano de 2010 foi iniciado o processo de descentralização da assistência em Saúde do Trabalhador, através da mudança do conceito de o CEREST ser o pólo de atendimento básico na área, para se tornar referência especializada como Unidade Sentinela na área de ST, incubindo a Rede de Saúde de POA e região (principalmente a rede básica de saúde) ,da realização da assistência à esta população. Ação que já realiza, porém sem a intervenção necessária de um fluxo adequado em saúde do trabalhador. As ações de descentralização estão contempladas no PMS, sendo realizada de forma gradual, com maior especificações em 2011.

Com isso, foram priorizadas em 2010 as ações de capacitações, vigilância epidemiológica (notificações), ações em vigilância em saúde, orientativas e de divulgação, incluindo capacitações técnicas relativas a fluxos. Isto como ações concretas iniciais para a meta de implantação do Fluxo em ST. (Meta 64 e 83 do PAS).

Em decorrência, os dados de assistência de 2009 são maiores do que 2010, pois os dados disponíveis desta área são dos atendimentos realizados no CEREST, não tendo dados da área disponibilizados pela rede, pois não há registro dos mesmos nos Boletins de Atendimento, somente nos Sistemas de Informação (SINAN e SIST). No PMS, mais específico no PAS, há ação prevista dentro das Metas 64 e 83, referentes à ST, de incluir nos BPAs estes dados, concomitante com a implantação do Fluxo em ST.

Referente aos indicadores pactuados em 2010, pelo SISPACTO, foram atingidos os indicadores, assim como em 2009, que também foi superado. Saliente-se que a pactuação foi relativa ao SINAN, porém temos um grande número de notificações pelo SIST.

Destaca-se a realização em 2010 da importante Capacitação de Imersão em saúde do Trabalhador, onde foi capacitada 70 pessoas da rede de saúde da SMS, sendo o

ponto de partida para as ações previstas no PAS 2011/ Saúde do trabalhador, envolvendo muito a equipe neste trabalho, pois os profissionais do CEREST foram os palestrantes e organizadores, assim como as diversas ações específicas às crianças e adolescentes em situação de trabalho junto à comunidade e confecção/ distribuição de material impresso e de divulgação.

Ainda na área específica de crianças e adolescentes em situação de trabalho, foram acompanhados processos de encaminhamentos interinstitucionais e na rede, de casos de trabalho infantil e representatividade constante nos fóruns de decisões das ações, sendo crescente a intervenção nesta área específica, vindo ao encontro dos Programas Nacionais relativos ao tema.

Foram implantadas mais 02 Unidades Sentinelas em 2010, além da formalização do CEREST como 01 Unidade Sentinela em 2009, que iniciaram as atividades e a realização das notificações pelo SINAN específico em ST, que já estão sendo regularmente enviadas ao CGVS/SMS para digitação dos dados. Estas ações contemplam a Meta nº 111 do PAS (indicador 49-PAVS).

13.3.2 SAUDE DA MULHER

Tabela 98 - Nascidos Vivos, Coeficiente de Natalidade, Gestação 10-19 anos

Indicador	2010	2009
	Total	Total
Nº absoluto de nascidos vivos	18204	18.559
Coeficiente de Natalidade	12,63	12,88
Gestação < de 20 anos	14,67	14,76

Fonte: SIM CGVS/P

Conforme a tabela acima verifica-se que se mantém a redução no número de gestações abaixo de 20 anos e também no coeficiente de natalidade, sinalizando um impacto positivo das ações de saúde sexual e reprodutiva.

Assistência ao Pré Natal (PN)

Tabela 99 Gestantes cadastradas no SISPRENATAL,2010-2009

Indicador	2010	2009
	Total	Total
Nº de Gestantes cadastradas no SISPRENATAL	10.116	10.352

Fonte: SISPRENATAL

O número de gestantes cadastradas no SISPRENATAL, segundo o CGVS, é dado parcial. Considerando que aproximadamente 70% dos NV (18.204) são de mulheres que realizam o parto no SUS, estima-se que praticamente 100% das gestantes foram cadastradas no SISPRENATAL. Aumento de 1,2% no número de gestantes cadastradas em relação a 2009.

Tabela 100 Proporção de RNV e o N° de Consultas do PN, 2010-2009.

Ano					
2009			2010		
N° RNV	RNV de mães que realizaram 7 ou + consultas pré-natal (6 consultas de pré-natal + 1 consulta de puerpério)	%	N° RNV	RNV de mães que realizaram 7 ou consultas pré-natal (6 consultas de pré-natal + 1 consulta de puerpério)	%
18.559	12.915	69,5	18204	13078	71,8

Fontes: SISPRENATAL E SINASC

Com relação ao número de gestantes que fizeram 7 ou mais consultas de pré natal, apesar de não atingir o pactuado que é de 76%, obteve-se um aumento de 2,3% no indicador , chegando a 71,8% das gestantes com esta meta atingida.

Tabela 101- Demonstrativo do n° de partos realizados, período 2009-2010.

Indicador	2010	2009
	Total	Total
N° de Partos*	18.116	18.559
Normal	8.671 (48,12%)	9.261 (49,90%)
Cesarianas	9.445 (51,88%)	9.298 (50,09%)

Fonte: Sinasc e SIH

*Ainda há DN's de 2010 sem via de parto estabelecida.

Este indicador persiste semelhante aos anos anteriores com percentual semelhante de partos normais e cesareanas realizados. Observa-se que analisando estes dados mais detalhadamente verifica-se que os hospitais privados tem um índice de cesariana entre 70 e 80%, puxando para cima o indicador, já os hospitais públicos tem mantido ou índice entre 30% e 40% , bem semelhante ao preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de em torno de 27% para hospitais de baixo risco e de aproximadamente 35% para os que atendem alto risco.

Tabela 102- Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (10-49 anos) e mortalidade materna, período 2009/2010.

Indicador	Total 2010	Total 2009
Nº absoluto de morte materna	8	6
Razão de morte materna	43.94	32,32
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	100%	100%

Fonte: SIM/CGVS/POA

Em 2010 o número de mortes de mulheres em idade fértil aumentou em 3% comparado com o ano de 2009, não apresentando diferença significativa em relação aos anos anteriores. A principal causa continua sendo o distúrbio cardiovascular.

Com relação à morte materna no ano ocorreram 8 óbitos, 2 óbitos a mais em relação a 2009. Este número poderá se modificar nos próximos meses após o término do estudo de cada caso individualmente pelo Comitê de Morte Materna. São investigados 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil, atingindo a pactuação.

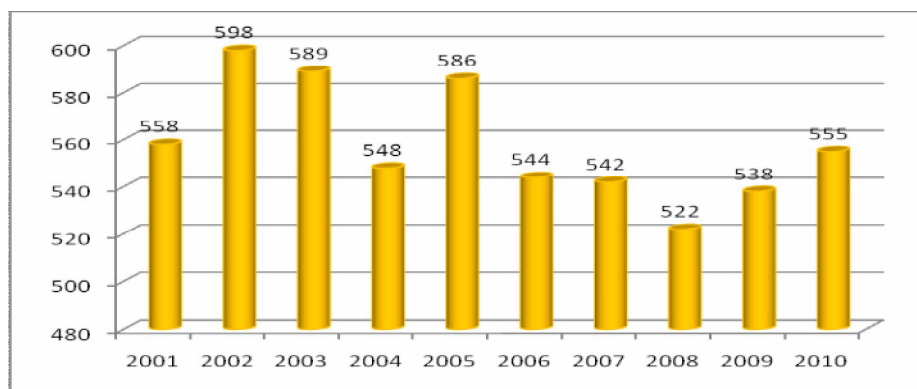


Gráfico 34: Mortalidade de mulheres em idade fértil – Série Histórica Fonte: SIM CGVS/POA

Tabela 103 Sífilis Congênita 2009/2010

Indicador	2010	2009
	Total	Total
Nº de casos	206	182
Nº de Gestantes Cadastradas	10.116	10.352

Fonte: CGVS/POA

Houve um aumento esperado no número de casos de sífilis congênita, confirmando as expectativas nacionais do aumento dos casos de sífilis na população e conseqüentemente aumento dos casos de sífilis congênita. Além disso, um dos hospitais de Porto Alegre com um grande número de nascimento não estava notificando os casos, o que foi corrigido em 2010.

Este aumento considerável dos casos nos dois últimos anos também está relacionado ao trabalho continuado de melhora das notificações dos casos nos hospitais, de qualquer forma o número de casos é absurdamente acima do preconizado pelo Ministério da Saúde e estamos elaborando e executando ações para intervenção imediata nesta situação.

O pactuado para o ano de 2010 é 100 casos, portanto temos até o momento 106 casos de sífilis congênita acima do pactuado. Dessa forma, enfatiza-se a preocupação com a Sífilis Congênita (tema principal das Reuniões de Regionalização do Pré-Natal e Parto no ano de 2010)

Saúde Sexual e Reprodutiva

Tabela 104- Procedimentos realizados e contraceptivos utilizados – 2009/2010.

Método	Período	
	2010	2009
Anticoncepcional Oral Qtd		Cartelas
Noretisterona 0,35 mg (minipilula)	10.000	25.844
Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg	217.361	194.598
Levonorgestrel 0,75mg (contracepção de emergência)	291	647
Anticoncepcional injetável		Ampolas
Anticoncepcional injetável (uso trimestral)	40.281	19.218
Anticoncepcional injetável (uso mensal)	21.244	28.988
DIU (dispositivo intra-uterino)	1669	987
Ligadura de Trompas – código - 0409060186	1.286	1.285
Vasectomia - código – 0409040240 e 040904024-0 -	641	901

Dados: Assistência Farmacêutica e TABWIN

Em 2010 houve um aumento de 22.763 cartelas de anticoncepcional oral distribuído e de 21.000 ampolas a mais de contraceptivo injetável trimestral. A minipilula teve uma redução na distribuição, assim como a contracepção de emergência e o injetável mensal. Houve um aumento de 40,8 % na colocação de DIU no ano de 2010.

O número de laqueaduras tubárias em 2010 foi semelhante ao de 2009, já as vasectomias tiveram uma pequena redução, mas mesmo assim foi realizado um número satisfatório de procedimentos.

O que mostram os dados acima é que a política de planejamento familiar, prevê oferta de todos os métodos, sem visar controle de natalidade, portanto é considerado aceitável está variação no número de procedimentos realizados e de métodos contraceptivos distribuídos.

Continuamos ofertando de forma regular todos os métodos, facilitando desta forma o acesso e adaptação da mulher com o melhor método para o seu perfil.

Tabela 105 -Total de insumos adquiridos/comprados , em 2009/2010.

Método	Período	
	2010 Qtd	2009* Qtd
Anticoncepcional Oral Noretisterona 0,35 mg (minipilula) Ethinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg	1.200 60.00	21.421 Fornecimento MS
Anticoncepcional injetável Medroxiprogesterona (acetato) 150mg /ml,inj	28.500	18.150
Levonorgestrel 0,75mg (contracepção de emergência)	Fornecimento MS	

Dados: Assistência Farmacêutica e TABWIN

Conforme tabela acima verifica-se que a SMS continua comprando métodos contraceptivos para suprir a necessidade da população, já que a quantidade de alguns métodos que vem do Ministério não supre a demanda.

Câncer de Colo do Útero

Tabela 106 -Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Colo do Útero.

	2010	2009
Total de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos	53.056	55.576
Razão entre 25-59 anos	0,14	0,15
Total de exames na população de 10-69 anos	76.554	79.081
Razão entre 10-69 anos	0,10	0,11
Colposcopias	16.505	16.505

Fontes: SISCOLO e TABWUIN

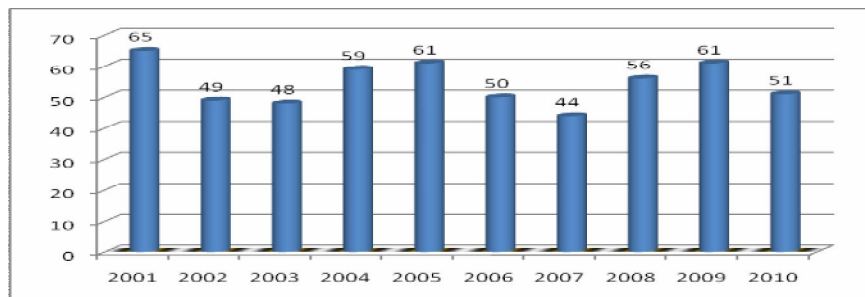


Gráfico 35 - Série Histórica da mortalidade por câncer de colo de útero. Fonte: SIM/CGVS/POA

Avaliando a tabela 102 verifica-se que o total de exames citopatológicos realizados na faixa etária de 25 a 59 anos em 2010 (0,14) segue abaixo do pactuado que é 0,20.No que tange toda população de mulheres entre 10-69 anos registra-se uma pequena diminuição no número de citopatológicos coletados, ficando com uma razão de 0,10. A

população prioritária para coleta do exame é a faixa etária entre 25-59 anos , conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

O número de exames de colposcopia se manteve estável. Considerando que este exame deve ser realizado preferencialmente quando o exame de citopatológico está alterado (3-4% dos exames) e em casos com inspeção visual alterada (não mensurável), verifica-se que entre 14-18 % dos exames citopatológicos estão gerando colposcopia, uma porcentagem adequada, considerando o exposto acima.

No ano registrou-se uma redução de 10 casos de morte por câncer de colo do útero em relação a 2009, isto pode significar que o aumento do rastreamento através do aumento da coleta de CP nos últimos anos, apesar da pequena redução de 2010, a facilidade de acesso ao especialista em patologia cervical e a agilidade no tratamento está agindo positivamente neste indicador.

Câncer de Mama

Tabela 107 Nº de ecografias mamárias e mamografias realizadas período 2009-2010.

Exames realizados	2010	2009
Ecografias mamárias	14.153	14.111
Mamografias	61.702	66.993
Mamografias 50-69 anos	30.673	Dado em 2009
Razão 50-69 anos	0,24	dado não disponível em 2009

Fonte: TABWIM

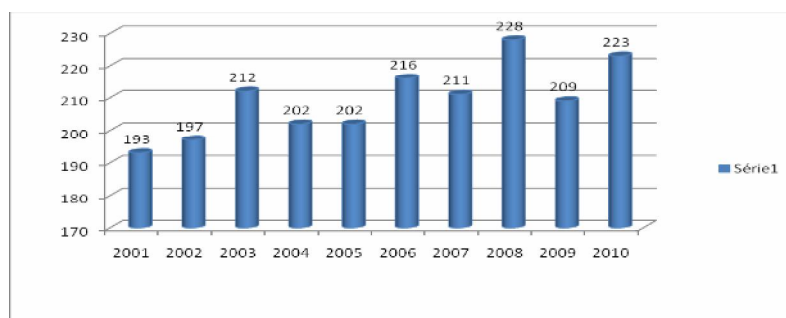


Gráfico 36 -Série Histórica da mortalidade por câncer de mama

Fonte: SIM/CGVS/POA

A mortalidade pelo câncer de mama teve um aumento em relação a 2009, mas tem se mantido no mesmo patamar dos anos anteriores, sem diferença significativa entre os anos acima.

Com relação as Mamografias, temos uma razão entre MMG realizadas nas mulheres de 50-69 anos e a população feminina nesta faixa etária de 0,24 , acima do pactuado que é de 0,13.

A ecografia mamária que é um exame complementar a MMG apresentou um aumento de 42 exames em relação a 2009.

Observa-se em 2010 uma redução no número de MMG realizadas, apesar dos anos anteriores estar apresentando uma curva ascendente. Isto pode estar relacionado a vários fatores, como, falta de educação em saúde da população, dificuldade de acesso ao profissional de saúde (médico e enfermeira), o não seguimento dos protocolos preconizados pelo profissionais de saúde, mudança no formulário de solicitação do exame, entre outros, portanto a partir de 2011 cada Unidade de saúde terá a partir de 2011 uma meta a ser cumprida em relação ao número de MMG e coleta de CP, de acordo com a população alvo de sua região, para a solicitação do exame.

Estes números serão avaliados trimestralmente pela área técnica da saúde da mulher que ao identificar as dificuldades de cada Unidade trabalhará em conjunto para atingir as metas..

ATIVIDADES REALIZADAS EM 2010

Atividades de promoção e prevenção para comemoração do dia Internacional da Mulher em todas Unidades de Saúde de POA.

Planejamento de compra do material de consumo da saúde da mulher durante todo ano de 2010.

Elaboração da Diretriz Clínica de atendimento as Mulheres Lésbicas.

Conclusão e impressão do Protocolo de Saúde Sexual e Reprodutiva .

Elaboração de folder para promoção e prevenção do câncer de mama. (40.000)

Realizada capacitação dos médicos clínicos das UBS para incorporar o exame de MMG na rotina clínica, aumentando o acesso a este exame (capacitados aproximadamente 50 profissionais).

Qualificação do SISMAMA, incorporando o GHC no sistema.

Reuniões nas Gerências Distritais com a participação das Unidades de Saúde para identificar dificuldades em relação a execução das ações da saúde da mulher e também orientação para o aumento da coleta do exame de citopatológico (discutido os dados do número de exames coletados por unidade em 2008 e 2009 e o número ideal de coleta por região).

Reunião de Regionalização do Pré-Natal e Parto nos Hospitais: São Lucas (Puc), HMIPV, Fêmina, GHC, Santa Casa com capacitação em Sífilis na Gestação e Sífilis Congênita.

Elaboração de cartaz sobre o direito da gestante de ter junto de si um acompanhante na hora do pré parto, parto e pós parto.

Elaboração da Carteira de Saúde da Mulher

Reuniões mensais do Comitê de Morte Materna

14.CICLO DE VIDA DO IDOSO

De acordo com as Metas e os Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, a saúde do idoso tem dois objetivos e dois indicadores relacionados, respectivamente:

Prioridade: 1 – Atenção à Saúde do Idoso

Objetivo: Promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.

Indicador Nº 1 – Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur.

Prioridade: VI – Fortalecimento da Atenção Básica

Objetivo: Reduzir a internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) no âmbito do SUS

Indicador Nº 20 – Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)

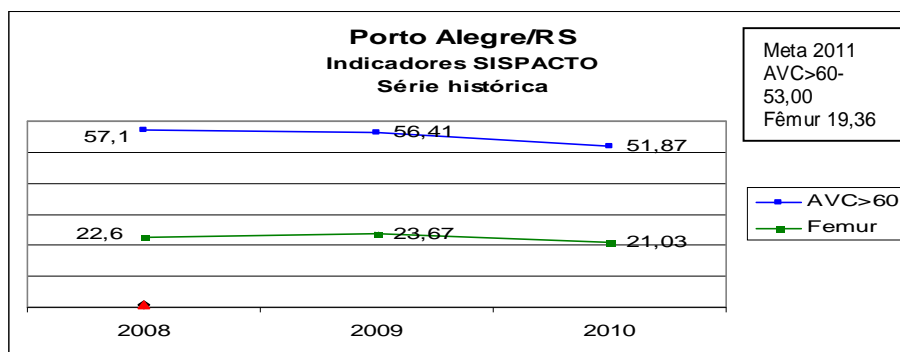


Gráfico 37 - Internações por AVC e Fratura de Fêmur na população de 60 anos ou mais. Série Histórica 2008 2009 2010. Fonte: GRSS/TABWIN

No gráfico acima, verifica-se o desempenho dos indicadores de internações por AVC e internações por fratura de fêmur na população acima de 60 anos de 2008 a 2010. Com relação às internações por AVC observa-se uma redução de 56,41 em

2009 para 51,87 em 2010. Os indicadores do SISPACTO para as internações por AVC não foram considerados, pois o método de cálculo está baseado apenas na população de 30 a 59 anos.

Os indicadores considerados são do Pacto pela Vida e de Gestão Biênio 2010- 2011 – Pactuação Estado – Municípios que teve 55,00 como meta pactuada em 2010 para internação por AVC na população de 60 anos ou mais em Porto Alegre. De acordo com o gráfico e a tabela observa-se que os indicadores vêm diminuindo, inclusive ficando abaixo da meta pactuada em 2010.

Nas internações por Fratura de Fêmur se observa uma redução de 23,67 em 2009 para 21,03 em 2010, ou seja, 2,64 a menos que o ano anterior. Vê-se como tendência uma melhora dos indicadores e que a meta pactuada será atingida em 2011.

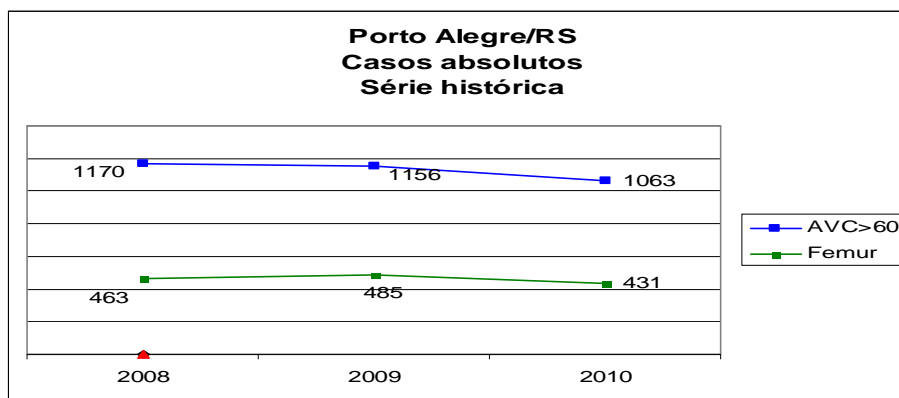


Gráfico 38 – Casos Absolutos de Internações por AVC e Fraturas de Fêmur na população de 60 anos ou mais Série Histórica 2008 2009 2010. Fonte: GRSS/TABWIN

O gráfico 38 mostra os Casos Absolutos de AVC e Fratura de Fêmur em Porto Alegre. A partir dos dados, observa-se a redução de internações nos dois casos entre a população acima de 60 anos. Uma avaliação da série histórica mostra que o número de casos vem diminuindo e a tendência é uma redução mais significativa para 2011, tendo em vista a implementação do Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis prevista no Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

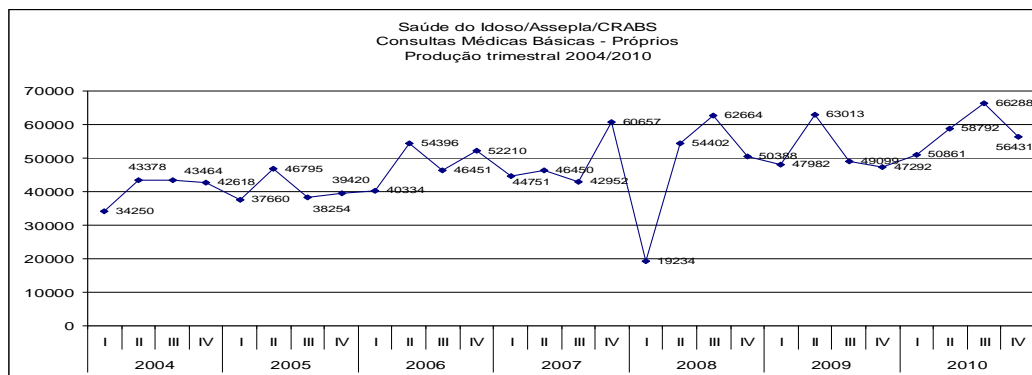


Gráfico 39 – Consultas Médicas Básicas nos serviços Próprios – População com 60 anos ou mais. Série Histórica. Produção Trimestral. Ano 2004-2010

Percebe-se que o número de consultas médicas básicas nos serviços próprios aumentou de 207.386 em 2009 para 232.372 no ano de 2010. Isto significa cerca de 25 mil consultas, o que reflete uma maior oferta de consultas médicas básicas para a população idosa. Em relação ao número de consultas de enfermagem observa-se pouca variação entre os anos de 2009 e 2010. Contudo, houve um aumento de 4352 no total de consultas de enfermagem no município, passando de 21.432 no ano de 2009 para 25.784 em 2010. Este aumento está diretamente ligado às ações das equipes da ESF com a população idosa dependente SUS.

Tabela 108- Consultas Especializadas – População com 60 anos ou mais. Série Histórica. Produção Trimestral. Ano 2004-2010

2009				2010				
I	II	III	IV	I	II	III	IV	
81530	92084	91690	91471	90637	107000	101887	122411	Total
16003	19151	18095	14913	18361	22725	20796	40531	Próprios

De acordo com a tabela acima, observa-se um aumento expressivo no número de consultas especializadas para a população com mais de 60 anos. Nos trimestre II, III e, especialmente, no IV trimestre percebe-se essa ampliação. Em 2009 foram 68.162 consultas e em 2010 esse número subiu para 102.413. Com base na série histórica apresentada na tabela acima, vê-se pouca variação entre os anos anteriores e um maior número de consultas realizadas por especialistas em próprios no último ano.

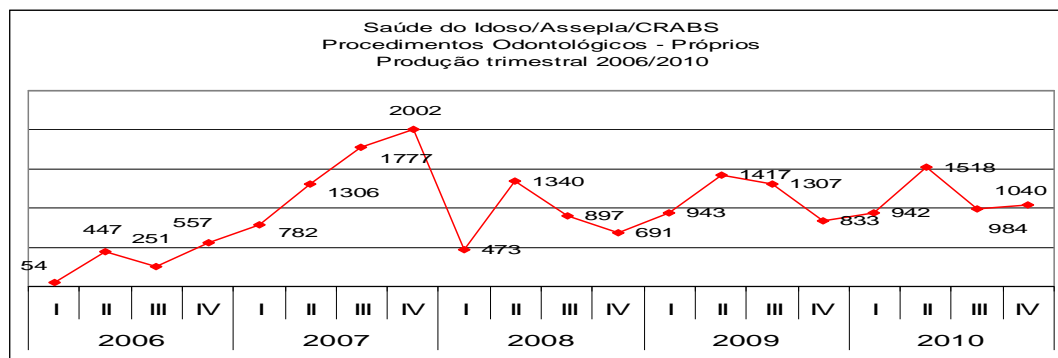


Gráfico 40 – Procedimentos Odontológicos em Próprios. População com 60 anos ou mais. Série Histórica. Produção Trimestral. Ano 2004-2010

Em relação aos procedimentos odontológicos, de acordo com gráfico 3, observa-se pouca variação entre os trimestres do ano de 2009 e 2010. É possível perceber uma pequena diferença no número de procedimentos realizados nos dois anos. Em 2009 foram realizados 4500 procedimentos odontológicos e 4484 no ano de 2010. Contudo, os dados de dezembro de 2010 são preliminares e a estimativa é que o número total de procedimentos de 2010 tenha ultrapassado o ano anterior.

15.0 POPULAÇÕES VULNERAVEIS

15.1 Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Porto Alegre possui comunidades indígenas de três etnias ou povos: Mbyá Guarani, Kaingang e Charruas. A atenção básica à saúde do povo Mbyá Guarani é prestada pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena do Pólo Base de Viamão, sendo que o município de Porto Alegre fornece o Agente Indígena de Saúde, exames e consultas especializadas e internações.

As outras duas etnias são referenciadas às UBS ou ESF da rede municipal segundo local de moradia, conforme quadro abaixo.

Quadro 4- Serviços de atenção básica à saúde indígena – Porto Alegre - 2010

Comunidade indígena	UBS/ESF
Comunidade Kaingang Morro do Osso	UBS Tristeza
Comunidade Kaingang Lomba do Pinheiro	ESF Panorama

Núcleo Doméstico Kaingang Jardim do Verde (Jarí)	ESF Jardim Protásio Alves
Núcleo Doméstico Kaingang Vila Safira/Morro Santana	ESF Vila Safira
Núcleo Doméstico Kaingang Agronomia	UBS Vila Mapa
Comunidade Charrua/ Aldeia Polidoro	UBS Lami

Fonte: ASSSEPLA/SMS

No primeiro semestre de 2010, em conjunto com a FUNASA, atualizamos o cadastro das populações indígenas por local de moradia.

Quadro 05 População de homens por faixa etária – povos Kaingang e Charrua – Porto Alegre - 2010

	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60>	Total
Morro do Osso	1	7	11	10	4	8	6	5	1	1	54
Lomba Kaingang	0	5	12	9	12	10	14	8	2	1	73
Polidoro Charrua	0	1	3	2	0	1	2	1	1	1	12
Vila Safira	0	1	0	2	3	2	3	0	2	1	14
Vila Jari	0	0	1	3	0	2	2	0	0	2	10
Total	1	14	27	26	19	23	27	14	6	6	163

Fonte: SESAI/RS

Quadro 06 População de mulheres – povos Kaingang e Charrua – POA- 2010

faixa etária	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60>	Total
Morro do Osso	0	6	12	12	7	13	4	4	1	2	61
Lomba Kaingang	0	9	10	13	10	11	13	5	2	0	73
Polidoro Charrua	0	0	2	6	2	0	3	0	1	1	15
Vila Safira	0	2	1	2	3	3	1	1	1	1	15
Vila Jari	0	0	3	0	0	1	1	1	0	1	7
Total	0	17	28	33	22	28	22	11	5	5	171

Fonte: SESAI/RS

Quadro 07-População total – povos Kaingang e Charrua POA- 2010

	População Total
Morro do Osso	115
Lomba Kaingang	146
Polidoro Charrua	27
Vila Safira	29
Vila Jari	17
TOTAL	334

Fonte: SESAI/RS

Em 2009 a Organização Mundial de saúde (OMS) declarou Situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) devido à ocorrência de casos de Influenza A (H1N1) em humanos no México e nos Estados Unidos da América. Para a contenção da pandemia pelo vírus Influenza de novo subtipo pandêmico a OMS e o Ministério da Saúde do Brasil adotaram como estratégia a vacinação de segmentos populacionais considerados de maior vulnerabilidade.

Quadro 08 - Cobertura vacinal da população indígena para Influenza A no RGS e em Porto Alegre - 2010

Influenza A (H1N1)	RGS (%)	Porto Alegre (%)
População Indígena	100	122

Fonte: CGVS/SMS

No segundo semestre de 2010, houve capacitação em Saúde da Criança e da Mulher Indígena, para enfermeiras das UBSs e ESFs do município que são referências de atendimento às comunidades indígenas. No mesmo período foram capacitados os Agentes Indígenas de Saúde.

Os dados de atendimentos realizados às comunidades indígenas são computados nos dados de produção geral dos serviços de saúde da SMS. Até a presente data o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI, bem como o SISVAN Indígena, não foram repassados ao município o que tem inviabilizado a criação de um banco de dados exclusivo.

15.2. Área Técnica de Saúde da População Negra

Manteve as suas principais linhas de atuação que envolvem a promoção, prevenção e assistência a saúde da população negra. O comparativo entre um ano e outro somente será possível ser realizado no ano de 20125, a área técnica passou a monitorar e sensibilizar a rede para a redução da iniquidade em saúde no ano de 2010.

20.2.1 Doença Falciforme

As ações relativas a Doença Falciforme foram operacionalizadas de duas formas. A primeira foi iniciada com o processo de educação permanente para os trabalhadores da rede. Foram realizados 02 cursos: Doença Falciforme e Odontologia e Doença Falciforme e Urgências.

A segunda ação vêm sendo desenvolvida através de um grupo de trabalho oficializado através do DOPA que tem o objetivo de organizar o Protocolo Municipal de Doença Falciforme em Porto Alegre.

Comitê Técnico de Saúde da População Negra

O comitê é composto pela gestão e trabalhadores da SMS, universidades, Hospitais e especialistas no tema da saúde da população negra e têm subsidiado e sistematizado propostas que visem à promoção da equidade racial na atenção à saúde; apresentados subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Municipal de Saúde; elaborado e pactuado propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde; participado de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra.

Quesito Raça e cor

Em Porto Alegre, deste 2000, está em vigor a Lei Municipal nº 8.470/2000, que estabelece a inclusão dos itens de raça e etnia nos dados cadastrais da população junto à Administração Municipal. A inserção do quesito raça/cor nos

documentos da Secretaria Municipal de Saúde, após revisão, foi incorporado seguindo os dados utilizados pelo IBGE: branco, amarelo, indígena, preto e pardo. Porém, sua aplicação merece aprimoramento a fim de qualificar a produção de dados e sua análise. A produção do Boletim epidemiológico nº 44 com 2.000 exemplares impressos e por meio virtual, abordou a análise epidemiológica da saúde da população negra do município de Porto Alegre.

Quilombos Urbanos

Realizado seminário juntamente com o Conselho Municipal de Saúde e os 04 Quilombos de Porto Alegre com o objetivo de construir ações conjuntas de saúde.

Do dia 20 de outubro a 20 de novembro foi realizado na rede municipal de saúde, diferentes atividades em prol ao Dia Nacional de Saúde da População Negra. Dentre estas foi realizado uma caminhada.

CONCLUSÃO

O Relatório Anual de Gestão 2010 apresentado a partir de um novo modelo de redação constituído através das propostas do Plano Municipal de Saúde traz a adequação dos conteúdos por assuntos específicos e ciclos de vida, permitindo problematizar com mais propriedade as dificuldades existentes, tanto nos agravos mais prevalentes como nos problemas estruturais do próprio sistema, assim como, avaliar e acompanhar o cumprimento das metas.

A partir do re-ordenamento da SMS no início do ano, observa-se inúmeros movimentos nos processos de trabalho, que convergem para qualificação do acesso à saúde no município. A CRAPS passou a assumir, de fato, serviços de sua responsabilidade como é o caso dos NASCAS. A GRSS aprimorou os processos de trabalho junto aos prestadores permitindo desta forma a melhoria da regulação de consultas e leitos hospitalares.

O investimento em obras no ano foi R\$ 2.636.584,06, sendo que em 2009 foi de R\$ 661.188,50. Mostrando um incremento de mais de R\$ 1.975.395,56 investidos em novas obras, adequação e recuperação dos serviços.

Alguns indicadores obtiveram melhora e outros deixaram a desejar. A taxa de mortalidade infantil e neonatal, indicador que possui redução progressiva na avaliação anual a partir de 2000, apesar de aumentar em relação a 2009, não modificou sua tendência de queda. Os partos prematuros e nascimentos de baixo peso são fatores de risco para óbito e responsáveis significativamente pela taxa de mortalidade infantil por isto, foi estabelecida nova meta de idade para primeira consulta, até o 7º dia de vida.

A taxa de cobertura vacinal tem apresentado redução nos últimos anos. As infecções respiratórias agudas em menores de 5 anos estão apresentando uma tendência de queda.

O acréscimo da cobertura da Estratégia de Saúde da Família passou de 24,8% para 25,36%.

No quadro de pessoal registra-se a saída de um maior nº de servidores federais, estaduais e da FUGAST em contrapartida, registrou-se ingresso maior de servidores municipais no quadro oriundos de concurso público sendo que os cargos em maior número foram de médicos, enfermeiros e dentistas.

Preocupa o fato de que não há um diagnóstico de demanda reprimida, ou seja, não há informação do quantitativo de solicitações de remoções clínicas efetuadas destinadas a pacientes em tratamento de fisioterapias, quimioterapias, radioterapias e consultas médicas, além da deficiência de dados na atenção primária e especializada inviabilizem uma adequada avaliação e monitoramento dos indicadores.

Muitos foram os avanços, mas muito mais são os desafios. A letalidade por AIDS que em 1983 era de 38,72% do total dos casos notificados registrou índices de 14,17% em 2010. A taxa de incidência de casos de AIDS foi de 102,16 por 100.000 habitantes e o coeficiente de prevalência apresenta-se com 947,97 casos por 100.000 habitantes.

Da mesma forma a Tuberculose e a Sífilis Congênita preocupam pelo alto nº de casos novos a cada ano. A AIDS, a Tuberculose e a Sífilis são agravos que necessitam uma atenção especial que transcendem o olhar do setor saúde, pela sua característica de pauperização.

Ganharam destaque as ações de modernização da gestão incluindo a informatização a partir do primeiro trimestre e consolidadas com a criação do Projeto Infored, e a constituição de um Grupo de Trabalho de Informatização da SMS.

Cabe salientar também que o sucesso de implantação do Projeto Infored não pode ser medido somente através dos seus indicadores, já que ele é uma atividade meio, mas também das atividades fim que são foco do projeto, tais como número de consultas e internações reguladas, controle financeiro sobre os prestadores, percentual de serviços informatizados, percentual de serviços integrados na rede de telecomunicação municipal, etc... Para a implantação do Projeto Infored foram elaboradas etapas que viabilizam o acompanhamento da execução do projeto. Ressaltamos que o projeto vem acontecendo conforme planejado, não havendo nesse momento nenhuma etapa com atraso significativo.

Há três grandes focos de ação na gestão da SMS: 1) a Modernização da gestão e Informatização da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, RS; 2) os Caminhos preferenciais e regionalização da assistência em Porto Alegre, RS; e 3) os Avanços de gestão da saúde da família e o Instituto Municipal de Saúde da Família (IMESF).

Desta forma, a SMS terá maior capacidade de dar respostas às exigências internas e externas, cumprindo com os preceitos constitucionais da descentralização e da regionalização dos serviços do SUS, bem como atendendo aos princípios de gestão expostos no Pacto pela Saúde.

Referências

BRASIL. **Presidência da República, Casa Civil**, Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

_____. **Ministério da Saúde**, Portarias de nº 399 de 22 de fevereiro de 2006; nº 699 de 30 de março de 2006; nº 699 de 30 de março de 2006; nº 3.085 de 1.º de dezembro de 2006; nº 204 de 29 de janeiro de 2007; e nº 1.229 de 24 de maio de 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal de Saúde**. Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

_____. **Secretaria Municipal de Saúde**. Programação Anual de Saúde 2011.