



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

**RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2011**

Porto Alegre, março de 2012

**AUTORIDADES MUNICIPAIS**

JOSÉ FORTUNATTI

**Prefeito Municipal**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CARLOS HENRIQUE CASARTELLI

**Secretário Municipal de Saúde**

MARCELO BÓRIO

**Secretário Adjunto**

CAROLINA SANTANNA

**Secretária Substituta**

MIRIAN GIZELE MEDEIROS WEBER

**Coordenação Geral**

SILVIA GIUGLIANI

**Conselho Municipal de Saúde**

LURDES MARIA TOAZZA TURA

**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**

ISMAEL LOPES FERNANDES

**Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo**

THEMIS REGINA BARRETO KRUMENAUER

**Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores de  
Saúde**

MÁRIO CÉSAR JERÔNIMO KURZ

**Gerência de Saúde do Servidor Municipal**

MARIA ISABEL BITTENCOURTT

**Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**

ELISABETH LOGUERCIO COLLARES

**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**

ROSANE TEREZINHA BALTAZAR

**Leste/ Nordeste**

VÂNIA MARIA FRANTZ

**Partenon /Lomba do Pinheiro**

DANIELLE CERQUEIRA

**Glória/Cruzeiro/ Cristal**

VANIA LOURENÇO PAULI

**Restinga/ Extremo Sul**

DÓRIS DE C. CAMPOS VIDAL

**Sul/Centro Sul**

**SECRETARIA TECNICA DO CMS**

Maria Letícia de Oliveira Garcia

Walter Jeck

Tânia Ruchinske

Oscar Paniz

Humberto José Scorza

Terezinha Albina Maraschin

Nei Carvalho

Moiseli Paz

Dianne Mara Vittorassi

Luiz Walter Jacques Dornelles

Vanderlei Luiz Matiello Fornari

Lurdes Maria Toazza Tura

Christiane Nunes Freitas

## 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

ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde

C - Centro

CA - Câncer

CAPS - Centro de Apoio Psicossocial

CAPSES - Coordenação de Atenção Primária e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos

CAPSad - Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Apoio Psicossocial Infantil

CAVM- Centro de Apoio Viva Maria

CD - Cirurgião Dentista

CE - Causas Externas

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CPES – Comissão Permanente de Integração em Ensino e Serviço

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

CPES – Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço

CS – Centro de Saúde

DAR – Doenças do Aparelho Respiratório

DDAs – Distritos Docentes Assistenciais

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

ED – Equipe de desenvolvimento

EGP – Escola de Gestão Pública

EPTC – Empresa Pública de Transporte e Circulação

ESF – Estratégia Saúde da Família

EVSAT – Equipe de Vigilância Ambiental e em Saúde do Trabalhador

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania

FUGAST – Fundação de Gastroenterologia do Estado

GEAF - Gerencia de Acompanhamento Funcional

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

GSH – Gestão dos Serviços em 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

LTI – 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

NACH - Núcleo de Avaliação e Controle Hospitalar

NEB – Norte Eixo Baltazar

NEO – Neoplasias

NHNI – Noroeste, Navegantes, Humaitá e Ilhas

NRP- Núcleo de Relacionamento com os Prestadores

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

PASS – Programa de Atenção a Saúde do Servidor

PFA – Paralisia Flácida Aguda

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

SAME – Serviço de Assistência Médica

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

SCS – Sul, Centro Sul

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SAI – Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SIAH – Sistema de Informação Hospitalar

SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

SIM – Sistema Nacional de Mortalidade Infantil

SINASC – Sistema de Notificação de Nascidos Vivos

SINAN – Sistema de Notificação de Nascidos Vivos

SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama

SISCOLO – Sistema de Informação do câncer do colo do útero

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SISPRÉNATAL – Sistema de Informação do Acompanhamento do Pré-Natal

SISREG – Sistema de Regulação

SIST – Sistemas de Informação em Saúde do Trabalhador

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

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

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

US – Unidade de Saúde

VD – Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.	13
2	ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	14
3	LEGISLAÇÃO/ NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS MUNICIPAL	14
4	PARTICIPAÇÃO DA SMS EM INSTÂNCIAS COLEGIADAS	15
5	HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO AO RECEBIMENTO DE RECURSOS	16
6	GESTÃO NA SAÚDE.	17
6.1	Gestão do trabalho em saúde.	17
6.1.1	Caracterização da Força de Trabalho.	19
6.1.2	Planejamentos de concursos para 2012	26
6.1.3	Atendimento Funcional	27
6.1.4	Educação Permanente em Saúde..	29
6.1.5	Ética e pesquisa em saúde.	40
6.2	Humanização na assistência e da gestão em saúde.	43
6.3	Ouvidoria do SUS	48
6.4	Assessoria de comunicação	50
7	REDE DE SERVIÇOS E REFERÊNCIAS	60
7.1	Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde	60
7.2	Rede de Serviços de Urgências e Emergência	63
7.3	Rede de serviços ambulatoriais e de internações hospitalares	64
8	INFRA-ESTRUTURA DE APOIO.	65
8.1	Inforede	70
9	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	74
9.1	Produção.	74
9.2	Atenção Básica Especializada	77
9.2.1	Saúde Bucal.	77
9.2.2	Saúde Nutricional	84
9.2.3	Assistência Farmacêutica	89
9.2.4	Saúde Mental	91
10	AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE	109
10.1	Vigilância, prevenção e controle de Doenças Transmissíveis e outros agravos	109
10.2	Prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do Consumo de bens e serviços	131
10.3	Vigilância, prevenção e controle de Doenças Não Transmissíveis e outros agravos	146
10.3.1	Vigilância e violências doméstica, sexual ou outras violências	146
10.3.2	Programa Bolsa Família	147
10.3.3	Programa de Controle do Tabagismo	150
10.4	Sistema de Informações sobre Mortalidade- SIM	153

10.5	Declaração de Nascido Vivo – DN	154
11	GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	155
11.1	Informações Complementares	158
11.2	Auditorias, Vistorias e Supervisões Realizadas	158
11.3	Regulação de Serviços Ambulatoriais Especializados de Média e Alta Complexidade	159
11.4	Produção Hospitalar	160
11.5	Internações Hospitalares por Grupo de Especialidades	161
12	Hospitais próprios.	162
12.1	Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas	162
12.2	Pronto Socorro Municipal.	170
13	ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E TRANSPORTE DE PACIENTES.....	176
13.1	Pronto-Atendimentos de Saúde Mental	180
13.2	SAMU	182
14	FINANCIAMENTO DO SUS..	187
15	DESEMPENHO DOS INDICADORES NO CICLO DE VIDA..	188
15.1	Criança e Adolescente	188
15.2	Saúde do Adulto	194
15.2.1	Saúde do Trabalhador	194
15.2.2	Saúde da Mulher	199
15.2.3	Saúde do Idoso	207
16	POPULAÇÕES VULNERÁVEIS..	208
16.1	Saúde da População Negra	208
16.2	Saúde da População Prisional	209
16.3	Povos Indígenas	212
17	CONTROLE SOCIAL.	213
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	225
	REFERÊNCIAS.	229
	ANEXO I - CAPACITAÇÕES REALIZADAS NO PERÍODO.	230
	ANEXO II – Pesquisas .	238

## 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.

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

O processo de construção dos relatórios trimestrais durante o ano tem proporcionado o aprimoramento do instrumento como ferramenta de monitoramento do conjunto de ações e metas definidas na Programação Anual de Saúde (PAS). É, portanto, o principal instrumento de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde.

Como continuidade deste processo, este relatório anual de gestão (RAG) constitui-se na prestação de contas do ano de 2011 a todos os segmentos interessados no desenvolvimento do Sistema Único da Saúde (SUS) no município de Porto Alegre. Visa a apresentar o consolidado do conjunto de serviços prestados e a situação de saúde em Porto Alegre para o ano analisado – 2011. Para isso, obedece à Resolução 36/2011 do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e a Programação Anual de Saúde 2011.

Em Gestão em Saúde estão os dados e informações referentes à estrutura de macrogestão da SMS, que envolve a Gestão do Trabalho em Saúde, a Educação Permanente em Saúde, Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde, Ouvidoria SUS, Comunicação em Saúde, Rede de Serviços e Referências, Infra-Estrutura de Apoio e as Ações Institucionais de Planejamento, Avaliação e Monitoramento.

Por fim, o RAG 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 e alcançadas. Oportuniza, desta forma, a avaliação quali-quantitativa dos serviços ofertados e o acompanhamento da aplicação dos recursos à programação aprovada, favorecendo o controle social.

## **2 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:**

Na estrutura da SMS, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST passou ao status de coordenação, sendo desvinculado da estrutura da ASSEPLA. Justifica-se, pois, apesar de também compor uma Área Técnica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), é responsável por atividades e planejamento específicos a todas as esferas que atuam junto aos trabalhadores (sindicatos, associações e todas as esferas públicas executivas e jurídicas de regulação do trabalho). A sua atuação transversal aos demais serviços da SMS e intersetorial aos demais setores da sociedade que tratam do tema está exigindo o reposicionamento da SMS no desenvolvimento específico desta Coordenação.

### **2.1 Criação de Conselhos Locais de Saúde em serviços ambulatoriais:**

Os serviços com constituição de conselhos locais de saúde estão descritos no item da Humanização em Saúde. A posição adotada por todos os gestores da SMS – Secretário de Saúde, gerentes distritais e coordenadores – é que a constituição de Conselhos de Saúde nos diferentes serviços compreende uma reestruturação da gestão do trabalho e das relações entre gestores, trabalhadores e usuários, com o objetivo de consolidar a gestão compartilhada na SMS.

## **3 LEGISLAÇÃO/ NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS MUNICIPAL**

No ano em análise, as principais legislações e normas para a implementação do SUS municipal foram aquelas relacionadas: 1) ao Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família; 2) à readequação do Código Municipal de Saúde, pela Lei Complementar nº 681 de 28 de setembro de 2011, ao que se dispõe sobre a atenção à saúde da pessoa com deficiência; e 3) à instituição da Gratificação de Incentivo à Qualidade, com a publicação da Lei 11140 de 14 de outubro de 2011.

#### **4 PARTICIPAÇÃO DA SMS EM INSTÂNCIAS COLEGIADAS**

Resolução CIB/RS nº 405/11 que aprovou a alteração de denominação dos Colegiados de Gestão Regional - COGERE do Estado do Rio Grande do Sul, que passam a ser chamados de Comissão Intergestores Regionais – CIR.

**\* Integrantes da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RS**

Titular: Carlos Henrique Casartelli;

Suplente: Carolina Santanna - Conforme of. Nº 1768/10-GS em 03/12/2010.

**\* Integrantes da Secretaria Técnica (SETEC) Bipartite – CIB/RS**

Titular: Carolina Santanna;

Suplente Carlos Henrique Casartelli.

**\* Integrantes da CIR da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)**

Titular: Carlos Henrique Casartelli;

Suplente: Carolina Santanna; - Conforme indicação no COGERE.

**\* Integrantes da Secretaria Técnica (SETEC) CIR da 1ª CRS**

Titular: Carolina Santanna;

Suplente: Christiane Nunes de Freitas - Conforme indicação no COGERE.

**\* Integrantes do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul – COSEMS/RS (ASSEDISA)**

Titular: Carlos Henrique Casartelli;

Suplente: Carolina Santanna.

**\* Integrantes do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)**

Titular: Carlos Henrique Casartelli;

Suplente: Carolina Santanna.

**\* Integrantes do Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal de Saúde (CMS)**

1ª Representação:

Titular: Carlos Henrique Casartelli;

Suplente: Marcelo Bosio - Conforme of. Nº 0817/10-GS em 11/06/2010.

2ª Representação:

Titular: Mirian Gizele Weber;

Suplente: Christiane Nunes de Freitas.

**\* Integrantes do Serviço Técnico (SETEC) do Conselho Municipal de Saúde (CMS)**

Titular: Lurdes Maria Tura;

Suplente: Christiane Nunes de Freitas - Conforme of. Nº 1442/11-GS em 23/08/2011.



## 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:

Assistência Farmacêutica: componente – Básico da Assistência Farmacêutica;

Atenção Básica: Piso da Atenção Básica Fixo, Piso de Atenção Básica Variável;

Investimento: Aquisição de Equipamentos e Material Permanente, Implantação de Unidades Básicas de Saúde;

Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar: Componente MAC.

Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC;

Vigilância em Saúde: Componente Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PFVISA, Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde - PVPVS;

Gestão – componente: Implantações de Ações e Serviços de Saúde.

Os recursos estaduais distribuem-se da seguinte forma:

Projetos: Regionalização da Saúde; Salvar/SAMU – Serviços de Urgências e Emergências; PIM – Primeira Infância Melhor, ESF – Estratégia Saúde da Família; Assistência Farmacêutica Básica; Apoio a Rede Hospitalar.

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

No quarto trimestre foi habilitada a USF Paulo Viaro - duas Equipes de Saúde da Família e uma equipe de Saúde Bucal.

## **6 GESTÃO NA SAÚDE**

A gestão da Saúde sofreu importantes modificações no ano de 2011. A Assessoria de Planejamento e Avaliação (ASSEPLA) da SMS. Até agosto de 2011 constituída e focada nas áreas técnicas, que atualmente integram a Coordenação de Atenção Primária e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CAPSES) e também atuam as áreas de planejamento, programação e direcionamento das diretrizes assistenciais. A nova ASSEPLA orienta-se pela consolidação das práticas de planejamento e avaliação, das metas normativas e estratégicas para a ampliação, qualificação e consolidação do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre.

Tendo elaborado e aprovado o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 em 2010, 2011 o ano foi de aperfeiçoamento das formas de monitorar e avaliar as metas referidas no respectivo Plano. Neste enfoque inclui-se o acompanhamento de pactos de gestão municipais e interfederativos, como o Pacto de Gestão, da Vigilância em Saúde e o Programa de Saúde do Escolar. Além destes, foi desenvolvida toda a adequação entre o formato proposto pelo Portal de Gestão, de acompanhamento dos Programas de Governo, e a Programação Anual de Saúde, que engloba todas as metas de atenção à saúde de todas as áreas da SMS, objetivando a transparência na gestão municipal da saúde.

Atuando como assessoria direta da gestão centralizada, junto ao Gabinete do Secretário e às demais assessorias e coordenações gerais, bem como aprimorando a gestão descentralizada das metas e ações estratégicas, a ASSEPLA realizou e executou, em 2011, um projeto de capacitação de trabalhadores, conselheiros e gestores das suas regiões de Gerências Distritais de Saúde para a co-responsabilização e acompanhamento das metas estratégicas para a melhoria da situação de saúde e do sistema em toda a cidade, intitulado ParticipaSUS.

### **ParticipaSUS**

Capacitação em Monitoramento e Avaliação ParticipaSUS que tem origem na Portaria MS nº 2344/2009 e realizou-se a partir do detalhamento do “Plano de Ação da Secretaria Municipal de Saúde – SMS / Porto Alegre – RS. Segundo o marco do Pacto pela Saúde este processo diz respeito a execução da Política de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, abrangendo :

- a reorientação das práticas de participação e fortalecimento do controle social no SUS;
- transparência, ética e escuta na gestão do sistema;

- monitoramento e avaliação da gestão com base na articulação de instrumentos e processos.

**Objetivos:**

Estruturar ações relativas às metas do PMS, com vistas a integrar o PAS 2012, durante o processo de oficinas de Capacitação em Monitoramento e Avaliações da Gestão do SUS para técnicos da SMS e do CMS.

**Objetivos Específicos:**

área de conhecimentos:

- ampliação dos conhecimentos dos participantes sobre conceitos, técnicas e os passos a serem dados para realizar trabalhos participativos.

área de habilidades:

- que os participantes estejam aptos a trabalhar em equipe, utilizando as técnicas de visualização adequadamente ao contexto e, motivados a dar continuidade a um processo constante de avaliação e monitoramento.

área de atitudes :

- que atitudes positivas em relação ao trabalho participativo tenham sido assimiladas pelos participantes e que estejam motivados a fortalecer valores para a construção de sujeitos individuais e coletivos.

**Outras atuações da ASSEPLA**

Como componente com foco no planejamento, a ASSEPLA auxilia e medeia grupos de trabalho para o desenvolvimento de planos de ação de áreas específicas, como a atenção à saúde nas deficiências e na humanização, e em grupos de trabalho voltados à consolidação dos protocolos assistenciais em todas as áreas das assistenciais, como a nefrologia, a neurologia e a traumatologia. O objetivo destes grupos de trabalho de planejamento é consolidar a regionalização em todas as áreas de atuação da SMS, otimizando o uso dos recursos públicos e diminuindo o tempo de espera dos cidadãos aos cuidados necessários ao reestabelecimento da saúde e convergindo com o decreto 7508/2011.

O item da gestão contempla dados e informações referentes à estrutura de macrogestão da SMS, que envolve a Gestão do Trabalho em Saúde, a Educação Permanente em Saúde (ambas contidas na Coordenadoria Geral de Administração dos Servidores da Saúde – CGADSS), Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde, Ouvidoria SUS, Assessoria de Comunicação (ASSECOM), Rede de Serviços e Referências (contempladas nas Coordenadorias de APS, de Urgências e na Gerência de

Regulação de Serviços de Saúde), Infra-Estrutura de Apoio (liderada pela Coordenadoria Geral de Apoio Técnico-Administrativo).

## 6.1 Gestão do trabalho em saúde

Este subitem descreve e analisa o perfil da força de trabalho em toda a SMS, as movimentações de pessoal, afastamentos temporários, qualificações em educação permanente e perfil de atendimentos à saúde aos servidores ocorridos no ano de 2011.

### 6.1.1 Caracterização da Força de Trabalho

A rede municipal de saúde de Porto Alegre contava, em dezembro de 2011, com um quadro de 7.415 profissionais (Municipal, Estadual e Federal) acrescentando-se a estes os terceirizados, profissionais ESF, FUGAST e contratos temporários (Tabela 1).

No presente relatório, foi adotado o comparativo entre as datas de 31 de dezembro de 2010 e 2011, 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.

**Tabela 1-Evolução da força de trabalho da SMS, por tipo de vínculo, período 2010- 2011**

	Vínculo	2011		2010		Varição
		QT		QT		QT
		nº	%	nº	%	%
<b>Efetivos</b>	<b>municipal</b>	4.386	59,15	4.158	56,98	5,48
	<b>estadual</b>	643	8,67	701	9,61	- 8,27
	<b>federal</b>	357	4,81	458	6,28	- 22,05
<b>Contratados</b>	<b>FUGAST</b>	0	0	285	3,91	-100,00
	<b>Lei 7.770/96*</b>	617	8,32	495	6,78	24,65
	<b>Terceirizados</b>	837	11,29	827	11,33	1,21
	<b>ESF</b>	575	7,76	373	5,11	54,16

**Fonte:** Relatório PROCENPA 0927p; Hospital Materno Infantil Pres. Vargas (HMIPV); Hospital de Pronto Socorro; Coordenadoria Geral de Apoio. Téc. Administrativo e ESF. \*Contratos temporários.

A tabela 1 destaca o aumento do número de municipais e uma diminuição do número de municipalizados – servidores estaduais e federais. Justifica-se pela consolidação progressiva da municipalização do SUS.

A partir da municipalização houve a incrementação do corpo de profissionais municipais, ou seja, contratados diretamente pelo município. De forma diferente, houve, e ainda há, a diminuição dos servidores de outras esferas de gestão atuando nos serviços de saúde gerenciados pela SMS, na medida em que os mesmos estão entrando em fase

de aposentadoria.

Além da diminuição dos municipalizados por aposentadorias, principalmente, no primeiro semestre de 2011 houve a exclusão dos profissionais da FUGAST dos serviços municipais de saúde. Inicialmente foram contratados profissionais de forma emergencial – temporários, ao passo que também foram chamados profissionais dos concursos vigentes e realizados novos concursos para suprir as necessidades abertas com as aposentadorias e saída da FUGAST.

Atualmente a maioria dos contratados temporariamente são os agentes comunitários de saúde, agentes de endemia e profissionais da Operação Inverno.

Além dessas modificações, ocorridas no perfil dos vínculos profissionais existentes na SMS, no ano de 2011 também foi modificado, mesmo que discretamente, o perfil por nível de escolaridade dos cargos ocupados pelos servidores (Tabela 2).

**Tabela 2- Evolução do quantitativo de servidores efetivos, por nível de cargo, período 2010 – 2011.**

Nível de Cargo	Período				variação
	2011		2010		2011/2010
	Nº	%	Nº	%	
<b>Superior(NS)</b>	<b>2474</b>	<b>45,93</b>	<b>2.436</b>	<b>46,52</b>	<b>1,56</b>
<b>Médio(NM)</b>	<b>2262</b>	<b>42,01</b>	<b>2.192</b>	<b>41,87</b>	<b>3,01</b>
<b>Elementar(NE)</b>	<b>576</b>	<b>10,69</b>	<b>608</b>	<b>11,61</b>	<b>-5,43</b>
<b>Adidos</b>	<b>74</b>	<b>1,37</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Total</b>	<b>5386</b>	<b>100,00</b>	<b>5.236</b>	<b>100,00</b>	<b>2,86</b>

Fonte: Relatório PROCEMPA 0927p

Evidencia-se, conforme a tabela acima, que houve a ampliação do total de servidores de nível médio e superior na mesma proporção que foi diminuído o quantitativo de servidores de nível elementar. As tabelas seguintes (Tabela 3, 4 e 5) especificam a natureza dos cargos de níveis superior, médio e elementar e suas variações.

**Tabela 3- Evolução do quantitativo de servidores de Nível Superior por cargos, período 2010-2011.**

Cargo	2011	2010	Variação
Administrador	22	22	0
Arquiteto	5	6	-1
Arquivista	1	1	0
Assessor Especialista-Cc	7	7	0
Assessor Para Assuntos Jurídicos	5	4	1
Assessor Técnico-Cc	5	5	0

Assistente Social	84	79	5
Assistente-Cc	4	5	-1
Bibliotecario	2	2	0
Biologo	11	8	3
Chefe de Gabinete-Cc	0	0	0
Cirurgiao-Dentista	176	176	0
Contador	1	1	0
Coordenador-Cc	0	1	-1
Coordenador-Geral-Cc	3	2	1
Economista	2	2	0
Enfermeiro	418	377	41
Engenheiro	14	15	-1
Engenheiro Quimico	0	0	0
Especialista em Educacao	1	1	0
Farmacutico	72	67	5
Fisico	2	2	0
Fisioterapeuta	34	33	1
Fonoaudiologo	11	11	0
Gerente de Atividades III NS-CC	1	1	0
Gerente III-CC	2	1	1
Gerente IV-CC	2	2	0
Medico	1382	1398	-16
Medico Veterinario	21	20	1
Nutricionista	53	52	1
Professor	10	8	2
Psicologo	94	98	-4
Secretário Adjunto	1	1	0
Sociologo	2	2	0
Tecnico Em Comunicacao Social	4	4	0
Terapeuta Ocupacional	22	22	0
<b>Total</b>	<b>2474</b>	<b>2436</b>	<b>38</b>

Fonte: Relatório 0927p

A ampliação de 38 servidores em cargos de Nível Superior justifica-se pela ampliação de profissionais Enfermeiros, Farmacêuticos e Assistentes Sociais. De outra forma, houve a diminuição de profissionais Médicos e Psicólogos.

A ampliação de Farmacêuticos evidencia a descentralização da assistência farmacêutica ao nível das Gerências Distritais. De forma diferente, mesmo com a vigência do Plano de Carreira Médica, aprovado no segundo semestre de 2011, há rotatividade expressiva nos cargos ocupados por estes profissionais, que pode ser justificada pelas exigências de mercado.

Quanto à ocupação dos cargos de nível médio (Tabela 4), houve aumento de número de Técnicos de Enfermagem, Técnicos de Radiologia e Agentes de Fiscalização. O aumento dos primeiro deve-se, basicamente, às aposentadorias dos Auxiliares de

Enfermagem e suas substituições por profissionais de enfermagem de nível técnico, substituições dos Técnicos de Enfermagem aposentados, bem como a criação de novos cargos de Técnicos de Enfermagem.

**Tabela 4- Evolução do quantitativo de servidores de Nível Médio por cargos, período 2010-2011.**

<b>Cargo</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>Varição</b>
Agente de Fiscalizacao	56	46	10
Assistente Administrativo	429	424	5
Assistente Administrativo Hospitalar	17	19	-2
Auxiliar de Enfermagem	1057	1148	9
Auxiliar de Fisioterapia	1	1	0
Auxiliar de Gabinete Odontologico	71	45	26
Auxiliar de Laboratorio E Analises	50	50	0
Auxiliar de Servico Social	9	11	-2
Auxiliar de Servicos Tecnicos	3	3	0
Chefe de Equipe-Cc	2	3	-1
Eletrotecnico	7	8	-1
Gestor E-CC	1	1	0
Monitor	11	17	-6
Oficial de Gabinete-CC	0	1	-1
Técnico de Segurança do Trabalho	7	6	1
Técnico em Contabilidade	3	2	1
Técnico em Enfermagem	416	302	114
Técnico em Nutrição e Dietetica	13	14	-1
Técnico em Radiologia	108	90	18
Técnico em Tratamento de Agua e Esgoto	0	0	0
Visitador Sanitário	1	1	0
<b>Total</b>	<b>2262</b>	<b>2192</b>	<b>70</b>

Fonte: Relatório 0927p

Sobre a ampliação da ocupação e/ou criação dos demais cargos (Técnicos de Radiologia e Agentes de Fiscalização), há a estruturação dos serviços de radiologia da SMS e ampliação das ações de fiscalização. Não houve diminuição expressiva na ocupação dos cargos de nível médio.

De forma contrária aos cargos de níveis superior e médio, houve redução da ocupação dos cargos de nível elementar conforme tabela a seguir (Tabela 5). Para os cargos que houve a ampliação de servidores, estes foram cedidos de outras Secretarias.

**Tabela 5-Evolução do quantitativo de servidores de Nível Elementar por cargos, período 2010 -2011.**

<b>Cargo</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>Varição</b>
Apontador	29	31	-2
Ascensorista	3	3	0
Atendente	75	88	-13
Aux Elet Mec	0	0	0
Auxiliar de Cozinha	25	28	-3
Auxiliar de Servicos Gerais	82	88	-6
Carpinteiro	4	4	0
Continuo	43	46	-3
Costureira	3	4	-1
Cozinheiro	14	15	-1
Eletricista	23	23	0
Gari	0	0	0
Guarda Municipal	4	3	1
Instalador	7	7	0
Maquinista	4	4	0
Marceneiro	2	2	0
Mecanico	3	1	2
Motorista	116	121	-5
Motorista CLT	1	1	0
Operador de Estação de Tratamento	0	0	0
Operador de Maquinas	0	0	0
Operador de Radio Transceptor	1	1	0
Operário	27	26	1
Operario (CLT)	26	27	-1
Operário Especializado	15	14	1
Pedreiro	4	4	0
Pintor	5	4	1
Porteiro	1	1	0
Recepcionista	29	29	0
Soldador	2	2	0
Telefonista	28	31	-3
<b>Total</b>	<b>576</b>	<b>608</b>	<b>-32</b>

Fonte: Relatório 0.2 Movimentação de pessoal

Compreende-se movimentação de pessoal os ingressos e saídas de servidores, as contratações temporárias e as licenças concedidas no período de 2011. As licenças dos servidores da SMS são tratadas neste subitem, bem como são explicitadas no subitem da Gerência de Saúde do Servidor Municipal – GSSM aquelas específicas à saúde do servidor.



Do total da movimentação de pessoal da SMS (Tabela 6), a diferença positiva é decorrência do maior número de ingressos em comparação à diminuição das inúmeras vacâncias (aposentadorias e exonerações, principalmente).

**Tabela 6- Comparativo da movimentação de pessoal - efetivos, período 2010-2011.**

Ano	2011	2010	Varição %
Ingressos	348	288	+20,83
Saídas	198	249	-20,48
<b>Diferença</b>	<b>+150</b>	<b>+39</b>	<b>+284,61</b>

Fonte: Relatórios PROCEMPA POA 1009p e 0927p

Mesmo com as aposentadorias ocorridas dos municipalizados, a variação de saídas entre 2011 e 2010 foi negativa. Já os ingressos, devem-se principalmente aos concursos de Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros durante o ano de 2011 (Tabelas 3 e 4). Desta forma, considerando as diferenças entre ingressos e saídas dos anos de 2011 e 2010, houve variação de 284,61% servidores ingressos a mais em 2011.

Entre os contratos temporários, os cargos de Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate em Endemias lideraram este tipo de contratações, porém houve a variação positiva para os Técnicos de Enfermagem, Agentes de Endemias e Médicos (Tabela 7).

**Tabela 7- Contratações Temporárias – Lei 7.770/96 – Período 2010-2011**

Cargo	Nível	2011	2010	Varição
Agente Comunitário De Saúde	NM	351	371	-20
Agente De Combate A Endemias	NM	124	108	16
Biólogo	NS	0	2	-2
Enfermeiro	NS	2	0	2
Médico	NS	9	0	9
Supervisor De Campo	NM	13	14	-1
Técnico Em Enfermagem	NM	118	0	118
<b>Total Geral</b>		<b>617</b>	<b>495</b>	<b>122</b>

Fonte: Relatório PROCEMPA 1009p

Em 2011, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate às Endemias (ACE) ainda são computados entre os temporários da SMS, situação com modificação já planejada para 2012, quando haverá a contratação de todos os ACS e ACE pelo Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF).

Os Técnicos de Enfermagem e Médicos foram contratados emergencialmente para atender às necessidades da SMS na Operação Inverno e na saída dos profissionais da FUGAST, antes das nomeações dos concursados.

As contratações temporárias também objetivam a cobertura dos servidores em licenças prolongadas. No total de licenças (Tabela 8), a proporção de número total de servidores e licenças foi aproximado a 1:1 (uma licença por servidor). A tabela 8

apresenta o quantitativo de servidores que executaram algum tipo de licença nos anos em análise.

**Tabela 8- Número de servidores da SMS por tipo de licença, 2011.**

Licenças	2011	2010	Variação %
BAS	56	44	27,7
LAI	40	34	17,65
LAT	213	222	-4,05
LG	65	54	20,37
LTP	743	637	16,64
LTS	4439	4488	-1,09
LAC	7	5	40
LAA	60	56	7,14
LTI	10	13	-23,08
<b>Total</b>	<b>5633</b>	<b>5553</b>	<b>-1,44</b>

**Fonte:** Relatório PROCempa 1009p. **Siglas:** BAS: Benefício Assistencial – após licença maternidade; LAI: Licença Auxílio-Doença do INSS; LAT: Licença Acidente de Trabalho; LG: Licença Gestante; LTP: Licença Tratamento de Pessoas da Família; LTS: Licença Saúde do Servidor; LAC: Licença de Acompanhamento de Cônjuge; LAA: Licença Aguardando Aposentadoria; LTI: Licença Tratamento de Interesse.

Não houve variação significativa no total de licenças expedidas aos servidores da SMS, nem alteração no perfil das mesmas nos períodos analisados – 2011 e 2010. O ranking do número total de licenças expedidas se apresenta, em ordem decrescente, da seguinte forma: 1º) Licença Saúde do Servidor (LTS); 2º) Licença Tratamento de Pessoas da Família (LTP) e 3º) Licença Acidente de Trabalho (LAT).

De outra forma, a variação positiva decrescente 2011-2010 por licenças foi: 1º) Benefício Assistencial – após licença maternidade (BAS); 2º) Licença Gestante (LG); 3º) Licença Auxílio-Doença do INSS (LAI) e 4º) Licença Tratamento de Pessoas da Família (LTP).

Ao analisar o número total de licenças expedidas pela Gerência de Saúde do Servidor Municipal (GSSM) para os servidores da SMS (Tabela 9), observa-se uma quantidade maior que o número total de servidores que executaram algum tipo de licença (Tabela 9).

**Tabela 9- Total de afastamentos concedidos pela GSSM à SMS em 2011.**

Descrição do item	Período	
	Ano 2011	
	Nº	%
Licença para Tratamento de Saúde – LTS	5943	80,33
Licença para Tratamento de Familiar – LTF	894	12,08
Licença Gestante – LG	230	3,10
Licença por Acidente de Trabalho – LAT	331	4,47
<b>Total</b>	<b>7398</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Procempa

A GSSM procedeu 23 aposentadorias por invalidez de servidores da SMS, representando 20,72% de toda a PMPA, conforme dados da GSSM.

Os servidores adidos de 2010 estão computados no total de servidores do ano, isto é, não foram computados separadamente como no ano de 2011. Lembra-se que adidos são os servidores de outras Secretarias Municipais, Municípios ou mesmo de outras esferas da gestão pública que exercem suas funções na SMS.

### 6.1.3 Planejamentos de concursos para 2012

Apesar da movimentação positiva de ingressos de servidores da SMS (Tabela 6), a SMS reconhece a necessidade de ampliação de alguns cargos frente à ampliação da rede assistencial e, conseqüentemente, de gestão do SUS no município. Para isso já está planejado para 2012 a execução dos seguintes concursos e processos seletivos públicos, respectivamente:

- Concurso para Auxiliar de Farmácia, Técnico em Nutrição e Dietética, Fonoaudiólogo e Biomédico.

- Concursos para preenchimento de cargos do IMESF.

Além disso, cumpriu parte das metas propostas na PAS 2011. O não cumprimento total das metas deve-se à dificuldade na liberação das solicitações de novas vagas, bem como na efetivação dos concursos com vagas existentes com a agilidade preconizada pela ampliação da atenção à saúde no município. O quadro a seguir apresenta a realização das metas da PAS 2011 (quadro 4).

**Quadro 1- Metas Constantes na PAS 2011**

Metas anuais constantes na PAS		Observação específica
Previsto 2011	Realizado	
174.Criação de 10 cargos de Auxiliar de farmácia Transformação de 213 cargos de Auxiliar de Enfermagem em 188 cargos de Técnicos em Enfermagem e 25 cargos de Técnico em Radiologia até 2013 :	A meta realizada em 2011 Criados 10 cargos de Auxiliar de farmácia Transformados de 213 cargos de Auxiliar de Enfermagem em 188 cargos de Técnicos em Enfermagem e 25 de Técnicos em Radiologia Foram nomeados 146 Técnicos em Enfermagem	
175. Repor 251 servidores afastados nos últimos anos e propor a criação de 966 novos cargos até 2013 para atender as vacâncias previstas até 2014	Foram nomeados no ano 348 servidores representando um acréscimo de 150 servidores em relação as vacâncias.  Criados 247 cargos.	

178. Transformação de 25 cargos de Assistente Administrativo Hospitalar em 10 Cargos de Auxiliar de Farmácia, 09 cargos de Farmacêuticos e 05 cargos de Biomédicos para atender as demandas atuais da Assistência Farmacêutica <sup>1</sup>	A meta de transformação dos cargos foi plenamente atendida em 2011.	O passo seguinte à transformação dos cargos da meta
---	---	---

### 6.1.4 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 estresse, 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.

O Atendimento Funcional pela SMS foi suspenso em dezembro de 2010, devido à reestruturação da área de atuação da Equipe de Desenvolvimento, previsto no Plano Municipal de Saúde. Os casos identificados para atendimento funcional, a partir desta data, passaram a ser encaminhados para Gerência de Acompanhamento Funcional (GEAF) da Secretaria Municipal de Administração. A partir da reestruturação os dados são apresentados semestralmente conforme citado na avaliação da meta 163.

Mesmo com as modificações ocorridas na condução dos atendimentos funcionais, em 2011 houve o aumento de 22,32% de atendimentos em comparação a 2010 (Tabela 9).

#### Quadro 2 – Meta anual constante na PAS

Metas anuais constantes na PAS		Observação específica
Previsto 2011	Realizado	
163. Atender 100% dos servidores e gerentes que buscam apoio para negociação de situações de conflitos e dificuldades relativas às relações de trabalho.	137 servidores atendidos ver tabela 10	Transferência do Atendimento Funcional dos servidores da SMS para a Gerência de Atendimento Funcional (GEAF) da SMA. Conforme Decreto 17304 / 2011

Fonte: Informação do setor

<sup>1</sup> A meta 176 da PAS 2011 teve sua redação alterada para a PAS 2012 passando a ser a meta 159 que será executada até 2013.

**Tabela 10 - Número de Atendimento Funcional realizado para servidores da SMS/POA, anos de 2011 e 2010.**

Atendimento Funcional	2011	2010	Varição %
Total	137	112	+ 22,32

Fonte: Registro da ED/CGADSS

As demandas que geram os atendimentos são múltiplas e heterogêneas. Esta sendo gerenciado junto a SMA a possibilidade de fornecer os motivos dos atendimentos

**Quadro 3- Metas do PAS Gerencia de Saúde do servidor Municipal - PAS 2011**

Metas anuais constantes na PAS		Observação específica
Previsto 2011	Realizado	
164. Incluir servidores de secretarias ainda não contempladas no exame periódico.	Atendido junto ao Dep. Municipal de Esgotos Pluviais (DEP) e Secretária Municipal da Cultura.	- Reestruturação das unidades de atendimento da GSSM, os núcleos de perícia – NASS, para atendimento da demanda de exames periódicos. Readequação das equipes de cada núcleo, visando atender a demanda existente.
165. Estruturar e desenvolver um programa de ações preventivas em adoecimento do servidor e Acidentes de trabalho.	Integração com a Secretaria Municipal de Administração junto ao GEAF/SMA e EGP, juntamente com as CSSTs no PASS - Programa de Atenção a Saúde do Servidor. -Realização no mês de Junho de vacinas contra Influenza com 1850 dose aplicadas. -Notificado 100% dos acidentes de trabalho informados na Administração Centralizada, totalizando 1024 de servidores da PMPA e desses 331 acidentes de trabalho são da SMS.	- O PASS foi apresentado e instalado oficialmente em 15 e 16.12.2011, com atividades previstas a partir de 2012. Visa ampliar as ações de prevenção e de promoção à saúde do servidor municipal com Plano de Saúde, Saúde Mental, Controle de absenteísmo, Exames Admissionais, Vacina contra Influenza e Oficinas e Ações Coletivas de Informação de Prevenção de Saúde Geral. - Esta meta propriamente é uma ação que contribui com meta 164 e é de execução contínua. Para a PAS 2012 a redação foi reescrita.
166. Melhor qualificação dos procedimentos relacionados com a Perícia Médica.	- Reestruturação da GSSM para redistribuição de demanda, permitindo melhor atendimento e cumprimento das metas 164 e 165. - Processo em andamento com parceria junto ao PREVIMPA para transferência da perícia previdenciária de licenças longas e avaliações de aposentadorias por invalidez.	- Esta meta constitui-se propriamente uma ação complementar a meta 164, sendo sua execução contínua. - Foi reescrita na PAS de 2012

Como instância municipal atuante na atenção à saúde de todos os servidores municipais, a GSSM também desenvolve e acompanha ações junto à Administração Centralizada. Desta forma, mesmo com as modificações ocorridas na condução do Atendimento Funcional do CGADDS para a GEAF/SMA, as metas da GSSM no PAS

2011 prevêem esta articulação, conforme apresentado no quadro acima

### 6.1.5 Educação Permanente em Saúde

A Equipe de Desenvolvimento (ED/CGADDSS) da SMS é responsável por gerenciar e/ou monitorar todas as estratégias de qualificação dos profissionais de saúde, com vistas a convergir com as necessidades de desenvolvimento profissional do SUS em Porto Alegre. Desta forma, acompanha e desenvolve estratégias para a realização de capacitações e da integração ensino-serviço em toda a rede de serviços da SMS.

Nas capacitações, o aumento do número de atividades de capacitação (tabela 11) e de participantes deve-se a quatro fatores: a) o processo de consolidação da CPES fez com que as áreas que promovem ações de educação permanente passassem a enviar dados, que anteriormente não eram enviados, por isso houve uma redução do subregistro e a qualificação do trabalho em rede; b) o avanço na cultura de produção dos relatórios de gestão também contribuiu para a redução do subregistro; c) houve algumas importantes iniciativas como o Participa SUS, INFOREDE, Testagem Rápida HIV, PSE, Descentralização da Saúde do Trabalhador na Rede e as atividades de integração ensino serviço, que efetivamente produziram um aumento no número de capacitações; d) aprofundamento da descentralização da educação permanente na Secretaria, especialmente na área da atenção primária.

**Tabela 11- Quadro Síntese das Capacitações**

		<b>Nº Capacitações</b>	<b>Nº Participantes</b>	<b>Nº Partic x CH</b>
SMS	1º Trimestre	30	1.142	6.705
	2º Trimestre	42	1.804	11.632
	3º Trimestre	70	2.077	15.514
	4º Trimestre	87	7.005	74.730
	Sub-Total Anual	229	12.028	
ESF *	Anual	36	1.615	
EGP *	Anual	69	1.462	
Total		334	15.105	

Fonte: Registro da ED/CGADSS, CGVS, NEPEnf-Direção Científica/HPS, HMIPV, Inforede, CGRAPS, ESF e EGP/SMS.

No anexo estão listadas as capacitações realizadas no ano de 2011.

**Tabela 12- Capacitações para Servidores da SMS – Comparativo 2010/2011**

	2011		2010	
	Nº de Capacitações	Nº de Participantes	Nº de Capacitações	Nº de Participantes
EGP	69	1.462	Dados não disponíveis em 2010	
ESF	36	1.615	Dados não disponíveis em 2010	
SMS	229	12.028	137	5077
Total	334	15.105	-----	

Fonte: Registro da ED/CGADSS, CGVS, NEPEnf-Direção Científica/HPS, HMIPV, Inforede, CGRAPs, ESF e EGP/SMS.

O conjunto das capacitações realizadas resultou no indicador 19,42 horas de capacitação por trabalhador (Tabela 13). Não encontram-se parâmetros em outros órgãos de saúde para aferir este índice. Dessa forma poderemos apenas fazer um acompanhamento da evolução histórica

**Tabela 13- Indicador de capacitação**

Total de Horas De Investimento Em Capacitação (Nº Partic X Ch)	Nº Total de Servidores Da Sms (servidores + ESF + contratos temporários)	Indicador Hora/Trabalhador
129.815	6.682	<b>19,42</b>

Fonte: Registro da ED/CGADSS

Esse indicador está em construção, pois ainda não foi possível incluir as horas de liberação para estudo (liberação pelo art. 90 da Lei Complementar 133/85 – Estatuto dos Funcionários Públicos Municipais), nem os afastamentos temporários de servidores para qualificação profissional (eventos e congressos fora da SMS - Artigo 32, inciso II – Lei Complementar nº133). Nesta perspectiva, a consideração destes afastamentos para estudo ampliariam o resultado do indicador na SMS, conforme evidencia a Tabela 14.

**Tabela 14 - Afastamentos temporários de servidores da SMS para qualificação profissional**

Afastamentos	Período		Varição
	2011	2010	2011/2010
Total	386	368	+ 18

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

Além das capacitações pontuais e dos afastamentos concedidos pela SMS para a qualificação profissional dos servidores, em 2011 houve avanço significativo na **Política de Integração Ensino-Serviço**. Entre os principais progressos, podemos destacar:

1. A consolidação da Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço - CPES como instância coordenadora das ações de ensino, pesquisa e extensão na SMS:

1.2. Através da sistematização do funcionamento da CPES (pela efetiva participação dos representantes das áreas da SMS e do CMS na instância, a constituição da ED / CGADSS como Secretaria Executiva, a organização de atas, de pautas, de pareceres e de resoluções; o estabelecimento do Núcleo Deliberativo);

1.3. Da ampliação do domínio e controle sobre as atividades de integração ensino-serviço, que atualmente estão quase todas mapeadas e formalizadas por Termos de Cooperação Técnica, e com registro e acompanhamento através dos Planos de Atividades e dos Termos de Compromisso;

1.4. A estruturação de fluxos para tramitação das propostas de ensino-pesquisa-extensão de ensino técnico, de graduação e de pós-graduação (Resolução SMS Nº 01/2011) e de critérios para análise técnica dos Planos de Atividades Prática (Resolução SMS Nº 02/2011);

1.5. A instituição de um GT para definição das Modalidades de Ensino em Serviço que elaborou uma proposta de regulamentação das práticas de ensino em serviço, que foi aprovada pela SMS e será editada como Resolução, entre outras ações;

2. O avanço na implementação da política dos Distritos Docentes-Assistenciais (DDAs), com a instituição ou consolidação dos Comitês Gestores Locais, com a participação do Controle Social, em cinco (05) Gerências Distritais:

2.2. Consolidação dos DDAs Glória-Cruzeiro-Cristal (com a UFRGS) e Leste-Nordeste (com a PUC);

2.3. Avanço na consolidação do DDA Partenon/Lomba do Pinheiro (com a ESP e, recentemente, com a PUC);

2.4. Implantação do DDAs Norte/Eixo-Baltazar (com a UFCSPA – que realizou o 1º Seminário de Integração UFCSPA/GD NEB) e do DDA Noroeste/Humaitá/Navegantes /Ilhas (com o IPA – que também realizou o 1º Seminário de Integração IPA/GD NHNI).

3. A consolidação do Pró-Saúdes PUC e UFRGS e dos PETs-Saúdes UFRGS, PUC e UFCSPA, e preparação da Secretaria para intervir na organização e direcionamento dos projetos que concorrerão ao edital PRÓ-SAÚDE 2012, lançado em dezembro/2011, para atender as prioridades da Secretaria.

4. O aumento da capacidade da SMS para incidir no direcionamento das parcerias com as Instituições de Ensino a partir das prioridades da rede, através de várias iniciativas e dos novos fluxos, como por exemplo:

4.2. Realização do Seminário Política de Saúde Integral da População Negra com as Instituições de Ensino Superior, com vista a fomentar a inclusão dessa temática no ensino e na pesquisa;

4.3. Negociações referentes às propostas de novas residências (Residência do Cardiologia e REMIS-Intensivismos Santa Casa/UFCSPA na Restinga);



4.4. a análise e a discussão sobre o Projeto Telessaúde com a Universidade, a GD GCC, a ASSEJUR/SMS e Conselho Distrital de Saúde (que foi encaminhado para análise do CMS);

4.5. Início da negociação de contrapartidas;

4.6. O direcionamento do PRÓ-SAÚDE 2012, pelas prioridades do planejamento da Secretaria.

5. O significativo incremento das atividades de integração ensino e serviço, que no ano de 2011 atingiu a cifra de 4.054 alunos, do ensino técnico, de graduação e pós-graduação, na rede municipal de saúde.

### **Ações de formação / especialização – residências**

Ainda envolvendo a integração ensino-serviço, que está em desenvolvimento expressivo em toda a rede de serviços, incluindo os setores de gestão da SMS, há a realização de programas de residência multiprofissionais e médicas, como também especializações *lato sensu* na áreas assistenciais do SUS municipal. O quadro 3 e 4 refletem a distribuição e quantitativo destas pós-graduações atuantes em Porto Alegre, distribuídas entre não-próprias e próprias.

**Quadro 4- Especialização e residências multiprofissionais em saúde não-próprias atuantes na rede de serviços da SMS de Porto Alegre, 2011.**

<b>Instituição de Ensino</b>	<b>Programa</b>	<b>Nº de Residentes e de Alunos de Especialização</b>	<b>Locais de Prática</b>
Escola de Saúde Pública	Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública	74	GD PLP Serviços Especializados em Pneumologia e SM
Sta Casa de Misericórdia	Residência em Intensivismo	01	HPS-UTI Trauma
UFCSPA	Residência Médica Dermatologia	06	CS Santa Marta
	Residência Médica Oftalmológica	02	CS Santa Marta
HCPA	Residência em Cirurgia Geral HPS	8	HPS-Cirurgia Geral
GHC	Residência Multiprofissional	24	ASSEPLA GD NEB GD LENO GD NHNI
Hospital Ernesto Dorneles	Residência em Cirurgia Plástica	03	HPS-Cirurgia Plástica e Queimados
	Residência em Cirurgia Geral	05	Cirurgia Geral

Hospital São Lucas da PUCRS	Cirurgia Plástica HPS	5	HPS-Queimados
	Residência em Intensivismo	2	UTI Trauma
Irmandade Sta Casa	Residência em Cirurgia Geral	03	HPS
Hosp. Univ. de Sta Catarina	Residência em Cirurgia Geral	01	HPS-Cirurgia Geral
Santa casa de Rio Grande	Residência em Intensivismo	02	HPS-UTI do Trauma
H. da Criança Conceição	Residência em Intensivismo	01	HPS-UTI Pediátrica
H Federal de Ipanema	Residência em Intensivismo	01	HPS-UTI Queimados
Instituto de Cardiologia	Residência em Intensivismo	01	HPS-UTI Queimados
TOTAL		139	-----

Fonte: Direção Científica/HPS, Assessoria de Ensino e Pesquisa/HMIPV e Equipe de Desenvolvimento/CGADDSS.

A SMS integra alunos de instituições públicas e privadas em seus campos de atuação e 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.

De forma geral, as instituições com residências e especializações disponíveis por instituições públicas estão focadas na APS e nas especialidades ambulatoriais. Já as instituições de ensino privadas ou de outros municípios, que encaminham seus pós-graduandos aos campos de prática na SMS, focaram no ensino na área hospitalar, destacando-se o foco na expertise municipal na atenção às urgências.

Como as instituições de ensino privadas e públicas de outros municípios, a SMS ainda contempla residências médicas próprias nas instituições hospitalares próprias – HMIPV e HPS (Quadro 5). Atuam, por tanto, como centros de referência na formação municipal e regional nas áreas específicas da saúde da criança e da mulher e no atendimento de urgência, respectivamente.

**Quadro 5- Número de residentes em programas municipais de Residência Médica da SMS de Porto Alegre, 2011, por especialidade.**

Instituição De Ensino	Programa	Nº De Residentes
HMIPV	Ginecologia e Obstetrícia	21
HMIPV	Pediatria	12
UFCSPA/ HMIPV	Psiquiatria	15
HPS	Residência Médica em Cirurgia Geral	06
HPS	Residência Médica em Cirurgia do Trauma	03
HPS	Residência Médica em Medicina de Emergência	16
HPS	Residência em Psicologia Hospitalar	08
<b>Total</b>		<b>81</b>

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

O fortalecimento da Política Municipal de Integração Ensino-Serviço permitirá, ao longo de 2012, iniciar a reorientação da formação profissional ao nível *lato sensu*

integrada nos campos de prática da SMS às necessidades assistenciais do SUS em Porto Alegre. Entre elas, destaca-se o fortalecimento da APS e das especialidades ambulatoriais com demanda reprimida pela população assistida no Município.

## **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 número 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.

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.

Destaca-se o número expressivo de estagiários de nível superior, em relação aos demais – nível médio e técnico (Tabela 15). Já a variação da ocupação das vagas de estágios entre 2011 e 2010 foi positiva somente para as vagas de nível médio, tendo reduzido significativamente a ocupação das vagas de nível superior.

**Tabela 15-Quantitativo de estagiários remunerados da SMS, no ano de 2011.**

Estagiários	Período		Variação (ocupação das vagas 2011/2010)
	ANO 2011	ANO 2010	
	Nº de vagas ocupadas	Nº de vagas ocupadas	Nº
Ensino Médio	188	185	+ 03
Ensino Técnico	23	27	- 04
Ensino Superior	283	315	- 32
Total de vagas 830/ total ocupado	494	527	- 33

Fonte: Sistema ERGON. Informações referentes ao nº de estagiários com Termo de Compromisso de Estágio vigente no dia 31 de dezembro de 2010 e 2011.

Como estão ocorrendo atrasos na contratação dos estagiários, há várias vagas que estão em processo de contratação de estagiário, diminuindo, assim as vagas efetivamente em aberto. Na Tabela abaixo, é descrita a situação da ocupação das vagas de estágios de nível superior na SMS.

**Tabela 16- Quantitativo de estagiários por projeto, programa e local de atuação – período 2010 - 2011.**

Projeto/Local de Atuação	Número de Vagas por Projeto	ANO 2011	ANO 2010	Variação
		Nº de vagas ocupadas	Nº de vagas ocupadas	Nº (ocupação das vagas 2011/2010)
1) Programa Rotativo (nº 918) Rede básica e especializada	235	143	168	- 25
2) Programa Rotativo HPS (nº 901)	31	20	22	- 2
3) Programa Rotativo HMIPV (nº 161)	113	93	84	+ 09
4) Projeto: Programa de Erradicação do Aedes Aegypti (nº 114) <sup>2</sup>	20	06	10	- 4
5) Projeto: Atenção Integral à População de Porto Alegre (nº 178) <sup>2</sup>	80	44	52	- 8
6) Projeto: Vigilância do Estado Nutricional de Crianças e Gestantes (nº 154) <sup>2</sup>	05	03	03	0
7) Projeto: Reorganização da Assistência Farmacêutica (nº 116) <sup>2</sup>	102	63	60	+ 03
8) Projeto: PIM/ PIÁ – Primeira Infância Melhor (nº 166) <sup>2</sup>	105	68	63	+ 05

9) Projeto: Atenção a Saúde em Creches Comunitárias (n° 036) <sup>2</sup>	36	10	16	- 6
10) Projeto: Programa de Saúde Escolar: Universidade / SUS (n° 165) <sup>2</sup>	30	11	18	- 7
11) Projeto de Prevenção a DST/ AIDS (n° 035) <sup>2</sup>	37	21	24	- 3
12) Projeto: Trabalho de Ações em Saúde Ambiental para o PIEC (n° 171) <sup>2</sup>	28	10	02	+ 08
13) Projeto: Telemedicina/ Inform CGRABS remanejo projeto 116	08	02	05	- 3
<b>Total</b>	<b>830</b>	<b>494</b>	<b>527</b>	<b>- 33</b>

Fonte: Sistema ERGON. Informações referentes ao n° de estagiários com Termo de Compromisso de Estágio vigente no dia 31 de dezembro de 2010 e 2011. Vagas gerais da Secretaria (SMS) que não precisam ser renovadas. <sup>2</sup> Projetos precisam ser renovados, possuem validade.

A explicação abaixo representa as justificativas da (não) ocupação dos tipos de vagas expostos na tabela 17.

- 1) Programa Rotativo (n° 918) de 235 vagas, 143 estão ocupadas, 41 em tramitação e 51 em aberto;
- 4) Projeto: Programa de Erradicação do Aedes Aegypti (n° 114) de 20 vagas, 06 estão ocupadas, 06 em tramitação e 08 em aberto;
- 5) Projeto: Atenção Integral à População de Porto Alegre (n° 178) de 80 vagas, 44 estão ocupadas, 17 em tramitação e 19 em aberto;
- 6) Projeto: Vigilância do Estado Nutricional de Crianças e Gestantes (n° 154) de 5 vagas, 03 estão ocupadas e 01 tramitação e 01 em aberto;
- 7) Projeto: Reorganização da Assistência Farmacêutica (n° 116) de 102 vagas, 64 estão ocupadas, 16 em tramitação e 22 em aberto;
- 8) Projeto: PIM/ PIÁ – Primeira Infância Melhor (n° 166) de 105 vagas, 68 estão ocupadas, 18 em tramitação e 19 em aberto;
- 9) Projeto: Atenção a Saúde em Creches Comunitárias (n° 036) de 36 vagas, 10 estão ocupadas, 03 em tramitação e 23 em aberto;
- 10) Projeto: Programa de Saúde Escolar: Universidade / SUS (n° 165) de 30 vagas, 11 estão ocupadas, 03 em tramitação e 16 em aberto;
- 11) Projeto de Prevenção a DST/ AIDS (n° 035) de 37 vagas, 21 estão ocupadas, 02 em tramitação e 14 em aberto;
- 12) Projeto: Trabalho de Ações em Saúde Ambiental para o PIEC (n° 171) de 28 vagas, 10 estão ocupadas, 07 em tramitação e 11 em aberto;

- 13) Projeto: Telemedicina/ Informática/ CGRABS remanejo projeto 116 (nº 181) de 8 vagas, 02 estão ocupadas, 03 em tramitação e 03 em aberto.

Ao mesmo tempo em que houve dificuldades na agilidade do preenchimento das vagas de estágios remunerados de nível superior, houve a ampliação do número de estagiários não remunerados na modalidade de Práticas na SMS (Tabela 17). Esse é um reflexo da atuação da Política de Integração Ensino-Serviço que, por meio das reuniões de integração entre gestão da SMS, CMS e instituições de ensino atuantes na rede SUS em Porto Alegre na Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, iniciou a reorientação da formação para as necessidades do SUS na Capital.

**Tabela 17- Quantitativo de estagiários Não Remunerados na modalidade de Práticas, 2010/2011.**

Instituição	Curso	Nº de estagiários 2011	Nº de estagiários 2010
UFRGS	Enfermagem	172	19
	Odontologia	23	55
	Fisioterapia	205	55
	Psicologia	-----	16
	Nutrição	-----	07
	Medicina	06	135
SÃO MIGUEL	Técnico de Enfermagem	88	67
	Urgência e Emergência	06	-----
PUCRS	Enfermagem	200	216
	Nutrição	220	11
	Farmácia	64	-----
	Serviço Social	-----	04
UNIVERSITÁRIO	Técnico de Enfermagem	194	170
IPA	Psicologia	03	-----
	Fisioterapia	20	133
	Enfermagem	349	50
ULBRA	Enfermagem	72	120
SENAC	Técnico em Enfermagem	118	88
LAFAYETTE	Instrumentação Cirurgica	59	70
	Enfermagem	06	-----
	Técnico em Enfermagem	50	40
FUC	Técnico em Enfermagem	60	155
FACTUM	Técnico em Enfermagem	36	184
UNISINOS	Enfermagem	212	225
UFCSPA	Medicina	56	-----
	Enfermagem	93	-----
	Fonoaudiologia	20	-----
ESCOLA ZONA SUL	Técnico em Enfermagem	30	-----
FEEVALE	Enfermagem	-----	26
UNILASALLE	Enfermagem	12	35
HCPA	Técnico em Enfermagem	-----	21
CEDEN	Técnico em Enfermagem	22	48
<b>Total</b>		<b>2396</b>	<b>1950</b>

Fonte: Registro da EE/CGADSS

A perspectiva da ED/CGADDSS é de consolidação da ampliação dos alunos em campos de prática pela integração ensino-serviço, de forma a atuar na consolidação e ampliação do número de Distritos Docentes-Assistenciais.

Por fim, a SMS também oferta estágios remunerados individuais, não associados aos campos de prática de disciplinas curriculares. Comparativamente aos estágios não remunerados de modalidade de práticas, a sua ocorrência é discreta no total de estágios não remunerados executados na SMS.

**Tabela 18-Quantitativo de estagiários Não Remunerados formalizados via Equipe de Estágios/SMS, 2011**

Nº de vagas ocupadas Ano 2011			
Estagiários	SMS	HPS	HPV
Ensino Médio	-----	-----	21
Ensino Técnico	18	42	-----
Ensino Superior	213	576	74
Total	231	618	95

Fonte: planilhas NR 201, HPS, ASSEP – HMIPV.

O número total de estagiários não remunerados individuais apresentado na tabela acima (Tabela 18), não corresponde à soma dos quantitativos por trimestre, pois o mesmo estagiário pode constar em vários trimestres. De toda a forma, a SMS é campos de reforço à qualificação curricular dos estudantes, contribuindo significativamente para a formação em saúde.

A CPES em negociação da Cooperação Técnica entre a secretaria e o HMV alterou a contra partida de concessão de bolsas de estudos para doação de equipamento instrucional para uso na qualificação dos servidores. Foram pactuadas as doações de:

- 2 telas de projeção para data show, uma de 180cm X 180cm, com possibilidades de adequação com uso de tripé ou parede, a outra de maior dimensão do que a anterior que tenha possibilidades de adequação com uso de tripé ou parede;
- 2 Bonecos ou Manequim de RCP Resusci Anne Torso Basic w/ Hard Case & Training Mat acompanhado de Skillguide: uma caixa de sinais luminosos com indicadores de Ventilação correta / excessiva, hiperventilação e compressão correta / excessiva / fora de área.

Estes equipamentos encontram-se em processo de compra pelo HMV

Para atender às novas necessidades da ED/CGADDSS, as metas do PMS foram realizadas/executadas em 2011 da seguinte forma:

**Quadro 6- Metas Anuais Constantes na PAS 2011**

Avaliação das Metas 2011		
Metas	Realizado	Observação Específica
<p><sup>2</sup>157. Adequar o quadro de trabalhadores na área de Desenvolvimento de Recursos Humanos.</p>	<p>A ED sofreu a perda de 5 técnicos no ano de 2011 e teve a reposição de 2 técnicos.</p>	<p>Ao mesmo tempo em que foram ampliadas as suas atribuições, para atender as demandas das ações de integração ensino e serviço (como formalização das cooperações técnicas com as instituições de ensino, secretaria executiva da CPES- Comissão Permanente de Ensino e Serviço, etc.). Com isso, teve que adequar o seu processo de trabalho, reduzindo sua atuação no campo de qualificação profissional.</p>
<p>158. Formular uma Política de Educação Permanente contemplando os eixos: de integração ensino-serviço, profissionalização dos trabalhadores e de qualificação profissional<sup>3</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidação da Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES).</li> <li>- Realização mensal de reuniões da CPES.</li> <li>- Realização de seminários com as instituições de ensino PUC, UFRGS, UFCSPA e IPA.</li> </ul>	<p>A Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES) foi consolidada como instância estratégica da SMS para formulação de política e diretrizes, contando com a participação ativa de todas as áreas da SMS implicadas no processo de construção das políticas de integração ensino e serviço. Houve um importante avanço na implantação de uma política, neste eixo, através das discussões ocorridas nos espaços da CPES, evidenciando-se através das resoluções e pareceres emitidos.</p> <p>A realização mensal de reuniões da CPES, ao longo de 2011, analisou e propôs ações em parceria com as Instituições de Ensino (IEs), com vistas a responder e adequar as propostas à realidade e necessidades do sistema municipal de saúde de Porto Alegre.</p> <p>- Os seminários com as instituições de ensino PUC, UFRGS, UFCSPA e IPA analisaram as necessidades de Educação Permanente para Rede, considerando as metas prioritárias da SMS e suas necessidades de capacitação.</p>
<p>159. Acompanhar 100% das instâncias gestoras já existentes de integração ensino e serviço nos DDA (Distritos Docentes Assistenciais), da GCC/UFRGS e LENO/PUC.</p>	<p>Consideramos que esta meta foi plenamente atingida considerando a participação de representantes da SMS nas instâncias instituídas UFRGS/GD GCC e PUC/GD LENO.</p>	<p>Citamos também como uma ação importante os Fóruns realizados de integração ensino e serviço nas regiões de referência da PUC UFRGS, IPA e UFCSPA em parceria com a SMS.</p>

<sup>2</sup> A meta 156 será executada entre os anos 2012 e 2013. A meta 157 foi excluída.

<sup>3</sup> A meta 158 do PMS foi readequada, alterando sua redação. A meta 161 do PMS foi excluída e suas ações foram aglutinadas nesta meta.



160. Representar a SMS nos 2 Fóruns Institucionais de Educação Permanente do SUS – Comissão de integração ensino e serviço (CIES) e Comissão de Educação Permanente do CMS.	Participação efetiva de representantes da SMS nestes espaços.	Destaca-se, como exemplo, o II Seminário de Educação em Saúde e Controle Social em Porto Alegre.
162. Capacitar 90% das Unidades de Trabalho no Programa de Desenvolvimento Gerencial, em dois focos: Gerenciamento com Base na Informação, Gestão Estratégica e Participativa SUS.	Capacitados 759 servidores ParticipaSUS, nas áreas de Ouvidoria, Auditoria, Controle Social e Planejamento. 2.222 servidores capacitados - Projeto InfoRede, desenvolvidas pela empresa contratada GSH.	A meta foi modificada para 151/2012 –

### 6.1.6 Ética e pesquisa em saúde

No município de Porto Alegre, o Comitê de Ética e Pesquisa, está constituído por uma equipe multidisciplinar, multiprofissional, com 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 daqueles que utilizam os serviços da instituição ou que mais frequentemente 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.

**Tabela 19- Resultados Encontrados no período**

	Quantidade
Nº de Requerimentos para apreciação/período	160
Nº de projetos em acompanhamento/período	160
Nº de projetos aprovados/período	131
Nº de projetos com pendência /período	19
Nº de projetos arquivados /período	10

Fonte : CEP SMS

Em relação a tabela anterior, houve um melhor envolvimento do atendimento de toda a equipe.As listas de todos os protocolos aprovados, pendentes e arquivados do ano de 2011, estão no site do CEP SMS, cujo acesso é o seguinte: [www.portoalegre.rs.gov.br](http://www.portoalegre.rs.gov.br) . Secretarias/Saúde/Comitês e conselhos/Comitê de Ética em Pesquisa/Andamentos dos processos

**Tabela 20- Demonstrativo das atividades do CEP SMS, período 2010- 2011**

Atividades	Período	
	2010	2011
	anual	anual
<b>Análise de projetos/protocolos de pesquisa</b>	136	160
<b>Instruções</b>	180	240
<b>Pareceres emitidos</b>	136	160

Fonte : CEP SMS

Conforme a tabela acima, houve um aumento em relação ao ano de 2010 em todos os quesitos, do numero de protocolos que deram entrada e analise dos mesmos. O aumento se dá em função de uma divulgação entre profissionais da rede e as universidades, sobre a necessidade dos projetos de pesquisa ser analisados 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 2010, de 60 atendimentos, isto se deu em função que no dia de atendimento, o acesso dos alunos e professores é esclarecido todas as duvidas com relação à documentação, procedimentos em que o CEP SMS realiza. E sobre os pareceres emitidos, também houve um considerado aumento na mesma proporção das análises dos projetos.

**Tabela 21-Tipologia dos projetos/protocolos de pesquisa apresentados, período 2010-2009.**

	Período	
	2011	2010
	anual	anual
<b>Prontuário</b>	26	21
<b>TCE – Termo de Consentimento Esclarecido</b>	134	115
<b>Total</b>	160	136

Fonte : CEP SMS

Com relação ao ano anterior, houve um aumento considerado nos protocolos de pesquisa a qual é utilizada a metodologia de entrevista com o sujeito da pesquisa, onde antes de iniciar, é exigido a apresentação do Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que o sujeito assine e possa iniciar a entrevista (Tabela 21). Com relação à metodologia em que o protocolo de pesquisa vai utilizar os dados de prontuário, houve um pequeno aumento.

No período foram analisados 147 (cento e quarenta e sete) locais de realização pertencentes a SMS.e 8 (oito) locais de realização de fora da SMS que utilizaram os serviços para realizar pesquisa

No anexo II está disponibilizado a listagem da Tipologia dos projetos/protocolos de pesquisa apresentados, período 2011- e Local de realização - SMS/PMPA (UBS/ESF/CS/PA/HPS/CGVS/PSF)

### **Linhas de Pesquisas Mais Procuradas**

1. Perfil epidemiológico nas áreas de violência, tuberculose, diabetes, nutrição;
2. Pesquisa com idosos e suas percepções, doenças e conhecimento sobre medicação;
3. Perfil de usuário nos serviços de APS;
4. Pesquisa na área de filosofia, psicologia, biomedicina, odontologia, informática, fisioterapia, fonoaudiologia;
5. Pesquisas com bactérias, em gerais existentes nos ambientes;
6. Avaliação nutricional em crianças, idosos, gestantes;
7. Cuidados com os serviços prestados em enfermagem;
8. Prevenção de quedas e traumas;
9. Fitoterapia;
10. Pesquisas na área da saúde da mulher;
11. Pesquisas interdisciplinares e multidisciplinares;
12. Visitas domiciliares;

13. Acessibilidade e inclusão social;
14. Controle social
15. Qualidade de vida dos portadores DST/HIV
16. Programa Bolsa Família;
17. Perfil de saúde bucal;
18. Gestão e georreferenciamento em saúde
19. Gerenciamento de resíduos sólidos e de mercúrios
20. Farmacologia
21. Promoção à saúde
22. Emergência / urgência/ UTI/ queimados;
23. Saúde do Trabalhador em Saúde
24. Comunicação social;
25. Saúde mental;

## **6.2 Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde**

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

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

A meta pactuada no Plano Municipal de Saúde está descrita na 10ª Diretriz: Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS.

A meta pactuada para 2011 é atingir 50% dos serviços de saúde com Ações de Humanização.

Constituir e consolidar os GTHs (Grupos de Trabalho da Humanização) nas 8 Gerências Distritais, nos 2 hospitais, nos 3 Prontos Atendimentos e no CGVS .

**Quadro 7- Meta anual constantes na PAS**

Metas anuais constantes na PAS		Observação Específica
Previsto 2011	Realizado	
155. Constituição e consolidação de GTHs (Grupos de Trabalho da Humanização) nas 8 Gerências Distritais, nos 2 hospitais, nos 3 Prontos Atendimentos e no CGVS . Atingir 50% dos serviços de saúde com ações de Humanização	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 07 Gerências Distritais, 03 Pronto Atendimentos, HMIPV e HPS com GTH consolidados.</li> <li>• 50% dos serviços de saúde de APS com Ações de Humanização.</li> </ul>	7 das 8 gerências os 2 hospitais e os 3 PA já possuem grupo de humanização constituído , todos tem representação no Comitê de Humanização. Rede Primária de Saúde possui mais de 50% dos serviços com reuniões de equipe, além da Constituição dos conselhos locais em 43,7% dos serviços de saúde, bem como as outras ações em Humanização em toda rede de APS nos 2 hospitais e nos 3 PA – ainda em construção.

**Quadro 8- Eixo gestão do trabalho – Cogestão**

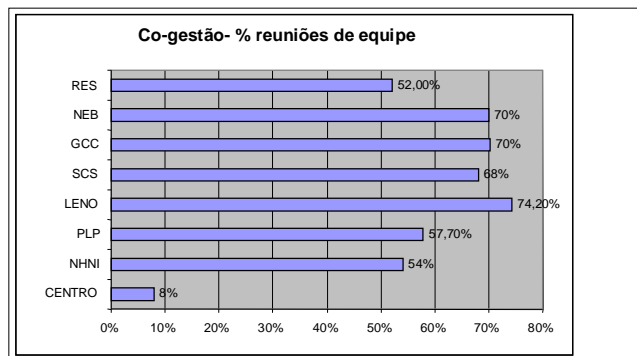
GD	portaria GTH	grupo constituído	representação comitê
CENTRO	encaminhada	sim	sim
NHNI	encaminhada	sim	sim
PLP	não	não	sim
LENO	sim	sim	sim
SCS	encaminhada	sim	sim
GCC	encaminhada	sim	sim
NEB	encaminhada	sim	sim
RES	encaminhada	sim	sim
total	7	7	8

Fonte :GTHS constituídos com portaria publicada na Rede primária de saúde.

Observa-se na tabela acima gerências já possuem grupo de humanização constituído, todas tem representação no comitê de humanização. As gerencias distritais: NEB, GCC, Centro, RES, NHNI e SCS com grupos constituídos com modelo de portaria encaminhados para publicação. O objetivo dos GTH está no fortalecimento da descentralização e a ampliação das ações de humanização em saúde nos serviços do SUS no Município.

Entre as ações de humanização, a SMS avaliou a realização de reuniões de equipe e os conselhos locais nos serviços de APS (Gráficos 1, 2, 3 e 4). Nos demais serviços da SMS (Pronto Atendimentos, HPS, HMIPV e CGVS), outras ações de humanização foram avaliadas (quadro). No presente relatório, as referidas ações ainda não são tratadas na comparação 2011/2010, pois ainda não constam dados referentes às mesmas no ano de 2010.

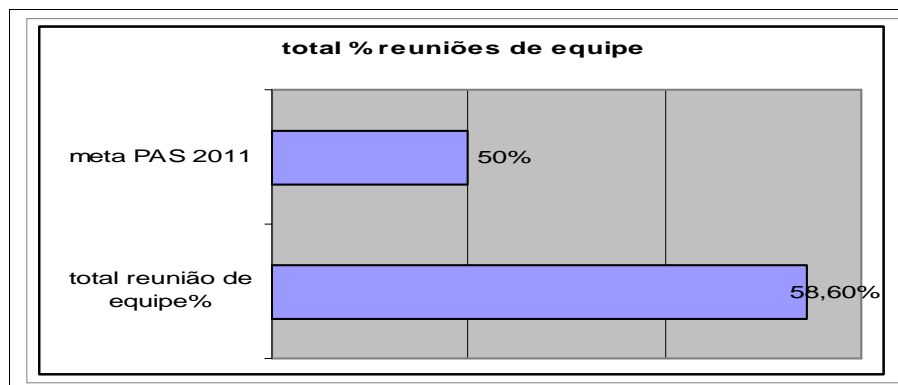
**Gráfico 1 – Eixo gestão do trabalho -Cogestão – Reuniões de equipe**



Fonte: reuniões de equipe

Observa-se no gráfico acima (gráfico 1) que as Gerências Distritais RES, NEB, LENO, SCS, PLP, NHNI e GCC estão acima da meta pactuada de 50% na PAS (Programação Anual de Saúde). A GD Centro é a única que não atingiu os 50% pactuados. Este quadro das Gerências Distritais consolida um percentual superior a 50% dos serviços da Rede de Atenção Primária de Saúde (APS) com reuniões de equipe (gráfico 2).

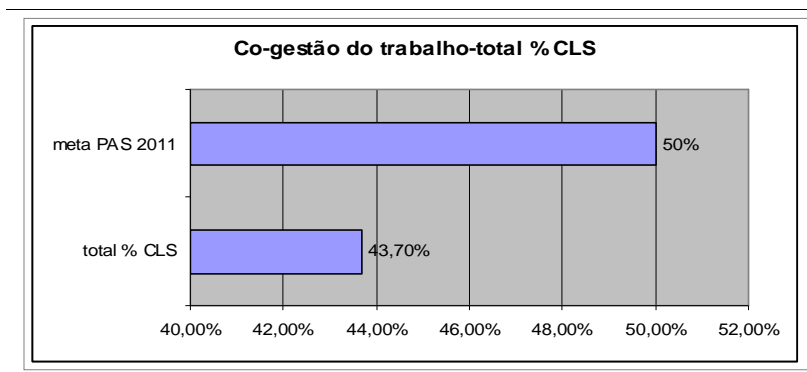
**Gráfico 2 – Eixo gestão do trabalho - Cogestão – Reuniões de equipe**



Fonte: Informação dos serviços

Apesar do aumento significativo de CLS em algumas gerências, verifica-se um total de 43,7% dos serviços de APS com CLS (Gráfico 3).

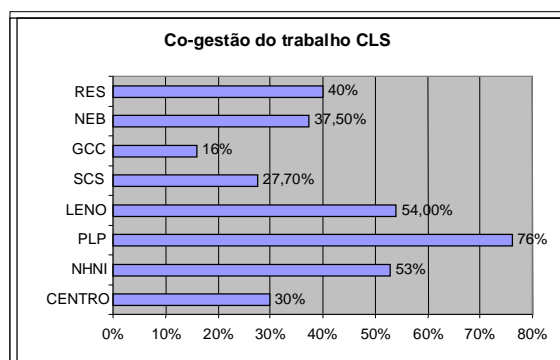
**Gráfico 3: Eixo gestão do trabalho: conselho local de saúde**



Fonte: Conselho local de saúde

Das oito GD, apenas três delas possuem mais de 50% dos serviços de APS com conselhos locais constituídos - GD LENO, GD PLP e GD NHNI. Das demais, apenas a GD GCC tem menos que 20% dos serviços de APS com CLS (Gráfico 4).

**Gráfico 4: Eixo gestão do trabalho: conselho local de saúde**



Fonte: Conselho local de saúde

No total de serviços de APS, ainda será necessária a constituição de 19 CLS para o alcance da meta de 50%. Apenas na GD GCC há a necessidade de constituição de 9 novos CLS para o alcance da meta da região, sendo que nas demais regiões há a necessidade de constituição de 4 CLS ou menos (Quadro 9).

Lembra-se que está é uma região da cidade pioneira na implantação do controle social com atuação das CLIS-Comissão Local Institucional de Saúde.

**Quadro 9 Eixo Gestão do trabalho: Conselho local de saúde**

Gerências	Total de Serviços	Serviços com CLS 2011	Serviços com CLS necessários para atingir 50%
CENTRO	10	3	2
NHNI	15	8	0
PLP	25	19	0
LENO	24	13	0
SCS	18	5	4
GCC	25	4	9
NEB	24	9	3
RES	10	4	1
total	151	66	19

Fonte: Comitê de humanização e CGRAPs/SMS.

Além dos serviços da APS, demais serviços municipais foram analisados e estimulados quanto ao desenvolvimento de ações de Humanização ao longo de 2011. Destes, somente a CGVS não informou nenhuma ação ou dispositivo de Humanização desenvolvidos. Justifica-se principalmente, ao estágio de desenvolvimento da área de Humanização na Saúde vivenciada na SMS, que atuou, em 2011, com enfoque do levantamento e desenvolvimento de ações de Humanização nos serviços de APS, seguido dos Pronto-Atendimentos.

**Quadro 10- Diretrizes , dispositivos e ações trabalhadas : nos 3 Pronto Atendimentos dois Hospitais e CGVS, ano 2011**

Serviços	Diretrizes	Dispositivos		Ações			
	Principais diretrizes trabalhadas	GTH-constituído	GTH - Portaria	Acolhimento por necessidades c. uso de protocolo.	Visitas domiciliares	Conselho de Saúde	Reuniões periódicas das equipes do serviço
PA B. Jesus	Cogestão Acolhimento Ambiência Clínica Ampliada	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
PA L. Pinheiro	Cogestão Acolhimento Clínica ampliada	Sim	Não	NI	Não	Não	Sim



PA Cruzeiro do Sul	Cogestão acolhimento	Sim	Não	NI	Não	Sim	Sim
HPS	cogestão	Sim	Sim	NI	Não	NI	NI
HPV	Cogestão Saúde trabalhador	Sim	Não	NI	Não	NI	NI
CGVS	NI	NI	NI	NA	Não	NI	NI

Fonte : Comitê de Humanização. \*NI : não informado. NA: Não se aplica.

A partir de 2011 houve a reestruturação da área técnica específica para acompanhar e retomar as ações de Humanização na SMS. Houve a alocação de um técnico de nível superior para atuar na liderança da área técnica. Este teve, como objetivo inicial, agregar profissionais dos Pronto-Atendimentos, hospitais municipais e Gerências Distritais para compor o Comitê de Humanização.

O Comitê de Humanização é a instância da SMS responsável por elaborar as estratégias de orientação das práticas de saúde ao enfoque da Humanização, de acordo com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. Como representantes multiplicadores, os componentes do Comitê de Humanização também tem como responsabilidade atuar diretamente nas suas áreas para consolidar a PNH em Porto Alegre.

Tendo consolidado a maioria dos GTH propostos na meta da PAS 2011, o Comitê de Humanização continuou suas atividades de 2011 identificando e consolidando a execução das ações de Humanização. Para 2012, objetiva-se atingir as metas da PAS 2012, além de consolidar a Humanização como eixo orientador das relações de trabalho e entre usuários e profissionais na atenção à saúde.

### 6.3 Ouvidoria do SUS

**Quadro 11- Metas anuais constantes no PAS 2011**

Metas anuais constantes no PAS 2011		Observação Específica
Previsto 2011	Realizado	
199. Implantação de um sistema específico da Ouvidoria que gere relatórios mais qualificados.	Início das tratativas com o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.	Foram efetuados os primeiros contatos com o Ministério da Saúde para a possível integração Ouvidor SUS e participação da capacitação do sistema.

200. Retorno de 60% das demandas da Ouvidoria no prazo máximo de 30 dias.	Do total de 11.283 solicitações, apenas 1,65% retornou no período maior que 30 dias. Portanto 98,35% retornou no prazo máximo de 30 dias.	Realização de curso de sensibilização para a importância na agilização no retorno das demandas para os usuários. Remanejado um profissional do quadro para o serviço de atendimento presencial
---	---	--

**Tabela 22- Total de ligações e atendimentos comparando 2011 e 2010.**

Demandas (encaminhadas pelo sistema)	Período				Variação	
	Ano 2011		Ano 2010 (4º TRI)		2011/2010	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atendidas ou analisadas	6181	54,7	4558	50,2	1.623	+4,5
Demandas Não atendidas	5092	45,13	4518	49,8	578	-4,67
Total*	11283	-	9076	-	2207	-

Fonte: Fala Porto Alegre

Houve um aumento de 2.207 demandas de 2010 para 2011. Além disso, a ouvidoria ampliou o número de solicitação atendida ou analisada. É importante lembrar que a maior divulgação do serviço e a agilização nos retornos aos usuários refletiram no aumento da procura pelas atividades da Ouvidoria. Também se deve destacar que a Ouvidoria é um instrumento que possibilita a disseminação de informação. Por isto, sua atuação é ampla e cadastra reclamações, sugestões, denúncias e elogios.

**Tabela 23- Dados de atendimento, por equipamento, fazendo uma comparação entre 2011 e 2010.**

Período	2011		2010		Variação
	Qtde	% do Total	Qtde	% do Total	
156 - Atendimento ao cidadão	10759	93,2	7485	73,7	19,5
Assessoria Comunitária	171	1,5	119	1,2	0,3
Atendimento presencial	351	3,0	311	3,0	0
CAR	9	0,07	4	0,03	0,04
Outros	93	0,8	331	3,2	-2,4
Ouvidor SUS	96	0,8	824	8,1	-7,3
Processo	59	0,5	1082	10,6	-10,1
<b>Total</b>	11.538		10156		1382

Fonte: Fala Porto Alegre

O acesso do cidadão à Ouvidoria pode ser através do telefone 156 – Fala Porto Alegre, atendimento presencial, onde os usuários são acolhidos e suas demandas encaminhadas diretamente por uma assistente social, estagiária de psicologia e assistente social ambas devidamente orientada. O sistema Fala Porto Alegre tem capacidade para atender 120 ligações simultâneas. A idéia é incentivar a sua utilização para o cidadão receber o número do protocolo e ter a garantia de que a solicitação terá

um fluxo de resolução. Em 2011, já houve um aumento de 19,5% das solicitações pelo 156.

## Ouvidoria do HMIPV

Tabela 24– Ouvidoria

Ouvidoria		2011		Reclamações mais frequentes:
		Nº	%	
156	concluídas	29	22,3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta do prontuário para consulta no ambulatório;</li> <li>- Insatisfação com o atendimento médico;</li> <li>- Cirurgia desmarcada / suspensa por falta de anestesista;</li> <li>- Demora na marcação de consulta médica;</li> <li>- Novo sistema de agendamento de consultas;</li> <li>- Atendimento inadequado pelos secretários / estagiários do ambulatório;</li> <li>- Falta de vacinas.</li> </ul>
	pendentes	0	0	
	Total	29	22,3	
Presencial	concluídas	97	74,6	
	pendentes	4	3,1	
	Total	101	77,7	
Total	concluídas	126	96,9	
	pendentes	4	3,1	
Total Geral		130	100	

Fonte: Ouvidoria HMIPV

Os dados começaram a ser contabilizado neste ano de 2011, por isso não há comparativo com 2010.

## 6.4 Assessoria de Comunicação

Quadro 12- Metas Anuais Constantes no PAS 2011

Metas anuais constantes no PAS		Observação Específica
Previsto 2011	Realizado	
153.Utilização da comunicação como ferramenta estratégica na gestão da SMS e estratégias de ação, a partir das metas do PMS.	Meta atingida	A Assessoria de Imprensa atuou durante todo o ano como ferramenta estratégica da gestão junto à opinião pública. Mediando conflitos, divulgando e promovendo a informação para a população e propondo pautas e ações de imprensa que contribuíssem para a uma boa relação entre a SMS e os veículos de imprensa, vide relatórios trimestrais. O trabalho de Relações Públicas e Publicidade enfocaram seu trabalho na realização de projetos em parceria com as áreas técnicas, destacaram-se as ações de saúde priorizadas pelo PAS 2011, como campanhas de prevenção as DST/Aids, Tuberculose, Vacinação.

<p>154. Desenvolvimento de comunicação dirigida para o fortalecimento do SUS.</p>	<p>A Assecom não conseguiu concretizar* as ações propostas no PAS para que esta meta fosse atingida plenamente. Portanto o indicador não foi alcançado.</p>	<p>Justificamos que em 2011 a Assessoria não teve condições de concretizar as ações propostas (composição do GT, Projeto, Submissão ao CMS) em função das muitas demandas de trabalho e da integração do novo setor incorporado (Ouvidoria). Salientamos que, pontualmente as ações referidas não foram realizadas, mas todo o trabalho desenvolvido referendou e contemplou o fortalecimento do SUS, bastando observar os relatórios trimestrais. No desenvolvimento das ações, outras atividades contemplaram parte desta meta. Além disso, a Assessoria está constantemente monitorando e reavaliando o processo comunicacional e planejando ações que serão apresentadas ainda no primeiro trimestre de 2012.</p>
---	---	---

Fonte: Informação do setor

O trabalho desenvolvido pela Assessoria de Comunicação, no período de outubro a dezembro de 2011, baseou-se fundamentalmente na contribuição para o Plano Anual de Saúde, tendo foco nas metas 14, 21, 24, e 117, nas quais a Assessoria foi pactuada como parceira para o cumprimento dos objetivos. Além disso, a Assessoria contribuiu e desenvolveu ações para metas nas quais não foi citada como parceira, como 58, 62, 76, 103, 118, 188, 200. A Assessoria também trabalhou objetivando o cumprimento das metas 153 e 154, sob sua responsabilidade.

#### **Destacaram-se as seguintes ações realizadas:**

AIDS: Exposição “*Somos Iguais*” – Shopping Total. Em parceria com o MS a SMS trouxe a exposição itinerante para Porto Alegre, ficando no local por 1 semana. Objetivo: trabalhar o preconceito em relação aos portadores do vírus, além da prevenção e estímulo ao uso de preservativo; elaboração em parceria com a Área Técnica de DST/Aids da Campanha 1º de dezembro de 2011 – “*Aids: Se Você Esqueceu, A Gente Lembra*”: Mídia de Rádio; Evento na esquina democrática; Faixas em sinaleiras com distribuição de folders; Instalação do laço da solidariedade nos monumentos mais marcantes da cidade; Contratação de carro de som para divulgação da campanha nas regiões Restinga e Lomba do Pinheiro. A campanha foi construída por meio da Comissão de DST/Aids do CMS; participação nas reuniões do CMS; finalização e licitação da Campanha 2012 - empresa vencedora Thema Comunicação; planejamento ações carnaval 2012.

Inforede: Elaboração e Realização do evento Retrospectiva e Avanços do Projeto Inforede (Vídeo, materiais gráficos e brindes, 3 apresentações institucionais, infra-estrutura, convites, lista de convidados e confirmações).

Capacitação da Ouvidoria: Realização da sensibilização para a Ouvidoria no Hotel Vila Ventura, com profissional de motivação, direcionada aos representantes da ouvidoria nos diversos setores da SMS.

Campanha do AVC: E-mails com descrição da Campanha para as gerências dos 05 shoppings onde foram colocados *banners* e *folders* da Campanha; envio de e-mails para os gerentes dos cinemas; laboração das notícias inseridas nas TVs dos ônibus da Carris; entrega pessoalmente dos materiais e monitoramento de distribuição; contato através de reuniões e e-mails da Campanha com Direção, Marketing e Equipe Médica dos times do Grêmio e do Inter para entrada da faixa da Campanha e camisetas; produção de faixa e camisetas para entrada no Inter (orçamento e aprovação do material); elaboração e envio de convites; cerimonial e MC no evento.

Semana do Bebê: Negociação de parceria com EPTC e DMLU na participação do evento junto ao estande da SMS e SMED, ofício para solicitação de ônibus, montagem do estande junto à equipe do PIM. Acompanhamento do evento manhã e tarde.

Execução da Semana do Servidor, com uma atividade direcionada para a valorização do servidor, fazendo-o sentir-se especial e valorizado. Proporcionando um momento de descontração de sua vida profissional.

Entrega de veículos e prestação de contas CGVS: trabalhando com mote de "Todos usam o SUS". Ação que buscou mostrar que toda a população usa o SUS, fortalecendo assim a sua imagem.

Campanha pela Vida, contra o suicídio: Mini projeto para elaboração do evento em reuniões com a Coordenação de urgências e com as coordenações de saúde mental IPAI e PACS; elaboração de notícias para inserção nas TVs dos ônibus da Carris; elaboração da arte e texto dos folders e outdoors junto ao Marketing do Hospital Mãe de Deus; exposição da campanha para as gerências dos shoppings P. de Belas, Moinhos, Iguatemi, Lindóia e Total e solicitação de autorização para divulgação da campanha nos cinemas; negociação de parceria com as gerências dos cinemas GNC e Cinesystem para colocação dos materiais para serem entregues para população na compra de ingressos; roteiro de cerimonial e mestre de cerimônias do Seminário; elaboração de convite e envio do mesmo.

Execução das atividades do Mês de Mobilização Pró-saúde da População Negra em parceria com a Área Técnica de Saúde da População Negra, com o objetivo de promover a equidade e combater a discriminação.

Cerimonial e auxílio na organização na Inauguração da USF Chapéu do Sol, no Ato de Assinatura da Ordem de Início da nova sede da USF Castelo, Entrega de Novos Leitos do Hospital Vila Nova, Ato de assinatura de instalação do Comitê de Mortalidade por AIDS, Encontro de Humanização do PACS, Ato de Posse do CSST/SMS, Evento CRAI, Oficina de Enfrentamento ao Crack, Semana do Bebê, atividades da Campanha de Doação de Sangue.

Organização de eventos: Lançamento do Projeto em parceria com a Central Única das Favelas – CUFA – Prevenção de Crack nas Escolas da Rede Municipal de Ensino; Dia das Crianças dos Hospitais de Pronto Socorro e Presidente Vargas, Mostra Itinerante “10 passos para uma alimentação saudável” – que ficou exposta para população e servidores em todas as GDs; Saúde Bucal, entre outros.

Finalização dos projetos Campanha da Tuberculose, Dengue, Capacitação dos Servidores da SMS que atendem ao público, Ano de Luta contra o Câncer de Mama.

Finalização dos Projetos Básicos para licitação de Cartilhas da CGRAPS, de Infraestrutura para Eventos, que possibilitarão uma ampliação e qualificação dos processos de produção, e colaboração no projeto básico para a confecção das Agendas de Saúde do Escolar.

Acompanhamento dos eventos da Prefeitura na Comunidade, em parceria com o Programa Balanço Geral da Record, fortalecendo a imagem do SUS através do serviço oferecido.

A Assecom confeccionou ainda os seguintes materiais gráficos: Convite “Dia Mundial de Luta Contra a AIDS”; Arte de 12 faixas para sinaleira “Dia Mundial de Luta Contra a AIDS”; Banner institucional SMS; Banner para “Dia do Servidor”; Cartão para “Dia do Servidor”; Convite lançamento “Caravana de Enfrentamento ao Crack”; Placas de porta para Banco de Olhos; Banner para USF São Pedro “Como Agendar Consultas”; Banner “Caminhos da Saúde” (Medicamentos); Banner “Caminhos da Saúde (Prescrição)”; Banner “Saúde Bucal”; Banner “Mapa ESF Pitoresca”; Banner “Serviços SUS” para Instituto de Cardiologia; Banner “Convênio” para Hospital de Clínicas; Arte camiseta “Carnaval Saúde 2012”; Aplicação logos em Cartão SUS; Cartões de visitas para IMESF; Certificados SMS / CGADS; Convite “IV Seminário Comissões de Saúde e Segurança do Trabalho”; Convite “Lançamento do Espaço Oliveira Silveira”; Convite “Avanços e Desafios da Informatização da Saúde em POA”; Convite “Solenidade de Entrega da Nova Frota de Veículos da CGVS”; Folder “11º Seminário Dengue”; Arte bolso de jaleco para GDPLP; Banner “9º UTI Trauma Pediátrico”; Faixa local “9º UTI Trauma Pediátrico”; Faixa divulgação “9º UTI Trauma Pediátrico”; Camiseta “9º UTI

Trauma Pediátrico”; Flyer “9º UTI Trauma Pediátrico”; Banner “Regulação de Leitos” para INFOREDE; Convite “Evento Informatização da Saúde” para INFOREDE; Folder “Evento Informatização da Saúde” para INFOREDE; Banner “Evento Informatização da Saúde” para INFOREDE; 5 Banners “Dez Passos da Alimentação Saudável”; Convite “Encontro da Ouvidoria”; Arte de apresentação para Ouvidoria; Arte para camiseta PIM / PIA; Arte pasta PIM / PIA; Arte camiseta “Agente Redutor de Danos”; Lona Institucional SMS; Cartão “Dia Nacional Consciência Negra”; Banner “Rede Amamenta”; 5 artes de lâminas para “Saúde Bucal”; Cartaz “SMART”; Cartão de Natal / Ano Novo SMS; Convite Festa de Final de Ano SMS; 3 Placas para Unidades de Saúde; Banner da Área Técnica de Humanização; Cartaz Doação de Brinquedos Dia das Crianças HMIPV, REMUME.

A Assecom desenvolveu suas atividades durante todo o ano utilizando a comunicação como ferramenta estratégica de gestão, minimizando ruídos e buscando sempre vincular as ações ao fortalecimento do SUS, mantendo esta proposta de trabalho ainda no 4º trimestre.

Como durante os demais trimestres, foram realizadas atividades de utilidade pública junto aos veículos de comunicação como divulgação de campanhas, pacientes ignorados, fechamento de unidades, desinsetização, comunicados e atendimento a dúvidas. A Assessoria de Imprensa desenvolveu o trabalho num regime de plantão 24 horas semanais, gerenciando a relação da SMS com a mídia.

Na análise das notícias publicadas em jornais impressos, rádio, tv e sites pode-se avaliar o espaço oferecido pelos veículos ao tema de saúde da cidade.

## **I – OUTUBRO**

O mês de outubro foi um dos mais positivos do ano em espaços obtidos nos veículos de comunicação social pela Assecom-SMS para divulgação de ações da pasta. Cinco assuntos tiveram maior destaque em jornais e emissoras de rádio e televisão, além de sites de notícias.

As matérias veiculadas foram geradas imediatamente a partir da distribuição de releases pela Assecom-SMS e da publicação das matérias no site da Secretaria Municipal de Saúde, ou serviram de base para pautas posteriores, que mantiveram os assuntos em evidência. Os principais foram:

- 1) O Instituto de Estratégia de Saúde da Família (Imesf), divulgado pela Assecom como um novo instrumento de gestão em fase de estruturação para qualificar e ampliar o atendimento primário em saúde em Porto Alegre. O material informativo distribuído difundiu, também, que o Imesf deverá expandir a cobertura de atendimento

pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família para perto de 50% da população da Capital – hoje, o índice é de 33%. Para isso, foi divulgada a estimativa de que o número de equipes subiria de 131 para 181, até dezembro de 2011, e para 201 até o final de 2012.

2) A reabertura do Hospital Independência, anunciada oficialmente em julho pelo prefeito José Fortunati e pelo secretário Carlos Henrique Casartelli, e amplamente divulgada na ocasião, voltou a ser pautada pelos veículos de comunicação, com abordagem da perspectiva de conclusão das obras de reforma em 2012.

3) A nova Linha de Cuidado Simultâneo do AVC e do Infarto, lançada em 29 de outubro pela SMS, em evento no Parque da Redenção, obteve grande espaço em jornais, emissoras de rádio e televisão, tanto às vésperas do anúncio como depois da inauguração do serviço. O novo atendimento, organizado para agilizar o acesso da população, qualificar a assistência e estimular a prevenção como forma de reduzir os índices de acidentes neurovasculares em Porto Alegre e na Região Metropolitana, foi tema, inclusive, de reportagem nacional, veiculada pela Rede Globo de Televisão em horário nobre.

O assunto motivou, também, reportagens sobre a importância de hábitos saudáveis e de exames regulares para prevenir ocorrências de AVC e infarto, que são responsáveis pelo maior índice de mortalidade e de incapacitação no país. A campanha de divulgação desenvolvida pela SMS reforçou que 90% dos casos podem ser evitados com a observação de cuidados preventivos.

4) Os dez anos do Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil (CRAI), comemorados com a realização de uma jornada de debates com o tema, Violência Sexual contra Crianças e Adolescente: Práticas, Intervenções, Perspectivas, serviram de oportunidade para chamar atenção da imprensa sobre o crescimento da pedofilia e o trabalho desenvolvido pelo serviço municipal de saúde, de forma pioneira no Brasil, para a prestação de assistência integral às vítimas e o encaminhamento de providências para punição aos agressores. O assunto obteve igualmente, grande repercussão – especialmente nos veículos eletrônicos -, com ênfase para o fato de que o CRAI é referência para outros estados que pretendem implantar serviços idênticos.

5) A conclusão da segunda etapa do Levantamento do Índice Rápido de Aedes aegypti (LIRAA), realizada entre 17 e 21 de outubro, quando foram vistoriados mais de 15 mil imóveis, superando a meta de 12 mil previstos. O resultado divulgado foi de Índice de Infestação Predial (IIP) médio em Porto Alegre de 0,2%, considerado de baixo risco pelo Ministério da Saúde.



## II – NOVEMBRO OUTROS DESTAQUES

**Mais leitos hospitalares** - Os sites de notícias [sissaude.com.br](http://sissaude.com.br), [consumidorrs.com.br](http://consumidorrs.com.br) e [enewsrs.com.br](http://enewsrs.com.br) destacaram notícia publicada no site da SMS com o título “Saúde expande oferta de leitos na Capital”. O texto deu destaque ao fato de que, com os anúncios de novas vagas para internação hospital que estão sendo feitas, a SMS vem revertendo uma tendência de duas décadas de extinção de leitos em Porto Alegre.

**População Negra** - O trabalho da SMS em atenção à comunidade afrodescendente foi divulgado por ocasião da exposição itinerante “Saúde da População Negra – Fortalecendo o SUS”, que se iniciou pelo Mercado Público e passou pelos shoppings Centers Praia de Belas e Total e pelo Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV). Foram destaque as fotos da Caminhada Pró-Saúde da População Negra, que partiu da sede da SMS e seguiu até o Mercado Público, onde a mostra foi inaugurada, dia 27 de outubro.

**Vigilância em Saúde** - A notificação e a suspensão de comercialização do achocolatado Toddynho, pela Vigilância Municipal em Saúde, tiveram informações permanentemente atualizadas para os veículos de comunicação, até a conclusão das análises do lote apreendido na Central de Distribuição de Porto Alegre e o encerramento do caso, com a normalização da venda do produto.

1) A entrega da Unidade de Estratégia de Saúde da Família Chapéu do Sol, no bairro Restinga, foi o assunto de maior destaque nos veículos de comunicação, em novembro, entre as ações da SMS divulgadas pela Assecom.

A notícia de inauguração da obra de 248 metros quadrados – com investimento de R\$ 529 mil - foi também uma oportunidade para lembrar outro empreendimento em andamento na região e que também faz parte do Projeto Restinga Extremo Sul: o Sistema Intramunicipal de Saúde, um complexo hospitalar no qual serão investidos R\$ 65 milhões e que deverá oferecer mais 135 leitos/ SUS a partir do final de 2012. Será atendida a população dos bairros Restinga, Lajeado, Lami, Belém Novo, Ponta Grossa e Chapéu do Sol, onde vivem ao todo mais de 100 mil pessoas.

2) O Rio Grande do Sul foi apontado em novembro como o estado brasileiro com a maior incidência de Aids (27,7 casos por 100 mil habitantes), de acordo com levantamento do Ministério da Saúde com base na conclusão de dados referentes a 2010. Somente em Porto Alegre, segundo o boletim epidemiológico do Ministério, são registrados 99,8 casos em cada grupo de 100 mil pessoas.

Em contraponto a essa abordagem do noticiário, a Assecom divulgou as ações desenvolvidas pela SMS para conscientizar a população – e especialmente os jovens – sobre a importância da prevenção, com o uso de camisinhas, e anunciou o lançamento de um serviço pioneiro no país: a oferta de teste rápido na rede de atenção primária para detecção do vírus HIV, com resultado pronto em 15 minutos. O primeiro lote de exames foi disponibilizado a mulheres grávidas, para combater a chamada transmissão vertical - quando a gestante passa o vírus para o filho. Sendo constatado a tempo que a futura mãe é portadora do HIV, o bebê pode ser protegido

O assunto teve ampla repercussão nos meios de comunicação, com entrevistas concedidas aos veículos impressos e eletrônicos, pelo secretário e pela coordenação da Área Técnica de Doenças Sexualmente Transmissíveis da SMS.

Outra iniciativa da SMS no combate ao HIV que ganhou visibilidade nos meios de comunicação foi a criação do primeiro Comitê de Mortalidade por Aids no Brasil, com os integrantes sendo empossados em 22 de novembro. Além de investigar os óbitos pela doença na Capital, o Comitê envolve gestores, profissionais e serviços de saúde, e também a sociedade civil em ações de monitoramento e de incentivo à integração entre instituições e profissionais da área de saúde, a fim de planejar medidas de controle de fatores que aumentem o risco de morte.

### **OUTROS DESTAQUES**

Em novembro, foram noticiadas, ainda pelos veículos de comunicação a expectativa de abertura de 133 novos leitos/SUS nos meses seguintes e a perspectiva de entrada em vigor do Instituto de Saúde da Família (IMESF) após análise da documentação pela Procuradoria-Geral do Município.

Em atendimento a solicitações dos meios de comunicação, a Assecom emitiu informações e intermediou declarações de fontes da SMS sobre mobilização de seguranças de unidades de saúde e a respeito do fechamento temporário da UTI Pediátrica do Hospital de Pronto Socorro (HPS), após a constatação de que um paciente internado estava com varicela.

Foram intermediadas, ainda, entrevistas sobre a seleção de anestesistas para suprir necessidade desses profissionais no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV).

### **III – DEZEMBRO**

1) Teve ampla repercussão, na primeira semana do mês, a apresentação do Projeto Inforede, para interligação de toda a rede municipal de Saúde. O anúncio de que, a partir dessa inovação tecnológica, a SMS trabalha com a meta de chegar ao acompanhamento de 100% dos leitos hospitalares disponíveis para internações, em tempo real, e alcançar a média de 15 mil regulações por mês atraiu o interesse dos veículos de comunicação por várias entrevistas, que foram concedidas pelo secretário Carlos Henrique Casartelli e por outras fontes da SMS. As reportagens assinalaram a perspectiva de maior agilidade e eficiência nos serviços e a implementação do prontuário eletrônico de pacientes até o final de 2012, quando a rede municipal de saúde deverá estar totalmente informatizada.

2) Para chamar atenção sobre o quanto é necessário se prevenir contra o vírus HIV, a SMS promoveu em 1º de dezembro – Dia Mundial de Combate à Aids – uma campanha de conscientização pelas ruas da cidade, intitulada “Se Você Esqueceu, a Gente Lembra”. O assunto teve boa acolhida na imprensa.

Além da exibição de faixas com frases de alerta, em sinaleiras, foi distribuído material informativo aos transeuntes e ampliada a oferta gratuita de preservativos masculinos e femininos nas unidades de saúde.

3) Ainda dentro da primeira quinzena, o anúncio de que Porto Alegre deverá contar, até o final de 2013, com mais 1.077 leitos para pacientes do SUS, distribuídos em toda a rede hospitalar, também ganhou destaque.

Logo depois, foi noticiada a entrega do primeiro lote, de 47 leitos, ao Hospital Vila Nova, pelo prefeito José Fortunati e o secretário municipal adjunto de Saúde, Marcelo Bosio, elevando para 345 o número de vagas para o SUS na instituição.

4) Outro fato noticiado foi a assinatura do contrato com a Sociedade Sulina Divina Providência, pelo prefeito José Fortunati e o secretário Carlos Henrique Casartelli, para reabertura do Hospital Independência, com 90 leitos para internação e dez leitos de UTI, exclusivamente para pacientes do SUS. Foi anunciada a previsão de seis meses, a partir da formalização contratual, para readequação da área física e a compra de equipamentos e mobiliário, com investimento inicial de R\$ 10 milhões.

## **OUTROS DESTAQUES**

A) Divulgação do Relatório Diagnóstico dos Atendimentos de Violência em Porto Alegre:

O levantamento, feito por intermédio do Núcleo de Prevenção à Violência, incluiu os serviços prestados pela SMS, Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Segurança Urbanos, Secretaria Municipal de Educação (Smed) e Fundação de Assistência Social e Cidadania (Fasc). O objetivo foi colher dados para servirem de base à elaboração de políticas públicas em conjunto entre os órgãos envolvidos.

B) Visita às obras do Complexo Hospitalar Restinga Extremo-Sul:

Depois do anúncio de recursos para investimentos na área de Saúde em Porto Alegre, dia nove de dezembro, o prefeito José Fortunati e o secretário Carlos Henrique Casartelli acompanharam o ministro Alexandre Padilha a uma visita à construção do complexo hospitalar de 18,2 mil metros quadrados, que vai oferecer 135 leitos e atenderá a uma população de mais de 100 mil pessoas que vivem naquela região.

C) Combate ao crack entre estudantes da rede municipal:

Em parceria com a Central Única das Favelas (Cufa) no projeto Circuito Papo Reto, a SMS lançou o livro “O Escudeiro da Luz em Os Zumbis da Pedra”, para servir de apoio a atividades lúdicas e palestras estimulando os estudantes a se manterem longe do crack e de outras drogas. O projeto envolve 50 mil alunos e 3.900 professores.

D) Convênio amplia serviços do SUS no Instituto de Cardiologia:

Um termo aditivo ao convênio vigente entre a SMS e a Fundação Universitária de Cardiologia expandiu os serviços prestados aos usuários do SUS, com a garantia de maior número de exames, consultas e procedimentos, e de maior participação do Instituto de Cardiologia no atendimento às linhas de cuidado do AVC e de cardiopatia isquêmica mantidas pelo Município.

E) Prefeitura amplia convênio com Hospital de Clínicas

Em continuidade ao processo de qualificação da saúde na Capital, a oferta mensal de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais prestados pelo hospital aos usuários do SUS foi estendida em 5% em relação a 2010. Foi anunciado, em entrevista coletiva do prefeito José Fortunati e do secretário Carlos Henrique Casartelli que a ampliação do acordo prevê aumento do número de exames ambulatoriais nas áreas de patologia clínica, medicina nuclear, tomografias, ultrassonografias, radiodiagnóstico, genética médica e ressonância magnética.

F) Entregues novos veículos para a Vigilância em Saúde

Para reforçar os serviços de fiscalização, a Coordenadoria-Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) recebeu 17 novos automóveis, entregues pelo prefeito José Fortunati ao secretário Carlos Henrique Casartelli, no Largo Glênio Peres. A frota é composta de 10 veículos de pequeno porte, 4 caminhonetes e 3 Vans – das quais duas foram

especialmente adaptadas, com área climatizada, para o transporte de vacinas. Foram investidos mais de R\$ 925 mil, provenientes de convênios com o Ministério da Saúde.

#### G) HPS recebe R\$ 2 milhões para radiologia

Os recursos, oriundos de uma emenda parlamentar do deputado estadual Carlos Gomes (PRB), foram incluídos na Proposta Orçamentária do Estado para 2011 e repassados por meio de convênio ao prefeito José Fortunati, ao secretário Carlos Henrique Casartelli e ao então diretor-geral do HPS, Júlio Ferreira. Foram aplicados na aquisição de quatro equipamentos de raio X, um sistema digital DRX e dois conjuntos de digitalizador multicassete (para captação de imagens digitais).

H) HPS faz campanha de coleta de sangue - O Hospital de Pronto Socorro realizou, em 17 de dezembro, a última campanha do ano de 2011 para coleta de sangue em ônibus do Hemocentro estacionado na esquina das avenidas Venâncio Aires com Oswaldo Aranha. A campanha foi feita em abril, julho, setembro e novembro, sempre com divulgação antecipada nos veículos de comunicação – especialmente emissora de rádio.

## **7 REDE DE SERVIÇOS E REFERÊNCIAS**

### **7.1 Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde**

Como base de comparação sobre a cobertura populacional da rede de serviços, ainda não foi utilizada a população do censo IBGE 2010. A partir de 2012 utilizaremos a base de 2010, quando já estiverem incluídos os dados atualizados do quantitativo populacional dos setores censitários das unidades de saúde. Comparando os dados de 2011 e 2010 referentes ao desenho da rede de serviços de APS no município, encontramos um acréscimo de 7,15% na cobertura da ESF de 25,36% para 32,51% (Tabela 25).

**Tabela 25- Unidades e equipes de Atenção Primária, Agentes Comunitários de Saúde na SMS e cobertura populacional, comparativo 2011-2010 por Gerência Distrital.**

GDs	UBS		USF		ESF		ESB		ACS		Cobertura	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
Centro	03	03	04	04	11	06	04	01	19	19	14,21%	7,7%
LENO	07	07	16	16	22	22	03	02	78	78	48,58%	48,5%
SCS	10	10	07	07	10	09	03	01	33	33	19,28%	17,3%
GCC	10	10	15	07	23	09	03	01	75	33	52,28%	17,3%
NEB	16	16	13	13	19	14	02	01	52	52	36,08%	26,58%
PLP	12	12	12	09	22	15	07	03	57	57	40,71	27,7%
NHIN	06	06	10	08	14	09	05	03	33	33	25,33%	16,41%
RES	04	04	07	06	11	09	05	03	49	41	42,46%	34,7%
POA	63	63	84	77	132	103	32	17	396	383	32,51%	25,36%

Fonte: IBGE 2000 com fator de correção para 2010

Houve um acréscimo em todas as regiões exceto na região LENO. Quanto à meta do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, apenas a região da GD GCC alcançou 52,28% de cobertura populacional na APS. As GD LENO, PLP e RES atingiram a cobertura maior que 40%, enquanto as GD NEB, NHNI, SCS e Centro não alcançaram 40% de cobertura populacional na APS.

No total, foram implantadas 15 novas Equipes de Saúde Bucal (ESB) distribuídas em todas as regiões e 29 novas Equipes de Saúde da Família (ESF). Além destas, já estavam em funcionamento, em 2011, 29 equipe de saúde da APS gerenciadas pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

A habilitação das 29 equipes de APS do GHC como ESF já foi solicitada pela SMS, ainda em 2011, junto a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado do Rio Grande do Sul. Considerando também estas equipes em funcionamento, a SMS totalizou a cobertura de 40,04% da população na ESF.

Além destes serviços da APS do GHC em habilitação para ESF, no ano de 2011 houve o acréscimo de dois (02) Centros de Atenção Psicossocial na rede de serviços especializados ambulatoriais, ambos do GHC. Estes são um (01) CAPS i e um (01) CAPS AD (Quadro 13).

**Quadro 13- Serviços especializados ambulatoriais em Porto Alegre/RS, ano 2011.**

<b>Serviços</b>	<b>Nº</b>	<b>Próprios</b>	<b>Conveniados</b>
<b>Centros especializados</b>	06 + ambulatorios conveniados	Bom Jesus Santa Marta Murialdo CSVIAPI CSVC Camaquã	Ambulatórios de especialidades dos hospitais conveniados
<b>CAPS</b>	11	GCC - VC AD e II CENTRO II e I	CAPS I, II e AD - GHC CAPS I e II - HCPOA CAPS AD IAPI e VN - HMD
<b>CEO</b>	05	Bom Jesus CSVCC Santa Marta	UFRGS GHC
<b>SAE</b>	03	CSVCC IAPI	Sanatório Partenon
<b>Centro de Referência Tuberculose (CRTb)</b>	07	Bom Jesus Navegantes Modelo CSVCC Restinga Camaquã	Sanatório Partenon
<b>NASCA</b>	08	01 por GD	
<b>Consultório na rua</b>	01		GHC

Fonte: Relatório interno, CGRAPs/SMS, jan 2012.

Em relação ao centro de especialidades, foram considerados 6 centros de especialidade. Destaca-se que os Centros de Saúde Modelo e Navegantes não estão sendo mais considerados centro de especialidades, mas sim unidades básicas de saúde (UBS). Devido a sua importância histórica no município, a SMS optou por manter a nomenclatura de ambos como Centro de Saúde.

No que se refere aos Centros de Referência a Tuberculose (CRTb), houve o fechamento de o CRTb IAPI no ano de 2011, que se uniu ao CRTb Navegantes.

Foi implantando um (01) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no Centro de Especialidades Vila dos Comerciantes, da GD GCC. Este então é referência para a própria região e para a GD SCS, desafogando o CEO Santa Marta, que passa a ser referencia para parte da região centro e para a região da GD Restinga Extremo Sul.

## 7.2 Rede de Serviços de Urgência e Emergência

A Rede de Urgências e Emergências não sofreram alteração em relação ao 3º trimestre.

**Quadro 14– Bases do SAMU em Porto Alegre/RS, ano 2011.**

<b>Tipo de Unidade</b>	<b>Base de SAMU</b>	<b>Localização</b>
Unidade de Suporte Avançado	BASE HPS	Av. Venâncio Aires, nº 1116 – Farroupilha
	BASE HOSPITAL CRISTO REDENTOR	Rua Domingos Rubbo, nº 120 – Cristo Redentor
	BASE CAVALHADA	Av. Cavahada, nº 2435 – Cavahada
Unidade de Suporte Básico	BASE BELÉM NOVO	Rua Florêncio Faria, nº 185 – Belém Novo.
	BASE P.A. BOM JESUS	Rua São Felipe, s/nº Bom Jesus.
	BASE RESTINGA	Rua Álvaro Difini, nº 120 – Restinga Nova.
	BASE CENTRO VIDA	Av. Baltazar de Oliveira Garcia, nº 2132- Rubem Berta
	BASE NAVEGANTES	Av. Frederico Mentz, nº 370 – Navegantes
	BASE PARTENON	Av. Bento Gonçalves, nº 6670 – Agronomia
	BASE P.A.C.S.	
	BASE LOMBA DO PINHEIRO	Av. João de O. Remião, nº 4444 Parada 10 – Lomba do Pinheiro
	BASE SERRARIA	Rua Denise Crespo Gay da Fonseca, s/nº - Espírito Santo.
Unidade de Baixa Complexidade	<i>TRANSPORTE</i>	

Fonte: Relatório de Gestão do 3º trimestre, SMS.

Ainda sob a Coordenação Municipal de Urgências (CMU) estão inseridos os Pronto-Atendimentos Cruzeiro do Sul (PACS), Bom Jesus (PABJ), Lomba do Pinheiro (PALP), Restinga (PAR) e o Plantão de Emergência em Saúde Mental do IAPI (PESM-IAPI).

**Tabela 26-Serviços de Pronto Atendimentos**

<b>PA</b>	<b>Próprios</b>	<b>Conveniados</b>
Região Leste Nordeste	PA Bom Jesus	-
Região Lomba - partenon	PA Lomba Do Pinheiro	(convenio Rh – PUC)
Região Restinga Extremo Sul		PA Restinga - H MV
Região Gloria Cruzeiro Cristal e região Sul	PA Vila dos Comerciantes	-
Região Humaitá Navegantes Ilhas	-	PA SM IAPI ( H Mãe de Deus)

Fonte: CMU/SMS, janeiro 2012.

Cabe ressaltar que a SMS apresentou o Plano de Ação para a cobertura total do território da cidade com Pronto-Atendimento. Aprovado no CMS no primeiro semestre de 2011, a estruturação da rede de PA prevê a inclusão de mais quatro Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), além dos quadro Pronto-Atendimentos já existentes.

Das quadro UPAS planejadas, a UPA Zona Norte iniciou a construção em 2011 com previsão de termino em maio de 2012. As UPAS Navegantes e Azenha/Partenon serão as próximas a serem construídas. Há a perspectiva do início das obras da UPA



Navegantes ou da UPA Azenha/Partenon para 2012, dependendo da liberação dos terrenos previstos.

### **7.3 Rede de serviços ambulatoriais e de internações hospitalares**

A rede de serviços hospitalares da SMS envolve hospitais públicos (municipais, estaduais e federais) e privados conveniados. Estes contribuíram para dispor o total de 5.302 Leitos SUS, de um total de 8.328 leitos existentes em Porto Alegre, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em janeiro de 2012.

Importante destacar que, em 2011, houve a reabertura do Hospital Beneficência Portuguesa (que havia fechado em 2010) com mais 35 leitos hospitalares e a transformação do Hospital Vila Nova para o atendimento 100% SUS, com a ampliação de 47 novos leitos SUS. Ambos totalizaram a ampliação de 82 leitos SUS em 2011.

A SMS ainda recebeu em 2011, sob sua esfera de gestão, a responsabilidade do planejamento e da reabertura do Hospital Independência. Ainda em 2011 foi definido que o gerenciamento do hospital será realizado em parceria com a Instituição Divina Providência e que o mesmo terá a previsão de 100 novos leitos SUS abertos em 2012. Outra reabertura de instituição hospitalar prevista para 2012 é a do Hospital Álvaro Alvim, inicialmente focando na atenção especializada em dependência química. O planejamento da reabertura deste hospital, sob a gestão federal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), iniciou no ano de 2011.

Enquanto estabelecimentos hospitalares, os mais de 5 mil leitos SUS da Capital em 2011 estavam distribuídos em:

- 07 Hospitais Gerais - HCPA; São Lucas/PUC; Santa Casa; Nossa Senhora da Conceição; Hospital Vila Nova; Parque Belém; Beneficência Portuguesa.
- 08 Hospitais Especializados - HPS; Hospital Cristo Redentor; Instituto de Cardiologia; HMIPV; Hospital Fêmeina; Hospital da Criança Conceição; Hospital Espírita; Hospital São Pedro.

A SMS também está atuando para induzir os prestadores à qualificação das suas dependências e atenção hospitalares, com a inclusão do Plano de Ação de Urgência, iniciado no segundo semestre de 2011 e que qualificou a atenção de urgência e emergência hospitalar com a inclusão das linhas de cuidado de doenças cardiovasculares (IAM e AVC), seguido do planejamento para a linha de cuidado de urgências relacionadas ao trauma e à urgência em saúde mental.

Ainda nas instituições hospitalares sob a gestão da SMS, em 2011 a oferta média 300.000 consultas especializadas/ano. Para a otimização do uso das mesmas, a informatização da regulação das consultas especializadas iniciou em agosto de 2011, e abrange os mesmos prestadores que já aderiram à regulação informatizada dos leitos. Além destas consultas os centros de especialidades ofertaram uma média de 80.000 consultas exclusivas aos munícipes portoalegrenses.

Neste processo, toda a demanda de consultas, que antes eram dispostas somente nos postos e centros de saúde, já foram importadas para o Sistema AGHOS ainda em 2011. Essa ação está permitindo o dimensionamento das demandas reprimidas nas especialidades e a gestão para a sua liquidação adequada, como o fortalecimento dos avisos aos usuários sobre as consultas marcadas, para diminuir o absenteísmo nas mesmas, e o direcionamento da contratualização com os prestadores conforme as necessidades apresentadas nas demandas por consultas especializadas.

Importante destacar na atenção ambulatorial especializada e hospitalar da capital tem a proporção de atendimento de 45% e 55% para o estado e o município respectivamente, conforme pactuações interfederativas.

## 8 INFRA-ESTRUTURA E APOIO

**Quadro 15- Metas do PAS 2011 – Reforma, Construção**

Metas anuais constantes no PAS		Observação Específica
Previsto 2011	Realizado	
185. Reforma de 10 prédios da SMS melhorando as condições de trabalho dos servidores e de atendimento aos usuários. ✓ Previstos R\$ 2.120.993,32.	Reformados 16 prédios. <b>Executado</b> R\$ 1.317.011,52	A meta prevista para 2013 é reformar 30 prédios desta forma a meta já foi alcançada em 51%. No ano de 2011 a meta foi superada em 60% do previsto devido ao sucesso de uma contratação especial de uma empresa para recuperar os prédios da SMS. Para 2012 está prevista a reforma de mais 30 novos prédios seguindo esta forma de contratação. Tabela 27
186. Construção de 10 novos prédios da Secretaria Municipal de Saúde principalmente para implantação de novas Equipes de Saúde da Família. ✓ <b>Previsto</b> R\$ 2.658.605,34.	Concluídas 13 obras. <b>Executado</b> R\$ 2.533.462,92	A meta prevista era a conclusão de três novos prédios e iniciar a construção de quatro novos prédios da Secretaria Municipal de Saúde principalmente para implantação de novas Equipes de Saúde da Família. Foram concluídas 13 obras em 2011, assim superando em mais de 100% a meta estabelecida. Tabela 26

Fonte: Informação do setor

**Tabela 27- Prédios reformados em 2011**

<b>Prédios Reformados</b>	<b>Processo</b>
CEO do CS Bom Jesus (Ampliação)	1.020900.09.0
UBS Belém Novo (Reforma 264,02 m <sup>2</sup> e ampliação 97,58m <sup>2</sup> )	2.072597.09.7
UBS Morro Santana (Ampliação)	1.003930.09.2
CS Vila dos Comercíarios (Reforma de recepção e telhado)	1.052178.08.0
USF Alto Embratel (Reforma 60,27m <sup>2</sup> e ampliação 69,13m <sup>2</sup> )	1.065150.08.2
CS IAPI (implantação do ambulatório de oftalmologia)	Hospital Banco de Olhos
CS Murialdo - Sanatório (Reforma)	1.023218.09.6
USF Ernesto Araújo - Murialdo IV (Reforma e Ampliação)	
Prédio da Antiga Vila Jardim (Reforma)	1.044704.96.8
CS Vila dos Comercíarios (Reforma auditório, sala de reuniões e preceptoria)	1.069092.08.7
USF Ilha dos Marinheiros (Reforma)	
UBS Pequena Casa da Criança	
USF São Gabriel (Reforma e Implantação de Gabinete Dentário)	1.039233.10.3
CS Vila dos Comercíarios (reforma elétrica)	

Fonte: ASSEPRO/CGATA/SMS

**Tabela 28-Obras Novas Concluídas-2011**

<b>Obras Novas Concluídas</b>	<b>Processo</b>
USF Núcleo Esperança (Nova Unidade)	1.008238.09.0
USF Chapéu do Sol (Nova Unidade)	1.049324.09.8
US Vila Dique (Novo Prédio)	1.016602.09.9
USF Wenceslau Fontoura (Novo Prédio)	1.028075.07.2
USF São Vicente Mártir (Novo Prédio)	1.045307.09.1
Base SAMU Humaitá Navegantes (Novo Prédio)	1.033846.05.7
Salas de Grupo do Pronasci - USF 5ª Unidade	1.045308.09.8
Salas de Grupo do Pronasci - UBS Restinga	
Salas de Grupo do Pronasci - USF Herdeiros	
Salas de Grupo do Pronasci - USF Vila Pinto	
Salas de Grupo do Pronasci - USF São Pedro	

Fonte: ASSEPRO/CGATA/SMS

**Projetos novas unidades 2012/2013:** UBS São José, USF Senhor do Bom Fim, USF Castelo, USF Domenico Feoli, UPA Zona Norte, UPA Azenha/Partenon, USF COHAB Cavalhada, USF Parque das Orquídeas, USF Campo da Tuca, CAPS Partenon, USF Cosme e Damião, USF Mato Grosso, USF Glória, USF Jenor Jarros, USF Parque Humaitá, USF Jardim Marabá, USF Parque do Salso e USF Augusto Thiesen.

**Reformas e Ampliações de Prédios Previstas 2012/2013:** UBS Campo Novo, UBS Tronco, UBS Cristal, USF Estrada dos Alpes, UBS São Cristóvão, USF Jardim da FAPA, PA Lomba do Pinheiro (recepção), Prédio Pavilhão da Santana, CS Santa Marta (SAE, DST AIDS e Reforma Ambulatório Dermatologia), CS Vila dos Comercíarios e PA Cruzeiro do Sul (reforma geral), UBS Panorama, USF Timbaúva, UBS Aparício Borges, USF Nossa Senhora das Graças, UBS São Miguel – Murialdo VI, USF Divisa, USF Rincão, USF Ponta Grossa, USF Lami, USF Passo das Pedras II, CS IAPI, CS Santa Marta (térreo, primeiro e quarto andar), CS Lomba, USF Nova Gleba, UBS Tristeza, UBS

Monte Cristo, CS Modelo (andar térreo, Farmácia Distrital e Odontologia), CS Bom Jesus, USF Planalto, USF Morro da Cruz – Murialdo VII, CAPS II – CAIS Mental 8, USF Morro dos Sargentos, USF São Pedro, USF São Borja, UBS São Carlos, UBS Nova Brasília, Oficina Geração de Renda, USF Pitinga, UBS Vila Gaúcha, USF Santa Fé, USF Sarandi e Farmácia Distrital, UBS Macedônia, USF Orfanotrófio, UBS Vila Jardim, USF Laranjeiras, USF Jardim Cascata e UBS Diretor Pestana.

A seguir, apresentamos as tabelas referentes à compra de materiais de consumo e permanentes. Salientamos que consideramos apenas os materiais empenhados.

**Quadro 16- Compra de Materiais de Consumo e Permanente**

<b>Materiais de Consumo/REDE</b>	<b>Valor Gastos /ano</b>
Alimentação	R\$ 166.288,05
Medicamentos	R\$ 15.798.413,25
Enfermaria	R\$ 4.949.785,03
Saúde Bucal	R\$ 417.937,94
Laboratório	R\$ 1.391.726,63
Manutenção	1.231.790,63
Informática	R\$ 187.048,17
Higiene e Limpeza	R\$ 551.713,01
Transporte (pneus/óleos/combustíveis)	R\$ 339.852,43
Gases Medicinais	R\$ 171.721,07
Gás Liquefeito	R\$ 40.467,33
Escritório	R\$ 386.813,53
TOTAL	R\$ 25.633.557,07
TOTAL: REDE,GCVS,CMS,COMEM - MATERIA PERMANENTE	R\$ 10.083.586,51

Fonte: EPC/CGATA

**Remoções Clínicas**

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.

De janeiro a Agosto de 2011 as remoções eram realizadas pela Empresa Rio Grande Emergências Médicas Ltda., Ecco Salva, que disponibilizava, por força contratual, 04 (quatro) ambulâncias para o atendimento das remoções geradas pelas Gerencias Distritais. Em agosto do mesmo ano a Empresa Saúde Ecosul Emergências Médicas Ltda, passou a operar o contrato de remoções clínicas disponibilizando assim,

as mesmas 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 2011 demonstram que foram realizados 4.644 remoções nas 08 Gerências Distritais, sendo atendidos 923 pacientes, o que podemos dizer que foram 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.

### **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 a realizarem seus programas de reabilitação, em clínicas especializadas como Kinder, Educandário, Fadem e outras

Os serviços no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2011 foram executados com 05 veículos Vans o que possibilitou a qualificação do serviço prestada a esses pacientes, onde realizamos o mapeamento das rotas de transporte onde foram definidas as divisões por regiões o que possibilitou realizar uma sensível melhora na qualidade do transporte oferecido.

Os registros cadastrais do atendimento nos apontam que neste período foram atendidas em média 75 (setenta e cinco) crianças e adolescentes na faixa etária de 01 a 18 anos, que em relação ao ano de 2010 houve uma redução no atendimento das crianças, fato este relacionado com o desligamento de algumas que completaram a maior idade, e para suprir as vagas existente nos veículos a Assessoria Comunitária está realizando entrevistas e visitas para a inclusão de novos pacientes, a fim de utilizarmos a capacidade máxima de atendimentos.

### **Manutenção Predial – EMP**

O setor é responsável pela manutenção da estrutura predial de mais de 200 imóveis, onde funcionam centros de saúde, unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família, CAPS, pensões e casa de apoio, incluindo os prédios sede da SMS, CGVS, GM, EP e ainda os imóveis onde estão as bases do SAMU.

Atualmente a EMP não atende os prédios de pronto atendimento, pois os mesmos possuem verba e equipe de manutenção própria.

**Tabela 29- Solicitações atendidas e valor gasto em materiais**

Locais	Quantidade de Solicitações Atendidas	Valor Gasto em Materiais	Quantidade de Funcionários Operacionais Contratados
Prédio Sede, EPAT, GMAT, Arquivo	447	R\$ 78.353,00	<b>30</b>
Rede Básica e Centros de Saúde e Gerências	3838	R\$ 467.410,00	
CGVS	90	R\$ 33.982,67	
Bases SAMU	66	R\$ 8.406,00	

Fonte: EQUIPE DE MANUTENÇÃO/CGATA/SMS

### **Equipe de Patrimônio – EP**

Trata-se de tabela comparativa da entrada de bens móveis permanentes ano de 2011. Apresentamos relação da quantidade de bens adquiridos, bem como valor total destes bens.

**Tabela 30-- Comparativa De Entrada Bens Gerais E Bens De Informática - Ano 2011**

Bens Gerais e de Informática	Quantidade	Valor R\$
Nº BENS GERAIS		<b>R\$ 2.041.455,93</b>
Nº BENS INFORMÁTICA		<b>R\$ 337.089,33</b>

Fonte: EQUIPE DE PATRIMÔNIO/CGATA/SMS

### **Núcleo de Licitações e Contratos – NLC**

O Núcleo de Licitações e Contratos administra contratos de serviços terceirizados e de locação de imóveis; auxilia na elaboração dos projetos básicos para a contratação de serviços diversos; elabora edital de licitações e seu julgamento; elabora contratos de obras e serviços de engenharia e de dispensas e inexigibilidades de licitação.

Segue no quadro 17, demonstrativo dos contratos de mão de obra terceirizada, administrados pelo NLC, conforme segue em anexo

O quadro está disposto da seguinte forma:

- Tipo de serviço terceirizado
- Distribuição dos postos na rede
- Total e Valor de postos por ano

**Quadro 17 – Demonstrativo dos contratos de mão de obra terceirizada, administrados pelo NLC**

Descrição	2011		2010		Variação	
	Posto	Valor R\$	Posto	Valor R\$	Posto%	Valor R\$
Postos de trabalho	Posto	Valor R\$	Posto	Valor R\$	Posto%	Valor R\$
Serviço de limpeza	1015	4.470.244,22	988	3.527.189,96	2,73	943.054,19
Serviço de portaria	477	4.141.799,96	465	3.579.175,87	2,58	562.288,52
Serviço de vigilância	183	7.668.989,92	156	2.755.392,98	17,3	4.913.416,76
Serviços gerais não especializados	268	935.735,95	266	750.040,35	0,75	185.634,98
Serviços operacionais	132	774.478,63	124	692.386,44	6,45	82.047,79
Serviços de cozinha	77	473.123,28	52	178.727,04	48,07	61.014,41
Serviço de telefonia	315	1.510.289,29	300	1.220.288,33	5	289.940,50
<b>Total</b>	<b>2.467</b>	<b>19.974.661,25</b>	<b>2.351</b>	<b>12.703.200,97</b>	<b>4,93</b>	<b>7.271.460,27</b>

### 8.1 Inforede

O Projeto de Modernização e Informatização da Saúde, denominado INFOREDE, tem como missão dotar a SMS de ferramentas de gestão de processos e informações integradas que assegurem permanentemente a gestão qualificada, possibilitando a tomada de decisões eficazes, tendo como foco central à melhoria do acesso aos serviços de saúde aos usuários do sistema.

Entre seus principais eixos de desenvolvimento, estão o Projeto *Wirelles*, que já interliga atualmente 80% da rede de saúde, através de internet banda larga com transmissão de voz e dados, além da infraestrutura de gerência de banco de dados e aquisição de equipamentos, capacitação de profissionais, tanto da rede própria, como da rede conveniada de saúde de Porto Alegre e, por fim, a implantação do Sistema AGHOS, este tendo sido adquirido em cooperação com o Governo do Estado para integração com todos os municípios do RS.

Para a execução do projeto de modernização da gestão da saúde foi composto um grupo de trabalho, coordenado pelo Secretário Adjunto de Saúde e com de uma coordenação Adjunta, específica do projeto, tendo por objeto as seguintes ações: planejar, executar, controlar e avaliar as etapas e processos de implantação do projeto através da Portaria 1220 de 25/10/2010 e alterada em 15/12/2011.

As atividades são acompanhadas em reuniões de acompanhamento semanal com a presença do secretário Adjunto, Coordenações da SMS (processos envolvidos), representante da ASSEPLA, empresa GSH com a presença de um representante da Procempa e ainda em reuniões internas, também semanais, com a empresa GSH, Procempa e Equipe de Projeto Inforede, acompanhados com registros de atas, planilhas de pendências de encaminhamentos e relatórios mensais das atividades realizadas.

Referente aos atrasos e dificuldades encontradas:

Dada a magnitude do projeto de modernização e informatização... muitas são as dificuldades e barreiras encontradas, comuns a qualquer implantação desta complexidade. Os atrasos evidenciados justificam-se por sobreposição de atividades, não previstas inicialmente no escopo do projeto, mas que a SMS já vem avançando, à medida que a empresa adequou-se às necessidades requeridas, superando as expectativas relativas às customizações, capacitações, produções acompanhadas e detalhamento de fluxos e processos da Gerência de regulação dos Serviços de Saúde.

A realização das metas e indicadores de produção apresentados a seguir são frutos do trabalho da equipe do projeto, constituída para planejar, executar, controlar e avaliar as etapas de implantação da informatização, em parceria com a Procempa e a empresa GSH, além do esforço das coordenações e servidores envolvidos nos processos em implantação.

**Quadro 18- Metas anuais constantes na PAS 2011**

<b>Metas Anuais Constantes na PAS</b>		
<b>Previsto 2011</b>	<b>Realizado 2011</b>	<b>Observações Específicas</b>
192. Implantar infraestrutura própria de comunicação em 100% da rede de serviços próprios, permitindo o tráfego de voz, dados e imagens diagnósticas.	106 Unidades de Saúde conectadas; 212 ramais telefônicos instalados com tecnologia VoIP; 120 impressoras laser adquiridas; 1.323 leitores biométricos adquiridos; 981 impressoras térmicas adquiridas; 365 novos pontos de lógica instalados; 5 computadores com tecnologia blade, sendo 3 servidores de aplicação e 2 de Banco de Dados	39 Unidades foram conectadas com tecnologia de fibra ótica e 67 com tecnologia Wireless. Em instalação na Procempa. Esta aquisição permitirá acesso e armazenamento de dados de toda a rede de saúde própria e conveniada do SUS.
193. Implantar sistema informatizado com registro de atendimento, prontuário eletrônico e complexo regulador.	40% do Sistema de Regulação Implantado;  Iniciado o detalhamento da implantação do Sistema Informatizado na Atenção Básica	Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde:  <u>Central de Internação:</u> 40% dos leitos de Porto Alegre regulados no sistema, 100% dos fluxos e processos mapeados, capacitados 100% dos servidores e 689 profissionais da rede de prestadores conveniada;  <u>Central de Consultas:</u> 100% das consultas iniciais reguladas no



		<p>sistema, 100% dos fluxos e processos mapeados, 100% dos servidores capacitados, além de 1.726 profissionais da rede de prestadores conveniada;</p> <p><u>Controle e Avaliação:</u> 21% dos Contratos com Prestadores inseridos no sistema; 100% dos municípios inseridos no Plano Diretor de Regionalização (PDR); 83% dos fluxos e processos mapeados; 100% dos servidores capacitados;</p> <p><u>Central de APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade):</u> 100% dos fluxos e processos mapeados, 100% dos servidores capacitados e 38 profissionais da rede de prestadores conveniada.</p> <p>Nota: Pendência de Implantação no Setor de Autorizações, Faturamento, Auditoria e Central de Exames, além da continuidade à implantação da Central de APAC.</p>
194. Implantar estrutura de manutenção de informática e sistemas para atender as demandas da rede de saúde com informatização implantada.	Implantado Estrutura de <i>Call Center</i> para atender às demandas do Sistema Informatizado;	
195. Qualificação e ampliação das informações dos SIS/MS nos SIS municipal .	Iniciado o detalhamento da informatização do Sistema de Vigilância à Saúde	A Inclusão do SIS/MS: SIS Pré-Natal, SIASI, SINAN, SISVAN, SISMAMA E SISCOLO e o Sistema de vigilância de violências está vinculada à implantação do Sistema informatizado na Rede Básica de Saúde e Vigilância à Saúde.

Fonte: Inf. EPC/CGAFA e EPCO/CGAFOF

As informações de produção, relativas ao nº de unidades conectadas, nº de capacitações e nº de processos informatizados são apresentados no quadro 19. Outros indicadores de produção, como nº de reuniões, visitas à rede própria e conveniada, bem como acompanhamento do número de regulações de internação, consultas, entre outros, além dos indicadores de qualidade que o processo de informatização vem possibilitando acompanhar, também são monitorados pela equipe de projeto, podendo ser disponibilizado a qualquer momento.

#### Quadro 19– Informações de Produção do Inforede

Descrição do Item	Período				Variação	
	Ano 2011		Ano 2010		2011/2010	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nº de Unidades Conectadas	179	80%	0	0	179	17.800%
Nº de Capacitações Realizadas	2.222	44,44%	0	0	2.222	222.100%
Nº de Processos Informatizados	04		0	0	04	300%

Fonte: informação do setor

O projeto Inforede iniciou em outubro de 2010, mas a implantação deu-se início em janeiro de 2011, justificando a enorme variação entre um ano e outro.

Para a execução do projeto de modernização da gestão da saúde foi composto um grupo de trabalho, coordenado pelo Secretário Adjunto de Saúde Marcelo Bósio e com coordenação Adjunta, tendo por objeto as seguintes ações: planejar, executar, controlar e avaliar as etapas e processos de implantação do projeto através da Portaria 1220 de 25/10/2010 e alterada em 15/12/2011.

Em relação ao % de metas atingidas, entre os principais problemas que ocasionaram os atrasos no cronograma e impossibilitaram o atendimento das metas, encontra-se na aquisição e instalação do servidor pela Procempa, previsto inicialmente entre outubro/2010 a outubro/2011 e na aquisição de equipamentos, prevista inicialmente de novembro/2010 a março/2011. Aguarda-se a instalação do servidor, prevista para 17 de fevereiro de 2012 e partir daí, a migração entre o servidor atual para o novo, tornando possível avançar-se não só na regulação de 100% dos leitos, como de todo o processo de implantação prevista e da definição técnica da tecnologia a ser adquirida na infra-estrutura de equipamentos, também executadas pela Procempa, para dar-se entrada no processo de licitação da SMF, visto que os equipamentos a serem adquiridos não estão em registro de preços.

Dada a magnitude do projeto de modernização e informatização... muitas são as dificuldades e barreiras encontradas, comuns a qualquer implantação desta complexidade. Os atrasos evidenciados, justificam-se por sobreposição de atividades, não previstas inicialmente no escopo do projeto, mas que a SMS já vem avançando, à medida que a empresa adequou-se às necessidades requeridas, superando as expectativas relativas às customizações, capacitações, produções acompanhadas e detalhamento de fluxos e processos da Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde.

## 9. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### 9.1 Produção

Quadro 20- Produção ESF

	2011	2010	Varição
<b>Consultas Médicas</b>	332.683	349.835	-17.152
<b>Pessoas Cadastradas</b>	264.992	256.666	+8.326
<b>Atendimento Individual Enfermeiro</b>	162.865	145.803	+17.062
<b>VDs ACSs</b>	376.299	399.197	-22.898

Fonte: SIAB

Avaliando o quadro identificamos um decréscimo nas consultas medicas na ESF porem permanece dentro do pactuado junto ao PROESF que preconiza 1,1 e encontramos 1,25 de consultas por pessoas cadastradas no ano 2011. Pode-se justificar que mesmo com o aumento da cobertura de ESF muitas equipes permaneceram sem medico. Já no que se refere às VDs dos ACS, mesmo com um aumento de ACS comparando ao ano anterior houve um decréscimo de -22.898 VDs, o que pode se justificar por outras funções realizadas pelos ACS dentro da unidade como ações administrativas ou até mesmo o não controle da gestão sobre o desempenho dos ACS.

Tabela 31- Procedimentos Atenção Básica 2011

Procedimentos/GD	Centro	GCC	LENO	NHNI	NEB	PLP	RES	SCS	Total
Visita Domiciliar/ Institucional em Reabilitação – Por Profissional De Nível Superior	354	85	150	386	52	383	799	266	2.475
Consulta Medica em Atenção Basica	105.106	146.747	132.905	106.908	130.268	89.225	67.935	146.529	925.623
Consulta p/ Acompanhamento Crescimento Desenvolvimento (Puericultura)	0	1.664	4.968	799	9.951	11.293	2.833	4.526	36.034
Consulta para Avaliação Clínica do Fumante	75	86	0	70	1	42	0	26	300
Consulta Pré-Natal	18.718	9.551	7.184	4.004	8.990	9.138	5.705	5.603	68.893
Consulta Puerperal	416	559	715	413	1.185	705	774	613	5.380
Consulta/ Atendimento Domiciliar na Atenção Básica	12.203	3.391	3.630	4.084	22.174	4.938	104.066	1.437	155.923

Atendimento Clínico p/ Indicação, Fornecimento e Inserção do Dispositivo Intra-Uterino (Diu)	51	42	532	63	118	137	98	76	1.117
Atendimento de Urgência em Atenção Básica	1.940	1.305	2.026	1.549	4.661	7.068	1.270	1.060	20.879
Atendimento de Urgência em Atenção Básica com Observação Até 8 Horas	0	58	0	7	0	1.451	7	0	1.523
Atendimento de Urgência Em Atenção Básica com Remoção	3	1.690	15	3	0	82	5	0	1.798
<b>Total</b>	<b>138.866</b>	<b>674.781</b>	<b>152.125</b>	<b>218.641</b>	<b>177.400</b>	<b>124.462</b>	<b>183.492</b>	<b>160.231</b>	<b>1.829.998</b>

Fonte: SIA Acesso 06/03/2011

**Tabela 32- Produção Consultas Médicas na Atenção Primária**

GD	2011	2010	Diferença	Varição %
Centro	105.106	113.175	-8.069	-7,13
Gloria - Cruzeiro - Cristal	146.747	182.880	-36.133	-19,76
Leste - Nordeste	132.905	138.172	-5.267	-3,81
Noroeste - Humaita - Naveg - Ilhas	106.908	124.164	-17.256	-13,90
Norte - Eixo - Baltazar	130.268	146.303	-16.035	-10,96
Partenon - Lomba - Pinheiro	89.225	81.472	7.753	9,52
Restinga - Extremo Sul	67.935	87.582	-19.647	-22,43
Sul - Centro Sul	146.529	162.905	-16.376	-10,05
<b>Total</b>	<b>925.623</b>	<b>1.036.653</b>	<b>-111.030</b>	<b>-10,71</b>

Fonte: SIA Acesso 06/03/2012

Avaliando a tabela acima identificamos uma redução de 111.030 (10,71%) consultas no ano de 2011 em relação ao ano de 2010, seguindo uma linha entre as gerencias exceto GD PLP que obteve um acréscimo de 9,52%.

Se avaliarmos o número de consulta/ hab /ano chegamos a um valor de 0,66 cons/hab/ano na atenção primária, se observarmos o total de consulta por população SUS dependente (75%) chegamos a 0,88 cons/hab/ano abaixo de 1,5 con/hab/ano sugeridas pela Portaria 1101/MS – 2002. Permanecendo uma tendência já identificada nos trimestres anteriores do ano 2011. Apesar de aumento das equipes de saúde da família verificamos uma redução de médicos por vários motivos desde diminuição de carga horária a aposentadorias e exonerações.

Avaliando o quadro identificamos uma redução de 111.030 (10,71%) de consultas no ano de 2011 em relação ao ano de 2010, seguindo uma linha entre as gerencias exceto GD PLP que obteve um acréscimo de 9,52%.

Se avaliarmos o número de consulta/ hab /ano chegamos a um valor de 0,66 cons/hab/ano na atenção primária, se observarmos o total de consulta por população SUS dependente (75%) chegamos a 0,88 cons/hab/ano abaixo de 1,5 con/hab/ano sugeridas pela Portaria 1101/MS – 2002. Permanecendo uma tendência já identificada nos trimestres anteriores do ano 2011. Apesar de aumento das equipes de saúde da família verificamos uma redução de médicos por vários motivos desde diminuição de carga horária a aposentadorias e exonerações.

**Quadro 21-Metas Anuais Constantes no PAS 2011**

<b>Metas anuais constantes no PAS</b>		<b>Observação Específica</b>
<b>Metas</b>	<b>Resultado</b>	
49. Implantar 15 núcleos de Apoio à saúde da família (NASF) até 2013;	Nenhum NASF	Criada uma comissão de apoio matricial que realizou um projeto apresentado ao CMS em fev/2012 . A comissão esta em fase de construção de projetos junto as gerencias distritais para efetivação dos NASF.
50. Ampliar as equipes da estratégias de saúde da família em 5%.	De 103 ESF ( 25,16%)em 2010 para 132 (32,5%) em 2011. A meta prevista na PAS foi alcançada, mas a meta de 40% prevista na pactuação do PROESF não foi alcançada.	Não alcançamos a meta em 2011 de 40% devido a não aprovação da ESF do GHC (39) pela SES através da 1ªCRS. Portanto não incluímos no relatório como equipes de estratégia de saúde da família.Com a inclusão destas equipes, a cobertura é de 42,1%.
51. Ampliar os serviços regionalizados através de centros de especialidades, em 100% das gerências de saúde, até 2013	Nenhum centro ampliado neste período.	Faltam os centros de especialidades das GD Restinga - Extremo Sul e GD Norte Eixo Baltazar.
109. Ampliação do numero de SAE (serviço de atendimento especializado em AIDS) de dois para quatro até 2013;	Não houve acréscimo de SAE neste ano	Obras do SAE Centro em andamento no CE Santa Marta
126. **Proposição de uma agenda para a cidade que contemple o aumento da atividade física para adultos, em tempo livre, de 17,30/1000hab para 19,50/1000hab.	A medição deste indicador é pelo VIGITEL <sup>4</sup> divulga os dados no final do segundo trimestre de cada ano. Este é um indicador (,;** Indicador Nº 15 -)do SIPACTO e está pactuado para todos os municípios do Brasil	O Projeto das academias de saúde está em andamento com a apoio da Secretaria Municipal de Esporte e com recursos do MS.

<sup>4</sup> O VIGITEL tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone em cada cidade.

187. Equipar em 100% as novas unidades de saúde da família construídas até 2013	Meta alcançada.	Todas as unidades novas ou reformadas receberam equipamentos novos.
188. Renovar de 10% dos equipamentos e mobiliários dos prédios da Secretaria Municipal de Saúde, principalmente das Unidades de Saúde. <sup>5</sup>	Em 2011 a CGRAPS encaminhou a CGATA 100% das necessidades identificadas nas unidades de saúde. Centros de especialidades e serviços especializados. Foi renovado grande parte do mobiliários dos prédios da SMS	A CGRAPS não tem como medir este indicador.

## 9.2 Atenção Básica Especializada

### 9.2.1 Saúde Bucal

#### Indicadores para Monitoramento da Saúde Bucal

Para complementar as ações de avaliação do cuidado de saúde bucal do município de Porto Alegre, a Área Técnica de Saúde Bucal faz o monitoramento tendo como referência 5 indicadores que são historicamente acompanhados por todos os municípios do Brasil e ratificado na orientação do Pacto de Indicadores de 2006. Esses indicadores estão no Plano Nacional de Saúde Bucal do Ministério de Saúde desde a sua última revisão que foi em 2004.

O Município de Porto Alegre usa esses indicadores para acompanhamento das atividades desenvolvidas em seus serviços de atenção a saúde bucal.

Para a análise dos 5 indicadores a Base Populacional utilizada para o ano de 2011: é 1.409.938 e para o Ano 2010: a Base Populacional Porto Alegre é 1.436.124.

#### INDICADOR 1: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática

- Indicador Acumulativo
- Numerador: Primeira Consulta Odontológica Programática.
- Denominador: População de Porto Alegre.

**Tabela 33- Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática**

	Primeiro Trimestre	Segundo trimestre	Terceiro trimestre	Quarto trimestre
<b>Meta a ser Atingida (acumulada) em % de habitantes (2010 e 2011)</b>	<b>3 %</b>	<b>6 %</b>	<b>9 %</b>	<b>13 %</b>
Meta a ser Atingida (acumulada) por nº de habitantes (2010 e 2011)	42.298	84.596	126.894	183.292
Ano 2011 em nº de habitantes cobertos	10.402	39.045	51.956	65.360
Ano 2011 em % de habitantes cobertos	0,73	2,76	3,68	4,64
Ano 2010 em nº de habitantes cobertos	8.642	23.344	32.505	42.523
Ano 2010 em % de habitantes cobertos	0,60	1,63	2,26	2,96

Fonte: SIA SUS- Busca em 23/2/2012.

<sup>5</sup> A meta será excluída na PAS 2012 pois não tem como medir

Esse indicador mostra o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática. O resultado desse estima o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS. Aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em programas de saúde: mental, da mulher, do trabalhador, do adolescente, do idoso etc. Quanto aos resultados ao longo de 2011, deve-se por alguns motivos que citaremos abaixo:

Reduzido número de profissionais na rede de Atenção Primária em Saúde para o quantitativo de pessoas no município. Ao final de 2011 se tem um total 118 Cirurgiões Dentista nas UBS,35 nas Equipes da ESF e 25 nas Unidades Básicas de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Com Isso há um profissional para aproximadamente 8.000 pessoas. Se compararmos com o ano anterior ainda houve um avanço, pois havia na mesma época no ano de 2010 apenas 13 equipes de saúde bucal.

Reduzido número de profissionais Auxiliares em Saúde Bucal na rede de Atenção Básica são 70 em UBS e 35 em ESF o que mostra que apenas 61% dos Cirurgiões Dentistas tem profissional auxiliar. Esses profissionais possibilitam uma maior agilidade para o atendimento tanto de atividades clínicas individuais quanto para atividades de âmbito coletivo, o que pode melhorar o acesso, a longitudinalidade do cuidado e principalmente a resolutividade das ações em saúde bucal.

Se fizermos uma avaliação do nível de adequação da gestão da Atenção Primária em Saúde Bucal do município de Porto Alegre, usando uma adaptação dos estabelecidos por Chaves et al (2007) que classifica a implantação da atenção da atenção à saúde bucal em três dimensões (tabela 34): Porto Alegre, nesse indicador encontra-se em nível de adequação Intermediário, atingindo 35,7% da meta pactuada para o ano de 2011. Em 2010 o município encontrava-se em nível de adequação ainda incipiente, atingindo apenas 25,1% da meta pactuada até o terceiro trimestre.

**Tabela 34- Nível de Adequação e Características e Pontuação**

<b>Nível de Adequação</b>	<b>Características e Pontuação</b>
<b>INCIPIENTE</b>	Atingiu-se uma pontuação inferior a 33,3% da pontuação proposta ou pactuada.
<b>INTERMEDIÁRIO</b>	Superior ou igual a 33,3% e inferior a 66,6% da pontuação máxima proposta ou pactuada.
<b>AVANÇADO</b>	Se a pontuação for superior a 66,6% da pontuação máxima proposta ou pactuada

Fonte: Chaves et al – 2007

## **INDICADOR 2: Cobertura de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada**

- Indicador **não** Acumulativo
- Numerador: Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada

➤ Denominador: População de Porto Alegre

**Tabela 35- Cobertura de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada**

	<b>Primeiro Trimestre</b>	<b>Segundo trimestre</b>	<b>Terceiro trimestre</b>	<b>Quarto trimestre</b>
<b>Meta a ser Atingida em % de habitantes</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>
Meta a ser Atingida por nº de habitantes	42.298	42.298	42.298	42.298
Ano 2011 em nº de habitantes cobertos	2.467	13.496	16.635	34.791
Ano 2011 em % de habitantes cobertos	0,17	0,95	1,17	2,47
Ano 2010 em nº de habitantes cobertos	5.378	14.625	14.617	13.737
Ano 2010 em % de habitantes cobertos	0,37	1,02	1,02	0,96

Fonte: SIA SUS - Busca em 23/2/2012.

Os resultados desse indicador demonstram o percentual de pessoas que participam da ação coletiva escovação dental supervisionada. Essa ação é de fundamental importância, pois tem como foco principal a manutenção da saúde e não o tratamento da doença, isso porque têm foco as pessoas que não tem nenhuma doença que precise intervenção cirúrgica restauradora e deve ser feito no âmbito coletivo por qualquer profissional que atua da rede de atenção primária em saúde. Tem um custo baixo, pois precisa apenas do recurso humano e escova e creme dental. O Manual de Fluoretos do Ministério da Saúde coloca essa ação como fundamental para monitoramento de saúde bucal para todos os grupos populacionais. Os resultados no âmbito da atenção primária em saúde no município de Porto Alegre mostram que ainda estamos distantes para atingir as metas ideais para a população. Isso se deve a alguns motivos citados abaixo:

Reduzido número de profissionais na rede de atenção primária em saúde para o quantitativo de pessoas no município.

Principalmente pelo baixo número de profissionais Técnicos em Saúde Bucal na rede de Atenção Básica que são 4 em UBS e 6 em equipes da ESF e 21 nas UBS da Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Esses profissionais poderiam assumir a responsabilidade da coordenação dessas atividades no âmbito das Gerências Distritais em Saúde do município do Porto Alegre, sem que o profissional Cirurgião Dentista saia tanto das atividades clínicas em consultório. Caberia a esse formar uma rede para execução dessas atividades em todos os espaços coletivos de cada uma das unidades de atenção primária em saúde.

Se fizermos uma avaliação do nível de adequação da gestão da Atenção Primária em Saúde Bucal do município de Porto Alegre, referente ao indicador Cobertura de Ação



Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, encontra-se em nível de adequação avançado, atingindo 82,3% da meta pactuada para o ano de 2011. Em 2010 o município encontrava-se ainda no nível de adequação incipiente, atingindo 32,0% da meta pactuada para o ano, mostrando uma grande evolução de um ano para o outro.

### **INDICADOR 3 : Média de Procedimentos Básicos Individuais por habitante**

Indicador Acumulativo

- Numerador: número de procedimentos odontológicos básicos que são todos com exceção da 1ª Consulta Odontológica Programática e Ações Coletivas.
- Denominador: população em determinado local e período (2010 e 2011).

**Tabela 36 – Média de Procedimentos Básicos Individuais por habitante**

	<b>Primeiro Trimestre</b>	<b>Segundo trimestre</b>	<b>Terceiro trimestre</b>	<b>Quarto trimestre</b>
<b>Meta a ser Atingida (acumulada) em procedimento/habitante/ano (Portaria MS 1101/2002 = 0,5 a 2)</b>	<b>0,50</b>	<b>1,00</b>	<b>1,50</b>	<b>2,00</b>
Meta a ser Atingida (acumulada) por nº procedimentos básicos	704.969	1.409.938	2.114.907	2.819.876
Ano 2011 (nº de procedimentos básicos)	138.684	274.143	411.598	583.860
Ano 2011 (procedimentos/hab/ano)	0,20	0,20	0,20	0,21
Meta a ser Atingida (acumulada) por nº procedimentos básicos	718.062	1.436.124	2.154.186	2.872.248
Ano 2010 (nº de procedimentos básicos)	118.506	281.487	583.702	718.763
Ano 2010 (procedimentos/hab/ano)	0,17	0,20	0,27	0,25

Fonte: SIA SUS Busca em 23/2/2012.

O resultado desse indicador expressa a concentração de ações com procedimentos clínicos cirúrgicos restauradores, realizados por habitante nos serviços de atenção primária em saúde bucal do município de Porto Alegre. Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se, assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população. Os dados mostram que ainda estamos muito abaixo da necessidade da população porto-alegrense, isso se deve a alguns motivos já citados no indicador acima e ainda um terceiro fator:

Se compararmos com a condição epidemiológica de uma das doenças mais prevalentes que acomete a cavidade bucal que é a cárie dentária, principalmente na população jovem percebe-se que precisa triplicar o número de profissionais cirurgiões dentista para dar conta apenas dessa doença. Isso porque é esperado que pelo menos dois procedimentos odontológicos sejam necessários para reduzir a carga de doença na população do município e então podemos dar ênfase na manutenção da

saúde. Se expandirmos para a segunda doença mais prevalente na população brasileira e porto-alegrense esse número de profissionais cirurgiões dentistas, auxiliares de saúde bucais e técnicos de saúde bucal, precisa ser maior ainda.

Se fizermos uma avaliação do nível de adequação da gestão da Atenção Primária em Saúde Bucal do município de Porto Alegre, referente ao indicador: Média de Procedimentos Básicos Individuais por habitante encontra-se em nível de adequação Incipiente, atingindo 10,5% da meta pactuada no ano de 2011. No mesmo período de 2010 o município encontrava-se igualmente no nível de adequação incipiente, atingindo um pouco mais, 12,5% da meta pactuada até o terceiro trimestre.

#### **INDICADOR 4: Proporção de Procedimentos Especializados em Relação aos Básicos**

- Indicador Acumulativo
- Numerador: todos os procedimentos odontológicos individuais especializados.
- Denominador: número de procedimentos odontológicos básicos que são todos com exceção da 1º Consulta Odontológica Programática e Ações Coletivas.

**Tabela 37 – Proporção de Procedimentos Especializados em Relação aos Básicos**

	<b>Primeiro Trimestre</b>	<b>Segundo trimestre</b>	<b>Terceiro trimestre</b>	<b>Quarto trimestre</b>
Quantidade de <b>Procedimentos Especializados</b> Ambulatoriais e Hospitalares 2011	270.309	534.934	822.347	1.144.698
Quantidade de <b>Procedimentos Básicos</b> 2011	138.684	274.143	411.598	583.860
<b>PROPORÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS/BÁSICOS</b>	<b>1,94 / 1</b>	<b>1,95 / 1</b>	<b>1,99 / 1</b>	<b>1,96 / 1</b>
Quantidade de <b>Procedimentos Especializados</b> Ambulatoriais e Hospitalares 2010	304.490	681.811	1.157.952	1.473.817
Quantidade de <b>Procedimentos Básicos</b> 2010	118.506	281.487	583.702	718.763
<b>PROPORÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS/BÁSICOS</b>	<b>2,57 / 1</b>	<b>2,42 / 1</b>	<b>1,98 / 1</b>	<b>2,05 / 1</b>

Fonte: SIA SUS (TabWin).- Busca em 23/2/2012.

O indicador consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais realizadas no âmbito do SUS. O resultado desse indicador expressa o acesso da população aos serviços públicos odontológicos especializados. Os dados mostram que ainda estamos enviesados quanto ao tipo de atendimento odontológico realizado na população porto-alegrense, pois estamos com mais procedimentos especializados ambulatoriais e hospitalares do que procedimentos básicos:

Reduzido número de profissionais na rede de atenção primária em saúde para o quantitativo de pessoas no município.

Baixo número de profissionais Auxiliares em Saúde Bucal na rede de Atenção Básica, pois esses profissionais possibilitam uma maior agilidade para o atendimento de atividades clínicas individuais.

Carga de doença que exige um nível maior de especialização para tratamento e reabilitação da saúde bucal da população, o que não é custo efetivo para o município, ou seja, as pessoas estão sendo atendidas muito tarde e desenvolvendo mais suas doenças.

Não é possível fazermos uma avaliação do nível de adequação da gestão da Atenção Primária em Saúde Bucal com esse indicador, pois não existe pactuação para podermos fazer a comparação. No entanto, os resultados mostram o quão pouco está sendo resolutivo a atenção primária em saúde bucal.

#### **INDICADOR 5: Percentual de Exodontias de Dente Permanente em Relação aos Procedimentos Básicos Individuais**

- Indicador Acumulativo
- Exodontia de Dente Permanente.
- Denominador: número de procedimentos odontológicos básicos que são todos com exceção da 1º Consulta Odontológica Programática e Ações Coletivas.

**Tabela 38- Percentual de Exodontias de Dente Permanente em Relação aos Procedimentos Básicos Individuais**

	<b>Primeiro Trimestre</b>	<b>Segundo trimestre</b>	<b>Terceiro trimestre</b>	<b>Quarto trimestre</b>
<b>Meta a ser Mantida em no máximo 5% (anual)</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	<b>5%</b>
Quantidade de <b>Procedimentos Básicos</b> 2011	138.684	274.143	411.598	583.860
Quantidade de <b>Exodontias</b> realizadas no ano de 2011	3.377	8.261	12.586	16.989
<b>PROPORÇÃO DE EXODONTIAS E PROCEDIMENTOS BÁSICOS</b>	<b>2,43%</b>	<b>3,01%</b>	<b>3,05%</b>	<b>2,91%</b>
Quantidade de <b>Procedimentos Básicos</b> 2010	118.506	281.487	583.702	718.763
Quantidade de <b>Exodontias</b> realizadas no ano de 2010	3.907	10.081	14.780	20.107
<b>PROPORÇÃO DE EXODONTIAS E PROCEDIMENTOS BÁSICOS</b>	<b>3,30%</b>	<b>3,58%</b>	<b>2,53</b>	<b>2,80</b>

Fonte: SIA SUS (TabWin).- Busca em 23/2/2012.

O indicador reflete, em forma percentual, a proporção das exodontias de dentes permanentes em relação às demais ações básicas individuais em odontologia. Ou seja, expressa as ações mutilatórias em saúde bucal que é a extração de dentes permanentes, o resultado deste indicador está abaixo do máximo aceitável para a população de Porto Alegre. O aumento desse procedimento dos anos de 2010 para o ano de 2011 se deve pelo fato da elevação do número de serviços novos implantados na

rede de atenção primária em saúde. Esse é uma tendência, pois as pessoas têm uma demanda reprimida muito grande para esse tipo de procedimento no início dos serviços.

Se fizermos uma avaliação do nível de adequação da gestão da Atenção Primária em Saúde Bucal do município de Porto Alegre, o indicador Percentual de Exodontias de Dentes Permanentes em relação aos Procedimentos Básicos Individuais encontra-se em nível de adequação Avançado, atingindo 172,8% da meta pactuada para 2011. No mesmo período de 2010 o município encontrava-se igualmente no nível de adequação Avançado, atingindo 197,6% da meta pactuada até o terceiro trimestre. No entanto, não exime da responsabilidade do município de reduzir ainda mais esse tipo de procedimento para não aumentar ainda mais a população edêntula no município de Porto Alegre e pensar para o próximo ano serviços de prótese dentária para a rede de atenção primária em saúde.

**Quadro 22- Metas anuais constantes no PAS 2011**

<b>Metas anuais constantes no PAS</b>		<b>Observação específica</b>
<b>Previsto 2011</b>	<b>Realizado</b>	
52. Ampliação de US com saúde Bucal com 3º turno: Pactuado: Abertura de 02 serviços saúde com atenção a saúde bucal em 3º turno.	Aberto em dezembro o serviço de saúde bucal com terceiro turno na UBS Bananeiras do horário das 17:00 as 22:00.	Projeção de ação para 2012: ampliar a meta pactuada para 2012 com a abertura de 1 serviço de saúde bucal com terceiro turno por gerência distrital de Porto Alegre.
53. Ampliação das ações preventivas em saúde bucal em 95% das creches vinculadas a ESF: Pactuado: 95% das creches vinculadas a ESF.	No ano 2011 foram realizadas atividades, em saúde bucal, em <b>95,80%</b> das creches vinculadas a ESF	Segundo o Caderno 17 e o Manual de Fluoretos, ambos publicação do Ministério da Saúde recomenda-se que se realize atividade de promoção e prevenção a saúde bucal no quantitativo de 1 a 4 vezes no anos para o mesmo grupo populacional. Por isso, não se faz necessário que os profissionais de saúde estejam em todos os semestres realizando esse tipo de atividade.
54. Ampliação das ações preventivas em saúde bucal em 95% das escolas vinculadas ao PSE: Pactuado: 95% das escolas vinculadas a ESF.	No ano de 2011 foram realizadas atividades, em saúde bucal, em <b>92,90%</b> das escolas vinculadas a ESF.	Segundo o Caderno 17 e o Manual de Fluoretos, ambos publicação do Ministério da Saúde recomenda-se que se realize atividade de promoção e prevenção a saúde bucal no quantitativo de 1 a 4 vezes no anos para o mesmo grupo populacional. Por isso, não se faz necessário que os profissionais de saúde estejam em todos os semestres realizando esse tipo de atividade.

55. Ampliação no acesso ao cuidado em saúde bucal na atenção primária: <u>Pactuado</u> : 37 equipes de Saúde Bucal na ESF e contratação de mais 8 novos dentistas para o quadro funcional da SMS até 2013.	Até o momento têm-se 35 equipes de Saúde Bucal na ESF de Porto Alegre.	Projeção de ação para 2012: está se finalizando a obra de ampliação de mais unidades da ESF onde será colocada equipe de saúde bucal e pretende-se entrar em atividade até o final de ano, projeção de chegarmos a 42 ESF com saúde bucal no município de Porto Alegre.
108. Ampliação do acesso à média complexidade em saúde bucal de quatro para seis CEOs até 2013: <u>Pactuado</u> : 5 CEO funcionando até dezembro de 2012	No momento estamos com 5 CEOs em funcionamento que são: CEO Santa Marta, Metas Programação Anual de Saúde GHC, CEO UFRGS, CEO Bom Jesus e CEO Vila dos Comercários.	Projeção de ação para 2012: está-se ampliando o quadro de profissionais Cirurgiões Dentista através de um projeto elaborado pelo executivo e aprovado pela Câmara de Vereadores no dia 25 de outubro de 2011, para tanto será ampliado em 9 o número do quadro efetivo desses profissionais, sendo 5 deles para o CEO IAPI que, no momento encontra-se fechado, pois estava sobre responsabilidade da Faculdade de Odontologia da ULBRA (Canoas).

Fonte: Informação do setor

## 9.2.2 Saúde Nutricional

As tabelas abaixo informam a produção referente aos procedimentos de nutrição realizados no quarto trimestre de 2011 e 2010 com a variação entre os períodos.

Os procedimentos de nutrição avaliados são consultas, atividades educativas, antropometria e atendimento domiciliar.

**Quadro 23-Total de Procedimentos de Nutrição Ano 2011/ 2010**

Tota por GD	Período				Variação	
	Ano 2011		Ano 2010		2011/2010	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Centro</b>	5.680	12,55	3.820	10,05	1.860	48,69
<b>GCC</b>	7.317	16,20	5.272	13,90	2.045	38,78
<b>LENO</b>	6.413	14,20	5.364	14,11	1.049	19,55
<b>NHNI</b>	9.181	20,29	6.286	16,54	2.895	46,05
<b>NEB</b>	6.779	14,98	7.201	18,95	-422,0	-5,86
<b>PLP</b>	4.285	9,47	6.546	17,22	-2.261	-34,54
<b>Restinga – Ext. Sul</b>	3.025	6,68	-	-	3.025	-
<b>SCS</b>	2.549	5,63	3.508	09,23	-959,0	-27,33
<b>Total</b>	<b>45.229</b>	<b>100</b>	<b>37.997</b>	<b>100,0</b>	<b>7.232</b>	<b>19,03</b>

Fonte: SIA/DATASUS

Em 2011, houve um incremento de 19% nos procedimentos em geral e na totalidade das GDs, em relação ao ano anterior.

**Tabela 36– Total de Consultas Realizadas no período Ano 2011/ 2010**

Total de Consultas	Período				Variação	
	Ano 2011		Ano 2010		2011/2010	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Centro</b>	5.224	13,62	3.730	10,65	1.494	40,05
<b>GCC</b>	6.866	17,90	5.234	14,95	1.632	31,20
<b>LENO</b>	5.285	13,8	5.214	14,90	71	1,36
<b>NHNI</b>	8.195	21,36	5.585	15,96	2.610	46,73
<b>NEB</b>	6.503	16,95	6.950	19,90	-447,0	-6,43
<b>PLP</b>	2.532	6,60	4.770	13,62	-2.238	-46,91
<b>Restinga – Ext. Sul</b>	1.351	3,52	-	-	1.351	-
<b>SCS</b>	2.395	6,25	3.508	10,02	-1.113	-31,72
<b>Total</b>	<b>38.351</b>	<b>100</b>	<b>34.991</b>	<b>100</b>	<b>3.360</b>	<b>9,60</b>

Fonte: SIA/DATASUS

Nas consultas do profissional, houve um incremento de 9,6% em relação ao período anterior, na totalidade das GDs. A GD PLP teve um decréscimo no total de procedimentos e no número de consultas, uma vez que está com um profissional a menos na assistência. A GD Sul Centro Sul apresentou um decréscimo nos atendimentos e um profissional a menos na assistência. Na GD NEB um profissional esteve em licença para tratamento de saúde durante todo o ano de 2011. Na GD Extremo Sul não houve registros em 2010, devido a ausência de profissional Nutricionista na GD.

**Tabela 39- Total de Atividades Educativas Ano 2011/2010**

Total por GD	Período				Variação	
	Ano 2011		Ano 2010		2011/2010	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Centro</b>	32	1,32	90	4,30	-58	-64,40
<b>GCC</b>	46	1,91	38	1,80	8	21,05
<b>LENO</b>	308	12,80	150	7,13	158	105,33
<b>NHNI</b>	351	14,60	237	11,28	114	48,10
<b>NEB</b>	209	8,67	250	11,89	-41	-16,40
<b>PLP</b>	1.412	58,63	1.336	63,60	76	5,68
<b>Restina – Ext. Sul</b>	50	2,07	-	-	50	-
<b>SCS</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>2.408</b>	<b>100</b>	<b>2.101</b>	<b>100</b>	<b>307</b>	<b>14,61</b>

Fonte: SIA/DATASUS

As Atividades Educativas apresentaram variação significativa na totalidade das GDs, com acréscimo de 14,61%, sugerindo a qualificação dos registros deste procedimento, em relação a 2010. A GD LENO apresentou um incremento de 105,33% no total de atividades educativas, com um profissional vindo do Nasca para a UBS Morro

Santana e outro profissional em quatro turnos com PET e PSE. A GD LENO está com um profissional em LAA. A GD PLP está com um profissional vindo do Nasca atuando com matriciamento e um profissional com preceptoría de residentes e matriciamento.

**Tabela 40- Avaliação Antropométrica – Anual 2011**

Avaliação Antropométrica	Período	
	Ano 2011	
	Nº	%
Centro	423	11,10
GCC	403	10,56
LENO	820	21,49
NHNI	161	4,22
NEB	65	1,70
PLP	237	6,22
Restinga – Ext. Sul	1.552	40,68
SCS	154	4,03
<b>Total</b>	<b>3.815</b>	<b>100</b>

Fonte: SIA/DATASUS

Embora a avaliação antropométrica seja uma rotina do nutricionista e fazer parte da consulta, alguns profissionais não registraram este procedimento em 2010, por considerarem como parte da consulta, tendo desta forma, apenas o registro de consulta.

A orientação fornecida pelas SMS às nutricionistas é que a avaliação antropométrica seja registrada como procedimento independente do registro da consulta.

**Tabela 41– Realização de Visita Domiciliar**

Visita Domiciliar	Período				Variação	
	Ano 2011		Ano 2010		2011/2010	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro	1	0,15	-	-	1	-
GCC	2	0,30	-	-	2	-
LENO	-	-	-	-	-	-
NHNI	474	72,36	464	76,44	10	2,15
NEB	2	0,30	1	0,16	1	100
PLP	104	15,90	142	23,40	-38	-26,8
Restinga – Ext. Sul	72	10,99	-	-	-	-
SCS	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>655</b>	<b>100</b>	<b>607</b>	<b>100</b>	<b>-24</b>	<b>7,9</b>

Fonte: SIA/DATASUS

Em relação aos atendimentos em visita domiciliar, somente a GD PLP apresentou registro de VD em 2010, com 142 atendimentos e a NHNI, com 464 atendimentos.

Os resultados apresentados sugerem que muitos procedimentos estão sendo registrados, indicando a qualificação dos registros de todos os procedimentos do nutricionista junto aos serviços. Nas reuniões mensais com as nutricionistas distritais está sendo feito o esclarecimento necessário quanto aos registros.

**Tabela 42- Refeições servidas em serviços de Alimentação e Nutrição – Ano**

Unidades De Alimentação e Nutrição	Período				Variação	
	Ano 2011		Ano 2010		2011/2010	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Casa Harmonia</b>	6.917	8,62	8.205	11,00	-1.288	-15,70
<b>Cais 8</b>	10.141	12,65	10.423	14,00	-282	-2,70
<b>CAVM</b>	40.094	50,00	16.535	22,16	23.559	142,50
<b>SRT</b>	23.028	28,73	39.434	52,84	-16.406	-41,61
<b>Total</b>	80.180	100,00	74.597	100,00	5.583	7,48

Fonte: Relatórios da Casa Harmonia, do Cais 8, da CAVM, do SRT

A tabela acima demonstra que o número total de refeições servidas no ano de 2011, em relação ao ano de 2010, apresentou uma pequena variação na totalidade dos serviços.

A Casa de Apoio Viva Maria apresentou um acréscimo de 142,50% no número de refeições servidas em 2011, uma vez que estava em reforma nos seis primeiros meses do ano de 2010.

No Serviço Residencial Terapêutico, houve uma redução de 41,61% no número de refeições servidas em relação a 2010, uma vez que, em 2011, com a mudança de endereço e um espaço físico menor, os atendimentos foram restringidos aos pacientes internados.

A Casa Harmonia apresentou uma redução de 15,70% no número de refeições servidas em 2011.No ano a Casa esteve com um nutricionista em licença para tratamento de saúde.



**Quadro 24- Metas anuais constantes no PAS 2011**

<b>Metas anuais constantes no PAS</b>		<b>Observação específica</b>
<b>Previsto 2011</b>	<b>Realizado</b>	
58. Incremento à prevalência do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida de 38,2% para no mínimo 43% até 2013;	Não foi possível avaliar as taxas de aleitamento materno na rede de APS, uma vez que somente as ESF são acompanhadas pelo SIAB. O SIAB, somente informa os indicadores de aleitamento exclusivo em menores de 4 meses. Portanto, ainda não existe uma ferramenta informatizada para medir esses indicadores.	No PAS 2012 a meta:foi rescrita.. Aumentar a taxa de AME aos 4 meses, de crianças acompanhadas na ESF.
60. Redução do sobrepeso em adultos de 46,1% para 40% até 2013;	Não existe uma ferramenta para avaliação nutricional nos diversos ciclos de vida;	Esta meta foi incorporada na meta 59 do PAS 2012 (Implantar Academias da Saúde);

### 9.2.3 Assistência Farmacêutica

**Quadro 25-Metas anuais constantes no PAS 2011**

Metas anuais constantes na PAS		Observação específica
Previsto 2011	Realizado	
113.Regionalizar a assistência farmacêutica referente à tuberculose em 100% das farmácias distritais e em todos os dispensários nas unidades de saúde que realizem tratamento para TB.	Início do processo 1ª fase – capacitação de todos os farmacêuticos envolvidos com a assistência farmacêutica	
114. Realizar uma revisão anual da Relação Municipal de Medicamentos.	Realizado	A revisão da relação Municipal de Medicamentos – Remume deve ser realizada anualmente. Nesta revisão são excluídos, incluídos ou substituídos medicamentos essenciais da atenção primária.O valor da revisão foi de R\$ 4.410,00 reais
115.Distribuir medicamentos para doença de chagas e hanseníase em 100% das farmácias distritais até 2012	Meta atingida em 2011.	Em 2011 iniciou-se a dispensação pela *FD Centro da talidomida para os pacientes atendidos na Dermatologia do CS Santa Marta. Tendo em vista o reduzido de casos de Hanseníase /ano (8 casos) a oferta destes medicamentos ficará na *FD do Santa Marta, nos Centros de Referência ( HCPA, Santa Casa Ambulatório de dermatologia Sanitária) Não há registro em POA de casos de doença de chagas.
116. Ampliar a assistência farmacêutica para 100% dos pacientes asmáticos atendidos na rede de atenção primária de forma	Realizado	Em todas as FD e dispensários estão sendo distribuídos os inalatórios para a ASMA Em 2012 será reavaliado o fluxo

\*Farmácia Distrital

**Tabela 43- Receitas Atendidas**

Gerência	Período 4º trim.		Variação		Farmácias Distritais	Período 4º trim.		Variação	
	2011	2010	2011/2010			2011	2010	2011/2010	
			Nº	%				Nº	%
<b>Centro (Santa Cecília)</b>	10.035	9.715	320	3,29	Santa Marta	44.605	39.159	5.446	13,91
					Farroupilha	40.788	36.382	4.406	12,11
<b>NHNI</b>	16.064	16.739	-675	-4,03	IAPI	38.112	35.829	2.283	6,37
					Navegantes	16.214	16.245	-31	-0,19
<b>NEB</b>	47.817	46.737	1.080	2,31	Sarandi	20.422	17.576	2.846	16,19
<b>GCC</b>	42.745	45.910	-3.165	-6,89	CSVC	44.941	39.110	5.831	14,91

<b>LENO</b>	42.605	51.509	-8.904	-17,29	Bom Jesus	29.831	29.935	-104	-0,35
<b>PLP</b>	63.126	39.050	24.076	61,65	Murialdo*	19.570	18.518	1.052	5,68
<b>CS</b>	46.615	41.107	5.508	13,40	Camaquã	21.164	20.935	229	1,09
<b>RES</b>	30.045	24.765	5.280	21,32	Macedônia	15.730	16.390	-660	-4,03
<b>Total de receitas</b>	<b>299.052</b>	<b>275.532</b>	23.520	8,54	<b>Total de receitas</b>	<b>291.377</b>	<b>79</b>	21.298	7,89

Fonte Farmácias Distritais

Em 17/10 a Farmácia Distrital Bananeiras passou para o CS Murialdo denominando-se de Farmácia Distrital Murialdo.

O número de receitas se manteve constante, com exceção da GD PLP. Este acréscimo deverá ser monitorado ao longo dos próximos trimestres.

**Tabela 44-Recursos Financeiros Aplicados em medicamentos**

	Período		Variação	
	2011	2010	2011/2010	
	Nº	Nº	Nº	%
Total de unidades de medicamentos distribuídas	61.078.699	53.846.091	7.232.608	13,43
Recurso financeiro utilizado	R\$ 4.133.879,18	R\$ 2.815.635,25	1.318.243,93	46,82
Somatório receitas atendidas FD e GD	590.429	545.611	44.818	8,21

Fonte: Assistência Farmacêutica

Houve acréscimo na oferta de medicamentos e aumento no estoque dos mesmos, justificado pelo aumento de recursos aplicados.

**Tabela 45-Medicamentos recebidos do Ministério da Saúde**

Medicamentos MS	Período				Variação			
	Ano 2011 4º Trim.		Ano 2010 4º Trim.		2011/2010			
	Valor - R\$	Quant	Valor - R\$	Quant	Valor - R\$	%	Quant	%
Tabagismo	98.265,74	60.564	35.188,42	22.080	63.077,32	179,26	38.484	174,29
Insulina	119.750,82	40.300	135.556,26	38.509	-15.805,44	-11,66	1.791	4,65
Tuberculose	53.393,94	488.050	212.055,77	289.400	-158.661,83	-74,82	198.650	68,64
DST/AIDS	4.341.330,20	54.726	4.088.507,03	56.939	252.823,17	6,18	-2.213	-3,89
Hanseníase	1.702,77	9.840	511,69	1.710	1.191,08	232,77	8.130	475,44

Fonte:CGAFO

Os valores apontados são referentes às Guias de Remessas dos medicamentos encaminhados. Houve um aumento nas quantidades dos insumos do Tabagismo, porém não suficiente para a demanda. Observa-se variação negativa nos recursos para a Tuberculose, provavelmente reflexo do novo tratamento.

Continua o desabastecimento no mercado brasileiro para os seguintes medicamentos: Carbamazepina 200mg; Furosemida 40mg; Carbonato de cálcio 500mg; Metoclopramida gotas; Medroxiprogesterona injetável.

### **Ações e projetos desenvolvidos ou em elaboração:**

Atualização do Portal de Gestão para 2012.

Alteração na validade dos receituários de controle especial podendo ser atendido até 60 dias, conforme legislação;

Capacitação da rede de atenção primária para o novo fluxo e critérios de concessão de distribuição de insumos (fitas HGT, glicosímetro, seringas e lancetas) para os portadores de diabetes mellitus tipo 1 e critérios específicos par o tipo 2;

Participação no grupo de trabalho para elaboração da lista de medicamentos a serem adquiridos pelo Consórcio Metropolitano de compra compartilhada;

Continuidade das atividades de planejamento para as Farmácias e dispensários, nos aspectos de estrutura, fluxos e educação permanente.

#### **9.2.4 Saúde Mental**

A Política de Saúde Mental da SMS de Porto Alegre está em processo de reestruturação e realinhamento de suas ações, a partir das diretrizes nacionais, consolidadas no Plano Municipal de Saúde e no Plano de Ações 2010-2013. Nessa proposta consta a ampliação da rede de serviços especializados como CAPS i, CAPS ad, CAPS II, equipes de saúde mental para infância/adolescência e adultos, equipes de matriciamento, leitos em hospital geral, consultório de rua, programa de redução de danos, bem como ações na rede de atenção primária. As mudanças devem ocorrer tanto no nível de organização das equipes como nas estruturas físicas, com importante investimento por parte da SMS nos próximos anos. Um destaque especial, nesse processo, é a unificação das equipes de saúde mental da infância com os Núcleos de Atenção à Saúde de Crianças de Adolescentes (NASCAS), nos seus territórios de abrangência, consolidando a atenção à infância e adolescência nos seus níveis de complexidade e na integralidade. Diante desse cenário e cientes de que há demandas importantes a serem consideradas no planejamento das ações para os próximos anos, realizamos Seminários de Alinhamento da Política de Saúde Mental, nas oito Gerencias Distritais de Saúde de Porto Alegre. Participaram trabalhadores da saúde mental, da atenção primária, residentes, estagiários, prestadores de serviços e gestores. A pauta foi a Atenção em Saúde Mental por Distrito, as dificuldades enfrentadas pelas equipes, as ações que já existem assim como o que é necessário fazer para qualificar e ampliar a rede de atenção a saúde mental, contemplando as diversas demandas existentes. As

discussões foram realizadas, tendo como parâmetros a política nacional de desinstitucionalização, os territórios e suas necessidades, os fluxos, os ciclos de vida e os níveis de complexidade. Aspectos como ampliação da rede de serviços especializados, qualificação dos trabalhadores através da educação permanente em saúde, melhoria das condições de trabalho, matriciamento para atenção primária, criação de fluxos e protocolos, ampliação do diálogo intersetorial e criação de indicadores epidemiológicos, foram apontados pelos participantes como necessidades imprescindíveis de serem concretizadas. Será produzido um relatório com base nos resultados dos seminários.

No ano de 2011 houve Instituição do FÓRUM DE COORDENADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, em 05/09/11, com encontros mensais dos coordenadores de serviços. Nesses encontros são discutidos os temas pertinentes à saúde mental, com a proposta de alinhar os objetivos e ações entre os diversos serviços que compõem a rede, consolidar fluxos, bem como repassar informações relativas a área. O Fórum se propõe como um espaço de diálogo entre a gestão e os trabalhadores, buscando aprimorar as relações e efetivar a política de saúde mental para cidade de Porto Alegre. A coordenação do Fórum é feita pela Área Técnica de Saúde Mental da Coordenação de Redes/SMS.

Teve início, em setembro de 2011, o PROJETO AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. O presente PROJETO busca ampliar a avaliação dos Serviços de Saúde Mental, abordando diferentes eixos para conhecimento de como estão funcionando nossos serviços (avaliação quantitativa e qualitativa em forma de pesquisa intervenção). A avaliação quantitativa e qualitativa está acontecendo por meio de entrevistas realizadas com usuários, familiares, trabalhadores dos CAPS e coordenador do CAPS, tendo como objetivos específicos: identificar condições estruturais dos CAPS (recursos materiais, recursos humanos, área física), avaliar processo de atendimento no CAPS (processo de trabalho e organização da ação em saúde, com foco na satisfação dos trabalhadores de saúde, perfil dos trabalhadores, condições de trabalho e sobrecarga de trabalho) e avaliar resultados da atenção em Saúde Mental desenvolvida nos CAPS (a partir do usuário – padrão de saúde, autonomia, inserção, cidadania, satisfação; e a partir do familiar – satisfação e sobrecarga).

Além das entrevistas, a avaliação qualitativa está acontecendo por meio da Caracterização dos CAPS, segundo planilha (com indicadores de estrutura e funcionamento), trabalhada pelas equipes em suas reuniões.

**Tabela 46-Atendimentos de saúde mental em crianças de 0-9**

Procedimentos	CAPS i Harmonia				CAPS i HCPA			
	Período		Variação		Período		Variação	
	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010		Ano 2011	Ano 2010	2011/2010	
	Nº	Nº	Nº	%	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	814	1078	-264	-24,49	883	1126	-243	-21,58
Não Intensivo	945	1032	-87	-8,43	65	108	-43	-39,81
Semi Intensivo	17537	14357	3180	22,15	1218	1202	16	1,33
<b>Total</b>	<b>19296</b>	<b>16467</b>	<b>2829</b>	<b>17,18</b>	<b>2166</b>	<b>2436</b>	<b>-270</b>	<b>-11,08</b>

Fonte: SAI

**Tabela 47– Procedimentos CAPSi GHC**

CAPS i GHC				
Procedimentos	Período		Variação	
	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010	
	Nº	Nº	Nº	%
Atividade Educativa / Orientação em Grupo	435	0	435	0
Consulta Medica Especializada	665	19	646	3400
Terapia em Grupo	68	0	68	0
Terapia Individual	50	0	50	0
VD/Institucional em Reabilitação – NS	42	0	42	0
Consulta NS (Exceto Médico)	718	80	638	797,5
Oficina Terapeutica I	247	44	203	461,36
Oficina Terapeutica II	292	2	290	14500
Psicoterapia de Grupo	233	160	73	45,63
Individual em Psicoterapia	386	38	348	915,79
<b>Total</b>	<b>3136</b>	<b>343</b>	<b>2793</b>	<b>814,29</b>

Fonte: SIA

Os atendimentos especializados a criança e ao adolescente podem ser demonstrados principalmente, através dos procedimentos realizados através dos CAPS i. Os marcadores descritos como intensivo, não intensivo e semi intensivo correspondem a um conjunto de procedimentos realizados ao longo de trinta dias. Alguns destes podem ser visualizados no quadro do CAPS i GHC, os quais são apresentados neste formato amplo, em virtude de não ter sido credenciado junto ao MS.

Em 2011, a fim de garantir a cobertura de todos os territórios do município foi pactuado as seguintes áreas de abrangência: CAPS i Harmonia atende as GD Centro, Restinga/Ext Sul, SCS e GCC; ao CAPS i HCPA atende Centro, PLP e LENO e, o CAPS i GHC as GD NEB e NHNI.

O CAPS i do GHC em 2011 passa ter variações positivas, em virtude do pleno funcionamento de suas atividades. O credenciamento permanece em fase de tramitação aguardando a finalização de todos os pareceres. O CAPS i Harmonia, embora tenha larga abrangência, teve sua produção diminuída em virtude da alteração de recursos

humanos, sem reposição. Em 2011 o CAPS i HCPA passa a ser referência também para outras regiões e, em conjunto com as equipes técnicas de cada serviço e a coordenação da área técnica de saúde mental desta secretaria, vem realizando, reuniões periódicas para discussão dos atendimentos prestados.

De outro modo, a atenção à criança e ao adolescente vem sendo reordenadas através da discussão intersetorial com área técnica da criança e do adolescente e, de ações junto às equipes de NASCA em cada GD. Em 2011 estas equipes modificam a sua ação atendendo as faixas etárias de 0-18 anos incompletos e os agravos correspondentes à saúde integral, especialmente à saúde mental. Para isso foi realizado diagnóstico por GD a fim de complementar os recursos humanos de cada equipe, bem como prover as reformas e aquisições suprir as situações de infra estrutura necessárias.

**Quadro 26** Internação de saúde mental em crianças de 0 -9 anos

Diag CID10 cap 05	Faixa Etária 2011		Período		Variação	
	<1a	5-9a	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010	
			Nº	Nº	Nº	%
F31 Transtorno Afetivo Bipolar	0	6	6	0	6	
F31.7 Transtorno Afetivo Bipolar ( em remissão)	0	3				
F31.9 Transtorno Afetivo Bipolar NE	0	3				
F50 Transtorno da Alimentação	0	2	2	3	-1	-33,3
F50.0 Anorexia Nervosa	0	2				
F41 Outros Transtornos Ansiosos	0	1	1	0	1	100
F41.1 Ansiedade generalizada	0	1				
F51 Transtorno Não-Orgânicos Sono (fat. emocion)	1	0	1	0	1	100
F51.2 Transtorno Ciclo Vigília-Sono (não-orgânicos)	1	0				
F79 Retardo Mental NE	0	1	1	0	1	100
F79.8 Outros Comprometimentos do Comportame	0	1				
F10 Transt Mentais Comportamentais (uso álcool)	0	0	0	1	-1	-100
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>4</b>		<b>175</b>

Fonte: SIA

**Tabela 48- Consultas em saúde mental para adolescentes de 10 a 19 anos por região da cidade**

Gerência Distrital	Período		Variação	
	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010	
	Nº	Nº	Nº	%
<b>Centro</b>	2564	2443	121	4,95
<b>GCC</b>	99	115	-16	-13,91
<b>LENO</b>	314	344	-30	-8,72
<b>NHNI</b>	70	2	68	3400
<b>NEB</b>	0	0	0	0
<b>Restinga-Ext. Sul</b>	81	89	-8	-8,99
<b>SCS</b>	431	231	200	86,58
<b>Total</b>	<b>3559</b>	<b>3224</b>	<b>335</b>	<b>10,39</b>

Fonte: SIA

As consultas em saúde mental demonstradas pelo quadro acima registram a frequência dos atendimentos por faixa etária, GD através do CBO da enfermagem psiquiátrica, terapeuta ocupacional e psicologia. Os dados da GD PLP não estão acessíveis pelo SIA.

**Quadro 27-Internações em saúde mental para adolescentes de 10 a 19 anos**

Diag CID10 cap 05	Faixa Etária 2011		Período		Variação	
	10-14a	15-19a	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010	
			Nº	Nº	Nº	%
F14 Transtornos mentais e comportamentais (uso da cocaína)	4	107	111	127	-16	12,59
F19 Transtornos mentais e comportamentais múltiplas drogas	11	50	61	31	30	96,7
F31 Transtorno afetivo bipolar	15	25	40	26	13	50
F20 Esquizofrenia	9	18	27	37	-10	-27
F32 Episódios depressivos	2	20	22	11	11	100
F29 Psicose não-orgânica NE	1	7	8	17	-9	-52
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>182</b>	<b>289</b>	<b>249</b>	<b>40</b>	<b>16,06</b>

Fonte: SIH

Considerando o conceito mais atualizado de saúde segundo a OMS, em que compreende-se "A Saúde como o mais alto nível de resistência biológica, de resiliência psicológica, de congruência psicobiológica e de integração ambiental, conseguido pela pessoa, a cada momento", os indicadores referentes aos transtornos em saúde mental na Infância e Adolescência nos servem para avaliar tanto a capacidade instalada de nossa rede de saúde, quanto a necessidade de investimentos (educação permanente para qualificação das ações) para facilitar acesso e intervenção realizadas pelos serviços de saúde especializados. Ainda, e principalmente, em se tratando de infância e



adolescência, os indicadores de adoecimento servem para qualificar as ações setoriais e intersetoriais de prevenção e promoção de saúde da criança e do adolescente, importantes também para subsidiar o planejamento das ações do PSE.

Os Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso da cocaína (F14), de 107 adolescentes atendidos, 100 apresentavam quadro de dependência, tendo sido atendidos apenas 3 com quadro de Intoxicação Aguda e apenas 4 com quadro de uso nocivo. Esses dados apontam para a necessidade de qualificar as ações de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, a fim de conseguirmos a detecção precoce do uso de substâncias psicoativas, anterior à apresentação do quadro sindrômico de dependência, que intensificam os agravos à saúde.

Considerando os índices cada vez maiores da apresentação de quadros depressivos episódicos ou recorrentes na Infância e, principalmente, na Adolescência, chama a atenção quanto aos Transtornos depressivos recorrentes (F33), a baixa detecção precoce, considerando que 100% dos casos tiveram uma apresentação grave, embora sem a presença de sintomas psicóticos. Ainda referente a esses transtornos, a baixa demanda aponta para problemas de acesso ou acolhimento às crianças e adolescentes com sintomas depressivos por nossos serviços de saúde da atenção primária e especializada, o que requer ações de qualificação nesse sentido por parte da gestão.

Quanto aos Episódios Depressivos (F32) nos adolescentes de 10 a 19 anos atendidos, de 20 adolescentes diagnosticados, 17 já revelavam apresentação grave com ou sem sintomas psicóticos e nenhum com apresentação moderada. Novamente, a gestão é convocada a trabalhar com os técnicos a qualificação de ações de detecção precoce.

#### **Nº de adolescentes atendidos na abordagem do Consultórios na Rua e com a abordagem para a redução de danos**

No ano de 2011 a equipe iniciou a construção de instrumentos para coleta e análise dos dados qualitativos e quantitativos. Assim foram inicialmente obtidos uma média de abordagens.

O consultório tem em acompanhamento sistemático **62 prontuários ativos**. Sendo a **média de abordagens em torno de 300/mês**. Neste procedimento a equipe considera a total geral de abordagens realizadas.

**Tabela 49- Consultas de profissionais de nível superior em saúde mental**

Atenção Básica				
Gerência Distrital	Período		Variação	
	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010	
	Nº	Nº	Nº	%
NHNI	1012	736	276	27,27
Res/Ext Sul	1064	2234	-1170	-109,96
SCS	604	1233	-629	-104,14
<b>Total</b>	<b>2680</b>	<b>4203</b>	<b>-1523</b>	<b>-56,83</b>

Fonte:SAI

**Tabela 50- Atenção Especializada**

Atenção Especializada				
Gerências Distritais	Período		Variação	
	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010	
	Nº	Nº	Nº	%
Centro	3595	4896	-1301	-26,57
GCC	3570	5968	-2398	-40,18
LENO	362	322	40	12,42
NHNI	573	102	471	461,76
SCS	3511	3576	-65	-1,82
<b>Total</b>	<b>11611</b>	<b>14864</b>	<b>-3253</b>	<b>-21,89</b>

Fonte: SAI

Os dados referentes a consultas em saúde mental na atenção básica e especializada apresentam variação negativa e ausência de dados em algumas GD. Isto se deve fundamentalmente a diminuição de recursos humanos, de nível médio e superior nas equipes de saúde mental. Bem como, o fato da produção dos serviços não estar contemplada ou autorizada pelo código de procedimentos SIA/SUS. Parte desta situação está sendo resolvida com o cadastramento das equipes de saúde mental, de modo a identificar a produção de cada equipe, de outra parte, há necessidade de rever os procedimentos, dado a novas práticas necessárias para a atenção em saúde mental, bem como as dinâmicas interdisciplinares. Os dados concentram a frequência de consulta/mês, por CBO da enfermagem psiquiátrica, terapeuta ocupacional e psicologia.

**Tabela 51-Consultas médicas em saúde mental**

Faixa Etária	Período		Variação	
	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010	
	Nº	Nº	Nº	%
0 à 85 anos	23044	29417	-6373	-21,66

Fonte: SIA

A diminuição do número de consultas médicas diz respeito principalmente a diminuição do número de psiquiatras atendendo na rede. Para 2012 se aguarda a nomeação de profissionais para suprir as equipes existentes, sobretudo os NASCAS e as equipes de apoio matricial.

### **Nº de internações de adultos em saúde mental/ano**

Quando analisados os dados sobre a internação de pacientes adultos verifica-se que houve um aumento de 3,6% no número de internações (5272 em 2010 e 5466 em 2011).

Em relação ao diagnóstico pelo CID-10: em números absolutos a maior razão de internações em 2011 foram os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína e seus derivados, o Crack principalmente, (F14) com 1225 internações que corresponde a 22,4% de todas as internações em saúde mental em 2011. Comparado aos índices de 2010 não houve variação significativa (-0,7%). Em segundo lugar o Transtorno Afetivo Bipolar (F31) foi a segunda causa de internação psiquiátrica entre os transtornos mentais em números absolutos (1094 internações; 20,1% do total) e na comparação com 2010 (1072 internações; 20,3% do total) não teve variação significativa: 1,6%. Os transtornos esquizofrênicos foram a terceira maior causa de internação em 2011 em números absolutos com 1213 ou 22,2% do total e comparativamente a 2010 (1135 internações; 21,5%) a variação foi de 6,87%.

**Tabela 52- Internações Dependência Química**

Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Substâncias Psicoativas	Período		Variação	
	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010	
	Nº	Nº	Nº	%
F10	543	557	-14	-2,51
F11	1	1	0	0
F12	2	3	-1	-33,33
F13	8	4	4	100
F14	1225	1318	-93	-7,06
F15	1	2	-1	-50
F16	1	0	1	
F17	0	0	0	
F18	1	0	1	
F19	539	309	230	74,43
<b>TOTAL</b>	<b>2321</b>	<b>2194</b>	<b>127</b>	<b>5,79</b>

Fonte: SIH

Quanto aos dados de internações em números absolutos a maior razão de internações em 2011 foram os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso

de cocaína e seus derivados, o Crack principalmente, (F14) com 1225 internações que corresponde a 22,4% de todas as internações em saúde mental em 2011. Comparado aos índices de 2010 não houve variação significativa (-0,7%)

Os transtornos mentais devido ao uso de múltiplas drogas (F19) onde também há o uso de crack, somado ao transtornos mentais devido ao uso de cocaína e seus derivados (F14) correspondem juntos a 30% das internações de adultos.

Quanto às internações por transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas (F10–F19) temos 2321 em 2011 internações (2194 em 2010) revelando um aumento de 5,78% .

Dentre os transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas (F10–F19) em números absolutos as maiores causas de internação em 2011 foram conforme o CID-10: F14 1225; F10 543; F19 539, semelhante à ordem de prevalência encontrada em 2010.

O que mais contribuiu para a elevação das internações por transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas (F10–F19) foram as internações por transtornos mentais devidos ao uso de múltiplas drogas (F19) com 230 internações a mais se comparado a 2010, um crescimento de 74,4%.

Apesar de corresponder a menos da metade das internações devido ao uso de cocaína e seus derivados os Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de Álcool são em números absolutos a segunda maior causa de internação (543 internações) e praticamente não teve uma variação significativa se comparado com 2010 (variação de -2,51%).

**Tabela 53- Internações Transtornos De Humor**

INTERNAÇÕES ADULTOS 2011	Período		Variação	
	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010	
	Nº	Nº	Nº	%
F30	7	3	4	133,33
F31	1094	1072	22	2,05
F32	412	473	-61	-12,9
F33	200	211	-11	-5,21
F34	6	0	6	
F38	0	0	0	
F39	2	0	2	
<b>TOTAL</b>	<b>1721</b>	<b>1759</b>	<b>-38</b>	<b>-2,16</b>

Fonte: SIH

Como segunda maior causa de internações no adulto estão os Transtornos do Humor (F30-F39) que em 2011 corresponderam a 31,48% do total de internações e que em relação a 2010 não tiveram uma variação significativa (-2,1%).

Dentre os Transtornos do Humor o que mais contribuiu para o índice de internações foi o Transtorno Afetivo Bipolar (F31) que foi a segunda causa de internação psiquiátrica entre os transtornos mentais em números absolutos (1094 internações; 20,1% do total) e na comparação com 2010 (1072 internações; 20,3% do total) não teve variação significativa , 1,6%.

**Tabela 54- Internações T. Esquizofrênicos**

Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	Período		Variação	
	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010	
	Nº	Nº	Nº	%
F20	858	740	118	15,95
F21	0	0	0	
F22	12	3	9	300
F23	61	84	-23	-27,38
F24	0	0	0	
F25	161	178	-17	-9,55
F28	10	5	5	100
F29	111	125	-14	-11,2
<b>Total</b>	<b>1213</b>	<b>1135</b>	<b>78</b>	<b>6,87</b>

Fonte: SIH

Quanto às internações devido a transtornos esquizofrênicos estas foram a terceira maior causa de internação em 2011 em números absolutos com 1213 ou 15,7% do total e comparativamente a 2010 (1135 internações; 21,5%) a variação foi de 6,87%.

O transtorno esquizofrênico que mais contribuiu para este aumento foi o Transtorno Esquizofrênico Paranóide com 858 internações (70% das internações por T. esquizofrênicos) e que comparado com dados de 2010 (1135 internações) teve um aumento de 15,9%.

**Tabela 55- Programa de Volta Para Casa - PVC – nº de pessoas que ingressaram no programa/ano**

Faixa etária	Período		Variação	
	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010	
	Nº	Nº	Nº	%
0 à 85 anos	7	13	-6	-46,15

Fonte: DATASUS

A diminuição do número de pessoas cadastradas no PVC em 2011 se deve ao fato de terem saído menos usuários do Instituto Psiquiátrico Forense – IPF, que atualmente em Porto Alegre, são os usuários que preenchem os critérios de ingresso no programa.

**Tabela 56** Taxa de Cobertura de CAPS por 100.000 /hab na cidade/ano.

Taxa de cobertura de centros de atenção psicossocial (CAPS)/100.000 habitantes	Período		Unidade	Pop Referenciada
	Ano 2011	Ano 2010		
	Nº	Nº	/100.000	1436124
	0,94	0,87		

Fonte: DATASUS

A indicação do Ministério da Saúde é de que os municípios tenham 01(um) CAPS por 100.000 habitantes. O percentual de 0,94 indica que é uma boa cobertura, sendo o parâmetro para tal, acima de 0,70. O indicador pactuado se elevou em função do início de funcionamento do CAPS ad Cruz Vermelha no final de 2011. O CAPS está em processo de credenciamento, tal como o CAPS ad do GHC e Cruzeiro, em face da Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012 que reorienta o funcionamento dos serviços e atendendo a diretriz política do MS, de que todos os CAPS ad, mesmo credenciados devem se qualificar para a modalidade III, ou seja, para funcionamento 24 horas. A previsão é de abertura de novos serviços, conforme PAS 2012.

**Tabela 57- Nº de usuários atendidos nos Residenciais Terapêuticos/ano**

Ingressos	Período		Variação	
	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010	
	Nº	Nº	Nº	%
	11	9	2	22,22

Fonte: Banco de dados da equipe

O Serviço Residencial Terapêutico Nova Vida: Caracteriza-se por ser uma moradia temporária em saúde mental. As atividades desenvolvidas visam à reabilitação e a inserção social dos usuários atendidos. Conta com uma equipe multiprofissional e funciona 24 horas por dia, nos sete dias da semana. Os usuários são encaminhados pela rede de saúde do município. É referência para toda a cidade de Porto Alegre. Também fazem parte da SMS os Residenciais Terapêuticos Gomes Jardim (região Centro) que, no momento está interditado para reforma, e Cristiano Fischer (região Partenon). Estão sob a supervisão e acompanhamento da equipe do Residencial Nova Vida que está localizada temporariamente no bairro Cristal, mas é um serviço pertencente à região Centro. Síntese das atividades: Acompanhamentos diários dos usuários atendidos: atividades de autocuidado, manutenção do seu tratamento, organização do ambiente, alimentação, prevenção e promoção de saúde; atividades de nutrição diárias, enfermagem 24 horas, portaria (segurança) 24 horas; plantão técnico

noturno e aos finais de semana e feriados; registros e organização de prontuários, assembleia de usuários; caminhadas terapêuticas; atividades culturais e de lazer na cidade, atividades da vida diária e da vida prática em geral, grupo de familiares, acompanhamento terapêutico, oficina de culinária e de bijuterias; grupos de jardinagem e de Reabilitação e Inserção Social dos usuários do IPF; monitoramento e avaliação dos usuários inseridos na Oficina de Reciclagem do HPSP – ATUTI; grupo de orientação para uso da medicação; retirada e organização das medicações dos usuários semanalmente; administração, pela enfermagem, de medicações diárias: oral, injetável e inalatória; verificação de sinais vitais; curativos; acompanhamento individual educativo para retirada da medicação diária; avaliação para ingresso de usuários encaminhados pela rede de saúde e assistência do município e por demanda do MP/RS, elaboração de pareceres, relatórios psicossociais; acolhimento e entrevista de ingresso no residencial terapêutico; encaminhamento de usuários para locais de moradia permanente e seu acompanhamento, por meio de equipe itinerante; atendimento à crise e em atividades de inserção social; para internação e durante a internação; realização de inter consultas; contatos telefônicos com outras instituições para resolver demandas diversas; atendimentos domiciliares terapêuticos; comemorações festivas da instituição; viagens para a praia e para o Natal Luz, em Gramado/RS; visitas institucionais: INSS, Conselho Tutelar, MP/RS, Justiça Federal, foros; participação como capacitadores e supervisores do Curso de AT da Escola de Saúde Pública do RS; acompanhamento dos usuários vinculados ao Programa de Volta para Casa do MS; participação no GT em Humanização da GDC; monitoramento, avaliação e capacitação de pensões particulares por demanda do MP/RS; participação nas reuniões do CMS, na Comissão de Saúde Mental, no Conselho Distrital de Saúde da GDC, no GT em Saúde Mental e Dependência Química da SMS, na Comissão de Avaliação do conveniamento da SMS com Mãe de Deus, referente ao tema de álcool e outras drogas e internação feminina psiquiátrica, no GT do IPF como representante da SMS, participação da comissão de saúde mental do conselho estadual de saúde, participação no mental Tchê em São Lourenço do Sul, nas conferências municipal, estadual de saúde, em encontros e seminários, no participa SUS, supervisão de estágios; acolhimento de instituições de ensino: profissionais e alunos; reuniões: de equipe geral semanalmente; de enfermagem, quinzenalmente, da equipe técnica, mensalmente, de nutrição e serviços gerais, mensalmente e atividades administrativas em geral.

No ano de 2011, além das atividades acima descritas, as ações que se sobressaíram foram: Participação no 6º. Mental Tchê, em São Lourenço do Sul de 24 a

26 de maio de 2011, Passeios com o ônibus de Turismo pela cidade de Porto Alegre, participação dos Eventos em comemoração o Dia 18 de maio (dia da luta antimanicomial), passeio no aeroporto Salgado Filho/ Porto Alegre com direito a lanche especial no aeroporto, exposição de Fotografia tirada pelos usuários num projeto elaborado para o usuário conhecer a sua comunidade, passeios na comunidade, museu, biblioteca pública, orla do Guaíba, centro, shopping, cinema, exposição de artes, praças. Confraternizações de Páscoa, Carnaval, Aniversários, Natal, Final de Ano.

Outras ações: Seminário: Cidades, Políticas sobre Infância e Juventude promovido pelo Fórum Metropolitano sobre Situação de Rua - Granpal em 26/11/2011; Orçamento Participativo da Distrito Centro em 23/05/2011; VI Conferência Municipal de Saúde em 02/07/2011; Pré-conferência Centro da 6ª Conferência Municipal de Saúde em 07/05/2011; Seminário Situação de Rua e Saúde Mental em 26 e 27 de setembro de 2011; Teatro na AMRIGS dos atores usuários italianos da saúde mental; Supervisão dos estágios de Psicologia e Terapia Ocupacional.

**Tabela 58 Geração de Renda – Nº de usuários atendidos /ano**

Procedimentos	Período		Variação	
	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010	
	Nº	Nº	Nº	%
Visita Domiciliar/Institucional (NS)	0	5	0	-100
Terapia em Grupo	29	36	-7	-19,44
Terapia Individual	28	38	-10	-26,32
Oficina Terapêutica II	21	26	-5	-19,23
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>105</b>	<b>-27</b>	<b>-25,71</b>

Fonte: SIA

No ano de 2010 ingressaram 53 usuários e em 2011, 34 usuários. A partir da análise quali-quantitativa destes novos ingressos, se identifica, em 2011 uma diminuição dos encaminhamentos dos CAPS, e o aumento de usuários da rede básica. Além dos quantitativos acima referidos, salientamos que muitos encaminhamentos não passaram pelo acolhimento inicial, pois no contato inicial do terapeuta de referência, denotou-se demanda de oficina terapêutica e de centro de convivência. Nestes casos, ao identificar que a demanda do usuário não poderia ser atendida pela Geração/POA, o profissional responsável buscou fazer o encaminhamento necessário juntamente com o terapeuta de referência. No transcorrer do processo de acolhimento, outras situações de não permanência no serviço foram identificadas, entre elas àquelas em que os usuários ao conhecerem as oficinas de trabalho e vivenciarem a experiência, não apresentaram demanda para o trabalho. Outro investimento que foi dado continuidade em 2011 pelo



serviço, foi o trabalho de assessoria para criação de oficinas de geração de trabalho e renda, iniciando ações junto às UB's das GD PLP e NEB.

Uma solicitação cada vez mais crescente no serviço, tem se dado pela via da inclusão no mercado formal de trabalho. Na perspectiva de atender a esta demanda, tem sido trabalhado o Projeto Piloto Capacitar, que pressupõe o investimento nesta ação inovadora, a qual busca com a articulação da rede e ações intersetoriais, provocar um processo de discussão e operacionalização da inclusão no mercado formal pela via da aprendizagem. Este processo mais do que uma avaliação quantitativa pressupõe um investimento qualitativo na abertura de novas possibilidades de inclusão nesta área, que ao mobilizar diversos segmentos sociais tem sido importante dispositivo na qualificação das relações das parcerias intersetoriais e debate social para efetivação de ações inclusivas.

#### **Nº de usuários atendidos e encaminhados no Programa de Redução de Danos-PRD (\*nas Gerências Distritais Partenon/Lomba do Pinheiro e Restinga/Extremo Sul)**

No ano de 2010, a partir do mês de outubro o Programa de Redução de Danos-PRD passou por um momento de mudança, reestruturação e reorganização do trabalho. A partir da reunião com Área Técnica de Saúde Mental, Coordenação da ASSEPLA e o embrião do GT de Saúde Mental e Enfrentamento a Dependência Química com avaliações e discussões trazidas pela rede, a Redução de Danos foi ampliada com a descentralização das ações e inserção dos Agentes Redutores de Danos nas Gerências Distritais Centro, Glória/Cruzeiro/Cristal, Partenon/Lomba do Pinheiro e Restinga. No mês de novembro ocorreu à ampliação da equipe com a contratação de uma nova coordenação e um novo agente redutor de danos. A reestruturação iniciou com um diagnóstico interno da equipe, resgate da história do programa e definição do conceito de Redução de Danos. As ações realizadas a partir de novembro de 2010 foram: definição do papel e atribuições dos Agentes Redutor de Danos na organização do trabalho em rede nas gerências distritais; estudo sobre a regularização do contrato de trabalho dos agentes redutores de danos; a definição de modelos de relatórios; instrumentos para coleta de dados; criação banco de dados e diários de campo como instrumentos de registro das ações do PRD; construção do material informativo para abordagem com usuários de álcool e drogas; definição do uniforme dos Agentes Redutor de Danos e a elaboração do material pedagógico para agenda escolar de 2011(SMS/SMED) produzido pela Área Técnica de DST/aids.

No ano de 2011 a equipe iniciou a construção de instrumentos para coleta e análise dos dados qualitativos e quantitativos. Assim foram inicialmente obtidos uma média de atendimentos e encaminhamentos nas Gerências Distritais Partenon/Lomba do Pinheiro e Restinga. Nestes o trabalho do Programa de Redução de danos já estava organizado vinculado às equipes de matriciamento em saúde mental. Os usuários foram atendidos em atividades de Acolhimento; Grupo de Dependência Química; Grupo de Terapia Comunitária para usuários de álcool e outras drogas; Grupos de Terapia Comunitária para familiares de usuários de álcool e outras drogas; Visitas Domiciliares, Busca Ativa e Abordagem de Campo. Os usuários foram encaminhados para realizar testagem e tratamento do Hiv/aids; testagem e tratamento de Tuberculose; Vacinas; Equipes de matriciamento; Equipes de Saúde Mental; Abrigos; Albergues e Comunidades Terapêuticas.

**Tabela 59- Atividades do Programa de Redução de danos**

Procedimentos	Ano 2011
	Nº
Usuários Atendidos	841
Usuários Encaminhados	220
<b>Total</b>	<b>1061</b>

Fonte: Relatórios de Atividades do PRD

### **Nº de cenas de uso de álcool e outras drogas mapeadas pelo Programa de Redução de Danos**

No ano de 2011 a equipe realizou o mapeamento das cenas de uso de álcool e outras drogas nas Gerências Distritais Centro e Glória /Cruzeiro/ Cristal. O mapeamento tem como objetivo observar e identificar as cenas de uso de álcool e outras drogas, as demandas e necessidades dos usuários para o planejamento das ações de Redução de Danos em campo, de acordo com a realidade de cada território. As atividades ocorreram nos turnos da manhã, tarde e noite. Os tipos de drogas observados foram álcool, loló, maconha, cocaína e crack, demonstrando um maior consumo de álcool e crack.

**Tabela 60- Nº de cenas de uso de álcool e outras drogas nas Gerências Distritais Centro e Glória /Cruzeiro/ Cristal.**

Procedimentos	Ano 2011
	Nº
Centro	16
Gloria/ Cruzeiro/ Cristal	22
<b>Total</b>	<b>38</b>

Fonte: Relatórios de Atividades do PRD

## Atendimento em Comunidade Terapêutica

**Tabela 61- Comunidade Terapêutica Marta E Maria**

Situação	Número
Ingresso	22
Desligadas	03
Desistências	08
Evasões	01
Em tratamento	09
Concluíram tratamento	01
<b>Total</b>	<b>22</b>

Fonte: Relatório da Comunidade Terapêutica Marta e Maria

**Tabela 62- Comunidade Terapêutica PACTO**

Situação	Número
Ingresso	36
Fugas	04
Desistências	09
Evasões	01
Em tratamento	18
Concluíram tratamento	04
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>

Fonte: Relatório da Comunidade Terapêutica Pacto

O convênio com as comunidades terapêuticas vem se mantendo ativo, de modo a atender as necessidades específicas de usuários que aderem à proposta de tratamento com programa terapêutico fechado. A partir de outubro de 2011 os encaminhamentos de usuários para as comunidades passou a ser realizado através da avaliação dos CAPS ad. O objetivo central foi descentralizar o acolhimento dos usuários e vinculá-lo aos serviços da rede, ampliando as possibilidades terapêuticas e qualificando a avaliação para o acesso as comunidades.

Os coordenadores e técnicos vem sendo chamados para reuniões do fórum de coordenadores de saúde mental e encontros específicos com as equipes que atendem álcool e outras drogas, sendo que suas participações vem contribuindo para organização

da rede no que diz respeito ao acesso, definição de protocolos e avaliação de resultados.

Uma das questões a ser amplamente discutida é o processo de judicialização das indicações de tratamento em comunidade. É crescente o número de solicitações motivado pelo fator externo entendido como risco de vida. Este marco evoca a necessidade de discussão ampla e singular, no que diz respeito ao usuário e entre todos os sujeitos implicados, uma vez a comunidade tem como pressuposto adesão do usuário. Segundo dados Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), somente 30 a 35% dos usuários aderem aos programas deixam de consumir drogas definitivamente. No entanto é importante considerar que não existem pesquisas atualizadas e que alguns usuários efetivamente tem benefícios com o tratamento.

Não há previsão de novos convênios, uma vez que não há lista de espera em nenhuma das comunidades.

**Quadro 28- Metas constantes na PAS 2011**

PREVISTO	REALIZADO	OBSERVAÇÃO
<p>94. Reordenamento da Política de Saúde Mental na SMS/PMPA até 2011 e,</p> <p>101. Atualização da Política Municipal de Saúde Mental seguindo as diretrizes da política nacional até 2013.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciado processo de avaliação e monitoramento dos serviços da rede de saúde mental;</li> <li>- Realizado o cadastro de todos os serviços de saúde mental – CNES;</li> <li>- Realizado Seminário de Alinhamento da Política de Saúde Mental, nas oito Gerências Distritais, onde discutiu-se as prioridades de gestão para o ano de 2012;</li> <li>- Iniciado processo de unificação das equipes de NASCA com equipes de saúde mental da infância e adolescência;</li> <li>- Ações intersetoriais: Projeto Papo Reto com SMED; acompanhamento das pessoas em Situação de Rua com FASC; participação na organização do Seminário Saúde Mental e Situação de Rua, promovido pelo Fórum Inter Rua e SMGL/PMPA, SMED, FASC e SMJ.</li> <li>- Instituído Fórum de Coordenadores dos Serviços de Saúde Mental, com reuniões mensais;</li> <li>- Instituídas reuniões mensais com os serviços que atendem Álcool e Outras Drogas,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar continuidade ao processo de avaliação e monitoramento, que como resultado oferecerá: diagnóstico das condições de trabalho, infraestrutura, de RH e modelo de atenção;</li> <li>- Realizar cadastramento dos serviços de saúde mental junto ao MS: CAPS ad GCC, CAPS i GHC, CAPS ad GHC e Consultório de Rua do GHC;</li> <li>- Realizar apresentação para os serviços da rede, gerentes distritais e coordenação de rede dos resultados obtidos através dos levantamentos realizados nos Seminários de Alinhamento da Política de Saúde Mental;</li> </ul>

	<p>incluindo as Comunidades Terapêuticas e as Clínicas Conveniadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizadas reuniões bimensais com os CAPS I e CAPS II do Hospital de Clínicas.</li> <li>- Participação da coordenação da área técnica de saúde mental na Reunião do Colegiado Nacional de Saúde Mental, em agosto de 2011, Brasília.</li> </ul>	
<p>95. Ampliação do número de serviços de CAPS AD de quatro para 08 (01 por Gerência Distrital) até 2013; e</p> <p>97. Criação de 1 (um) CAPS ad III até 2013;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reorganizado o processo de cadastramento do CAPS ad Cruz Vermelha para atendimento 24h;</li> <li>- Proposta de criação de CAPS ad III para as regiões Restinga, PLP e LENO encaminhada ao Ministério da Saúde, aprovada;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processos de aluguel de imóveis abertos para as regiões Restinga e LENO.</li> </ul>
<p>96. Ampliação do número de CAPS I de 03 para 08 (01 por Gerência Distrital) até 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Previstos a criação do CAPS ad I para região Centro encaminhada ao MS, aprovada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca de imóvel para alugar.</li> <li>- Serviço criado em parceria com Cruz Vermelha.</li> </ul>
<p>98. Criação de 3 (três) Consultórios de Rua até 2013;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Previsão de implantação de 02 (dois) Consultórios de Rua aprovadas pelo MS: regiões Centro e Restinga;</li> <li>- Cadastro do Consultório de Rua no MS: projeto terapêutico encaminhado para o CMS para aprovação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em busca de imóveis para alugar nas regiões Centro e Restinga;</li> <li>- Projeto Consultório do GHC aguardando retorno do CMS.</li> </ul>
<p>99. Criação de 100 (cem) novos leitos de atendimento a álcool e drogas até 2013;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Previsão de abertura de 9 (nove) leitos para adolescentes masculinos, de 12-14 anos no Hospital Porto Alegre- HPA ;</li> <li>- Previsão de abertura de 20 leitos masculinos na Unidade Álvaro Alvim/ HCPA;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Área física em obras no HPA;</li> <li>- Área física em obras no Álvaro Alvim.</li> </ul>
<p>100. Organização do fluxo de atendimento em saúde mental em caráter de emergência, para crianças e adolescentes até 2012; No mínimo, uma Unidade Emergencial pediátrica realizando atendimento de Emergência Psiquiátrica Adaptação dos PESH para atendimento de adolescentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciado o processo de discussão com a coordenação dos serviços de urgência/emergência e com os profissionais designados para compor um GT que irá elaborar a Linha de Cuidado em urgência/emergência em saúde mental, sendo uma das metas a organização dos fluxos e protocolos e a constituição do espaço de atendimentos de urgência/emergência para crianças e adolescentes.</li> </ul>	
<p>101. Atualização da Política Municipal de Saúde Mental seguindo as diretrizes da política nacional até 2013.</p>	<p>Meta excluída e incorporada na meta 94</p>	

102. Implementação do apoio matricial como estratégia dos NASF, Equipes de Saúde Mental e CAPS;	- O diagnóstico para implantação de equipes de apoio matricial e equipes de saúde mental(NASCA e adulto) foi realizado através das reuniões técnicas realizadas com as coordenações dos serviços de saúde mental e Gerências Distritais de cada região, em conjunto com a coordenação da CGRAPS e Área Técnica de Saúde Mental	- Aguardando o resultados dos processos administrativos para a implementação destes serviços, sendo necessária a complementação de recursos humanos e adaptação de infra estrutura(reforma, aquisição de imóveis, entre outros)
103. Ampliação da estratégia de Redução de Danos	- Realizada a reorganização do trabalho dos redutores de danos nas Gerências Distritais; - Confeção de relatórios de campo sendo realizado sistematicamente pelos redutores;	- forma de contratação dos profi em estudo pela ASSEJUR.

## 10 AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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

Nas tabelas abaixo segue demonstrativos de ações pactuadas comparando o ano de 2011 com o ano de 2010, analisando a variação das ações dentro do mesmo período sazonal, e a evolução das metas pactuadas.

### 10.1 Vigilância, prevenção e controle de Doenças Transmissíveis e outros agravos

**Quadro 29- Metas anuais constantes no PAS 2011**

Metas anuais constantes no	Realizado 2011	Considerações
Previsto 2011		
1. Manter o município livre de tétano neonatal e difteria.	A cobertura da vacina Dupla adulta em gestantes foi de 44,13%. Foram aplicadas 9.572 doses. sendo 518 (1ª, 2ª, 3ª dose e reforço) em gestantes de 12 - 14 anos e 9.054 doses (1ª, 2ª, 3ª dose e reforço) em gestantes de 15 - 49 anos.	Não foi notificado nenhum caso de tétano neonatal ou difteria durante o ano de 2011, sendo, dessa forma, a meta atingida em sua totalidade.
2. Investigar 100% das notificações de casos suspeitos de Rubéola. Encerrar 95% dos casos investigados por critério laboratorial	Meta atingida em sua totalidade durante todo o ano de 2011.	Esta meta avalia a eficiência da vigilância epidemiológica frente agravos que exijam medidas de controle de agravos agudos em tempo oportuno.

<p>3. Investigar 100% das notificações de casos suspeitos de Sarampo. Encerrar 100% dos casos investigados por critério laboratorial</p>	<p>Meta atingida em sua totalidade durante todo o ano de 2011.</p>	<p>Esta meta avalia a eficiência da vigilância epidemiológica frente agravos que exijam medidas de controle de agravos agudos em tempo oportuno.</p>
<p>4. Investigar 100% dos casos suspeitos de Paralisia Flácida em menores de 15 anos notificados ou encontrados na busca ativa.</p>	<p>Todos os casos notificados de paralisia flácida aguda foram investigados e realizadas as coletas para confirmação do mesmo, sendo a meta atingida nesse sentido. São esperados 3 casos, 1 caso para cada 100.000 jovens abaixo de 15 anos ( 340.000 jovens) A meta foi atingida plenamente</p>	<p>Houve redução do número de casos, quando em comparação ao ano de 2010, registrados 5 casos. A EVDT realiza, diariamente, busca ativa de casos com suspeita de PAF em todos os hospitais da Capital. A pactuação em 80% de coleta de fezes oportunas para exames laboratorial dos casos de PFA notificados requer desta equipe a orientação e capacitação dos profissionais dos serviços de controle de infecção dos hospitais para a notificação dos casos internados que atendam a definição da OMS.</p>
<p>10.Redução de um caso de hanseníase no município. Redução de 3 % da proporção de casos diagnosticados multibacilares de Hanseníase em relação ao paucibacilares.</p>	<p>Confirmados 8 casos ( 7 multibacilar e 1 paucibacilar) Há ainda a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde para o diagnóstico precoce da hanseníase. A meta foi diminuir de 8 para 7 casos a incidência de Hanseníase. A meta não foi atingida.</p>	<p>Em 2011 houve o diagnóstico hanseníase em 8 pessoas residentes em Porto Alegre, o mesmo e nº de casos do ano de 2010. Não houve redução da incidência. Considerando a forma multibacilar (a forma mais grave da doença) houve um aumento de 5 casos de 2010 para 7 em 2011, ou seja, + 40%. Ressalta-se a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde para o diagnóstico precoce da hanseníase.</p>
<p>11. Manter um percentual 85% de cura dos casos de novos de hanseníase diagnosticados. Pacto pela Vida Pior 9</p>	<p>Foram notificados, investigados e confirmados 16 casos novos 100% dos casos notificados foram investigados e curados. Meta 100%atingida</p>	<p>A variação foi de 5,8% em relação a 2010 = 17novos casos. No ano de 2010, dos 17 casos 16 (94,1 %) casos foram curados.</p>

15. Investigar 100% dos casos de <i>Leptospirose</i>	Em 2011 - notificados e investigados 112 casos de leptospirose e em 2010 foram notificados e investigados <b>151</b> casos de leptospirose apresentando uma variação de menos –de menos 25,8.% dos casos. Foram confirmados 35 casos em 2010 e 26 em 2011, apresentando uma variação de menos -25,71%.	Meta atingida
16. Investigar 100% das notificações compulsórias recebidas dos serviços.	No ano de 2011 foram investigados 14.991 casos notificados sendo 7630 casos residentes de POA. No ano de 2010 foram investigados 17.237 casos notificados sendo 9.649 residentes de POA. A investigação dá-se em 100% dos casos notificados	Esta avaliação precisa de um período maior de tempo para ser realizada. A meta de encerramento oportunamente 100% os casos de investigação das doenças de notificação compulsória que necessitam investigação segundo Portaria Ministerial sempre foi atingida pela EVDT
17. Investigar 100% de casos suspeitos de raiva em razão de morcegos caídos ou adentrados em residências (NVPA)	Meta atingida. Foram recolhidos 21 morcegos em residências durante o ano de 2011 e todos eles foram investigados, sendo enviadas amostras ao laboratório.	
18. Realizar Bloqueio vacinal antirrábico em cães e gatos em 100% dos casos de positividade de raiva em morcegos, herbívoros, cães ou gatos. (NVPA)	O número de bloqueios antirrábicos foi nulo em 2011, visto que não houve casos diagnosticados positivos para a doença.	

Fonte: EVDT/CGVS/SINAN NET. \* Considerar como casos “mais graves” as formas Multibacilares da doença



**Quadro 30- Metas anuais constantes no PAS - AIDS, Hepatites Virais e Sífilis**

<b>Metas anuais constantes no PAS</b>	<b>Realizado 2011</b>	<b>Considerações</b>
<b>Previsto 2011</b>		
<p>7. Investigar 100% das notificações de casos suspeitos de Hepatite viral.  <i>Meta PAVS 38</i>                      Pacto pela Vida – Prior IV -13</p>	<p>Notificados, Investigados e confirmados 156 casos de <b>Hepatite B</b>                      Notificados, Investigados e confirmados 1.084 casos de Hepatite C</p> <p><b>Em 2010 foram</b>                      Notificados, investigados e, Confirmados 91 casos <b>Hepatite B</b> e Notificados, Investigados, Confirmados 671 <b>Hepatite C</b>                      A variação foi 71,43 para a Hepatite B e 61,55 para a hepatite C                      Esta meta é sempre atingida uma vez que o agravo é de confirmação laboratorial e a vigilância das Hepatites Virais, desde a implantação em Porto Alegre, no ano de 1995, tem a sorologia como critério de confirmação, em especial da Hepatite viral do tipo B e C.</p>	<p>A Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais dá-se através da busca ativa dos casos junto aos hospitais, laboratórios e da rede de Atenção Primária de Saúde. A EVDT estabeleceu, junto aos laboratórios, a notificação compulsória de todos os resultados reagentes e, com isto, é hoje a capital de maior taxa de detecção para Hepatites Virais, conforme publicado no Boletim Epidemiológico ano II, Nº 01/MS.</p>
<p>9. Qualificação do acesso ao exame de biologia molecular da hepatites C para 100% dos serviços de saúde até 2013</p>	<p>Realizada pela vigilância das hepatites virais a capacitação para as unidades da ESF para a descentralização do exame de biologia molecular da hepatites C.</p>	<p>Verificado com a descentralização o aumento da biologia molecular de 300 exames /mês para 500 exames /mês.</p>
<p>21.Reduzir 1,2 % os casos de AIDS em maiores de 13 anos.</p>	<p>Os dados são preliminares, visto que % significativo de notificações de AIDS, com ano diagnóstico 2011, ainda entrarão no sistema. Ver Tabela 63- -Incidências de casos de AIDS em adulto</p>	<p>Figura 1 coeficientes de incidências de AIDS em maiores de 13 aos, no período de 2002 a 2011. Tabela 64 Letalidade e Mortalidade Proporcional do HIV, por faixa etária e ano.</p>
<p>20 Implantar a notificação compulsória da Sífilis Adquirida a partir de janeiro nos serviços especializados em DST e a partir de abril em toda a Rede de Saúde.</p>	<p>Implantada a notificação compulsória da Sífilis Adquirida em todos os serviços de saúde de Porto Alegre em março de 2011.                      Foram notificados 239 casos de sífilis adquirida e 31 casos de Corrimento Uretral Masculino.</p>	<p>A vigilância da Sífilis Adquirida e de Corrimento Uretral em homens foi implantada em 2011 em Porto Alegre e não há como comparar seus dados com 2010.</p>
<p>109. Ampliação de um Serviço Especializado em AIDS.</p>	<p>Não houve acréscimo de SAE neste ano</p>	<p>Obras do SAE Centro em andamento no CE Santa Marta</p>

**Tabela 64- -Incidências de casos de AIDS em adulto**

Redução de 5% dos casos de AIDS /Incidê casos de AIDS em adultos		Meta	2011	2010	Varição %
Casos	Nº de casos		1118**	1410	- 20,71
	Coefficiente de Incidência por 100.000 hab.	NP	79,32**	100,04	- 20,72

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET

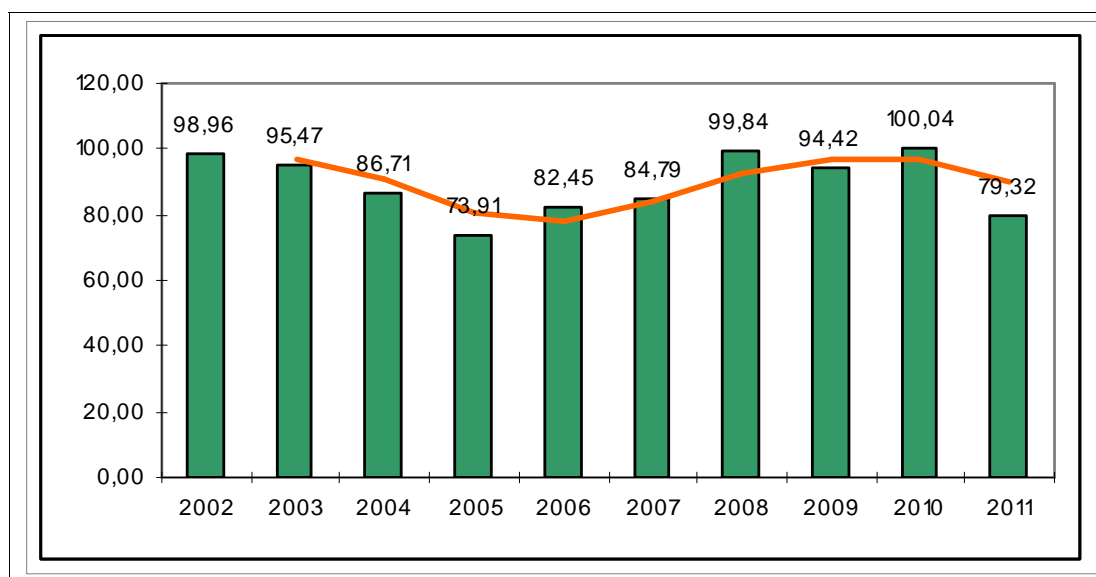


Figura 1 Coeficiente de Incidência de AIDS em adultos, Porto Alegre, 2002 a 2011. Fonte: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Dados preliminares, visto que % significativo de notificações de AIDS, com ano diagnóstico 2011, ainda entrarão no sistema. Na figura acima , observa-se os coeficientes de incidências de AIDS em maiores de 13 aos, no período de 2002 a 2011.

Tabela 65- Letalidade e Mortalidade Proporcional do HIV, por faixa etária e ano

Letalidade e Mortalidade Proporcional do HIV, por faixa etária e ano.*	Meta	2011		2010		Variação %	
		M	F	M	F	M	F
<b>Sexo</b>	Não pactuado	Letalidade		Letalidade		Letalidade	
<b>Faixa</b>		M	F	M	F	M	F
< 1 ano		0	0	0	0	0	0
1 a 5 anos		0	0	0	0	0	0
5 a 9 anos		0	0	0	0	0	0
10 a 14 anos		0	0	0	0	0	0
15 a 19 anos		11,11	0	12,50	0	- 1,39	0
20 a 34 anos		16,34	7,46	16,28	14,67	+ 0,06	- 7,21
35 a 49 anos		19,51	8,54	15,68	15,57	+ 3,99	- 7,03
50 a 64 anos		23,71	19,12	23,61	17,71	+ 0,1	+ 1,41
65 a 79 anos		46,67	16,67	27,27	37,50	+ 19,4	- 20,83
80 e +		0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>		15,38		16,81		- 1,43	

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET/SIM.

A letalidade por AIDS diminuiu 1,43% comparando 2011 com 2010. Quando analisada por sexo, observa-se que não ocorreram óbitos em indivíduos com até 14 anos, em 2010 e 2011. Nas demais faixas etárias, a letalidade é maior em homens, exceção no ano de 2010, na faixa etária de 65 a 79 anos onde o percentual de óbitos em mulheres foi maior.

Tabela 66- Número absoluto de dispensas de antirretrovirais na UDM – IAPI e CSVC

Dispensação de Antirretrovirais	Período		Variação 2011/2010
	2011	2010	
<b>Adulto</b>	26695	24.565	+7,97
<b>Gestante</b>	325	322	+ 0,92
<b>Criança</b>	266	327	-22,93

**Tabela 67- Produção dos Serviços Especializados – SAE-IAPI e SAE CSVC**

Serviços	Indicador		Período		Variação 2011/2010
			2011	2010	
SAE	Consultas médicas	Disponibilizadas	26536	24625	+7,20
		Agendadas	22483	22847	- 1,61
		Realizadas	18732	18246	+ 2,59
	Consultas enfermagem realizadas (1)		8492	9037	- 6,41
	Atendimentos do Serviço Social realizados		5359	5154	+3,82
	Distribuição preservativos		97406	67619	+30,58
	Distribuição gel lubrificante		6122	5273	+13,86
	Outros	P.P.E.S*	69	10	85,50%

Fonte: Informação dos serviços

\* Houve diminuição da carga horária de uma das enfermeiras, cedida à direção do CSVC até final de novembro. Enfermeira em L.T.S 60 dias. \*Assistente social esteve em LTS/LP

\*\*P.P.E.S: Profilaxia pós-exposição sexual: Essa atividade teve início no mês de outubro de 2010.

Prontuários Ativos: 6.600 – SAE CSVC - Prontuários Ativos: 1300– SAE IAPI

**Tabela 68- Produção Laboratorial de exames diagnóstico de HIV**

Realização de Exames de Carga Viral e CD4	Período		Variação 2011/2010
	2011	2010	
Carga Viral	6339	6130	+3,29
<u>CD4</u>	6082	5990	+1,51
Anti HIV	9909	9821	+ 0,88
Imunofluorescencia	900	900	000

Fonte: Lacen –RS

Os exames acima referente-se a demanda do LACEN do Município de Porto Alegre. Não estão englobados os hospitais e centros de testagem do Município de Porto Alegre

**Tabela 69- Distribuição de teste rápido dispensados a rede de atenção primaria e maternidades**

Testes Rápidos Detecção HIV	Período		Variação 2011/2010
	2011	2010	
Teste Rápido HIV – maternidades	6339	5740	+9,44
Teste Rápido HIV – Rede de Atenção Primária - RPA	1825	0	

Fonte: Rede de atenção primária e informação das Maternidades

A implantação do Teste Rápido Diagnóstico na rede de atenção primária aconteceu a partir de novembro de 2012. A fase anterior foi de capacitação e treinamento.

**Quadro 31- Monitoramento da notificação de sífilis em gestantes**

Realizar monitoramento da notificação de sífilis em gestantes com base nas estimativas de casos esperados VDRL. PAVS 13		Meta PAVS	2011	2010	Variação %
Casos	Casos esperados	Aumentar em 15% a notificação no pré-natal	142	157	-9,55
	Casos Notificados		162	142	14,08
	% da meta		Meta não atingida		

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET

Em 2011 houve um incremento da notificação dos casos de Sífilis em Gestante em relação ao ano de 2010. Foi realizado importante trabalho de capacitação, com todos os serviços e maternidades e a implantação da notificação da Sífilis Adquirida. No ano de 2011 houve, também, uma retomada da notificação laboratorial da Sífilis em Gestante.

## VÍRUS INFLUENZA

**Tabela 70- Número de coletas preconizadas e realizadas na rede sentinela para influenza.**

Realizar avaliação de desempenho da rede sentinela de INFLUENZA PAVS 35		Meta PAVS	2011	2010	Variação %
Coletas	Nº coletas de amostras preconizadas	5/coletas por semana	320	189	69,31
	Nº coletas realizadas		NA	255	-
	% atingido				

Fonte:EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

No ano de 2009 com a introdução do vírus pandêmico H1N1 as coletas de vírus respiratório foram suspensas nas unidades sentinelas que eram as unidades de saúde do GHC.

No ano de 2010 foi considerado o número de coletas realizadas de pacientes internados com suspeita de SRAG (síndrome respiratória aguda grave) não atendendo o que é preconizado pelo MS.

Ainda, no mesmo ano de 2010 foram realizadas reuniões para reativar a unidade sentinela do Grupo Hospitalar Conceição e do Hospital Mãe de Deus.

Diante do exposto, a avaliação entre os trimestres só será possível no ano de 2012, comparativo ao 2011 uma vez que as unidades sentinelas voltaram a coletar o vírus da influenza conforme preconizado pelo MS.

## Meningites

**Tabela 71: Relação dos casos notificados e investigados em relação ao diagnóstico laboratorial**

Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningites bacteriana por meio das técnicas de cultura contra imunoelctroforese e látex PAVS 100		Meta PAVS	2011	2010	Varição
Meningite Bacteriana	Notificado e investigado	40% com diagnóstico laboratorial	139	143	-2,79
	Nº. absoluto Diag. Lab.		82	89	-7,87
	Percentil atingido		60%	62%	-5,22
	% da meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

A meningite meningocócica tipo C é uma das meningites bacterianas e no ano de 2010 o MS implantou a vacina Meningocócica Conjugada C em menores de 2 anos. No ano de 2011 a cobertura vacinal (CV ) foi de 111,24% em POA. Essa meta ultrapassada em 22% no ano de 2010 e em 20% no ano de 2011

## Dengue

**Quadro 32- Relação dos casos notificados, investigados e confirmados de dengue**

Notificar e investigar imediatamente casos de dengue clássico, suas formas graves, óbitos e taxa de letalidade por dengue. PAVS 21 Pacto pela Vida – prior IV -8 PAS 12		Meta PAVS/ SISPACTO/ PAS	2011	2010	Varição %
<b>Casos PAS 12</b>	Notificado	100%	305	341	-10,56
	Investigado		305	341	-10,56
	Confirmado		49	40	-
	% da meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-
<b>Casos Graves PAS 21 PAS 12</b>	Notificado	100%	0	0	-
	Investigado		0	0	-
	Confirmado		0	0	-
	% da meta atingida		0	0	-
<b>Óbitos /Letalidade PAS 21 Pacto p prior IV PAS 12</b>	Notificado	Investigação 100% - PAVS e 1,9 % de letalidade (SISPACTO) e PAS manter taxa abaixo de 1%	0	0	-
	Investigado		0	0	-
	Confirmado		0	0	-
	% da meta atingida		-	-	-

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

No ano de 2010, foram identificados os primeiros casos de dengue autóctone de Porto Alegre, totalizaram 5 casos autóctones e 39 casos confirmados importados. Já no ano de 2011, foram 11 casos autóctones de dengue e 35 casos confirmados de dengue importados.

### Ações do Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores - Visitas domiciliares

**Tabela 72- Vetores (dengue, leishmaniose, chagas e febre maculosa)- vistorias/inspeções em domicílios**

<i>Imóveis inspecionados</i>	<i>2011</i>	<i>2010</i>	<i>Varição %</i>
Residenciais	183.791	186.440	-1,42
Comerciais/outros	51.584	52.795	-2,29
Terrenos baldios	3.068	2.680	14,48
Total (PAVS 340.000 imóveis no ano)*	239.593	241.901	-0,95
Fechados/recusados	159.427	184.990	-13,82
Depósitos eliminados	100.520	112.615	-10,74
Bairros visitados*	126	ND	

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

\*exceto os do LIRAa ND: Não disponível

As ações domiciliares são realizadas pelos agentes de combate a endemias e o supervisor responsável, que orienta o morador para cuidados de prevenção e controle do mosquito *Aedes aegypti*. Ao longo do ano são visitados os 81 bairros da cidade, sendo que, em alguns locais, essas visitas são repetidas com maior frequência, de acordo com o histórico de infestação. As visitas domiciliares são pactuadas como o nível estadual.

### Produtividade do Laboratório de Entomologia Médica de Vigilância de Roedores e Vetores, em relação à demanda do Controle Operacional da Dengue

**Quadro 33- Produção do Laboratório de Entomologia Médica – Dengue**

<b>Laboratório de Entomologia Médica</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>Varição %</b>
Número total de amostras	3.033	1759	72,43
Número de espécimes de <i>Ae. aegypti</i>	7.919	ND	-
Número de espécimes de <i>Ae. albopictus</i>	1.580	ND	-
Número de espécimes de outras espécie	13.242	ND	-

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

ND: Não disponível

### Controle Químico

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

Estas aplicações podem ser peridomiciliares como nos Bloqueios de Transmissão (em área com raio de 150 metros a partir do imóvel do caso confirmado) e no Bloqueio Expedito (raio de 50 metros), assim como podem ser feitas a partir da via pública nas Operações de Emergência (raio de 500 metros, a partir da maior concentração de casos autóctones).

**Quadro 34- Aplicações de Inseticida**

<b>Aplicações de Inseticida</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>Variação %</b>
Peridomiciliar	4.607	7.221	-
A partir da via pública	8.710	0	-

Fonte: EVRV/CGVS/SMS

### **Realização de Pesquisa Vetorial Especial (PVE)**

A Pesquisa Vetorial Especial é realizada quando é repassada à EVRV a notificação de um caso suspeito de dengue pela EVDT. Em períodos não-epidêmicos, a PVE é realizada rotineiramente nos casos suspeitos de dengue. Consiste em visita domiciliar em um raio de 150 metros da residência e local de trabalho ou estudo do paciente com suspeita da doença, para eliminação de criadouros do mosquito. É também realizada investigação com o paciente, para identificar possível local de contaminação e outras pessoas com sintomas (busca ativa). Em períodos epidêmicos, a PVE é realizada quando se trata de caso importado ou que está em área sem circulação viral. Em 2011, foram registradas menos notificações do que em 2010.

**Quadro 35: Acompanhamento de casos notificados e PVEs realizadas**

<b>Casos</b>	<b>2011</b>	<b>2010*</b>	<b>Variação %</b>
Notificados	286	343	-80,71
Com PVE	116	153	-73,21
Sem PVE	170	190	-85,71

Fonte: EVRV/CGVS/SMS

\* Os dados de 2010 são a partir do 2º trimestre, não sendo possível fazer uma comparação com o cálculo da variação.



Quadro 36- Metas Constantes na PAS 2011

Previsto 2011	Realizado 2011	Considerações
<p>12. Manter a taxa de letalidade da dengue abaixo de 1%. PAVS - A meta é Investigação 100% - SISPACTO 1,9 % de letalidade.</p>	<p><b>Ano de 2011 -</b> Casos Notificados e Investigados. <b>305</b> Confirmados : 46 <b>Meta atingida</b> A variação em relação a 2010 foi de --10,56% de casos notificados. <b>Nos dois anos a meta foi atingida</b></p>	<p><b>2010:</b> Casos Notificados e Investigados <b>341</b> Confirmados: 40 No ano de 2010, foram identificados os primeiros casos de dengue autóctone de Porto Alegre, totalizaram 5 casos autóctones e 39 casos confirmados importados. Já no ano de 2011, foram 11 casos autóctones de dengue e 35 casos confirmados de dengue importados. Nos dois anos não foram notificados, investigados e nem confirmados casos graves e óbitos por dengue.</p>
<p>13. Implementação da regionalização operacional de equipes do Programa da Dengue em uma Gerência Distrital.</p>	<p>Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo implementada na gerência distrital Centro</p>	<p>A implementação da regionalização em outros distritos depende da estruturação e implementação do IMESF, com a contratualização de ACE e estruturação física dos locais para albergar as equipes.</p>
<p>14. Realização de 3 Levantamentos de Índice Rápido de <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA) anuais.</p>	<p>Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo realizado os 3 LIRAA's no decorrer do ano.</p>	<p>A realização de 3 LIRAA's anuais foram realizada por uma opção técnica do município e também avalizado pelo próprio Ministério da Saúde, pois o LIRAA que era realizada em julho não foi realizado devido as questões climáticas(frio) que não mostravam evidências significativas devido a interferência do clima no ciclo biológico do vetor. Para o ano de 2012 os LIRA's serão realizados em Janeiro. Março e Outubro.</p>

## TUBERCULOSE

**Quadro 37- Metas Constantes na PAS 2011**

Meta / Previsto para 2011	Realizado	Observação Específica
24. Diagnosticar 80 % dos casos estimados de tuberculose no ano	99%	A meta de diagnóstico de casos do Ministério da Saúde para o Programa de Controle da Tuberculose é de 70% dos casos previstos. Ver considerações.
25. Iniciar tratamento em 100% dos casos diagnosticados de tuberculose	--	A obtenção deste dado está vinculada à informatização da saúde, não sendo possível avaliar hoje somente através do SINAN. Sugerimos a exclusão desta meta do PMS até que a informatização da SMS esteja completa.
26. Ampliar a taxa de cura de casos novos bacilíferos de 64% para 68%	90%	A avaliação da taxa de cura pode ser modificada, pois o banco de dados ainda pode sofrer alterações. Ver considerações.
27. Reduzir da taxa de abandono de casos novos bacilíferos de 17% para 15% (3 pontos percentuais ao ano até 2013)	20%	No momento da pactuação dos indicadores, a análise do banco de dados do SINAN revelava uma taxa de cura de 17%. Para a análise atual, foi utilizado o dado atualizado, após o prazo necessário para a total alimentação do banco de dados, revelando uma taxa de abandono real de 19,6% no ano de 2009. Por isso, para análise do dado, utilizaremos como <u>meta</u> a <u>redução de 3 pontos percentuais</u> na taxa de abandono de 2009.
28. Reduzir a taxa de óbito de 8% para 7% em 2011 para pacientes que iniciaram tratamento até dezembro de 2010	-61%	Para melhor acompanhar o comportamento dos óbitos associados à tuberculose entre os moradores de Porto Alegre, propomos alterar o indicador pactuado. A taxa de óbito da coorte de tratamento traduz somente os óbitos ocorridos entre pessoas que estavam inscritos para tratamento de

		tuberculose. No entanto, há um grande número de óbitos entre pessoas que nem sequer foram diagnosticadas com tuberculose ou não chegaram a iniciar o tratamento específico. Por isso, sugerimos alterar a forma de avaliar os óbitos relacionados à tuberculose, conforme descrito abaixo nas considerações.
30. Redução do nº de casos de meningites tuberculosas para zero casos entre menores de 4 anos até 2013	67%	A meta é de não permitir o surgimento de casos de meningite tuberculose em crianças, pois representaria falha inaceitável nas ações de prevenção da doença, traduzindo falência do Programa de Controle da Tuberculose.

## CONSIDERAÇÕES

### Percentual de sintomáticos respiratórios identificados por região da cidade

Esta é uma informação de grande importância epidemiológica, pois reflete o empenho da rede na busca de casos de tuberculose.

A meta de sintomáticos respiratórios a serem avaliados, anualmente, é de 1% da população geral, de acordo com o Ministério da Saúde. O registro desta atividade é feito pelas unidades de saúde, em um livro específico para este fim. No entanto, ainda não está consolidada uma rotina do repasse desta informação para a Coordenação do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) ou para a Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis / TB, da CGVS. Este dado é de difícil obtenção em todo o país. Em grandes centros urbanos têm sido registrados índices de avaliação de SR em torno de 30%.

A informação hoje disponível sobre a avaliação de sintomáticos respiratórios (SR) para diagnóstico da doença é proveniente de um sistema de informação criado pelo LACEN/RS. Apresentamos na tabela 72 os dados dos laboratórios que realizam baciloscopia para a rede ambulatorial de Porto Alegre. Não estão incluídos os exames realizados em laboratórios hospitalares, como GHC e HCPA, pois este sistema não consegue identificar se as pessoas avaliadas são provenientes da rede ambulatorial ou hospitalar e, ainda, se são provenientes de Porto Alegre ou de outros municípios.

Não dispomos dos dados referentes ao período de 2010 para comparação.

**Tabela 73: Percentual de sintomáticos respiratórios identificados, entre residentes em Porto Alegre, 2011.**

Nº de Sintomáticos Respiratórios Avaliados	2011	2010	Variação	Meta	% da Meta
	7.412	Sem Informação	-	13.898	53%

Fonte: Relatório Mensal de Baciloskopias para LACEN/RS

\* 1% da população geral

### Diagnosticar 80% dos casos estimados de tuberculose a cada ano

A meta de diagnóstico de casos novos de tuberculose do Ministério da Saúde é de 70% dos casos estimados.

A estimativa de casos para Porto Alegre é calculada utilizando o método de incremento de casos do Ministério da Saúde. Na tabela 73 apresentamos o desempenho de cada Gerência Distrital na descoberta de casos.

**Tabela 74: Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre, 2011.**

Gerência Distrital	2011	2010	Variação	Meta*	% Meta
Centro	199	202	-3	306	65
LENO	282	220	62	138	204
NEB	153	177	-24	197	78
NNHI	112	135	-23	133	84
GCC	145	135	10	173	84
RES	71	99	-28	116	61
SCS	129	177	-48	179	72
PLP	142	264	-122	176	81
PCPA	175	118	57	243	72
<b>Total</b>	<b>1408</b>	<b>1527</b>	<b>-119</b>	<b>1418</b>	<b>99</b>

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Base de dados de 29/12/2011. Dados sujeitos a alteração pois o ano de 2011 pode ter acréscimo de casos no SINAN. \* 80% dos casos esperados para o ano

Observa-se uma disparidade importante entre as Gerências Distritais em relação à meta de diagnóstico de casos. Várias Gerências apresentam queda no nº de casos registrados. Acreditamos que isto se deva ao retardo no envio e/ou alimentação do banco de dados tendo em vista que a consulta foi realizada sobre a base de dados de 29/dezembro/11. No entanto, chama atenção o aumento no número de casos diagnosticados nas GDs Leste/Nordeste (62 casos, 28,2%), GD Glória/Cruzeiro/Cristal (10 casos, 7,4%) e no Presídio Central de Porto Alegre (PCPA) (57 casos, 48,3%), traduzindo

uma melhoria das ações de busca de casos nestas regiões, especialmente o Presídio Central de Porto Alegre (PCPA).

Na tabela 74 apresentamos os dados sobre diagnóstico de casos de tuberculose pulmonar bacilífera, com exame de escarro positivo, portanto, disseminadores da doença.

**Tabela 75 Nº de casos novos de tuberculose bacilíferos pulmonares entre residentes em Porto Alegre**

Gerência Distrital	2011	2010	Variação	Meta	% da Meta
Centro	85	89	-4	146	58
LENO	82	105	-23	66	124
NEB	87	110	-23	94	93
NNHI	48	70	-22	63	76
GCC	87	79	8	82	106
RES	37	51	-14	55	67
SCS	77	97	-20	85	91
PLP	100	106	-6	84	119
PCPA	72	120	-48	119	61
POA	675	827	-152	675	100

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

**Tabela 76- Número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera,**

Gerência Distrital	2011	2010	Variação	% da Meta
Centro	85	89	-4	58
LENO	82	105	-23	124
NEB	87	110	-23	93
NNHI	48	70	-22	76
GCC	87	79	8	106
RES	37	51	-14	67
SCS	77	97	-20	91
PLP	100	106	-6	119
PCPA	72	120	-48	61
<b>POA</b>	<b>675</b>	<b>827</b>	<b>-152</b>	<b>100</b>

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Base de dados de 29/12/2011. Dados sujeitos a alteração pois o ano de 2011 pode ter acréscimo de casos no SINAN.

\* 80% dos casos esperados para o ano

Destaca-se o desempenho da GD Glória/Cruzeiro/Cristal que ampliou em 10% no período avaliado a descoberta de casos pulmonares bacilíferos, 8 casos, ultrapassando a meta prevista. As GDs Leste/Nordeste e Partenon/Lomba do Pinheiro, mesmo com um desempenho negativo no período avaliado, atingiram a meta, com 124%, 82 casos, e 119%, 100 casos, respectivamente.

Uma avaliação dos dados de incidência a partir do mês de março/12 refletiria melhor a realidade dos casos de 2011 devido ao retardo natural no fluxo de informações e alimentação do banco de dados do SINAN.

### **Taxa de cura e taxa de abandono de casos novos bacilíferos, residentes em Porto Alegre, 2010.**

A avaliação das taxas de cura, abandono e óbito é apresentada sempre sobre o ano anterior devido ao formato de avaliação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, que segue o padrão da Organização Mundial de Saúde. Os pacientes que iniciam o tratamento para tuberculose no mês de dezembro de um ano encerram seu tratamento em junho do ano seguinte. O Ministério da Saúde concede mais três meses para alimentação do banco de dados do SINAN. Assim, a avaliação de resultado de tratamento destes pacientes somente é concluída em outubro do ano seguinte.

A meta de cura do MS é de 85% dos casos. A meta do PMS de Porto Alegre é de aumentar em 5 pontos percentuais ao ano a taxa de cura de pacientes que ingressarem para tratamento até dezembro do ano de 2013, atingindo 85%.

Na tabela 77 apresentamos a taxa de cura da totalidade do pacientes residentes em Porto Alegre que ingressaram para tratamento até dezembro/2010.

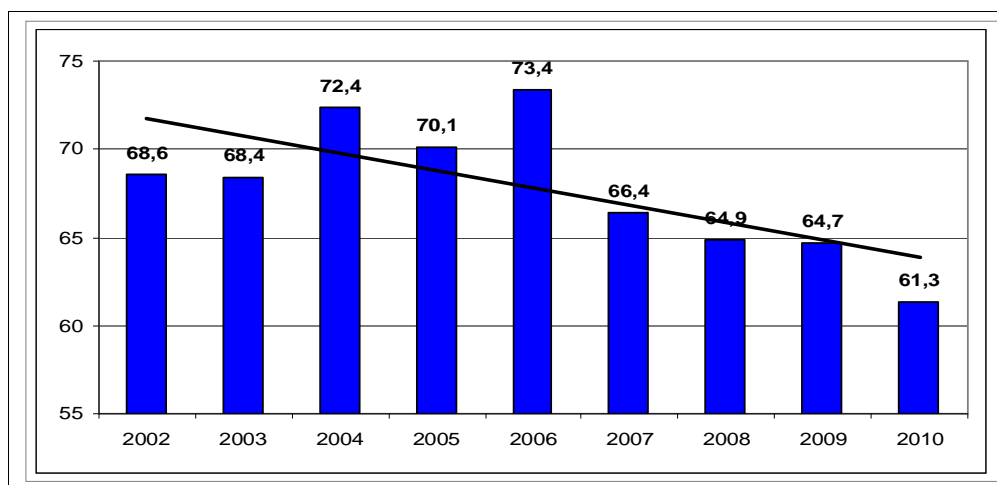
**Tabela 77: Taxa de cura de casos novos bacilíferos, residentes em Porto Alegre, 2010.**

Taxa de cura de casos novos bacilíferos	2010	2009	Variação	Meta	Meta
	61,3%	64,7%	-3,4	68%	90%

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET  
Base de dados de 29/12/2011.

Para análise dos dados, na avaliação de cura são desejáveis alterações positivas, aumento da taxa de cura, e na avaliação do abandono são desejáveis alterações negativas, redução da taxa de abandono.

Observa-se uma tendência de queda na taxa de cura de casos de tuberculose ao longo dos últimos anos, como mostra a figura 3



**Figura 2-** Taxa de cura de casos novos bacilíferos, residentes em Porto Alegre, e linha de tendência, 2002 – 2010.  
 Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Na, Tabela 77 abaixo, apresentamos os dados de cura por Gerência Distrital.

**Tabela 78: Taxa de cura de casos novos bacilíferos, residentes em Porto Alegre, por GD, 2010.**

GD Residência	%Cura 2010	% Cura 2009	Variação	Meta	% Meta
Centro	56,2	50,0	+6,2	54	104
LENO	60	64,7	-4,7	69,7	87
NEB	56,4	66,7	-10,3	70,7	80
NNHI	70	69,1	+0,9	73,1	96
GCC	60,8	71,2	-10,4	75,2	81
RES	74,5	58,9	+15,6	62,9	118
SCS	62,9	73,8	-10,9	77,8	81
PLP	60,2	64,3	-4,1	68,3	88
<b>TOTAL</b>	<b>61,3</b>	<b>64,7</b>	<b>-3,4</b>	<b>68%</b>	<b>90</b>

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET  
 Base de dados de 29/12/2011

O trabalho de adesão realizado pelas equipes de tratamento de tuberculose é de difícil execução, tendo em vista o perfil dos doentes de tuberculose que abandonam o tratamento. Destaque negativo para a região central da cidade que atende a maior proporção da população em situação de rua da cidade. Merece reconhecimento o trabalho desenvolvido pela GS Centro, especialmente o ESF Sem Domicílio, com aumento da taxa de cura de seus pacientes em mais de 4 pontos percentuais, ultrapassando a meta estabelecida. Outra região que se destacou na melhoria de seus indicadores foi a GD RES, através do trabalho realizado pela UBS Restinga, com aumento da taxa de cura 15,6 pontos percentuais, alcançando 74,5% dos seus pacientes, a mais alta das regiões do Município. Na GD NNHI, o trabalho da equipe do CS Navegantes também se destacou pela melhora da taxa de cura, atingindo 70% dos seus pacientes, a segunda melhor do Município.

A meta de abandono do MS é de 5% dos casos. A meta do PMS de Porto Alegre é de reduzir em 3 pontos percentuais ao ano a taxa de abandono de pacientes que ingressarem para tratamento até dezembro do ano de 2013, atingindo 5% preconizado.

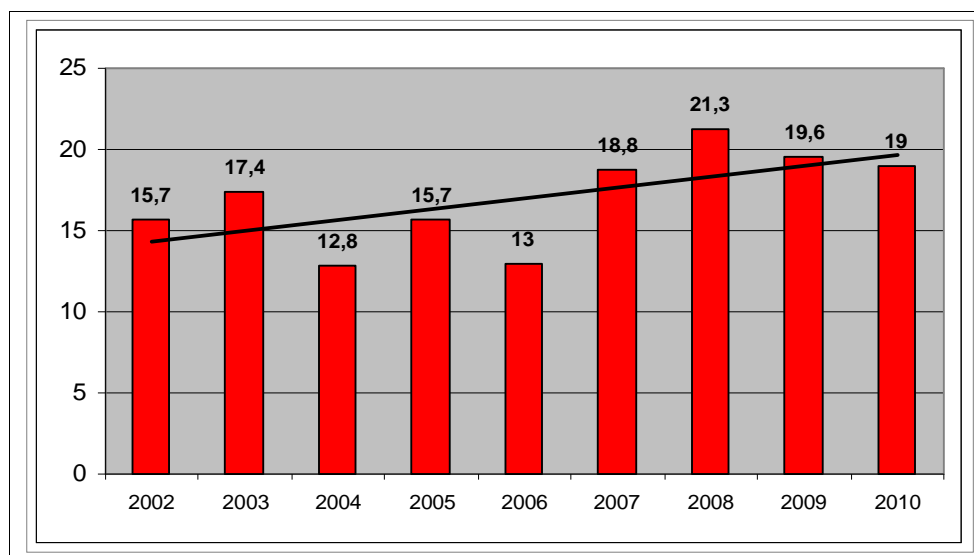
A taxa de cura alcançada para casos novos de tuberculose bacilífera que ingressaram para tratamento até dezembro de 2010 está representada na Tabela 77

**Tabela 79- Taxa de abandono de casos novos bacilíferos, residentes em Porto Alegre, 2010.**

Taxa de abandono de casos novos bacilíferos	2010	2009	Variação	Meta	Meta
	19%	19,6%	-0,6	-3%	20%

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET  
Base de dados de 29/12/2011.

A análise do comportamento da taxa de abandono de casos ao longo dos anos revela uma tendência de aumento, conforme figura 3



**Figura 3- Taxa de abandono de casos novos bacilíferos, residentes em Porto Alegre, e linha de tendência, 2002 – 2010**

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Na análise por regiões, novamente destaca-se a GD Centro e a GD RES com queda do abandono de 7,9 e de 7,5 pontos percentuais respectivamente, ultrapassando, em muito, a meta proposta. Acreditamos que este resultado seja consequência direta da melhor organização das equipes de tratamento nestas regiões. Merecem destaque, ainda, as GDs GCC, NNHI e PLP que também apresentaram queda na taxa de abandono de seus pacientes. - Tabela 80



**Tabela 80- Taxa de abandono de casos novos bacilíferos, residentes em Porto Alegre, por GD, 2010.**

GD Residência	% Abandono 2010	% Abandono 2009	Variação	Meta		% da meta
				Pontos	Abandono	
Centro	24,7	32,6	-7,9	-3	29,6	263
LENO	26,7	24,4	2,3	-3	21,4	-77
NEB	20	16,7	3,3	-3	13,7	-110
NNHI	17,1	18,2	-1,1	-3	15,2	37
GCC	19	20,6	-1,6	-3	17,6	53
RES	24,6	32,1	-7,5	-3	29,1	250
SCS	20,6	14,9	5,7	-3	11,9	-190
PLP	11,9	12,3	-0,4	-3	9,3	13
POA	19	19,6	-0,6	-3	16,6	20

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET  
Base de dados de 29/12/2011

Tanto a baixa taxa de cura quanto a alta taxa de abandono são explicadas, em grande parte, pela ainda incipiente descentralização do Programa de Controle da Tuberculose para a rede básica. As ações de adesão e busca de casos de abandono de tratamento são desenvolvidas, na maior partes dos casos, pela ação dos agentes comunitários de saúde. A modalidade de tratamento diretamente observado (TDO), estimulada pelo MS, ainda não está implementado na sua total plenitude em Porto Alegre. A execução desta modalidade de tratamento será amplamente difundida a partir da efetiva descentralização do tratamento para a rede básica, com a participação das Equipes de Saúde da Família, no ano de 2012. A taxa de cura de casos teve um desempenho negativo no ano de 2010, no entanto, apesar de tímida, houve uma queda na taxa de abandono.

A melhoria dos indicadores de cura e abandono somente será possível através de um esforço coletivo amplo, pois a tuberculose é uma doença de forte cunho social, reflexo da alta vulnerabilidade de determinados segmentos da sociedade, em especial a população em situação de rua, presidiários, usuários de álcool e drogas psicoativas, portadores de doença mental e portadores do HIV/Aids. Nestas populações especiais, as ações para controle da doença extrapolam a área da saúde, incluindo assistência social, habitação, saneamento, justiça e geração de renda, entre outras.

### **Mortalidade por tuberculose, todos os casos, residentes em Porto Alegre, 2010.**

A meta do PMS de Porto Alegre é de redução de um ponto percentual ao ano, passando de 8% para 7% no ano de 2010, visando atingir 5% na coorte de tratamento de pacientes que ingressarem para tratamento até dezembro do ano de 2013.

No momento da pactuação dos indicadores, a análise do banco de dados do SINAN revelava uma taxa de óbito de 8%. Quando da análise em 29 de dezembro de 2011, data da leitura dos dados para confecção deste relatório, a taxa de óbito de 2009 identificada foi de 8,8%. Esta variação é natural com o processo contínuo de alimentação do banco de dados.

A Tabela 81 mostra a taxa de óbito de pacientes inscritos para tratamento no Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) de janeiro a dezembro de 2010, alcançando 9,9%. Ressaltamos que este dado ainda pode sofrer modificação.

**Tabela 81- Taxa de óbito de casos inscritos para tratamento para tuberculose, residentes em Porto Alegre, 2010.**

	2010	2009	Varição	Meta	Meta
Taxa de óbito	9,9%	8,8%	+1,1%	7%	-61%

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET  
Base de dados de 29/12/2011.

Após discussão do dado com equipe da vigilância, propõem-se alteração da forma de avaliação da mortalidade por tuberculose. Apresentamos o nº total de óbito por TB, pela co-infecção TBxHIV e o total de casos de óbitos associados à TB, com a respectiva taxa de mortalidade proporcional (por 1.000 óbitos).

Para melhor acompanhar a situação envolvendo a mortalidade por TB e a co-infecção TBxHIV, propomos a alteração da taxa de óbito de pacientes inscritos no PMCT pelos indicadores antes citados, conforme Tabela 82

**Tabela 82: Mortalidade proporcional por tuberculose, entre residentes em Porto Alegre, 2010.**

Mortalidade proporcional por tuberculose*			2010	2009	Variação
	TB	Nº		56	67
Óbitos TB /1.000 óbitos			5 /1.000	6 /1.000	-17
TB x Aids	Nº		159	185	-14
	Óbitos TB /1.000 óbitos		14 /1.000	17 /1.000	-15
Total	Nº		215	252	-15
	Óbitos TB /1.000 óbitos		19 /1.000	23 /1.000	-16

Fonte: SIM/CGVS/SMS \* Nº de óbitos por TB / Nº total óbitos x 1.000

A análise do banco de mortalidade, Sistema de Informação de Mortalidade, de um ano somente é concluída no mês de maio do ano seguinte. Por isso, os dados apresentados são referentes aos anos de 2010 e 2009.

**- Redução do nº de casos de meningites tuberculosas para zero casos entre menores de 4 anos**

A meta é de não permitir o surgimento de casos de meningite tuberculose em crianças pois representaria falha inaceitável nas ações de prevenção da doença, traduzindo falência do Programa de Controle da Tuberculose.

A Tabela 83 revela que houve o registro de 01 caso de meningite tuberculose em menores de 4 anos. Desta forma, não conseguimos atingir a meta proposta, no entanto, a simples redução no registro destes casos é extremamente positivo tendo em vista a manutenção de uma alta taxa de incidência da doença no nosso meio.

**Tabela 83- Casos e meningite tuberculose em crianças com idade entre 0 e 4 anos, residentes em Porto Alegre, 2011.**

Número de casos de meningite tuberculose em menores de 4 anos	2011	2010	Variação	Meta	% Meta
	01	03	-02	-03 (00 casos)	67

Fonte: CGVS/SMS

**- Realização de cultura para micobactérias em casos de retratamento**

Apesar deste não ser um item acordado para apresentação no Relatório Anual de Gestão, é um item significativo a ser destacado devido a grande importância

epidemiológica que possui para identificação de casos de resistência aos tuberculostáticos.

A meta do MS é de realização de, pelo menos, 60% de exames de cultura para micobactérias entre os casos de retratamento de tuberculose (recidiva, reingresso após abandono e falência de tratamento). O laboratório do CS Vila dos Comerciários começou a realizar teste de cultura para micobactérias em meio sólido em 01 de dezembro de 2010. Já no primeiro ano de execução, com avaliação amplamente positiva pelo LACEN/RS, praticamente conseguiu atingir a meta proposta, conforme apresentado na Tabela 84.

**Tabela 84-Realização de cultura para micobactérias para casos de retratamento de tuberculose, residentes em Porto Alegre, 2010.**

Cultura para micobactérias para casos de retratamento de tuberculose	2010	2009	Variação	Meta	Meta
	56%	Sem informação	--	60%	93,3%

Fonte: Relatório Laboratório CSV/ EVDT/CGVS/SMS

## 10.2 Prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do Consumo de bens e serviços

**Quadro 38 - Metas Constantes na PAS 2011**

Metas PAS - Previsto 2011	Realizado 2011	Considerações
31. Renovar o licenciamento das 45 empresas de comércio de Saneantes existentes no município e licenciar toda empresa que solicitar Autorização de Funcionamento de Empresa, de acordo com o protocolo de fiscalização.	Foram licenciadas 31 empresas das 45 cadastradas. Totalizando 68,89% da meta. Os estabelecimentos envolvidos são Farmácias, Drogarias, Distribuidoras de Medicamentos/ Insumos, Distribuidora/ Importadora/ Exportadora de Produtos para a Saúde (Correlatos), Distribuidora /Importadora/ Exportadora de Cosméticos e Produtos de Higiene, Distribuidora/ Importadora/ Exportadora de Saneantes, Empresas Controladoras de Pragas Urbanas, Transportadoras, Comércio Varejista de Produtos para a Saúde (Correlatos).	A partir de 2010 o iniciou-se o licenciamento e a fiscalização das empresas controladoras de Pragas Urbanas, buscando a adequação dessas empresas a RDC 52/09 ANVISA. Anualmente, se faz a inspeção em 100% das farmácias hospitalares e, junto ao CEVS, nas Indústrias de Saneantes a fim de iniciar o licenciamento e a fiscalização desta atividade pelo município.

<p>32. Inspeccionar 100% das solicitações de alvará inicial e 50% das demais solicitações de serviços de mamografia Atender 100% das reclamações</p>	<p>Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo os 11 serviços inspecionados.</p>	<p>As vistorias são realizadas para atendimento de denúncias, rotina anual ou para liberação de alvará de saúde. Nas inspeções, verifica-se o cumprimento das legislações vigentes, como a RDC 050/02, Portaria 453/98, Portaria 3.523/98, dentre outras, que incluem itens como: testes de qualidade da imagem, laudo radiométrico e de fuga de cabeçote e procedimentos operacionais, adequação da área física, controle de infecção, ventilação e qualidade do ar, lixo infectante, prevenção de incêndio, acessibilidade, entre outros.</p>
<p>33. Inspeccionar 100% das solicitações de alvará inicial e 50% das demais solicitações de serviços de radioterapia.</p>	<p>Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo inspecionados 22 serviços, dos 41 existentes (53,67%)</p>	
<p>34. Inspeccionar 100% dos serviços que solicitem de alvará inicial de saúde e demais solicitações de serviços de quimioterapia</p>	<p>Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo os 11 serviços inspecionados.</p>	
<p>35. Inspeccionar 100% dos laboratórios clínicos hospitalares</p>	<p>Meta não atingida em sua totalidade, visto que a priori o pactuado era de 50%, sendo inspecionados 21 dos 25 serviços cadastrados, resultando em um percentual de 84% de inspeção.</p>	<p>A Equipe fiscaliza todas as atividades realizadas pelos laboratórios clínicos (análises clínicas, citologia e anatomia patológica, biologia molecular, radioimunoensaio) intra e extra hospitalar e os postos de coleta (não pactuados). Verifica-se os processos e procedimentos realizados de acordo com a legislação da ANVISA (RDC nº. 302/05) e da PMPA/SMS/CGVS (Resolução nº. 03/06). Esta última elaborada para ter critérios mais rígidos, principalmente no setor de microbiologia, extremamente exigido devido ao crescente número de microorganismos resistentes e multirresistentes (KPC, MCR, entre outros) encontrados em nossos</p>

		ambientes hospitalares e comunidade. A equipe técnica realiza relatórios com indicadores de qualidade para que o serviço possa adequar os itens imprescindíveis, necessários e recomendáveis apontados no relatório, facilitando assim, a melhora continuada dos estabelecimentos. Neste ano a equipe foi indicada pela ANVISA para realizar uma revisão no Manual Técnico de Laboratórios que ainda não foi publicado.
36. Inspeccionar 100% dos hospitais gerais anualmente	Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo os 13 serviços inspecionados.	Conforme Terminologia Básica em Saúde – MS – 1983 – série B – Textos Básicos de Saúde, 4, conceitua-se: <b>Hospital Geral:</b> hospital destinado a prestar assistência a paciente, primordialmente, nas quatro especialidades médicas básicas (clínica médica, cirurgia geral, ginecologia-obstetrícia e pediatria); <b>Hospital Especializado:</b> hospital destinado a prestar assistência a pacientes, em uma ou mais especialidades.
37. Inspeção de 100% de hospitais infantil com e sem UTI neonatal e pediátrica. (EVSIS)N 3	Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo os 3 serviços inspecionados	A cidade de Porto Alegre tem três Serviços de Hospital Infantil: HMIPV, HCC (Hospital da Criança Conceição) e HCSA (Hospital da Criança Santo Antônio), sendo que o HMIPV já foi contemplado na tabela (Serviço Hospitalar de Atenção ao Parto e a Criança). O HCC já atingiu 100% da meta anual.

<p>38. Inspeccionar 100% dos hospitais maternidade.</p>	<p>Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo os 2 serviços inspecionados.</p>	<p>Porto Alegre não possui hospital exclusivamente maternidade, sendo que muitos Serviços Hospitalares Gerais possuem maternidade. Os hospitais que compõe, exclusivamente, este indicador são: Hospital Fêmeina e HMIPV.</p>
<p>39. Inspeccionar 100% dos serviços de hemocentro Atender 100% das reclamações</p>	<p>Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo o único serviço cadastrado desse tipo inspecionado.</p>	
<p>40. Inspeccionar 100% dos serviços de núcleo de hemoterapia. Atender 100% das reclamações</p>	<p>Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo os 22 serviços inspecionados.</p>	<p>A fiscalização da equipe de serviços na atividade de hemoterapia é, no mínimo, anual em todos os serviços (Núcleo de Hemoterapia, Unidade de Coleta e transfusão, Agência Transfusional, Central laboratorial de triagem de Doadores e Hemocentro) e compreende desde a coleta de sangue, processamento, armazenamento, provas imunohematológicas e sorológicas até a transfusão de sangue e as reações transfusionais adversas que podem ocorrer.</p>
<p>41. Inspeccionar 100% dos serviços de unidade de coleta e transfusão. Atender 100% das reclamações</p>	<p>Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo o único serviço cadastrado desse tipo inspecionado.</p>	
<p>42. Inspeccionar 100% dos serviços de centro de triagem laboratorial de doadores. Atender 100% das reclamações</p>	<p>Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo o único serviço cadastrado desse tipo inspecionado.</p>	

<p>43. Inspeccionar 100% dos das cozinhas hospitalares. Atender 100% das reclamações</p>	<p>Meta não atingida em sua totalidade, visto que a priori o pactuado era de 50%, sendo inspecionados 14 dos 25 serviços cadastrados, resultando em um percentual de 56% de inspeção</p>	<p>A Equipe priorizou aqueles estabelecimentos de maior porte e que apresentava maior numero de pessoas expostas a agravos decorrentes da manipulação inadequada de alimentos. As irregularidades encontradas em alguns estabelecimentos obrigaram a Equipe a retornar com mais frequência do que o esperado aos locais a fim de garantir a correção dos problemas e a segurança dos consumidores.</p>
<p>44. Investigar 100% dos surtos alimentares notificados</p>	<p>Foram notificados um total de 27 surtos no ano de 2011, sendo todos eles investigados pela Equipe de Vigilância de Alimentos, atingindo a meta pactuada.</p>	<p>O surto é uma síndrome caracterizada quando duas ou mais pessoas, após a ingestão de alimentos, manifestam o mesmo sintoma. Sendo os mais comuns: náuseas, vômitos cólicas, diarreia, dores de cabeça e febre. A EVA tem por objetivo investigar 100% dos surtos notificados, pois as bactérias patogênicas responsáveis pelos sintomas acima relatados têm tropismo por produtos de origem animal, ou que tenha ingrediente de origem animal, pois esses produtos possuem atividade de água alta e proteína nobre, que são substratos essenciais na multiplicação dessas bacteriana.</p>
<p>45. Vistoriar 100% das estações de tratamento de água do DMAE</p>	<p>Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo as 7 estações de tratamento de água do DMAE inspecionadas.</p>	
<p>46. Fiscalizar 100% das solicitações de licença para funcionamento das estações de Rádio base.</p>	<p>Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo as 11 solicitações fiscalizadas.</p>	<p>Fiscalização das licenças para funcionamento de ERBs</p>



47. Realizar o levantamento das necessidades de vigilância ambiental em 33% das comunidades em 2011	Estruturado grupo multidisciplinar, intersetorial. Realizadas vistorias em comunidades indígenas, verificando condições hidrossanitárias, zoonoses e de Vigilância em Saúde.	Núcleo de Vigilância de População Animal – NVPA
48. Inspeção de 100% de serviços de Agência transfusional de doadores. (EVSIS)N 12	Inspeccionar 100% dos serviços de Agência transfusional de doadores Atender 100% das reclamações	Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo os 12 serviços inspeccionados.

Fonte: Banco de Dados NVSIS/CGVS FONTE: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS Fonte: Banco de Dados NVESIS/CGVS Fonte: Banco de dados da Equipe de Vigilância da Qualidade da Água - EVQA/CGVS, Fonte: Banco de dados EVSAT/ CGVS/ SMS

#### Quadro 39- Metas PAVS SANITÁRIA não contempladas no PAS

Metas não contempladas no PAS			
Meta	Previsto 2011	Realizado 2011	Considerações
Cadastrar, Inspeccionar e licenciar - Estabelecimentos de longa permanência para idosos N 114 (EVSIS) PAVS SANITÁRIA	Atender 70% das solicitações que entrarem na equipe	Meta atingida, sendo inspeccionados 90 estabelecimentos dos 114 cadastrados, totalizando 78,95% do total.	O número de ILPI inspeccionadas refere-se a solicitações do MP (Ministério Público) e da DPPI (Delegacia de Polícia de Proteção ao Idoso), em sua grande maioria. São acompanhadas, prioritariamente, aquelas que oferecem mais riscos aos residentes, como deficiência na equipe de trabalho, ausência de controle da medicação e da validade dos alimentos. Além das vistorias, são atendidas diversas solicitações de informações demandadas pelo MP e pela DDPI.
Nº de serviços de alimentação em creches/escolas infantis N 600 (EVSIS) PAVS SANITÁRIA	20 % (120) dos serviços inspeccionados no mínimo 1x ao ano	Meta atendida, sendo inspeccionados 198 estabelecimentos, totalizando 33,33% do total.	Em relação às escolas de educação infantil, as áreas vistoriadas referem-se à totalidade dos ambientes, incluindo cozinha, berçário, salas de recreação, dispensa, lavanderia, administrativo e área externa. Os riscos relacionados a esses estabelecimentos referem-se, prioritariamente a toxinfecção alimentar e traumas relacionados com quedas.
Nº de Inspeções sanitárias em serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança N 2 (EVSIS) PAVS 9 E SANITÁRIA	100 % dos serviços inspeccionados no mínimo 1x ao ano	Meta atingida em sua totalidade no ano de 2011, sendo os 2 serviços inspeccionados.	São considerados como Serviço Hospitalar de Atenção ao Parto e a Criança de Porto Alegre os hospitais: Hospital Fêmeina e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Conforme pactuação devem ser vistoriadas as seguintes áreas: Centro Obstétrico, UTI Neonatal e UTI Pediátrica.

<p>Nº de Inspeções sanitárias em serviços de hospitais especializados <b>N 8 (EVSIS)</b> <b>PAVS</b> <b>SANITÁRIA</b></p>	<p>Não pactuado</p>	<p>Todos os hospitais especializados foram inspecionados no ano de 2011.</p>	
<p>Nº de Serviços de Terapia Renal Substitutiva (Diálise) inspecionados – <b>SATÉLITE N 15 (EVSIS)</b> <b>PAVS 37 E</b> <b>SANITÁRIA</b></p>	<p>100 % dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano</p>	<p>Meta atingida</p>	<p>Ao final de cada ano, coincidente ao aumento da temperatura ambiente, todos os serviços de terapia renal substitutiva são visitados e notificados para realizarem troca dos filtros de carvão ativado do sistema de tratamento de água da diálise por razão da proliferação das algas e, portanto, toxinas, na água do manancial fonte do abastecimento da cidade de Porto Alegre, o lago Guaíba. Ao todo, em 2011, foram realizadas cerca de 300 atividades de fiscalização e vigilância nos Serviços de Terapia Renal Substitutiva.</p>
<p>Nº de Serviços de Terapia Renal Substitutiva (Diálise) inspecionados INTRA (EVSIS) <b>PAVS 37 E</b> <b>SANITÁRIA</b></p>	<p>100 % dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano</p>	<p>Meta atingida</p>	
<p>Nº de Serviços de Terapia Renal Substitutiva (Diálise) inspecionados HOSPITALARES (EVSIS) <b>PAVS 37 E</b> <b>SANITÁRIA</b></p>	<p>100 % dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano</p>	<p>Meta atingida</p>	
<p>Nº de serviços de Medicina Nuclear inspecionados <b>N 11 (Engenharia)</b> <b>PAVS</b> <b>SANITÁRIA</b></p>	<p>100 % dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano</p>	<p>Meta atingida em sua totalidade. Sendo inspecionados dos 11 estabelecimentos cadastrados ao longo do ano.</p>	<p>São considerados aspectos de alto risco e de relevância para a fiscalização: contaminação por agentes físicos (radiação ionizante) dos pacientes, dos trabalhadores, dos familiares e do ambiente; contaminação biológica de pacientes e de trabalhadores; manejo das situações de urgência e de emergência capacitação da equipe, protocolos, equipamentos, medicamentos e produtos, condições das estruturas físicas do serviço (dimensões e áreas mínimas e distribuição das atividades nos espaços adequados) e controle rigoroso nos procedimentos para terapia e diagnóstico com segurança para pacientes e trabalhadores segundo as normas vigentes (CENEN, ABNT, PORTARIAS DO MS, ANVISA, etc.)</p>

<p>Nº de Restaurantes e Similares inspecionados* <b>N 3.000</b> (estimado) (EVA) <b>PAVS 43 e SANITÁRIA</b></p>	<p><b>20% (600) dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano</b></p>	<p>Meta atingida, sendo 1.583 estabelecimentos inspecionados, atingindo 52,77% dos estabelecimentos cadastrados.</p>	<p>Apesar das dificuldades normais enfrentadas no dia a dia da equipe conseguimos uma cobertura satisfatória deste segmento regulado diminuindo a possibilidade do aumento de surtos de DTAs e conseqüentemente diminuindo um pouco o número de leitos ocupados na rede por pessoas afetadas por este agravo.</p>
<p>Nº de Cozinhas industriais. <b>N: 98</b> (EVA) <b>PAVS SANITÁRIA</b></p>	<p><b>50 % (49) dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano</b></p>	<p>Meta atingida, sendo 81 estabelecimentos inspecionados, atingindo 82,65% dos estabelecimentos cadastrados.</p>	<p>Devido à importância que ocupa no panorama da cidade, temos priorizado ações neste segmento uma vez que tem impacto direto tanto no número de pessoas afetadas e conseqüentemente na capacidade de atendimento da rede como na produção e economia do município, uma vez que atinge tanto o trabalhador do setor como os comensais.</p>
<p>Nº de amostras caninas e felinas enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva <b>NP LE 13193-09</b> (NVPA) <b>PAVS 81</b></p>	<p><b>Não pactuado</b></p>	<p>Foram enviadas 90 amostras caninas e felinas para pesquisa laboratorial da raiva no ano de 2011.</p>	<p>O monitoramento do vírus rábico em cães e gatos é fundamental, pois, quando detectado, as normas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde para o bloqueio vacinal são diferenciadas. Núcleo de Vigilância de População Animal – NVPA</p>
<p>Realizar pesquisa de Triatomíneos. (NVRV) <b>PAVS 85</b></p>	<p><b>1 visita ao mês por PIT</b></p>	<p>Realizadas 48 visitas aos PITs durante o ano de 2011, visto que se tem no município 4 PITs.</p>	<p>Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores – NVRV</p>
<p>Realizar vigilância e estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose (LTA e LV) (NVRV) <b>PAVS 80</b></p>	<p><b>Em 100 % dos casos confirmados</b></p>	<p>Foram realizadas 15 capturas para realização dos estudos.</p>	<p>Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores – NVRV</p>

<p><b>Nº. de análises</b> de cloro residual livre, turbidez e bacteriológicas para fins de vigilância e monitoramento da qualidade da água realizada (EVQA)<b>SISPA CTO-PACTO DE GESTÃO 33</b></p>	<p><b>1908/ano - 50% (954) de realização de análises</b></p>	<p>Foram realizadas 1.991 análises, superando a meta, preconizada.</p>	
<p>Envio de relatório semestral com informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIAGUA, conforme modelo padronizado pela CGVAM e adaptado pela DVAS/CEVS/SE S/RS EVQA)<b>PAVS 64</b></p>	<p><b>2 relatórios/ ano</b></p>	<p>Meta atingida. Sendo um relatório enviado em janeiro e outro em julho.</p>	<p>Os relatórios semestrais do Vigiágua são enviados nos meses de Janeiro e Julho de cada ano.</p>
<p>Nº de relatórios <b>mensais</b> de controle da qualidade da água dos SAA cadastrados, recebidos e digitados no SISAGUA conforme Portaria nº 518/2004 (EVQA)<b>PAVS 65</b></p>	<p><b>Alimentar em 50 % os dados no SISAGUA</b></p>	<p>Foram enviados 84 relatórios no ano de 2011. Sendo 7 a cada mês. A meta foi atingida, alcançando 100% dos dados.</p>	<p>O número de relatórios mensais de controle da qualidade da água não está associado a uma atividade da equipe de águas, a responsabilidade do envio desses relatórios à Vigilância é do DMAE. O DMAE costuma enviar todos os relatórios conforme preconizado no Vigiágua.</p>

Fonte: Banco de Dados NVSIS/EVA/ NVPA /NVRV/ CGVS/ EVQA/CGVS SMS

**Tabela 85- Relação de denúncias recebidas e atendidas pela Equipe Vigilância dos Alimentos EVA**

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta PAVS/ SISPACTO/ CIB	2010	2011	Variação %
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	515	539	-4,45
	Atendidas		441	333	32,43
	% atendidas em relação às recebidas		85,63	61,78	38,60
	% meta atingida Meta a atender		Meta atingida 361	Meta não atingida 377	- -4,24

FONTE: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

**Quadro 40- Quantidades de alimentos apreendidos e inutilizados / ano**

2010	2011
7.600 Kg	10.371 Kg
5.500 Unidades	12.122 Unidades

FONTE: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

As denúncias vinculadas a Equipe de Alimentos são recebidas via e-mail, pelo 156, pessoalmente na sede da CGVS ou através do protocolo geral.

Alguns equívocos na qualificação quando do recebimento da denúncia ainda são um complicador para o atendimento da meta, por exemplo, endereços equivocados e ou incompletos, com identificação que não possibilitem a localização do estabelecimento ou da irregularidade, levando a dificuldade de consulta no nosso banco de dados e muitas vezes a dupla fiscalização no mesmo local, com perda de tempo e deslocamento desnecessário de agentes fiscais, associado ao número de servidores que é insuficiente, colaborando para que a meta de atendimento das reclamações não fosse atingida.

Atualmente, a EVA considera que a denúncia é atendida quando o estabelecimento está adequado sanitariamente e cumpriu todas as determinações higiênico-sanitárias solicitadas pela fiscalização. Porém, a equipe considera que seria mais correto que fosse considerada denúncia atendida a partir do momento em que o estabelecimento sofresse a primeira vistoria, visando verificar a veracidade da informação passada e buscasse a correção da mesma, quando necessário.

Dentre as diversas ocorrências atendidas, pode-se citar os estabelecimentos que não possuem alvará de saúde ou de localização, irregularidades sanitárias, como, por exemplo, armazenamento inadequado de matérias-primas, venda de produtos fora da validade, falta de qualificação por parte dos manipuladores, falta de higiene no local e nos manipuladores, estrutura precária, dentre outros. As denúncias podem demorar mais de quatro meses para serem solucionadas. Ainda se tem o agravante de que quando o fiscal chega ao local, não se detém apenas ao objeto da denúncia, mas também verifica outras situações de risco, como ausência de controle de temperaturas, tanto no armazenamento como nas etapas de produção dos alimentos, origem e procedência de matérias primas, condições de transporte e armazenamento dos alimentos, ou seja, busca-se garantir a inocuidade dos alimentos desde a origem até o consumo final.

É importante salientar que tem se objetivado atender as reclamações/denúncias que chegam a EVA com uma primeira vistoria/ ação fiscal no local denunciado, no máximo, em 10 dias do recebimento.

O fato de algumas denúncias levarem, aproximadamente, até quatro meses para serem solucionadas faz com que o número de denúncias atendidas do trimestre não corresponda às denúncias recebidas no mesmo trimestre, podendo ser referente a alguma denúncia recebida no trimestre anterior e solucionada neste.

O segmento que envolve a produção, comercialização, distribuição e armazenamento de alimentos vêm ganhando espaço e destaque nas grandes cidades, devido ao fato de que cada vez mais as pessoas se utilizam deste para se alimentar em consequência do ritmo de vida cada vez mais acelerado que se leva.

Como consequência disto, e associado ao fato de que é um ramo que, segundo o imaginário popular, não se necessita de grande qualificação para exercê-lo, crescem os riscos à saúde pública e o surgimento de surtos de toxinfecções alimentares ou Doenças Transmissíveis por Alimentos (DTAs).

Neste cenário, a Equipe de Vigilância de Alimentos (EVA) ocupa lugar de destaque, buscando a prevenção, redução e correção dos agravos que possam vir a contribuir para o desencadeamento destas doenças.

Entre as ações desenvolvidas podemos destacar: qualificação do corpo técnico através da participação em cursos oferecidos pelo CEVS/SES e ESP; investigação de 27 surtos de toxinfecção alimentares em 2011; maior fiscalização em eventos públicos (dando orientação antes da implantação das praças de alimentação e tendo atuação pró-ativa no local, visando à prevenção de riscos em eventos como Festa dos Navegantes, Fórum Social Temático, Muamba, Carnaval, Baile da Cidade, Feira do Peixe, Acampamento Farroupilha, Feira do Livro, Feira da Economia Solidária, entre outros); inspeções para comprovação de denúncias encaminhadas pelo consumidor (todas as reclamações pelo consumidor tiveram pronto atendimento e retorno ao reclamante das ações efetuadas); liberação de Alvarás Sanitários solicitados pelos proprietários de comércio de alimentos do Município de Porto Alegre; apreensões e inutilizações de alimentos impróprios para o consumo humano; participação, junto a ANVISA, da elaboração de Resoluções, visando melhorar a qualidade de diversos serviços, como as praças de alimentação em eventos de massa e comércio ambulante de alimentos; participação junto a ANVISA de reuniões para a preparação das ações de forma integrada com o resto dos estados da União visando a Copa 2014; Atividades Educativas (visando a conscientização, tanto do consumidor, como do comerciante), a EVA participou e realizou ao longo de 2011 diversas atividades educativas, como palestras, orientação pelos meios de comunicação sobre os cuidados com alimentos no dia a dia e nas festas de final de ano, participação no “Dia Mundial da Alimentação”,

atividade realizada no Parque Farroupilha – orientando o consumidor quanto a cuidados ao acondicionar os alimentos no refrigerador de casa, cuidados ao comprar e transportar alimentos; Interface com outros órgãos (Participação de grupo de trabalho sobre agrotóxicos em hortigranjeiros juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde/Alimentos, Emater e Ministério Público para atuação com palestras educativas junto aos produtores da CEASA), participação em grupo de trabalho que visa criar um regulamento e organizar as feiras ecológicas no município, ações fiscalizatórias em conjunto com o DECON em estabelecimentos que oferecem risco a saúde pública e ferem o Código de Defesa do Consumidor na área de alimentos.

### Outras Atividades:

Entre as diversas realizações, começou a ser implantado um projeto de vistorias e inspeções em segmentos considerados de risco e com grande incidência sobre a população consumidora, como as feiras livres e modelos, feiras ecológicas, praças de alimentação dos Shoppings Center e mercado público de Porto Alegre.

Foram encaminhados diversos alimentos suspeitos para análise junto ao LACEN.

**Tabela 86: Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas na \*NVPIS**

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta PAVS/ SISPACTO/ C	2011	2010*	Variação %
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	54	NA	-
	Atendidas		30	NA	-
	% atendidas em relação as recebidas		55,56%	NA	-
	% meta atingida		Meta não atingida	NA	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		37	NA	-

Fonte: Banco de dados do NVPIS/CGVS

\*Dados do ano de 2010 estavam juntos com os do Núcleo de Serviços de Interesse à Saúde

\*Dados a partir do segundo trimestre de 2011 \*Núcleo de Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde – NVPIS

Em virtude do cumprimento da Resolução CIB 250-07, ocorreu aumento no número de vistorias a estabelecimentos com atividade industrial para fabricação de saneantes e cosméticos, demandando, dessa forma, maior atenção por tratar-se de estabelecimentos de maior complexidade estrutural e documental; portanto a meta proposta na CIB 250 não foi atingida.

**Tabela 87: Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas na NVSIS**

Atendimento das denúncias e reclamações rec (CIB 250)		Meta PAVS/ SISPACTO/ CIB	2011	2010
Nº. de Reclam Denúncias	Recebidas na CGVS	70% de atendimento das reclamações	171	NA*
	Recebidas por processo/ofício		86	NA*
	Total recebidas		257	NA*
	Atendidas		257	NA*
	% atendidas em relação às recebidas		100%	NA*
	% meta atingida		Meta atingida	NA*
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		179	NA*

Fonte: Banco de Dados NVSIS/CGVS

\*Dados do ano de 2010 estavam juntos com os do Núcleo de Produtos de Interesse à Saúde

\*Dados parciais, a partir do segundo trimestre de 2011

As vistorias realizadas por solicitação do Ministério Público e da Delegacia de Polícia de Proteção ao Idoso, que se referem a denúncias encaminhadas a estes órgãos pela população ou outras instituições, foram incluídas nos dados. As demandas referentes às adequações à legislação sanitária são encaminhadas para vistoria.

**Quadro 41: Relação das atividades realizadas pelo Núcleo de Vigilância de População Animal - NVPA sem metas pactuadas pelo MS**

ATIVIDADE	2011	2010	Variação %
Inquéritos de mordedura	367	371	-1,08
Ações comunitárias	41	67	-38,81
Vistorias técnicas zoossanitárias	85	73	16,44
Ações fiscais zoossanitárias	2370	1868	26,87
Castração de cães e gatos	387	144	168,75

Fonte: Banco de dados NVPA/EVZ/CGVS

**Inquéritos de Mordedura:** São informações referentes a acidentes/ agravos causados por mamíferos: espécie envolvida, condição de saúde e de domicílio do animal, gravidade do acidente.

**Ações comunitárias:** Consistem em ações transeitoriais e transdisciplinares com o intuito de fomentar a promoção à saúde, no que tange a relação saudável com a população animal. Fundamenta-se em metodologia participativa/ educativa, incentivando a posse responsável e a interação cuidadosa com cães e gatos.

As ações são realizadas, frequentemente, em parceria com os profissionais de saúde das Unidades Básicas; em alguns casos – de maior complexidade – há o envolvimento de outras instituições (UFRGS, Secretaria Estadual de Saúde).

**Ações Fiscais Zoossanitárias:** possui caráter orientativo/ fiscalizatório, atua em situações de criações irregulares de animais domésticos, condições de segurança de



residências que possuem animais de potencial agressivo entre outras situações que possam causar risco à saúde.

**Quadro 42- Metas constantes na PAS 2011**

Meta 2013	Previsto 2011	Realizado	
17. Investigar 100% de casos suspeitos de raiva em razão de morcegos caídos ou adentrados em residências (NVPA)	Investigar 100 % dos casos suspeitos de raiva em razão de morcegos caídos ou adentrados em residências	Meta atingida. 21 morcegos foram recolhidos em residências durante o ano de 2011 e todos eles foram investigados, sendo enviadas amostras ao laboratório.	Núcleo de <b>Vigilância de População Animal – NVPA</b>
18. Realização de Bloqueio vacinal antirrábico em cães e gatos em 100% dos casos de positividade de raiva em morcegos, herbívoros, cães ou gatos (NVPA)	Bloqueio de 100% dos casos positivos de raiva em morcegos, herbívoros, cães ou gatos.	O número de bloqueios antirrábicos foi nulo em 2011, visto que não houve casos diagnosticados positivos para a doença.	<b>Núcleo de Vigilância de População Animal – NVPA</b>

### **Vigilância do Vetor da Doença de Chagas**

Visando divulgar a possibilidade de ocorrência de barbeiros nas residências próximas das áreas de mata e domiciliação desta espécie, visitas domiciliares foram realizadas pelos agentes de saúde das ESFs supracitadas de outubro a dezembro, no sentido de orientar medidas de prevenção da doença de Chagas à população dessas áreas de risco.

Em novembro, foram recebidos dois exemplares de *Panstrongylus megistus*, provenientes do bairro Ponta Grossa. As fezes dos barbeiros foram analisadas e as mesmas estavam infectadas com *Trypanosoma cruzi*.

**Quadro 43: Dados de fiscalização**

Fiscalizações	2011	2010	Variação %
Número de Vistorias	1.928	1.633	18,06
Notificações	430	347	23,92
Autos de Infração	46	56	-17,86

**FONTE:** Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

## Vigilância da Leptospirose e Controle de Roedores

**Quadro 44: Dados da vigilância de leptospirose e controle de roedores**

Leptospirose e Controle de Roedores	2011	2010	Variação %
Vigilância Mordedura de Rato	16	13	23,08
Desratizações	2.525	3.262	-22,59
Visitas Domiciliares	1.154	ND*	-

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

ND: Não disponível

As ações de vigilância da leptospirose e o controle de roedores são realizados de forma contínua e permanente ao longo do ano pela NVRV. Os casos de leptospirose e de mordedura de rato desencadeiam ações a partir de sua notificação à Equipe. As desratizações são solicitadas através do sistema Fala Porto Alegre, 156. Desratizações comunitárias são solicitadas por equipes da ESF, Centros Administrativos Regionais ou Associações de Moradores. As visitas domiciliares são realizadas durante as desratizações comunitárias.

### Demonstrativo das ações desenvolvidas pela Equipe de Vigilância de Águas – EVQA

**Quadro 45 - Relação das reclamações recebidas e atendidas pela EVQA**

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta CIB	2011	2010	Variação %
Nº. de Reclamações e Denúncias	<b>Recebidas</b>	70% de atendimento das reclamações	939	1.007	-6,75
	<b>Atendidas</b>		905	940	-3,72
	<b>% atendidas em relação às recebidas</b>		96,38	93,35	0,03
	<b>% meta atingida</b>		Meta atingida	Meta atingida	-
	<b>N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta</b>		657	705	-6,81

Fonte: Banco de dados da Equipe de Vigilância da Qualidade da Água - EVQA/CGVS

Em 2011, as reclamações de piscinas domiciliares (risco de Dengue) passaram a ser encaminhadas somente ao Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores - NVRV, o que justifica eventual diminuição no número de reclamações recebidas na equipe em relação a 2010. O número de reclamações atendidas que é informado em cada trimestre e se refere ao total de expedientes que estavam em andamento na equipe e foram encerrados/finalizados neste período, por isso pode ocorrer de haver mais reclamações atendidas do que recebidas em um determinado período, pois não há uma relação direta nestes processos de trabalho, as demandas possuem tempos diferentes para sua completa resolução. Cada reclamação exige em média duas vistorias com prazo de 15

dias cada. Além disso, a equipe realiza vários atendimentos prestando orientações técnicas e informações via e-mail, telefone ou pessoalmente, que não são computados na produtividade.

O dado referente à variação não é válido para avaliar a produtividade da equipe, pois a demanda não depende da mesma, é vinda da população .

## **Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe de Apoio Administrativo – EAA**

**Quadro 46- Demonstrativo do número de processos administrativos sanitários que resultam na penalidade de multa**

<i>Indicador</i>	<i>2011</i>	<i>2010</i>	<i>Variação %</i>	
<b>Multas Aplicadas</b>	EVQA	3	50	-94,00
	EVA	392	48	716,67
	EVSPIS	31	311	-90,03
	NVRV	9	26	-65,38
	NVPA	16	76	-78,95
<b>Multas Pagas</b>	309	498	-37,95	
<b>Alvarás Retirados</b>	1.321	*	NA	
<b>Alvarás Renovados</b>	2.224	*	NA	

Fonte: Banco de dados da EAA/CGVS  
\*Dados indisponíveis.

## **10.3 Vigilância, prevenção e controle de Doenças Não Transmissíveis e outros agravos**

### **10.3.1 Vigilância de violências doméstica, sexual ou outras violências**

**Tabela 88- Relação das unidades notificadoras de violência doméstica, sexual ou outras violências**

<b>Ampliar a cobertura da ficha de notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências PAVS 54</b>	<b>Meta PAVS</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>Variação %</b>
<b>Número de unidades notificadoras*</b>	23 unidades notificadoras em 2011 (3 hospitais e 20 UBS)	51	37	37,84

Fonte: EVEV/CGVS/SMS/SINAN NET

A partir de 25 de janeiro de 2011, pela Portaria MS / GM 104, a notificação de violência tornou-se compulsória para todos os serviços. Isto exigirá uma programação de implantação progressiva nos demais serviços de saúde da cidade. Para esta implantação, será necessária a integração de ações do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, Equipe de Eventos Vitais e Coordenação de Rede.

**Tabela 89: Relação das notificações de acidentes e violência**

Monitorar a ocorrência de acidentes e violência PAVS 55		Meta PAVS	2011	2010	Variação%
Ocorrências	Notificado	100% das ocorrências de acidentes e violências monitoradas	133	317	-58,04
	Investigado		-	-	-
	Confirmado		-	-	-
	% da meta* atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

Fonte: EVEV/CGVS/SMS/SINAN NET \*O número de notificações é parcial

Observou-se a alteração da rotina de alguns serviços que reduziram o número de notificações como o Hospital de Pronto Socorro e o Hospital de PUC, tais serviços tem sido supervisionados e capacitados.

A notificação de violências não é investigada para fins de confirmação dos casos como é a rotina das doenças transmissíveis registradas no SINAN. Logo, em relação em relação a esse indicador, se tem somente dados de casos notificados.

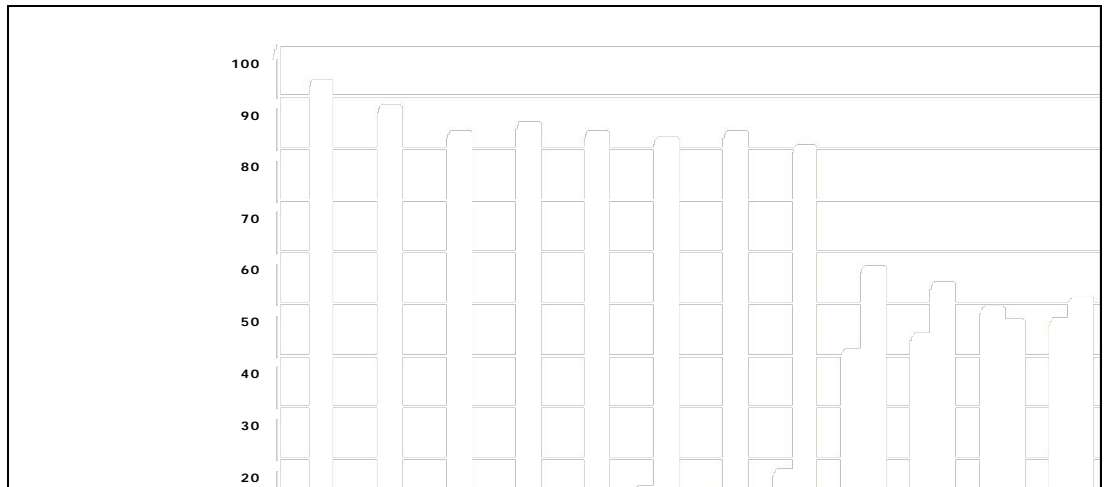
### 10.3.2 Programa Bolsa Família (PBF)

**Tabela 90: Relação percentual das famílias beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF) acompanhadas pela atenção básica**

Percentual de famílias com perfil saúde, beneficiárias do programa bolsa família, acompanhadas pela atenção básica SISPACTO 22		Meta SISPACTO	2011/2	2010/2	Variação %	2011/1	2010/1	Variação %
% Famílias beneficiárias	Nº. famílias a serem Acompanha-das	30% das famílias cadastradas pela PAS beneficiárias do PBF acompanha das	28.682	25.564	-10,87	28.447	24.998	13,78
	Nº. famílias Acompanha-das		14.361	12.270	-14,56	13.669	11.273	21,25
	% da meta atingida		50,07	48,00	-4,13	48,10	45,10	6,65

Fonte banco dados PBF/CGVS

\*Os dados desse indicador são de análise semestral, havendo variação de cadastros entre um semestre e outro.



**Figura 4-** Distribuição proporcional das famílias beneficiárias, totalmente acompanhadas, pelo Programa Bolsa Família, Porto Alegre, 2005-2011

A BOLSA FAMÍLIA é um programa de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza, com renda per capita de até R\$ 140 mensais, que associa à transferência do benefício financeiro o acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social. O Programa Bolsa Família tem interface com a SMS uma vez que um dos critérios para a manutenção do benefício à análise da Taxa de famílias com acompanhamento das condicionalidades de saúde. Essa taxa indica a quantidade de famílias com registro de informações de acompanhamento de saúde no Sistema de Caderno informativo sobre o Índice de Gestão Descentralizada do PBF – IGD Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em relação ao total de famílias beneficiárias da Bolsa Família para acompanhamento na saúde (crianças de zero a seis anos, mulheres grávidas ou amamentando).

O IGD (Índice Geral de Descentralização) do município é calculado com base em quatro variáveis com informações específicas do município: a) Taxa de cobertura de cadastros: indica a quantidade de famílias com cadastro válido (com todas as informações obrigatórias corretamente preenchidas e com a informação do número do CPF ou do título eleitoral do Responsável pela Unidade Familiar e de algum documento para os demais membros da família), em relação à estimativa de famílias de baixa renda do município com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo; b) Taxa de atualização de cadastros: indica a quantidade de famílias que tiveram seus dados cadastrais atualizados nos 24 meses anteriores à última atualização ou inclusão da família no CadÚnico, em relação à estimativa de famílias de baixa renda do município com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo; c) Taxa de crianças com informações de frequência escolar: indica a quantidade de crianças e adolescentes

com informações de frequência escolar acompanhadas pelo Sistema de Frequência Escolar do MEC, em relação ao total de crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos de idade que pertencem a famílias beneficiárias do Bolsa Família, e, d) Taxa de famílias com acompanhamento das condicionalidades de saúde, já descrita.

O Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família é um índice que varia de zero a um e avalia a qualidade e a atualização das informações do Cadastro Único e a assiduidade e integridade das informações sobre o cumprimento das condicionalidades das áreas de educação e saúde por parte das famílias beneficiárias. O IGD tem como objetivo avaliar mensalmente a qualidade da gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único em cada município e a partir dos resultados identificados e oferecer apoio financeiro para que os municípios melhorem sua respectiva gestão. Com base nesse indicador, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome repassa recursos aos municípios para incentivar o aprimoramento da qualidade da gestão do Programa Bolsa Família em nível local e contribuir para que os municípios executem as ações sob sua responsabilidade.

Ressalta-se a administração dos recursos provenientes do IGD é de competência e responsabilidade no município de Porto Alegre da FASC. Para não ocorrer a perda do IGD o percentual de famílias beneficiadas deve ser 20% sobre o total de família a serem acompanhadas. São consideradas famílias com perfil saúde aquelas que tem Gestantes, nutrizes e crianças menores de 7 anos. A análise é disponibilizado pelo Ministério da Saúde semestralmente.

O resultado de acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no 2º semestre de 2011, foi de 48,0 %, sendo a meta atingida no período, porém mais baixa que o percentual conseguido no 2º semestre de 2010 (50,1 %) e manteve o percentual do primeiro semestre de 2011 (48,1 %). Das 25.564 famílias cadastradas foram acompanhadas – 12.270. Famílias com perfil saúde.

### 10.3.3 Programa de Controle do Tabagismo

A prevalência de Tabagismo em Porto Alegre é de 19,5 (Vigitel 2010), considerado um percentual alto comparado com as demais capitais.

O Programa de Controle do Tabagismo da Secretaria de Saúde de Porto Alegre (SMS) visa à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco relacionadas.

Tratamento: visa prevenção de doenças na população através de ações que estimulem os fumantes a deixarem de fumar, adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas.

O programa oferece tratamento para os pacientes tabagistas que desejam parar de fumar. O tratamento é realizado através de grupos de “Abordagem Cognitivo Comportamental” e este é constituído de quatro encontros sendo um por semana durante quatro semanas. No decorrer destes encontros é feita a avaliação clínica do paciente e verificado o grau de dependência do tabaco, dependendo desta avaliação, será prescrito o medicamento mais adequado, entre eles o cloridrato de bupropiona 150mg, Adesivo de 21mg, 14mg, 7mg, goma e pastilha de nicotina. A medicação só é fornecida para quem for tabagista e que deseja parar de fumar, morador de Porto Alegre, participante dos quatro encontros do grupo.

As medicações não são compradas pela Secretaria Municipal de Saúde e sim, fornecida pelo Ministério da Saúde que distribui para os municípios que realizam as ações do programa de controle do tabagismo, conforme portaria Nº 442 de 13 de agosto de 2004.

Informamos que o controle do consumo desta medicação é realizado por relatórios trimestrais que são encaminhados para o Instituto Nacional do Câncer, nele consta dados referentes aos pacientes do programa de controle do tabagismo, consumo de medicamento, quantitativo, assiduidade, abstinência e outros.

Em 2011 o Programa de Controle do Tabagismo, estruturou e implementou algumas ações, pois a partir do segundo trimestre do ano de 2010 o programa ficou sem coordenação e algumas informações ficaram sem registros, dificultando o planejamento e reestruturação do programa para 2011.

A reorganização da rede de saúde (unidades de saúde e alguns hospitais) foi implementada e adequando para as ações voltadas para qualidade de vida sem tabaco, qualificando o atendimento dos usuários que desejam parar de fumar e sensibilizando a sociedade para o hábito saudável.

Essas ações consistiram em:

- ✓ Capacitação dos profissionais para atender o público;
- ✓ Monitoramento das informações;
- ✓ Emissão de relatórios para o Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS) e SMS;
- ✓ Promoção de eventos alusivos às datas pontuais (Dia Mundial e Nacional Sem Tabaco);
- ✓ Realização de reuniões coletivas e individuais com os técnicos capacitados e;
- ✓ Participação de reuniões de gerentes;
- ✓ Cadastramento das unidades e profissionais no CNES;
- ✓ Cadastramento dos médicos prescritores nas farmácias distritais;
- ✓ Monitoramento das informações;
- ✓ Reorganização das normas para a dispensação da medicação;
- ✓ Integração com a Secretaria Estadual de Saúde na operacionalização das capacitações;
- ✓ Confecção de folders educativos para a população;
- ✓ Divulgação do programa através de entrevistas na mídia local;

No quarto trimestre (12 de novembro), o Programa de Controle do Tabagismo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) realizou o evento “ Brasil Sem Cigarro”, em parceria com a Rede Globo, SESI, INCA e Secretaria Estadual de Saúde. O evento foi realizado no SESI/ POA com a participação dos técnicos da SMS, pacientes das unidades de saúde que estavam em tratamento, personagens reconhecidos pela mídia e do público em geral. Várias atividades foram realizadas como: avaliação do monóxido de carbono, capacidade da função pulmonar, avaliação do grau de dependência da nicotina, verificação de PA, avaliação nutricional e outros. O evento foi amplamente divulgado e comentado pela mídia local e nacional.



**Quadro 47- Metas anuais constantes no PAS**

Metas anuais constantes no PAS		Observação específica
Previsto 2011	Realizado	
62. Ampliação para no mínimo 30% das unidades de saúde e prédio da SMS com o programa implantado "Unidades Livres do Tabaco", seguindo os moldes do INCA, até 2013.	Serviço implantado em 100% das unidades de saúde	Tanto a lei federal quanto a lei municipal, proíbe o uso do tabaco em locais fechados, sendo que áreas abertas, como o pátio do estabelecimento de saúde e outros, fica livre para o uso do cigarro.
63. Aumentar em 10% as Unidades de Atendimento para deixar de fumar (de 33 US para 37) até 2011.	Meta superada. Estão cadastradas 84 serviços de saúde (Unidade de saúde, centros de referência e hospitais)	A capacitação é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde. Nem todas as unidades que foram capacitadas realizam atendimento continuamente.
128. 25% das escolas da rede municipal participando do Programa "Escola Livre do Tabaco" até 2011.	Meta não realizada.	Em 2011, essa meta não foi alcançada, pois as estratégias estão sendo alinhadas com a SMED, que está previsto o início das atividades para o 2º trimestre 2012. Essa ação acontece em parceria com o Programa de Saúde do Escolar (PSE).

**Tabela 91- Produção referente aos grupos de "Abordagem Cognitivo Comportamental" coordenado pelo "Programa de Controle do Tabagismo" da Secretaria Municipal de Saúde ano de 2011.**

Grupo de Abordagem Cognitivo Comportamental para parar de fumar	Período				Variação	
	Ano 2011		Ano 2010		2011/2010	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pacientes atendidos	1793		1029		764	74,0%
Pacientes sem fumar	792	*44%	456	**44%	336	73,7%

Fonte: CGRAPPS/Coordenação do Programa de Controle do Tabagismo

\*Dos 1793 pacientes atendidos em 2011, 792 (44%) deixaram de fumar.

\*\*Dos 1029 pacientes atendidos em 2010, 456 (44%) deixaram de fumar.

Foi identificado sub registro das informações procedentes de algumas unidades de saúde. Os dados não registrados comprometem o recebimento dos medicamentos procedentes do Ministério da Saúde. No ano de 2011 não houve falta de medicamentos.

## 10.4 Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no País. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área.

O SIM proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. A análise dessas informações permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sociodemográfico.

**Tabela 92 - Relação dos envios de dados ao sistema de Informação de Mortalidade (SIM)**

Garantir o envio de dados do SIM com regularidade PAVS 59		Meta PAVS	2011	2010	Variação %
Dados	Nº dados enviados	12/ano –	20	17	17,65
	% da meta atingida	1/mês	Meta atingida	Meta atingida	-

Fonte: EVEV/CGVS/SMS/SIM \*Dados parciais

**Tabela 93- Número de óbitos e declarações emitidas**

Intensificar a coleta das declarações de óbitos – DO PAVS 58		Meta PAVS	2011	2010	Variação %
Nº Coletas	Nº óbitos	100% das DO coletadas	11.168	11.313	-1,28
	Nº declarações		11.168	11.313	-1,28
	% da meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

Fonte: EVEV/CGVS/SMS/SIM

A variação não tem nenhuma relação com a coleta. O aumento/diminuição dos óbitos, que pode ter algum significado epidemiológico, não fica explicitado ou analisado na tabela.

**Tabela 94 - Número de óbitos notificados e investigados e percentual de óbitos mal definidos**

Aprimorar a qualidade da notificação classificação das causas básicas de óbito. (R00 - R99) no SIM PAVS 60 SISPACTO 31		Meta PAVS/ SISPACTO	2011	2010	Variação %
Casos dos Óbitos	Óbitos notificados	Máximo de 5% dos óbitos investigados com causas básicas mal definidas	11.168	11.313	-1,28
	Óbitos Investigados		11.168	11.313	-1,28
	Número óbitos mal definidos		229	199	15,08
	% de óbitos mal definidos		2,05	1,76	16,54
	% da meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

Fonte: EVEV/CGVS/SMS/SIM

### 10.5 Declaração de Nascido Vivo - DN

O documento de entrada do sistema é a Declaração de Nascido Vivo - DN, padronizada em todo o País. O embasamento legal para o funcionamento do sistema é decorrente dos seguintes documentos:

- 1) Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973 (Lei dos Registros Públicos). Em seu Capítulo IV (artigos 51 a 67) define as normas e providências para registro dos nascimentos em todo o território nacional;
- 2) Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003 (Presidência da República). Aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde - MS e cria a Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS.
- 3) Portaria nº 20, de 03 de outubro de 2003 (Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS) regulamenta as rotinas de coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos.
- 4) Portaria nº 1.929, de 09 de outubro de 2003. Define as atribuições da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de Informática do SUS no que se refere aos Sistemas de Informações. Esta portaria em seu artigo 1º designa a SVS como órgão gestor no nível nacional do Sistema de Informações sobre Mortalidade. O Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS), por intermédio da Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE), é o órgão da SVS responsável por este gerenciamento, aqui incluídas a definição de variáveis, críticas e agregações de dados, impressão e distribuição dos documentos de captação dos dados (declarações de nascido vivo), manuais de operação do sistema, bem como a ordenação de alterações que se fizerem necessárias;

5) Portaria nº 16, de 23 de abril de 2004. Constitui o Comitê Técnico Assessor do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (CTA-Sinasc) e dá outras providências.

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), Nascido Vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida da placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

No caso de gravidez múltipla, deve ser preenchida uma DN para cada produto da gestação, ou seja, para cada nascido vivo.

**Tabela 95- Relação das coletas e digitações das Declarações de Nascidos residentes em Porto Alegre**

Intensificar e realizar a coleta da Declaração de Nascidos Vivos - DN. PAVS 110		Meta PAVS	2011	2010	Varição %
Nº Coletas	Nº de nascidos	100% das DN coletadas	18.653	18.315	1,85
	Nº de declaração		18.653	18.315	1,85
	% da meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

Fonte: SINASC/EVEV/CGVS/SMS

## 11 GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde é uma unidade dentro da secretaria municipal de saúde de Porto Alegre responsável por regular os fluxos dos usuários nos serviços de saúde disponíveis para a população local e referenciada. Conta atualmente com os serviços de regulação hospitalar (CERIH), regulação ambulatorial e exames especializados (CMCE), comissão de saúde, núcleo de relacionamento e contratos com os prestadores (NRP), cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde (CNES), núcleo de avaliação e controle hospitalar (NACH), núcleo de relacionamento externo (NUREX), núcleo de autorização de procedimentos de alta complexidade (APACS), setor de auditoria, faturamento e apoio administrativo.

**Quadro 48 Metas Anuais Constantes no PAS 2011**

<b>METAS ANUAIS CONSTANTES NO PAS</b>		<b>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA</b>
<b>PREVISTO 2011</b>	<b>REALIZADO</b>	
137. Incrementar o controle da ocupação dos leitos de UTI através da implantação de um sistema informatizado de regulação integrando aos sistemas hospitalares para a efetiva regulação de 100% das internações até 2011.	50% dos prestadores que possuem leitos de UTI estão informatizados.	Ainda não estão regulados no sistema informatizado os leitos de UTI dos hospitais Cristo Redentor, Clínicas, Fêmeina, Conceição, São Lucas da PUCRS e Instituto de Cardiologia porque estão aguardando o término do processo de integração dos seus sistemas hospitalares com o sistema Aghos.
138. Regulação de 100% das internações hospitalares oriundas das emergências.	45% dos prestadores que possuem emergência SUS estão informatizados.	Ainda não estão reguladas no sistema informatizado as internações oriundas das emergências dos hospitais Cristo Redentor, Clínicas, Fêmeina, Conceição, São Lucas da PUCRS e Instituto de Cardiologia porque estão aguardando o término do processo de integração dos seus sistemas hospitalares com o sistema Aghos.
139. Programação da regulação de 100% de todas as internações hospitalares até 2013.	60% dos prestadores hospitalares que possuem leitos SUS estão regulados.	Ainda não possuem seus leitos SUS regulados no sistema informatizado os hospitais Cristo Redentor, Clínicas, Fêmeina, Conceição, São Lucas da PUCRS, Instituto de Cardiologia, São Pedro e Sanatório Partenon porque estão aguardando o término do processo de integração dos seus sistemas hospitalares com o sistema Aghos.
140. Adequação do número de internações com caráter urgente para 40% e de caráter eletivo para 60% do total das internações até 2013.	20% de caráter eletivo; 80% de caráter urgente.	Estima-se que em 2012 com o avanço da regulação nas consultas especializadas aumentará as internações de caráter eletivo e diminuirá o acesso pelas emergências tendo em vista o aumento na regulação das consultas iniciais e o acesso da população as mesmas.
141. Regulação de 100% do total de primeiras consultas ofertadas pelos prestadores, através da implantação de sistema de informatização de regulação.	100% das consultas iniciais em especialidades médicas.	Iniciou-se o processo de informatização da central de marcação de consultas pelas especialidades médicas de todos os prestadores. Após a adequação deste processo serão reguladas as demais especialidades não médicas.
142. Controle de 100% das transferências de consultas.	100% controladas.	Com a informatização das consultas iniciais não é possível realizar a transferência de consultas entre pacientes, quando a mesma não puder ser aproveitada pelo mesmo a oferta retorna para a central de marcação para que possa ser disponibilizada ao próximo da fila de espera.

143. Regulação de 100% das inter e reconconsultas hospitalares.	100% nas gerências distritais.	Etapa da informatização ainda não realizada no âmbito hospitalar devido à não integração dos sistemas hospitalares com o sistema Aghos. As consultas de retorno e interconsultas estão implantadas no sistema informatizado apenas nas gerências distritais.
144. Redução de 15% para 5% os bloqueios de agendas, pelos prestadores conforme estabelecido na contratualização.	6% das agendas ofertadas foram bloqueadas.	Serão estabelecidos para 2012 critérios de avaliação mais rigorosos para os bloqueios e será trabalhado com os prestadores método de realocação da ofertada bloqueada para outras agendas disponíveis.
145. Realização da contratualização de 100% dos prestadores de serviços hospitalares de saúde.	93% dos prestadores contratados.	Dos prestadores hospitalares passíveis de contratação, somente a Unidade de Saúde São Rafael não possui contratualização, porém pretende-se realizá-lo em 2012. Os hospitais de Pronto Socorro e Presidente Vargas não são passíveis de contratação por serem próprios municipais e os hospitais São Pedro e Sanatório Partenon estima-se realizar um termo de cooperação entre entes públicos.
146. Realização da contratualização de 100% dos prestadores de serviços de diagnósticos e clínicas de saúde.	Aguardando chamamento público.	A contratualização destes prestadores depende da realização de um chamamento público (nº processo PGM 001.028953.100).
147. Redução de 20% no tempo de espera para o agendamento das primeiras consultas especializadas da rede primária de saúde através da CMCE;	Dado não mensurável em 2011.	Tendo em vista que o sistema informatizado foi implantado no âmbito das consultas iniciais em setembro de 2011 e até dezembro, ainda estavam sendo inclusos os pacientes que se encontravam em fila de espera nas unidades de atenção primária, esses dados se fossem mensurados não refletiria a realidade do tempo de espera para o agendamento das consultas especializadas. Para 2012 serão calculados os dados reais de tempo de espera para o agendamento.
148. Mensurar e reduzir o tempo de espera dos exames especializados de pacientes atendidos na rede de atenção primária de saúde.	Dado não mensurável em 2011.	Atualmente o sistema utilizado para o agendamento de exames especializados pela rede de atenção primária não realiza o armazenamento de dados da fila de espera. Os pacientes em que a unidade não consegue agendá-los ficam aguardando a nova oferta do sistema em uma fila interna por unidade solicitante. Esse dado será mensurável após a implantação do sistema informatizado no âmbito dos exames especializados ofertados para a rede de atenção primária em 2012.

149. Revisão de todas as contas hospitalares que ingressarem no NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) dentro do mês de competência.	Parcialmente atingido.	Somente parte do total das contas hospitalares ingressantes no NACH é revisada pelos médicos autorizadores. Elegem-se mensalmente as contas por amostragem baseada nos maiores erros apresentados pelos prestadores e pela complexidade das mesmas.
150. Redução dos bloqueios de pagamento das contas hospitalares devido ao atendimento de pacientes sem a devida regulação.	100% das contas eletivas sem a devida regulação bloqueadas.	Todas as contas eletivas analisadas pelos médicos autorizadores do NACH que não possuem as informações comprobatórias do acesso regulado são bloqueadas para pagamento.
151. Nomeação das comissões de acompanhamento do cumprimento do plano operativo e metas propostas pelos prestadores.	100% nomeadas.	Todas as comissões de acompanhamento do cumprimento do plano operativo e metas propostas para os prestadores foram nomeadas e atualmente realizam o acompanhamento periodicamente com cada prestador contratualizado.
152. ** Índice de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde – CNES. ** Indicador 37 SISPACTO	100% alimentado.	O CNES recebe os arquivos de atualização dos prestadores mensalmente e realiza os cadastramentos solicitados enviando-os periodicamente a base de dados nacional do Ministério da Saúde.

## 11.1 Informações Complementares

### 11.2 Auditorias, Vistorias e Supervisões Realizadas

- Análise dos relatórios de homônimos e de divergências, e bloqueio das AIHs dos hospitais abaixo relacionados:

Hospital Banco de Olhos, Parque Belém, Beneficência Portuguesa, Instituto de Cardiologia, Nossa Senhora da Conceição, Cristo Redentor, Divina Providência, Espírita, Fêmea, Clínicas, Pronto Socorro, Presidente Vargas, Irmandade Santa Casa de Misericórdia, Sanatório Partenon, São Lucas, São Pedro, São Rafael e Vila Nova.

- Auditoria das AIHs bloqueadas por esta equipe.

- Auditoria das contas de pacientes internados na Clínica São José por falta de vagas na rede SUS.

- Auditorias operativas:

Beneficência Portuguesa – cobrança administrativa;

Clínica Santo Antonio – cobrança administrativa de contas ambulatoriais;

Hospital Petrópolis – acompanhamento de visita da CGVS para interdição do bloco cirúrgico e do SAME e auditoria da oftalmologia;

Beneficência Portuguesa – cobrança administrativa de 136 contas;

GHC – visita técnica no setor de Otorrinolaringologia;

Banco de Olhos – auditoria operativa;

Beneficência Portuguesa - cobrança administrativa;

Banco de Olhos – solicitado pela coordenação por divergências em APACS;

APACS de diversos serviços – por solicitação do MP para verificação de cobrança por atendimento realizado a pacientes após o seu falecimento;

ISCMPA – por solicitação da coordenação para averiguar a correta cobrança em desfibriladores implantáveis;

ISCMPA – conclusão de auditoria em Oncologia;

HSL – por solicitação da coordenação para avaliação de correta cobrança em herniorrafia;

HSL – por solicitação da coordenação para avaliação das rotinas em Obesidade Mórbida;

HCPA – contas de despesas laboratoriais de pacientes do HPS que realizaram exames laboratoriais no HCPA;

Auditorias solicitadas pelo NACH: 5 auditorias em prontuário no HSL, 1 auditoria em prontuário no Parque Belém e 2 auditorias em prontuários no Banco de Olhos;

Auditoria Analítica e Operativa em 145 contas do Hospital Parque Belém.

### 11.3 Regulação de Serviços Ambulatoriais Especializados de Média e Alta Complexidade

**Tabela 96 Oferta de consultas iniciais reguladas**

Descrição	Período		Varição
	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010
<b>Oferta de consultas iniciais</b>	305.444	309.808	- 4.364
<b>Total</b>	<b>305.444</b>	<b>309.808</b>	<b>- 4.364</b>

Fonte: Sistema Aghos e Central de Marcação de Consultas

Considerando a redução da oferta dos prestadores no momento da transição das agendas para o sistema Aghos, o Núcleo de Relacionamento com os Prestadores (NRP) tem realizado reuniões periódicas com todos os prestadores com a finalidade de adequação da oferta para 20% de consultas iniciais em relação ao total produzido por cada um, com ênfase nas especialidades de maior demanda reprimida.



Quanto à oferta dos exames, esse dado não pôde ser obtido porque o SISREG não possibilitou a visualização em todas as tentativas realizadas, tendo em vista as alterações que o mesmo vem sofrendo no layout, realizadas pelo Ministério da Saúde.

#### 11.4 Produção Hospitalar

Tabela 97-Faturamento hospitalar dos prestadores próprios e não próprios.

HOSPITAIS	Período				Varição
	Ano 2011		Ano 2010		2011/2010
	R\$	%	R\$	%	%
<b>Conceição</b>	47.059.361,43	16,49	48.984.440,51	16,99	-0,50
<b>Fêmeina</b>	10.352.315,28	3,62	10.181.238,43	3,53	0,10
<b>Cristo Redentor</b>	12.287.147,21	4,30	12.439.625,03	4,32	-0,01
<b>Clínicas</b>	47.500.307,69	16,65	50.384.876,57	17,48	-0,83
<b>Partenon</b>	2.146.345,55	0,75	2.067.735,42	0,72	0,04
<b>São Pedro</b>	1.142.826,62	0,40	1.270.958,17	0,44	-0,04
<b>Pronto Socorro</b>	8.421.836,64	2,95	8.978.914,25	3,11	-0,16
<b>Presidente Vargas</b>	4.452.143,23	1,56	4.553.784,27	1,58	-0,02
<b>São Lucas</b>	38.219.670,79	13,39	36.878.745,87	12,79	0,61
<b>Banco de Olhos</b>	1.435.302,58	0,50	1.088.651,97	0,38	0,13
<b>Divina Providência</b>	65.981,96	0,02	131.260,26	0,05	-0,02
<b>Beneficiencia Portuguesa</b>	3.881.967,07	1,36	2.812.355,12	0,98	0,39
<b>Petrópolis</b>	Descredenciado	Zero	1.392.661,36	0,48	-0,48
<b>Parque Belém</b>	6.165.771,60	2,16	11.581.586,92	4,02	-1,86
<b>Espírita</b>	2.920.838,91	1,02	2.928.107,58	1,02	0,01
<b>Santa Casa</b>	61.173.026,91	21,44	57.239.376,52	19,86	1,59
<b>Vila Nova</b>	8.019.612,38	2,81	7.937.717,77	2,75	0,06
<b>Cardiologia</b>	29.460.653,42	10,32	26.758.440,81	9,28	1,05
<b>São Carlos</b>	Fechado	Zero	51.512,00	0,02	-0,02
<b>São Rafael</b>	545.121,97	0,19	601.543,36	0,21	-0,02
<b>TOTAL</b>	<b>285.250.231,24</b>		<b>288.263.532,19</b>		<b>-0,52</b>

Fonte: SIAH

## 11.5 Internações Hospitalares por Grupos De Especialidades

Tendo em vista que a regulação no sistema informatizado iniciou em 2011, não possuímos os dados referentes a 2010 por grupo de especialidade (somente o valor total) para realizar o comparativo parcial e identificar as variações. A tabela 97 demonstra os dados das regulações hospitalares dos prestadores que foram informatizados a partir de abril de 2011.

**Tabela 98- Regulação de internações hospitalares no sistema informatizado de abril a dezembro de 2011.**

Descrição	Período				Variação
	Ano 2011		Ano 2010		2011/2010
	Nº	%	Nº	%	Nº
<b>UTI Neonatal</b>	419	3,4	Dado não disponível -		-
<b>UTI Pediátrica</b>	505	4,1	Dado não disponível -		-
<b>UTI Adulto</b>	1.115	9,2	Dado não disponível		-
<b>Infectologia</b>	291	2,4	Dado não disponível		-
<b>Psiquiatria</b>	3.734	30,9	Dado não disponível -		-
<b>Clínica Médica</b>	3.713	30,8	Dado não disponível -		-
<b>Pediatria</b>	1.125	9,3	Dado não disponível -		-
<b>Traumatologia</b>	956	7,9	Dado não disponível		-
<b>Ordens Judiciais</b>	190	1,5	Dado não disponível		-
<b>Total</b>	<b>12.048</b>	<b>100</b>	<b>2.616</b>	-	<b>9.432</b>

Fonte: Sistema Aghos (2011) e Central de Internação Hospitalar (2010).

## 12 Hospitais próprios

### 12.1 Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas

#### Capacidade Instalada

Tabela 99– Capacidade Instalada Atual

ENFERMARIA	Nº DE LEITOS	LEITOS	ESPECIALIDADE	SITUAÇÃO
Sala de Observação Pediátrica – SOP	8	1 ao 8	Pediatria	Ativos
UTI Pediátrica – 3º andar	6	301 a 306	Pediatria	Ativos
Pediatria – 4º andar (atualmente térreo)	10	9 a 18	Pediatria	Ativos
Psiquiatria – 5º andar	17	501 a 507/513 a 522	Psiquiatria	Ativos
Ginecologia Internação – 7º andar	18	703 a 720	Ginecologia Cirúrgica	Ativos
Casa da Gestante – 7º andar	11	721 a 731	Clínica Obstétrica	Ativos
Alojamento Conjunto – 8º andar	22	801 a 820/823 a 824	Obstetria	Ativos
UTI Neonatal – 9º andar	20	901 a 920	Neonatologia	Ativos
Centro Obstétrico – 10º andar	8	1001 a 1008	Obst. Cirúrgica	Ativos
Sala de Recuperação – 11º andar	11	1101 a 1111	Cirúrgico	Ativos
TOTAL DE LEITOS	131	Reforma de área física no 5º andar – Internação Psiquiátrica transferida temporariamente para o 4º andar. Internação Pediátrica está no térreo, junto à Emergência Pediátrica, com diminuição de leitos.		

Fonte : Informações do serviço

#### Perfil do Paciente

Tabela 100- Procedência dos atendimentos ambulatoriais no HMIPV

		2011		2010		Varição
		Nº	%	Nº	%	
Procedência	Município de POA	64.412	66	79944	70,4	- 19,4 %
	Outros municípios	33.153	34	33602	29,6	-1,3 %
<b>Total</b>		97.565	100	113546	100	- 14 %

Fontes: Programa Procedência do AMB/SIHO\*.

No ano verifica-se uma diminuição de menos 14 %, nos procedimentos ambulatoriais realizados, sendo que 19,4% são de pessoas procedentes de Porto Alegre. A diminuição do nº total de atendimentos ocorreu em virtude da diminuição do quadro de servidores (demissão FUGAST).

**Tabela 101- Procedência das internações no HMIPV**

		2011		2010		Variação
		Nº	%	Nº	%	
<b>Procedência</b>	Município de POA	4.219	66,5	4.298	69,1	- 2 %
	Outros municípios	2.127	33,5	1.922	30,9	+ 11 %
<b>Total</b>		6.346	100	6.220	100	2 %

Fontes: Programa Procedência do AMB/SIHO \*.

Apesar da crise sofrida no Hospital no ano de 2011, com a demissão dos 285 servidores, que foram sendo substituídos gradativamente, não houve diminuição no nº total de internações. Percebe-se ainda, aumento proporcional do nº de pacientes oriundos de outros municípios.

**Tabela 102- Demonstrativo do nº de atendimentos realizados, por atividade assistencial.**

Unidades		Período				Variação
		2011		2010		
		Nº	%	Nº	%	
Ambulatórios	nº de atendimentos*	98.402	28	110.135	32,4	- 11 %
Bloco Cirúrgico	nº de atendimentos**	1.368	0,4	1.957	0,6	- 30 %
Internações	nº de atendimentos	6.139	1,7	6.097	1,8	+ 1 %
Emergência Pediátrica	nº de atendimentos	18.903	5,4	20.160	5,9	- 6 %
Triagem Obstétrica	nº de atendimentos	4.906	1,4	4.858	1,4	+ 1 %
Serviços Apoio Diagnóstico	nº de atendimentos	220.706	63	196.271	57,9	+ 12 %
<b>Total</b>		350.748	100	339.478	100	+ 3 %

Fontes: Programa Estatística Geral AMB/SIHO\*.

\*atendimentos - considerar exames radiodiagnósticos, laboratoriais e outros, consultas médicas, procedimentos médicos e de enfermagem e outros.

\*\*considerados procedimentos cirúrgicos realizados em Bloco Cirúrgico: obstétricos, pediátricos, ginecológicos, odontológicos, gerais, eletroconvulsoterapia, colonoscopia.

A diminuição de atendimentos ambulatoriais e dos procedimentos no Bloco Cirúrgico ocorreu em decorrência da menor oferta de consultas pela demissão dos funcionários FUGAST e também, associado à dificuldade na cobertura da escala de profissionais anestesiológicos. Entretanto no total de atendimentos realizados a variação foi positiva com destaque para os procedimentos de Apoio Diagnóstico.

**Tabela 103- Demonstrativo de atendimentos realizados, por serviço, período 2011.**

Serviços		2011	2010	Variação
		Nº	Nº	
Centro Obstétrico	Partos normais	616	714	- 14 %
	Cesarianas	539	415	+ 30 %
Cirurgias	Ginecológicas **	684	647	+ 6 %
	Pediátricas (0 a 12 anos)	186	166	+ 12 %
Internações	UTI Neonatal	386	340	+ 14 %
	UTI Pediátrica (até 12 anos)	248	227	+ 9 %
	Alojamento conjunto (AC +AC RN)**	2.467	2.340	+ 5 %
	Internação Pediátrica + SOP (até 12 anos)	2.696	2.773	- 3 %
	Internação psiquiátrica	223	212	+ 5 %
	Internação adulto mulheres	1.291	1.134	+ 14 %
Outros *	Exames laboratoriais	173.042	154.495	+ 12 %
	Exames radiodiagnósticos	9.065	12.277	- 26 %
	Diagnóstico por Imagem (Ecografia)	8.043	8.217	- 2 %
	Hemoterapia	4.130	2.750	+ 50 %
	Exames diagnósticos em Especialidades	8.159	9.198	- 11%
<b>Total</b>		<b>207.645</b>	<b>193.155</b>	<b>+ 8 %</b>

Fontes: Programa Internações Longa Permanência AMB/SIHO e SIA.

\* Outros

\*\* Somadas mães e respectivos recém nascidos

O aumento da taxa de cesarianas é em decorrência do aumento das internações de gestantes de alto risco e da Medicina Fetal.

A diminuição do nº de partos é decorrente do aumento da demandas por atendimentos de alto risco em obstetrícia.

Ressalta-se que mesmo com a crise sofrida pelo hospital a variação total foi positiva em 8% dos atendimentos realizados. Chama atenção o aumento em 50% dos exames de Hemoterapia. Nota-se de acordo com o analisado é necessário uma avaliação mais aprofundada do perfil do hospital, tendo em vista que a procura de atendimentos de maior complexidade vem aumentando.

## Serviços Especializados

Os dados desses serviços começaram a serem contabilizados neste ano de 2011, por isso em alguns deles não há comparativo com 2010.

**Tabela 104- Centro de Referência em Assistência Infanto Juvenil – CRAI**

CRAI TIPO DE ATENDIMENTO	2011		2010	
	N	%	N	%
Acolhimento POA	684	45,6	-	-
Acolhimento Interior	817	54,4	-	-
Total *	1501	100	-	-
Consulta em Psicologia	1812	28,9	-	-
Consultas em Serviço Social	1501	23,9	-	-
Pacientes Periciados (DML)	1110	17,7	-	-
Consultas em Pediatria	1846	29,4	-	-
Total de Atendimentos	6269	100	-	-

Fonte: CRAI – HMIPV

\* Cada acolhimento compreende 2 consultas: de Psicologia e de S. Social

Predominaram os atendimentos para o interior do estado e detrimento aos procedimentos que foram realizados para residentes de POA. As consultas psicologia e de pediatria foram as mais demandadas seguidas pelas Consultas em Serviço Social e de Pacientes Periciados (DML).

Não foi possível fazer o levantamento comparativo, pois não foram contabilizados os dados do I Trimestre 2010.

**Tabela 105– Triagem Auditiva Neonatal – TANU**

TANU			
Nº exames LOCAL	2011	2010	Varição
UTI Neonatal	293	-	-
Alojamento Conjunto	1021	-	-
Ambulatório	261	-	-
Consultas de pediatria	7	-	-
TOTAL	1.582	-	-
TANU X nascimentos	95 %	90,3 %	+ 5,2 %

Fonte: Equipe da TANU – HMIPV

Não foi possível fazer o levantamento comparativo, pois não foram contabilizados os dados do I Trimestre 2010.

**Tabela 106– Serviço de Referência em Triagem Neonatal – SRTN**

Indicadores		2011	2010	Variação
		Nº	Nº	
<b>Exames Laboratório TN</b>	nº de recém nascidos	85.495	-	-
	nº de controle (pacientes)	3.657	-	-
<b>Hemoglobinas</b>	nº de recém nascidos	85,495	-	-
	nº de pais / família	2.642	-	-
<b>Tempo de coleta</b>	nº de pacientes < 7 dias	42.048 ( 53,7%)	-	-
	nº de pacientes > 7 dias	39.467 (46,3%)	-	-
<b>Fenilcetonúria</b>	nº de Triagem Neonatal	85.495	-	-
	nº de controles	265	-	-
<b>Hipotiroidismo Congênito</b>	nº de Triagem Neonatal	85.495	-	-
	nº de controles	382	-	-
<b>Anemia Falciforme</b>	nº de Triagem Neonatal	85,495	-	-
	nº de controles	1.573	-	-
<b>Tempos Médios decorridos TN</b>	da coleta ao resultado labor.	6 dias	-	-
	da coleta à 1ª consulta	28,7 dias	-	-

Fonte: Equipe SRTN – HMIPV

Não foi possível fazer o levantamento comparativo pois não foram contabilizados os dados do I Trimestre 2010.

### **Indicadores De Desempenho Pactuados**

**Tabela 107– Indicadores Gerais de Produtividade**

Indicadores	Unidade de medida	2011			2010			Variação
		Nº	Meta Pactuada	%	Nº	Meta Pactuada	%	
Boletins de Atendimentos /Dia	Nº boletins atendimentos efetivamente atendidos /dia	78.458/365 dias = 315		280 112,5	716/365 dias = 254	280	89,3	+ 24 %
Produção Geral Dia	Número de atendimento geral efetivo/dia	110.172/365 dias = 302	250	120,8	119.126/365 dias = 326	250	130,4	- 7 %
Procedimentos Ambulatoriais	Número de Procedimentos Ambulatoriais Realizados	361.893	368.000	98,3	365.483	368.000	99,3	- 1 %
Absenteísmo	Percentual de absenteísmo nas consultas ambulatoriais	76,37/4 trim = 19	24	79,1	94,14/4 trim = 24	24	100	- 21 %
Atendimentos Sala Emergência/ Dia (Em.Ped + T.O.)	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	23.063/365 dias = 63	60	105	21.600/365 dias = 59	60	98,3	+ 7 %
Cirurgias/Dia	Número de cirurgias realizadas/dia	25,26/4 trim = 6	18	33,3	32/4 trim = 8	18	44,4	- 25 %
Internações Hospitalares	Número de Internações hospitalares realizadas	6.346	7.080	89,6	6.240	7.080	88,1	+ 2 %
Aleitamento Materno	Índice percentual de crianças que receberam LM na primeira hora de vida.	62,9	60	104,8	71,9	60	119,8	- 12,5 %

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



Nos indicadores Gerais de Produtividade verifica-se um acréscimo mais 24% nos boletins emitidos e de 7% nos atendimentos realizados em Sala Emergência/Dia. Parte desta diminuição foi por atendimentos de pediatria que ocorreu em praticamente todos os pronto atendimentos da cidade. A qualificação do acesso aos serviços da atenção primária e diminuição da taxa de natalidade são fatores que podem ter contribuído.

Outro fator positivo também foi a diminuição do percentual de Percentual de absenteísmo nas consultas ambulatoriais em 21%, reflexo da informatização do sistema de agendamento de consultas especializadas com fortalecimento do trabalho em rede.

A queda da produção geral/dia foi de 7% e a diminuição de cirurgias realizadas ocorreu por conta da diminuição do número de servidores e principalmente pela diminuição do quadro de anestesistas.

A diminuição no percentual de crianças amamentadas na primeira hora de vida se deu por conta do aumento de atendimentos de alto risco, com crianças prematuras ou com necessidades imediatas de atendimento médico.

**Tabela 108- Indicadores Gerais de Qualidade**

Indicadores	Unidade de medida	2011			2010			Variação
		Nº	Meta	% da meta	Nº	Meta	% da meta	
Média de Permanência	Tempo médio de permanência das internações hospitalares	5,94	3,5	169,7	5,84	3,5	166,8	+ 1,7 %
Taxa de Ocupação	Indica o grau de utilização do leito (%)	76	70	108,5	51	70	72,8	+ 49 %
Mortalidade Institucional	Nº óbitos ocorridos em pacientes atendidos em unidades de internações e emergência	9	40	22,5	12	40	30	- 25 %
Infecção Hospitalar	Nº de infecções ocorridas em pacientes	140	320	43,7	199	320	62,2	- 29,6 %
Consultas ambulatoriais	nº de consultas realizadas nos ambulatorios	99.247	92.000	107,9	118.437	92.000	128,7	- 16 %
Média de Dietas Distribuídas	nº de dietas distribuídas	58.039	52.000	112	50.145	52.000	96	15,7 %
Média de Refeições Distribuídas	nº de refeições distribuídas	23.323	24.000	97	23.038	24.000	96	1,2 %

**Fontes:** TABWIN e BMH, CCIH, Serviço de Nutrição do HMIPV, Comitê de Aleitamento Materno do HMIPV.

A taxa de ocupação mais alta ocorre por conta do Serviço de Psiquiatria, que, por sua característica, tem períodos prolongados de internação.

No ano de 2011, o HMIPV submeteu-se a reforma elétrica geral do hospital, reforma das fachadas do Bloco A, e reforma de três colunas de esgoto; as duas últimas continuarão em 2012. Em decorrência disso, há bloqueios temporários de leitos, em várias unidades, bem como transferência de Unidades para outros setores do hospital, como é o caso das Unidades de Internação Psiquiátrica e da Internação Pediátrica, que tiveram que ser remanejadas e tiveram alguns leitos bloqueados.

O ano de 2011 foi marcado pela saída de 285 funcionários vínculo FUGAST, que representavam a terça parte do quadro de trabalhadores da instituição. Esse processo teve grande repercussão em todo o funcionamento hospitalar. A reposição do quadro extinto tem se dado através de nomeações de concursados e contratos emergenciais.

Apesar do esforço da gestão em suprir as vagas deixadas pelos profissionais da FUGAST, ainda há a cobertura dos atendimentos por profissionais com processo seletivo emergencial. Até o final de dezembro de 2011 haviam vagas em aberto para Técnicos de enfermagem, Anestesiologistas, Emergencistas pediátricos, Cirurgia Pediátrica, entre outros.

Conforme já mencionado nas metas do PMS a SMS solicitou abertura de novos cargos de nível médio e superior, bem como a transformação de cargos de nível médio para atender as necessidades do hospital e da SMS como um todo.

Devido as dificuldade de contratação por concurso, outra alternativa encontrada para essa carência dos Anestesiologistas foi à terceirização, tendo em vista que esse grupo de profissionais não tem aderido aos concursos e nomeações realizados, mesmo com o plano de carreira médica municipal, definido no semestre de 2011. Por outro lado, continuam ocorrendo as aposentadorias de muitos servidores do Ministério da Saúde, o que também não gera cargo vago para o município.

Apesar das dificuldades, os Programas de Residência Médica das três áreas – Pediatria, Psiquiatria e Ginecologia/Obstetrícia - mantiveram suas atividades a pleno no ano de 2011.

**Quadro 49 Metas anuais constantes no PAS**

<b>Metas anuais constantes no PAS</b>		<b>Observação específica</b>
<b>Previsto 2011</b>	<b>Realizado</b>	
74. Implantar um serviço de diagnóstico e tratamento fonoaudiológico ao paciente disfágico no município até 2011	Serviço Implantado	O serviço realiza diagnóstico para adultos e crianças e tratamento só para crianças. Os adultos realizam tratamento no CSBJ. Atualmente o serviço atende em média 40 pacientes por semana para vídeo fluoroscopia, consultas especializadas ambulatoriais e de internação.
91. Implantação da fase III do SRTN - Sistema de Referência em Triagem Neonatal até 2013.	Credenciamento realizado	Exames estão sendo realizados em amostragem inicial, para testagem - falta completar quadro de servidores para instalação completa do Serviço.
201. Adequar a complexidade do HMIPV de todas as unidades de Tratamento Intensivo, Neonatal, Padiátrico e adulto para a classe três até 2013-		A meta foi demembrada em 4 metas no Programa Anual de 2012 e serão implementadas até 2013

**12.2 PRONTO SOCORRO MUNICIPAL**

**12.3**

**Tabela 109- Total de pacientes atendidos, período 2011.**

	<b>Período Anual</b>		<b>Varição 2011/2010</b>	
	<b>2011</b>	<b>2010</b>		
	<b>Nº</b>	<b>Nº</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Total de boletins emitidos	188517	198350	-9833	-4,96
Total de boletins efetivamente atendidos	154682	162790	-8108	-4,98
<b>Total</b>	<b>343199</b>	<b>361140</b>	<b>-17941</b>	<b>-4,97</b>

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO

Houve uma redução considerável de atendimentos no ano de 2011. Isso deve-se provavelmente pela procura por outros pontos de atendimento, como os “Pronto Atendimentos” e outras emergências de Porto Alegre.

**Tabela 110- Procedência do paciente atendido no HPS , período 2011.**

Procedência	Período		Variação	
	Anual		2011/2010	
	201	201		
	Nº	Nº	Nº	%
município	163219	173701	-10482	-6,03
outros municípios	25298	24649	649	2,63
<b>Total</b>	<b>188517</b>	<b>198350</b>	<b>-9833</b>	<b>-4,96</b>

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO

Houve uma redução de menos 4,96% nos atendimentos sendo 10.482 (6.03%) atendimentos de pacientes oriundos do município de POA. Registrou-se um aumento de 649 (2,63%) pacientes vindos de outros municípios.

Essa redução, provavelmente, se deu pela procura de atendimentos em outros locais, como os prontos Atendimentos e emergências de outros hospitais e qualificação do acesso na atenção primária.

**Tabela 111- Equipamentos Adquiridos**

<u>RECURSOS</u>	<u>MATERIAL PERMANENTE ADQUIRIDO EM 2011</u>	<u>QTD</u>	<u>VALOR EMPENHADO</u>	<u>RECEBIMENTO</u>
VÍNCULO 40	Cama FAWLER para UTI conf. ET-030	10	92.500,00	06/01/2011
CONTRATO 282	Furadeira de bancada - memo 87/2008	1	420,00	12/01/2011
CONTRATO 282	Retificadeira proc. 024520.08.0	1	480,00	12/01/2011
CONTRATO 282	Banco inox	4	800,00	19/01/2011
CONTRATO 282	Banco inox 35x70, 4 pés c/ rodízios	1	223,50	19/01/2011
CONTRATO 282	Banco inox 35x70, 4 pés fixos, altura regulável	2	400,00	19/01/2011
CONTRATO 282	Biombo tripla face - memo 104/2008	3	1.452,00	21/01/2011
CONTRATO 282	Extrator de sucos industrial	2	600,00	23/01/2011
CONTRATO 282	Gastronorm grande lisa	4	800,00	23/01/2011
CONTRATO 282	Gastronorm média lisa	3	480,00	23/01/2011
CONTRATO 282	Gastronorm pequeno lisa	5	750,00	23/01/2011
CONTRATO 282	Gastronorm pequeno perfurado	6	1.200,00	23/01/2011
CONTRATO 282	Liquidificador industrial	2	800,00	23/01/2011
CONTRATO 282	Moto esmeril de bancada motor 1cv - memo 87/2008	1	675,00	24/01/2011
CONTRATO 282	IMPRESSORA	5	9.300,00	16/03/2011
CONTRATO 282	Mesa para refeitório	6	1.619,70	22/03/2011

	1º tri/11		112.500,20	
ORÇAMENTÁRIO	Fibrobronquioscópio terapêutico ET 169	1	26.400,00	04/04/2011
CONTRATO 282	Oxímetro ET 023	1	5.600,00	15/05/2011
CONTRATO 282	Monitor de pressão digital	1	6.715,00	14/06/2011
CONTRATO 282	Armário baixo - Arquivo metálico com 4 gavetas com fechadura	2	1.350,00	08/06/2011
CONTRATO 282	Cadeira alta (tipo p/caixa)	3	867,00	08/06/2011
CONTRATO 282	Estante baixa ou móvel para material CME	1	943,00	24/05/2011
CONTRATO 282	Fotóforo c/lâmpada frontal	1		16/05/2011
CONTRATO 282	Fritadeira a gás	1	4.990,00	10/05/2011
CONTRATO REFORMULADO	Lâmpada de fenda aumento 2x, filtro azul cobalto com mesa motorizada	1	11.390,00	05/05/2011
CONTRATO 282	Laringo compl.cab.norm.4 lâm.ret adulto	6	1.980,00	14 junho, 2011
CONTRATO REFORMULADO	Microcomputador	2	7.000,00	19/04/2011
FAEC	Motor cirúrgico elétrico c/ caneta cirúrgica	1	12.000,00	13/06/2011
	2º tri/11		79.235,00	
CONTRATO 282	Adaptador para esterno com proteção na ponta para serra alternante para perfurador Synthes	1	2.998,28	13/07/2011
CONTRATO 282	Adaptador para serra alternante para perfurador Synthes	1	9.061,46	13/07/2011
CONTRATO 282	Agitador mecânico com haste de 60 cm aprox., indicado para agitar até 60 L de líquidos	1	5.400,00	01/07/2011
CONTRATO 282	Apar. ar condic. 18000(era 24.000) btus/220V	1	1.749,00	28/09/2011
CONTRATO 282	Armário para vestiário, 10 portas	41	32.390,00	15/08/2011
CONTRATO 282	Câmaras frias p/medicamentos - memo 50/2008	2	22.640,00	12/09/2011
FAEC	Carrinho para lavanderia tipo tulha	3	5.850,00	16/09/2011
vinculo 40	gaveteiro	8	5.504,00	01/08/2011
CONTRATO 282	Impressora térmica de impressão de código de barras	1	2.917,00	04/07/2011
vinculo 40	mesa gerencial	2	2.180,00	01/08/2011
vinculo 40	mesa retangular	1	801,00	01/08/2011
CONTRATO 282	Prato térmico inox com 3 divisões	20	4.500,00	03/08/2011
vinculo 40	Sistema de videolaparoscopia ET 170	1	220.000,00	17/08/2011

	3 tri/11		315.990,74	
CONTRATO 282	Balança eletrônica semi-analítica , para 3000 g	1	1.449,99	03/11/2011
VÍNCULO 40	Lavadora de alta pressão - lavajato	1	330,00	05/10/2011
vinculo 40	Armário para vestiário, duas portas	20	7.600,00	23/11/2011
CONTRATO 282	Armário para vestiário, duas portas, módulo duplo	80	54.400,00	23/11/2011
vinculo 40	Armário para vestiário, três portas	11	4.730,00	23/11/2011
vinculo 40	Foco Cirurgico ET 156	6	36.000,00	1/12/2011
vinculo 40	Fogão 4 bocas	1	965,00	24/11/2011
COREDES 2003/2004	Impressora	2	2.300,00	25/11/2011
	Lavadora de alta pressão - lavajato	1	330,00	5/10/2011
vinculo 40	Mesa antivibratória para balança de precisão, de granito, com 40X40cm²	1	1.250,00	19/10/11
vinculo 40	Microcomputador	25	37.850,00	3/12/2011
			146.874,99	
	Total		654.600,93	

**Tabela 112- Material permanente adquirido**

Material permanente adquirido	Período Anual		Variação 2011/2010	
	2011	2010		
	Valor	Valor		%
<b>Comparativo</b>	654.600,93	571.052,68	83.548,25	14,63

Fonte: Informação do serviço

**Tabela 113- Indicadores de Desempenho - Anual**

Indicador	unidade de medida	Período Anual		Variação 2011/2010	
		2011	2010		
		Nº	Nº	Nº	%
Taxa de ocupação leitos / dia	Nº pacientes internados pelo nº de leitos. Total 140 leitos	96,35	102,73	-6,38	-6,21
Média de Permanência	Dias de Permanência	6,91	7,07	-0,16	-2,26
Boletins de atendimentos efetivamente atendidos / dia	Nº boletins atendimentos efetivamente atendidos /dia	516,48	543,42	-26,94	-4,96
Cobertura do atendimento para Porto Alegre	Índice percentual de atendimentos oriundos de Porto Alegre	86,58	87,57	-0,99	-1,13
Produção Geral/ dia	Número de atendimentos gerais efetivos / dia	810,08	882,01	-71,93	-8,16
Atendimentos Sala Emergência / dia	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	496,58	522,46	-25,88	-4,95
Cirurgias / dia	Número de cirurgias realizadas /dia	5,73	8,01	-2,28	-28,46

Pacientes na UTI / dia <sup>1</sup>	Número de Pacientes UTI / dia	31,7	33,15	-1,45	-4,37
Exames Radiodiagnósticos/dia	Número de exames radiod. realizados dia	400,46	424,16	-23,70	-5,59
Exames patologia clinica / dia	Número de exames patologia clinica realizados /Dia	599,8	657,53	-57,73	-8,78
Média de dietas enterais	Número de dietas distribuídas / dia	183,23	188,95	-5,72	-3,03
Média de dietas distribuídas/ dia	Número de dietas distribuídas / dia	524,89	679,4	-154,51	-22,74
Média de refeições distribuídas/ Comensais	de refeições distribuídas por comensais	1585,52	1070,89	514,63	48,06
Repasse financeiros PMPA	Índice percentual repassado ao hospital	87,72	93,29	- 5,57	-5,97
Repasse financeiros FMS	Índice percentual repassado ao hospital	12,28	6,71	5,57	83,01
Execução de projetos do plano diretor do HPS	Nº de projetos implantados - valor inteiro.	1	0	1	100,00
Ensino e pesquisa <sup>3</sup>	Nº de publicações em meios de divulgação- valor Inteiro	1	0	1	100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - SIHO

1 UTIs de Trauma, Clínica, Pediátrica, Queimados e Cardiológica

2 Valores empenhados com referência no Orçto Anual

3 Revista do HPS, V.49, Nº 1. Agosto de 2011

Pode-se observar a diminuição na taxa de ocupação, média de permanência, número de boletins emitidos, atendimentos de emergência / dia, número de cirurgias / dia, exames patológicos / dia e o aumento na média de refeições distribuídas, justificado pelas refeições que estão sendo encaminhados ao Pronto Atendimento da Lomba do Pinheiro a partir de abril / 2011.

O hospital está com duas salas de cirurgias fechadas por falta de pessoal. Já estão sendo nomeados servidores para suprir as necessidades existentes.

#### Quadro 50- Metas anuais constantes no PAS

Metas anuais constantes no PAS		Observação específica
Previsto 2011	Realizado	
84. Atender pacientes de trauma e urgências clínicas. - Contra referência estabelecida em Serviços de Atenção primária e / ou especializada no município de Porto Alegre e demais localidades. - Implantar 2 novos protocolos por especialidades assistenciais e 2 novos POPs (procedimento operacional padrão) em áreas não	Não atingimos nenhum percentual do nosso indicador, devido a não ter sido implantado a classificação de riscos devido a falta de servidores para constituição do serviço.	Previsão para março de 2012

assistenciais. - Revisar e propor uma nova Estrutura Organizacional do HPS.		
171. Elaborar listagem de equipamentos com especificação técnica para as áreas assistenciais e de apoio do HPS	78% dos materiais solicitados através de Requisições de Materiais foram atendidos, neste cálculo não estão incluídos os materiais aguardando entrega.	
172. - Reformar o Serviço de Recepção e Atendimento de pacientes – Urgência / Emergência (Qualisus I)  - Reformar Bloco Cirúrgico e Sala de Recuperação (Qualisus II)	- Licitação realizada e início das obras em 12/09, o que corresponde a 100% da 1ª etapa.  - 2º etapa 7% (corresponde a obra)  - Licitação Qualisus II realizada no dia 28/12/2011 que restou fracassada. Nova licitação com processo iniciado.	Previsão de encerramento em 2013.
173.Reduzir em 10% o custo de energia elétrica do HPS	A meta não foi alcançada	- Além das ações previstas está sendo analisado pela PGM a aquisição do 2º Grupo Gerador que terá seu trâmite de aquisição no exercício de 2012; - Foi previsto também no orçamento do HPS a substituição das atuais caldeiras elétricas, por caldeiras a gás, pois as atuais já estão no seu limite de vida útil. Estas ações realmente farão

### 13 ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E TRANSPORTE DE PACIENTES

A Coordenação Municipal de Urgências (CMU) coordena o Sistema Municipal de Urgências, com os seus componentes: hospitalares, Pronto Atendimentos, SAMU e Atenção Domiciliar, das redes próprias, públicas ou conveniadas. Apresenta gestão direta em relação aos Pronto-Atendimentos: Cruzeiro do Sul (PACS), Bom Jesus (PABJ), Lomba do Pinheiro (PALP), Restinga (PAR), Plantão de Emergência em Saúde Mental do IAPI (PESM-IAPI) e, ainda, o SAMU - 192.

Em 2011, foi criada a Secretaria Executiva do Comitê Gestor de Urgência com objetivo de pactuar um trabalho em rede estabelecendo fluxos, planejamento de ações



e identificando soluções com representantes das Emergências dos maiores hospitais de Porto Alegre (Nossa Senhora da Conceição, Santa Casa, Hospital de Clínicas, PUC e Cristo Redentor).

Da mesma forma, foi constituído o Grupo de trabalho para Rede de Integrada e Hierarquizada de Atenção às Urgências, que tem como fio norteador a definição de linhas de cuidado de acordo com as necessidades dos pacientes e as especificidades dos serviços de saúde, organizando os fluxos de atenção e a grade de referências de forma otimizada, qualificando o cuidado aos pacientes e os serviços, gerando também economia de escala.

Essas ações certamente incidirão nos indicadores que no ano de 2011 já foi possível identificar o seu impacto. Foram analisados o número de consultas realizadas e desistências nas especialidades de clínica médica e pediatria em cada PA e comparados com o ano de 2010 (tabelas 114, 115 e 116).

Em relação ao número de consultas realizadas houve uma queda de 3,2% no somatório geral dos PAs (tabela 114), principalmente no PABJ com uma diminuição de 10,6%. Somente no PALP houve acréscimo de atendimentos de 8,6% representado nos atendimentos da clínica médica (10,3%) e pediatria (6,0%), conforme mostram as tabelas 114 e 115, respectivamente.

Na análise do índice de desistências, houve aumento geral de 15,1% em todos os PAs (tabela 114) relacionado ao atendimento de clínica médica que teve aumento geral de 25% (tabela 2), ao contrário do número das desistências em pediatria que apresentou redução de 10,6% (tabela 116).

O PACS apresentou a maior proporção de desistência em 2011, 13,0%, com aumento de 155,5% em comparação ao ano de 2010. Este último dado está relacionado a subnotificação de desistências que ocorreu até o 1º semestre de 2010 ocasionando número menor de registros nesse ano e impactando na diferença entre os anos de 2011 e 2010.

É importante ressaltar a diminuição das desistências no PABJ, na comparação entre os anos 2011 e 2010, principalmente na pediatria com quase 70% de redução. No PALP apesar de ter aumentado os atendimentos em pediatria, houve decréscimo de 12,9% nas desistências dessa especialidade.

Mantém-se, em todos os pronto atendimentos uma demanda maior de atendimentos na clínica médica em relação à pediatria. A tabela 116, mostra a redução das proporções de atendimentos em pediatria, fato que pode ser explicado pelo

envelhecimento da população e diminuição da taxa de fecundidade. Mas é importante considerar também a melhora da cobertura da rede básica de saúde a partir dos programas destinados à assistência às crianças.

O PALP, em 2010, sofreu reformas nas suas instalações, e por isso, diminuiu os atendimentos nesse ano. Essa situação explica o fato de ser o único PA que apresentou aumento de atendimentos em pediatria em 2011.

Na análise individual de todos os PA a proporção de desistências em relação ao número de atendimentos é baixa, principalmente na pediatria que é menor de 5%.

Essas informações também indicam que medidas de “acolhimento”, “pré-chamada” e classificação de risco, que foram implantadas nos últimos anos nos PAs contribuíram para melhorar a acessibilidade, qualidade e a humanização dos serviços.

**Tabela 114- Distribuição do número de total de atendimentos e desistências em das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.**

Atendimento Geral	Período						Variação	
	Ano 2011			Ano 2010			2011/2010	
	Nº At	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist (%)	Nº	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist (%)	At	Desist
PACS	87046	12980	13,0	93221	5080	5,2	-6,6%	155,5%
PA Bom Jesus	78223	9359	10,7	87507	12543	12,5	-10,6%	-25,4%
PA Lomba do Pinheiro	69024	7765	10,1	63546	7497	10,6	8,6%	3,6%
PA Restinga	74463	3968	3,6	74767	3443	4,4	-0,4%	15,2%
<b>Total</b>	<b>308756</b>	<b>32863</b>	<b>9,6</b>	<b>319041</b>	<b>28563</b>	<b>9,0</b>	<b>-3,2%</b>	<b>15,1%</b>

Fonte: SIHO/AMB

<sup>1</sup> Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

**Tabela 115- Distribuição do número de atendimentos e desistências em clínica médica das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.**

Atendimento Clínica	Período						Variação	
	Ano 2011			Ano 2010			2011/2010	
	Nº At	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist %	Nº	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist %	At	Desist
PACS	57131	11672	17,0	61139	4373	6,7	-6,6%	166,9%
PA Bom Jesus	46786	8854	15,9	53076	10863	17,0	-11,9%	-18,5%
PA Lomba do Pinheiro	43001	6594	13,3	38991	6153	13,6	10,3%	7,2%
PA Restinga	44305	2598	5,5	42672	2306	5,1	3,8%	12,7%
<b>Total</b>	<b>191223</b>	<b>29718</b>	<b>13,5</b>	<b>195878</b>	<b>23695</b>	<b>12,1</b>	<b>-2,4%</b>	<b>25,4%</b>

Fonte: SIHO/AMB

<sup>1</sup> Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

**Tabela 116– Distribuição do número de atendimentos e desistências em pediatria das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.**

Atendimento Pediatria	Período						Variação	
	Ano 2011			Ano 2010			2011/2010	
	Nº At	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist %	Nº At	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist %	At	Desist
<b>PACS</b>	29915	1308	4,2	32082	707	2,2	-6,8%	85,0%
<b>PA Bom Jesus</b>	31437	505	1,6	34431	1680	4,7	-8,7%	-69,9%
<b>PA Lomba do Pinheiro</b>	26023	1171	4,3	24555	1344	5,2	6,0%	-12,9%
<b>PA Restinga</b>	30158	1370	4,3	32095	1137	3,4	-6,0%	20,5%
<b>Total</b>	117533	4354	3,6	123163	4868	4,0	-4,6%	-10,6%

Fonte: SIHO/AMB

<sup>1</sup> Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

### **Classificação de Risco nos Prontos – Atendimentos (PAs)**

Em 2011, a partir de junho, foi implantado o Protocolo de Manchester no PABJ. Esse protocolo utiliza um sistema diferente de classificação de risco, constituído de cinco cores para definir a gravidade dos pacientes. A nomenclatura é definida da seguinte forma:

- Emergência, cor vermelha, atendimento imediato;
- Muito urgente cor laranja, atendimento em 10 minutos;
- Urgente cor amarela, atendimento em 1 hora;
- Pouco urgente, cor verde, atendimento até 2 horas;
- Não urgente cor azul, atendimento até 4 horas.

Dessa forma, a cor laranja passou a compor as tabelas sobre classificação de risco (Tabelas 117. 118 119 e 120 ). Os PAs da Cruzeiro do Sul e Lomba do Pinheiro apesar de ainda não estarem com esse método implantado estão utilizando-o de forma preliminar.

No PABJ, onde foi efetivamente implantado o protocolo de Manchester, houve aumento significativo de atendimentos de cor vermelha que é reflexo da mudança do método de classificação. No método anterior não havia sistematização de marcar a CR de cor vermelha, passando direto para o atendimento e provocando a subnotificação destes pacientes.

É importante considerar que não foi possível fazer a comparação da variação entre os anos de 2011 e 2010 da CR de cor laranja por que nos critérios da CR anterior esta não fazia parte.

Na tabela 121, o Grau de Risco Global (GRG) de cada PA se mantém em torno de 2, que são atendimentos de classificação verde, considerados pouco urgentes, demonstrando que não houve variações significativas entre esses períodos, mesmo com implantação do protocolo de Manchester.

**Tabela 117– Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), segundo Classificação de Risco (CR) do entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.**

Classificação de Risco (CR) – PACS	Período				variação
	Ano 2011		Ano. 2010		2011/2010
	Nº	%	Nº	%	Nº
<b>Emergência - Vermelho</b>	49	0,1	377	0,5	-87,0%
<b>Muito Urgente - Laranja</b>	30	0,1	*	*	*
<b>Urgente - Amarelo</b>	3208	5,4	7963	11,0	-59,7%
<b>Pouco Urgente - Verde</b>	56578	94,4	60500	83,7	-6,5%
<b>Não Urgente -Azul</b>	53	0,1	3410	4,7	-98,4%
<b>Total com CR</b>	59918	100,0	72250	100,0	-17,1%

Fonte: SIHO/AMB

\*Em 2010 não utilizava o protocolo de Classificação de Risco do Manchester

**Tabela 118– Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Bom Jesus (PABJ), segundo Classificação de Risco (CR) entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.**

Classificação de Risco (CR) – PA Bom Jesus	Período				variação
	Ano 2011		Ano. 2010		2011/2010
	Nº	%	Nº	%	Nº
<b>Emergência - Vermelho</b>	169	0,3	93	0,1	81,7%
<b>Muito Urgente - Laranja</b>	1812	2,8	*	*	*
<b>Urgente - Amarelo</b>	8759	13,4	5592	8,6	56,6%
<b>Pouco Urgente - Verde</b>	51986	79,7	58981	90,3	-11,9%
<b>Não Urgente -Azul</b>	2464	3,8	663	1,0	271,6%
<b>Total com CR</b>	65190	100,0	65329	100,0	-0,2%

Fonte: SIHO/AMB

\*Em 2010 não utilizava o protocolo de Classificação de Risco do Manchester

**Tabela 119– Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (PALP), segundo Classificação de Risco (CR) entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.**

Classificação de Risco (CR) – PALP	Período				variação
	Ano 2011		Ano. 2010		2011/2010
	Nº	%	Nº	%	Nº
<b>Emergência - Vermelho</b>	21	0,0	99	0,2	-78,8%
<b>Muito Urgente - Laranja</b>	19	0,0	*	*	*
<b>Urgente - Amarelo</b>	1075	2,0	3404	6,5	-68,4%
<b>Pouco Urgente - Verde</b>	52128	97,1	48159	91,2	8,2%
<b>Não Urgente -Azul</b>	427	0,8	1127	2,1	-62,1%
<b>Total com CR</b>	53672	100,0	52789	100,0	1,7%

Fonte: SIHO/AMB

\*Em 2010 não utilizava o protocolo de Classificação de Risco do Manchester

**Tabela 120-Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Restinga (PAR), segundo Classificação de Risco (CR) entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.**

Classificação de Risco (CR) - P	Período				variação
	Ano 2011		Ano. 2010		2011/2010
	Nº	%	Nº	%	Nº
<b>Emergência - Vermelho</b>	933	1,3	823	0,9	13,4%
<b>Muito Urgente - Laranja</b>	-	-	-	-	-
<b>Urgente - Amarelo</b>	10445	14,0	9719	10,5	7,5%
<b>Pouco Urgente - Verde</b>	57775	77,6	63695	69,1	-9,3%
<b>Não Urgente -Azul</b>	5310	7,1	17982	19,5	-70,5%
<b>Total com CR</b>	74463	100,0	92219	100,0	-19,3%

Fonte: SIHO/AMB

- O PA Restinga não utiliza classificação de risco do Protocolo de Manchester

**Tabela 121– Distribuição da Classificação de Risco (CR) segundo o Grau de Risco Global (GRG) por Pronto Atendimento (PA) dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS**

GRAU DE RISCO GLOBAL*	2011	2010
<b>PACS</b>	2,1	2,1
<b>PA Bom Jesus</b>	2,2	1,7
<b>PA Lomba do Pinheiro</b>	2,0	2,0
<b>PA Restinga</b>	2,1	1,9

\*Grau de Risco Global (GRG) =  $\square$  das pontuações na Classificação de Risco (1 a 5) x nº de pacientes em cada categoria / total de pacientes classificados.

### 13.1 Pronto – Atendimentos De Saúde Mental (PESM)

Em relação aos atendimentos da Psiquiatria foram analisados os dados referentes aos Pronto-Atendimentos de Saúde Mental do PACS e IAPI e comparados os anos de 2011 e 2010.

No Plantão de Emergência em Saúde Mental do PACS (PESM-PACS) houve diminuição de 6,0% dos atendimentos em 2011 quando comparado com 2010 (tabela 120). Em relação a 2010 houve aumento de atendimentos a menores de 18 anos em 2011, tanto numericamente como em proporção (57,8% e 67,9% respectivamente). No entanto, o número de atendimentos em 2011 representou 5,6% dessa faixa etária em relação ao total de atendimentos.

Devido a subnotificação das desistências até ao 1º trimestre de 2010, no PESH-PACS, a diferença entre os anos desse dado aumentou consideravelmente.

O percentual de pacientes atendidos que ficam em sala de observação (SO) no PESH-PACS teve um aumento de 6,9% e o tempo médio de permanência é de dois dias. Os diagnósticos mais frequentes de pacientes na SO em 2011 foram Dependência Química (46,6%), Esquizofrenia (21,8%) e Transtorno de Humor Bipolar (17,4%). A

Dependência Química apresentou aumento numérico e de proporção de mais de 100% quando comparada com o ano de 2010. O atendimento a pacientes portadores de Esquizofrenia também teve aumento significativo em relação a 2010 (93,5%)

Dos pacientes admitidos em SO em 2011, 82,9% foram transferidos para internação hospitalar, com um aumento de 12,8% de transferências na comparação com 2010 (78,5%), podendo ser atribuído ao aumento da oferta de leitos psiquiátricos na rede hospitalar.

No PESH-IAPI, tabela 10, houve aumento de 42,3% de atendimentos em relação a 2010. Em menores de 18 anos o número de atendimentos permaneceu em torno de 8% e as desistências tem apresentado um índice baixo, 1,4% em 2011 e 0,6% em 2010. Conseqüentemente, essa pequena diferença resultou numa variação entre o dois anos de mais de 200%.

Em relação aos pacientes que permanecem em SO houve aumento de 2,7% em termos numéricos, mas na comparação das proporções entre 2011 e 2010 diminuiu 27,9%. As transferências têm ocorrido próximas a 100%.

No PESH PACS a proporção de indicação de permanência em SO aumentou 13,7%, enquanto que no PESH IAPI diminuiu em 27,9%.

**Tabela 122– Total de atendimentos e desistências em Psiquiatria, menores de 18 anos, temas específicos da Sala de Observação e comparativo no PACS, Porto Alegre, RS.**

Psiquiatria PACS	Período		Varição
	Ano 2011	Ano 2010	2011/2010
<b>Total de boletins emitidos</b>	14673	14767	-0,6%
<b>Desistências</b>	1154	492	134,6%
<sup>1</sup> <b>Desistências (%)</b>	7,9	3,3	136,1%
<b>Total Paciente Atendidos</b>	13419	14275	-6,0%
<b>Atendimentos &lt; 18 anos</b>	748	474	57,8%
<b>% de Pacientes &lt; 18 anos atendidos</b>	5,6	3,3	67,9%
<b>Total Paciente em SO</b>	4129	3862	6,9%
<b>% de Pacientes atendidos que permanecem em SO</b>	30,8	27,1	13,7%
<b>Tempo Médio de Permanência / dias</b>	2,1	2,2	-5,3%
<b>Dependência Química (DQ) em SO</b>	1923	747	157,4%
<sup>2</sup> <b>% DQ em SO</b>	46,6	19,3	140,8%
<b>Transtorno de Humor Bipolar (THB) em SO</b>	718	500	43,6%
<sup>2</sup> <b>% THB em SO</b>	17,4	12,9	34,3%
<b>Esquizofrenia em SO</b>	900	465	93,5%
<sup>2</sup> <b>% de Esquizofrenia em SO</b>	21,8	12,0	81,0%
<b>Nº de Transferências para Internação Hospitalar</b>	3421	3033	12,8%
<b>% de Transferências para Internação Hospitalar</b>	82,9	78,5	5,5%

Fonte: SIHO/AMB

<sup>1</sup> Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

<sup>2</sup> Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia / Total de pacientes atendidos na SO PESH/PACS

Tabela 123–Total de atendimentos e desistências em Psiquiatria, menores de 18 anos, temas específicos da Sala de Observação e comparativo no PESH-IAPI, dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

PESH-IAPI	Período		variação
	Ano 2011	Ano. 2010	2011/2010
Total de boletins emitidos	9366	6524	43,6%
Desistências	132	37	256,8%
<sup>1</sup> Desistências (%)	1,4	0,6	148,5%
Total Paciente Atendidos	9234	6487	42,3%
Atendimentos < 18 anos	768	518	48,3%
% de Pacientes < 18 anos atendidos	8,3	8,0	4,2%
Total Paciente em SO	2850	2775	2,7%
% de Pacientes atendidos que permanecem em SO	30,9	42,8	-27,9%
Tempo Médio de Permanência / dias	1,4	1	40,0%
Dependência Química (DQ) em SO	3138	2604	20,5%
<sup>2</sup> % DQ em SO	34,0	40,1	-15,3%
Depressão	1907	1055	80,8%
<sup>2</sup> % Depressão/ total atendimentos	20,7	16,3	27,0%
Nº de Transferências para Internação Hospitalar	2802	2775	1,0%
% de Transferências para Internação Hospitalar	98,3	100,0	-1,7%

Fonte: Hospital Mãe de Deus

<sup>1</sup> Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

<sup>2</sup> Percentual de pacientes atendidos por DQ e Depressão = Total de pacientes atendidos por DQ E Depressão/ Total de pacientes atendidos no PESH/IAPI

## 13.2 SAMU

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 por meio de um número gratuito 192, onde o médico regulador após coleta de dados sobre o chamado decide qual melhor resposta que poderá ser dada, desde o envio de ambulância de suporte avançado (UTI móvel) passando por ambulâncias de suporte básico (tripuladas por técnico de enfermagem e condutor) até uma orientação médica por telefone.

Para análise dos serviços prestados pelo SAMU 192, foram avaliados a proporção dos atendimentos realizados, segundo o perfil das ligações recebidas, o tipo de agravo dos pacientes e o tipo de resposta do regulador, comparando os anos de 2010 e 2011.

No ano de 2011 (tabela 124), houve uma redução de 0,1% no total de ligações ao SAMU 192. Os trotes permanecem como a principal causa de ligações com redução de somente 2,4% entre os anos de 2011 e 2010. A diminuição das chamadas correspondentes às ligações repetidas (-68,9%), fora de abrangência (-49,4%),

informações (-47,6%) e interrompidas são indicadores da qualificação dos chamados ao SAMU. Somado a isso houve também o aumento das regulações de 18,6%.

Em 2011 foram incluídas variáveis como ligação “atendida” e “chamando”, não sendo possível comparar com o ano anterior. Essa inclusão de variáveis se deve a mudança da versão do Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH).

Avaliando os atendimentos conforme o tipo de agravo (tabela 12), permanecem os casos clínicos (43,8%) e o trauma (36,2%) as principais causas de atendimento em 2011. Houve alterações significativas na proporção dos atendimentos com redução de 48,2 da utilização do SAMU como transporte entre serviços o que, provavelmente, está relacionado com a implantação e organização do transporte de Baixa Complexidade.

Chamam atenção os atendimentos para orientação que teve uma queda de quase 100% entre os dois anos e o aumento de casos obstétricos para 59,1%.

O coeficiente de mortalidade dos atendimentos pré-hospitalares (quadro 51) realizados pelo SAMU apresentou acréscimo de 28,6 óbitos para cada 1000 atendimentos, enquanto que em 2010 houve 20,5 óbitos para cada 1000 atendimentos. O aumento desse indicador pode estar relacionado também à implantação do transporte de baixa complexidade que assumiu a assistência a pacientes menos graves e, conseqüentemente, possibilitou ao SAMU aumentar o atendimento a pacientes críticos, haja vista a redução dos chamados para transporte.

**Tabela 124– Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações e comparativo entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.**

Perfil atendimentos do SAMU	Período				variação 2011/2010
	Ano 2011		Ano. 2010		
	Nº	%	Nº	%	%
Trote	112957	29,7	115702	30,4	-2,4%
Regulação	76451	20,1	64460	16,9	18,6%
Interrompida	45190	11,9	55070	14,5	-17,9%
Engano	59485	15,6	63457	16,7	-6,3%
Atendida	42206	11,1			
Informações	37288	9,8	71130	18,7	-47,6%
Fora Abrangência	2386	0,6	4717	1,2	-49,4%
Chamando	2264	0,6			
Repetida	1911	0,5	6149	1,6	-68,9%
<b>Total de Ligações</b>	<b>380138</b>	<b>100,0</b>	<b>380685</b>	<b>100,0</b>	<b>-0,1%</b>

Fonte: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH): 1º trimestre 2010 versão 1 e 1º trimestre 2011 versão 2



**Tabela 125- Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a causa, e comparativos do 3º trimestre entre os anos de 2010 e 2011, Porto Alegre, RS.**

Tipo atendimento - SAMU	Período				variação
	Ano 2011		Ano. 2010		2011/2010
	Nº	%	Nº	%	%
<b>Caso Clínico</b>	14786	43,8	11322	37,5	30,6%
<b>Traumático</b>	12225	36,2	10215	33,8	19,7%
<b>Transporte</b>	2520	7,5	4862	16,1	-48,2%
<b>Obstétrico</b>	732	2,2	460	1,5	59,1%
<b>Não Registrado</b>	834	2,5	1045	3,5	-20,2%
<b>Psiquiátrico</b>	2676	7,9	2166	7,2	23,5%
<b>Orientação</b>	4	0,0	116	0,4	-96,6%
<b>Total de APHr</b>	<b>33777</b>	<b>100,0</b>	<b>30186</b>	<b>100,0</b>	<b>11,9%</b>

Fonte: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH): 1º trimestre 2010 versão 1 e 1º trimestre 2011 versão 2

**Quadro 51– Distribuição dos coeficientes de mortalidade dos Atendimentos Pré Hospitalares (APH) realizados pelo SAMU no 3º trimestre dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.**

Ano	APH	óbitos	*Coeficiente
	n	n	‰
<b>2011</b>	33.777	965	28,6

Fonte: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH): 1º trimestre 2010 versão 1 e 1º trimestre 2011 versão 2

\*Óbitos para cada 1000 atendimentos

**Quadro 52- Metas constantes na PAS 2011**

Previsto 2011	Realizado	Observação Especifica
85. Redução do tempo – resposta do SAMU de 18 para até 12 minutos, conforme preconizado pela OMS.	Aproximadamente 12 minutos	Em 2012 com a implantação de GPS nas ambulâncias e aumento do número de veículos para atendimento possibilitara melhorar o tempo de resposta.
86. Ampliação da cobertura pelo SAMU, por equipes de suporte básico, passando de 13 para 16 equipes na cidade até 2013;	Ingresso de 6 técnicos de enfermagem.	Esses técnicos foram contratados para repor aposentadorias. Por isso não foi possível aumentar o número de equipes.

<p>87. Ampliação do número de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na cidade, passando de 4 para 8 unidades e reforma nas já existentes visando adequar às normas vigentes, de forma progressiva, até 2013;  <sup>1</sup>.Incluindo investimentos Folha de Pagto, Obras e Mat. Permanentes</p>	<p>UPA Zona Norte em fase de conclusão da obra – Previsão para abril de 2012  PA Lomba do Pinheiro reformado e ampliado.</p>	<p><b><u>UPA Farrapos</u></b> - Terrenos em processo de desapropriação pela SMF. Previsão de início das obras em 2012.  <b><u>UPA Azenha Partenon</u></b> - Aguarda liberação do terreno pelo Governo do Estado e pelo governo Federal. Previsão de início das obras em 2012.  <b><u>UPA Zona Sul</u></b> - Terrenos em avaliação técnica para encaminhamento para desapropriação. Previsão de início das obras em 2013.</p>
<p>88. Implantação do serviço transporte baixa complexidade, como unidade de apoio para central de regulação urgência (SAMU);</p>	<p>Serviço Implantado</p>	<p>Implementação do Serviço de Transporte de Baixa Complexidade para atender as demandas de transporte de pacientes estáveis e sem risco de vida, cuja ação deve ser realizada por ambulâncias do tipo A (Ambulância de Transporte), ou seja, veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo, tripuladas por condutor e técnico ou auxiliar de enfermagem, conforme Portaria Ministerial 2048/02.</p>
<p>89. Articulação entre a central de regulação de urgência do SAMU e os serviços da rede básica de saúde, para referenciamento de 100% dos pacientes atendidos mais de uma vez por mês pelo SAMU.</p>	<p>Em andamento</p>	<p>Meta a ser executada em 2012 e 2013</p>
<p>90. 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, até 2013.</p>	<p>100% do pacientes egressos das salas de observação são contra referenciados para atenção primária ou Centros Especializados</p>	<p>Foi estabelecido fluxo de contra-referencia para pacientes com alta hospitalar.</p>

<p>168. Oficialização do Núcleo de Educação Permanente em Urgências (NEU) na estrutura organizacional da CMU, como um componente de desenvolvimento de Rh, com provimento de recursos materiais e de Infra-estrutura para a sua aplicação como instância capacitadora e treinadora das urgências.</p>	<p>Foi oficializado e organizado o Núcleo de Educação permanente dentro da estrutura organizacional da CMU</p>	
<p>169. Implantação do NEU, como instância capacitadora e treinadora para a preparação de profissionais da área da saúde para o atendimento das urgências, atingindo 100% dos profissionais lotados nos serviços de urgências e 70% dos médicos e de enfermagem lotados na CGRAPS.</p>	<p>NEU implantado</p>	

## CONSIDERAÇÕES

Em proposição às metas do Plano Anual de Saúde (PAS), a implantação, em setembro desse ano, do serviço de transporte de baixa complexidade, como unidade de apoio para a central de regulação de urgência (SAMU), possibilitou a organização do sistema de transporte entre os serviços.

Conforme as metas estabelecidas, existe o projeto da ampliação do número de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na cidade, passando de 4 para 8 unidades e reforma nas já existentes visando adequar às normas vigentes, de forma progressiva, até 2013. A UPA Zona Norte está em fase de conclusão do prédio e as outras estão com projeto arquitetônico em andamento, aguardando aquisição e liberação dos terrenos.

Com a implantação do sistema de informações AGHOS será possível promover a articulação entre a central de regulação de urgência do SAMU e os serviços da rede básica de saúde, para referenciamento de 70% dos pacientes atendidos mais de uma vez por mês pelo SAMU, bem como a 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.

Em 2011 houve a oficialização do Núcleo de Educação Permanente em Urgências (NEU) na estrutura organizacional da CMU, como um componente de desenvolvimento

de recursos humanos, com provimento de recursos materiais e de infra-estrutura para a sua aplicação como instância capacitadora e treinadora das urgências.

Visando diminuir a superlotação nas emergências, além da implantação do Protocolo de Manchester no PABJ, foi implantada a Linha de Cuidado para o AVC e Infarto com ênfase na redução do tempo resposta e minimizando o número de seqüelas e mortes por essas causas. Linhas de cuidados referentes a outras doenças de maior magnitude e transcendência estão sendo delineadas para compor a rede de atenção às urgências.

Por fim, os dados apresentados demonstram melhora na apresentação dos indicadores, de uma maneira geral, o que representa maior qualificação nos atendimentos na Rede de Atenção às Urgências.

#### 14.FINANCIAMENTO DO SUS

A prestação de contas referente ao financiamento encontra-se no anexo II do Relatório de Gestão.

**Quadro 53 - Metas Programação Anual de Saúde 2011**

METAS ANUAIS CONSTANTES NO PAS		OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA
PREVISTO 2011	REALIZADO	
180.Acompanhamento da legislação para atendimento do percentual constitucional de aplicação em saúde bem como atender a Lei Orgânica do Município	Elaboração do Relatório de Gestão Anexo II, trimestralmente.	Monitoramento dos gastos efetuados pela Secretaria de Saúde a fim de atender o preconizado pela lei que visa à aplicação de 15% da receita de impostos e transferências constitucionais em ações e serviços públicos de saúde deste Município. Através do Relatório de Gestão anexo II, elaborado trimestralmente, pode-se agir preventivamente a fim de corrigir já no próximo trimestre caso o percentual fique aquém do limite legal. Não se pode dizer que o resultado desta ação foi responsável pelo percentual de 21,10%, mas que o monitoramento não deixou que ficasse abaixo dos 15%.
181. Observação da aplicação dos recursos financeiros nos respectivos blocos de financiamentos (vínculos orçamentários);	Reuniões de acompanhamento da execução orçamentária com a equipe da EPCO para discutir portarias editadas pelo MS a fim de fixar conceitos e dirimir dúvidas.	Ação que atrela o planejamento e a execução. Resultado é a correta relação entre os projetos, atividades e ações finalísticas e a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde.

184. Constituição do Comitê Econômico Financeiro da SMS até 2011;	Reuniões semanais todas as terças-feiras as 15:00 as 16:00;	Instituição do Comitê Econômico Financeiro da SMS. Através de reuniões semanais com as Unidades Administrativas que compõe a estrutura financeira da SMS pode-se destinar de maneira racional e bem ponderada a aplicação dos recursos tanto em despesas de custeio como investimentos. Fato esse que fica evidente no próprio percentual de aplicação de 21,10% e em todas as obras e equipamentos nas diversas Unidades de Saúde.
---	---	---

## 15. DESEMPENHO DOS INDICADORES NO CICLO DE VIDA

### 15.1 Criança e Adolescente

**Tabela 126- Nascidos Vivos, Coeficiente de Natalidade,**

Indicador	2011	2010	Variação
Nº absoluto de nascidos vivos	18.688	18.204	+2,6%
Coeficiente de Natalidade	12,96	12,63	+2,6%

Fonte: SIM CGVS/P

É observado em 2011 um aumento de 2,6 % no número de nascidos vivos e conseqüentemente o mesmo aumento no coeficiente de natalidade. Uma das causas a se considerar é de que em 2010 houve um desabastecimento nacional do anticoncepcional injetável trimestral, de qualquer forma devemos avaliar com atenção este indicador no decorrer do próximo ano.

**Quadro 54- Metas Constantes na PAS 2011 - Cobertura vacinal**

Metas anuais constantes no PAS		Observação específica
Previsto 2011	Realizado	
5. Aumento da cobertura vacinal contra hepatite B no primeiro ano de vida de 84,1% para 89,1%.	86,9%	O texto da meta foi adequado à nomenclatura utilizada na Matriz de Indicadores Básicos RIPSA (F.13).
6. Aumento da cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DTP/Hib) no primeiro ano de vida de 82,1% para 87,1%.	84,9%	O texto da meta foi adequação à nomenclatura utilizada na Matriz de Indicadores Básicos RIPSA (F.13).
7. Aumento da cobertura vacinal contra hepatite B na faixa etária de 11 a 24 anos de 36,5% para em 46,5%.	50,1%	Este dado foi obtido no sítio do PNI/MS e contempla a série histórica de terceiras doses aplicadas.

As baixas coberturas vacinais após os 6 meses de vida refletem a existência de problemas estruturais como a insuficiência e a rotatividade dos recursos humanos, e de redução da prioridade da prevenção das doenças infecciosas pelos serviços de saúde e pela sociedade. Esses aspectos se evidenciam nas perdas de oportunidades de vacinação por não avaliação da carteira de vacina nos atendimentos, nas falsas contra-indicações à vacina, no estabelecimento de horários para vacinação, na territorialização da vacinação, no sub-registro nas planilhas do sistema de informação. Têm sido realizadas capacitações periódicas em Imunização, com sensibilização para evitar perdas de oportunidade de vacinação, além da viabilização de um sistema de informação para sala de vacina e da solicitação de pessoal exclusivo para sala de vacina.

Em 2011, a EVDT/CGVS formulou e encaminhou para a rede básica de saúde a Nota Técnica que prevê a vacinação contra hepatite B a todo o usuário que solicitar o imunobiológicos buscando aumentar a cobertura vacinal da população de maior vulnerabilidade e evitando constrangimento ao usuário na entrevista na sala de vacina.

**Quadro 55 - Metas Constantes na PAS 2011 – Doenças transmissíveis Sífilis e AIDS**

<b>Previsto 2011</b>	<b>Realizado</b>	<b>Observação específica</b>
<b>19.</b> Redução da taxa de incidência de sífilis congênita de 9,7/1.000 para 9/1.000 nascidos vivos, com equidade segundo raça/cor.	13,6/1.000 Por raça/cor: Branca: 9,0/1.000 Negra: 19,7/1.000 Variação de 19,21%	O texto da meta foi modificado. O valor difere do apresentado pela CGVS devido à atualização do denominador (número de nascimentos). Em 2011, houve aumento no número de caso de sífilis congênita, confirmando a tendência histórica de aumento da incidência desde o ano de 2004. Foram realizadas diversas capacitações e sensibilizações sobre este agravo. O aumento do número de caso foi independente da raça/cor, mas a taxa de incidência de na população negra é superior ao dobro dos recém-nascidos brancos.

<p><b>22.</b> Redução da transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor, para menos 2,2%.</p>	<p>2011: não aplicável; 2010: 3,2% (dados parciais); 2009: 5,4% Por raça/cor: Branca: 3,2% Negra: 7,1%</p>	<p>O ano 2009, que já tem a taxa de transmissão vertical fechada em 2011, foi encerrado com 5,4% de transmissão vertical do HIV em Porto Alegre. A avaliação da taxa de transmissão vertical específica por raça/cor em 2009 mostra que a criança exposta da raça/cor preta/parda teve uma taxa de 7,1% de transmissão vertical do HIV, acima da raça/cor branca que foi de 3,2%. 125 A definição dos casos de transmissão vertical exige um período de acompanhamento de 2 anos após o nascimento. Por esse motivo, a avaliação desta meta deve ser realizada com os dados das crianças expostas ao HIV nascidas durante o ano de 2009. Os dados de 2010 são parciais, pois o desfecho ainda é desconhecido em 43,1% dos nascidos deste ano.</p>
<p><b>23.</b> Redução da incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade de 12/100.000 para menos de 11/100.000, com segundo raça/cor.</p>	<p>19,1/100.000 Por raça/cor: Branca: 8,4/100.000 Negra: 52,4/100.000</p>	<p>Em 2011, houve elevação no número de casos e na taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos. A inclusão de dados do Sistema de Informação e Controle de Exames Laboratoriais – SISCEL – que regula a realização dos testes de quantificação de carga viral e contagem de linfócitos T CD4 determinou a elevação no número de casos de AIDS em menores de 5 anos, inclusive em anos anteriores.</p>

**Tabela 127-Relação de pacientes pediátricos expostos ao HIV em acompanhamento**

Implantar/ implementar Plano Nacional de redução da Transmissão Vertical do HIV PAVS 11		Meta PAVS	2011	2010	Variação %
Casos	Crianças Expostas	Reduzir em 10% do indicador já existente (0,36/em 2010 p/ 0,32 em 2011)	350	304	15,13
	Crianças Não Infectadas		13	160	-91,88
	Crianças Infectadas ou óbito p/ Aids		2	10	-80,00
	Perda de seguimento/em andamento		334	131	154,96
	Taxa de transmissão Vertical (casos/1000 nascidos vivos)		0,5*	3,2	

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET

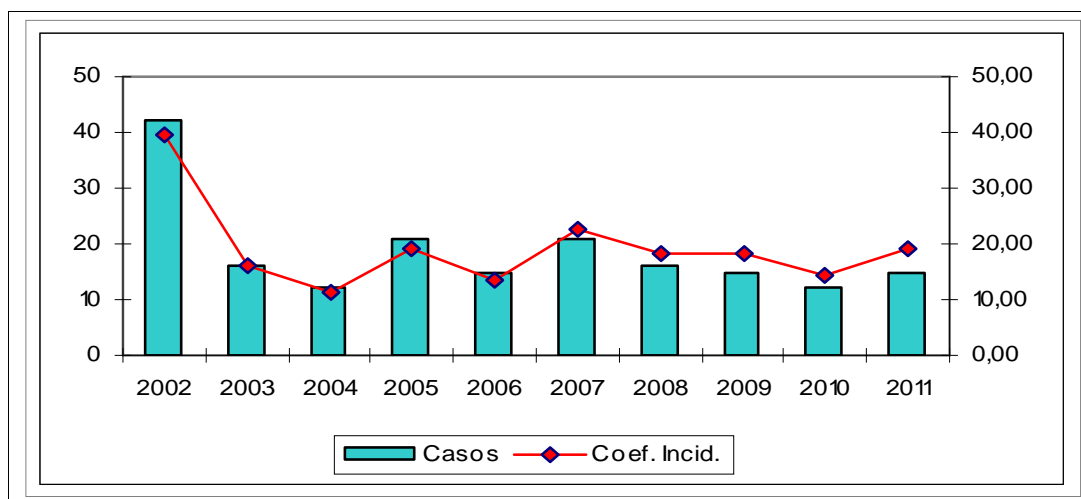
A taxa de transmissão vertical dos nascidos vivos expostos ao HIV no ano de 2011 só terá seu encerramento em 2013, assim como a do ano de 2010 em 2012, pois a coorte de acompanhamento das crianças expostas pode ser até 2 anos.

O ano 2009, que já tem a taxa de transmissão vertical fechada em 2011, foi encerrado com 5,4% de transmissão vertical do HIV em Porto Alegre. Uma avaliação da taxa de transmissão vertical específica por raça/cor em 2009 mostra que a criança exposta da raça/cor preta/parda teve uma taxa de 7,1% de transmissão vertical do HIV, acima da raça/cor branca que foi de 3,2%. Já em 2010, a taxa na raça/cor branca é de 3,1 e 0,6 % na raça/cor preta/parda. Contudo, há 123 casos com busca de informação (em andamento) 59 da raça/cor branca e 58 da raça/cor negra, a taxa de TV ainda pode aumentar em ambas as raças.

**Tabela 128:** Incidências de casos de AIDS em menores de 5 anos de idade, segundo raça/cor

Redução da taxa de Incidência de AIDS por raça/cor de 12/100.000 para menos de 9/100 até 2013. PAS 21		Meta	2011	2010	Variação %
Casos/ Nº de casos por 100.000 hab	Branca	Redução de 1,2% dos casos de AIDS por raça e cor em 2011.	8,44	10,13	-16,68
	Preta		12,46	62,33	-80,00
	Parda		27,12	9,04	200,00
	Preta + Parda		52,41	31,44	66,70
	Amarela		0	0	-
	Indígena		0	0	-

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET  
Dados sujeitos à revisão



**Figura 5:** Casos de AIDS e Coeficiente de Incidência em menores de 5 anos, Porto Alegre, 2002 a 2011\* Fonte: SMS/CGVS/EVDT/SINAN \* Dados sujeitos à revisão

Os resultados das metas relacionadas às infecções congênicas podem refletir a desigualdade social e de acesso às políticas públicas de saúde (pré-natal, diagnóstico e tratamento) para a população negra.



**Quadro 55 Metas constantes na PAS 2011**

Previsto 2011	Realizado	Observação específica
<p><b>57.</b> Redução da taxa de mortalidade infantil para de 10 por mil nascidos vivos segundo raça/cor.</p>	<p>9,3/1.000 Por raça/cor: Branca: 9,0/1.000 Negra: 8,1/1.000</p>	<p>O texto da meta foi adequação à nomenclatura utilizada na Matriz de Indicadores Básicos RIPSA (C.1). A manutenção da TMI em valores inferiores a 10 óbitos para cada 1000 nascimentos se relaciona principalmente com modificação das condições socioeconômicas das famílias, em particular o aumento do nível de escolaridade das mulheres. O aprimoramento do acesso precoce ao diagnóstico da gravidez e à assistência pré-natal, e da capacidade assistencial às condições das intercorrências da gestação auxiliar na redução do trabalho de parto prematuro e no nascimento pré-termo.</p>
<p><b>56.</b> Ampliar as ações de investigação dos óbitos infantis e fetais em 100% das GD até 2013</p>	<p>Descentralizada as ações de investigação dos óbitos infantis</p>	<p>Não foram descentralizadas as ações de investigação dos óbitos fetais</p>
<p><b>65.</b> Manutenção da proporção de nascidos vivos de mães com idade menor de 19 anos em valores inferiores a 15,1% com equidade segundo raça/cor.</p>	<p>14,8% Por raça/cor: Branca: 12,7% Negra: 20,8%</p>	<p>Foi realizada adequação do texto da meta à nomenclatura utilizada na Matriz de Indicadores Básicos RIPSA (D.15). A maior prevalência na população negra deve refletir as desigualdades sociais e de acesso às políticas públicas de educação e saúde.</p>
<p><b>73.</b> Implementação do programa de triagem auditiva neonatal universal em 95% dos recém-nascidos.</p>	<p>82,3%</p>	<p>Sugiro a modificação da meta. Os exames de triagem são realizados em todas maternidades conveniadas com o SUS. Os sistemas de informação não permitem uma avaliação mais acurada da cobertura da triagem auditiva neonatal em Porto Alegre. Não é possível diferenciar a cidade de procedência da criança, nem a faixa etária da realização da triagem. Algumas maternidades não fazem a triagem quando ela é realizada no próprio município. As maternidades não oferecem o serviço nos 7 dias da semana, e relatam que o número de faltosos é elevado nos procedimentos agendados para serem realizados após a alta hospitalar. As informações disponíveis sobre o procedimento da triagem auditiva e as AIHs estão relacionadas ao SUS. Portanto, para o SUS o numerador e denominador são, respectivamente, o número de exames e o número total de AIH de parto ocorridos em Porto Alegre. O número de exames pode não refletir com precisão o número de recém-nascidos submetidos por 2 motivos: não há informação da idade do paciente, pois o sistema de informação não exige esse dado; crianças que apresentam falha na primeira testagem são submetidos à retestagem.</p>

<b>78.</b> Aumento da proporção de primeira consulta do acompanhamento do recém-nascido realizada até o 7º dia de vida para 25%.	20,5%	O texto e o valor da meta foram modificados. A proporção de anterior (33,5%) foi estabelecida com os valores obtidos para a primeira consulta realizada até o 10º dia de vida. Com a modificação do ponto de corte em 7 dias o valor da meta precisa ser readequado. Sugerimos a meta em 25% até 2013. Os resultados indicam a existência de dificuldade de acesso à primeira consulta do recém-nascido provavelmente relacionada à limitação de oferta de consulta.
<b>81.</b> Aumento da proporção de coleta de teste de triagem neonatal no período de 3 meses para 45% de 35% para 45%.	57,6%	O texto da meta foi modificado. O melhor resultado desse indicador possibilitou a autorização para a implantação da Fase 3 do Programa Nacional de Triagem Neonatal.

#### Quadro 56 Saúde do Escolar

Previsto 2011	Realizado	Observação específica
<b>79.</b> Implementação do Programa da Triagem auditiva em escolas, nas escolas públicas em no mínimo 50% dos alunos do 1º ano do ensino fundamental das escolas municipais.	11,7%	Durante o primeiro semestre de 2011 foram realizadas as capacitações para a implementação da triagem que iniciou efetivamente no segundo semestre. Nessa fase foram identificadas dificuldades operacionais que dificultaram a ampliação da cobertura, como a inexistência de um local adequado nas escolas, a calibração dos aparelhos, e a logística de transporte da equipe e do equipamento.
<b>80.</b> Realização de triagem da acuidade visual em 100% das escolas do Ensino Fundamental das Escolas Públicas. 100% das escolas vinculadas ao PSE.	92,6%	Foi realizada triagem visual em 12.529 alunos das escolas públicas, com 15,4% de testes alterados. Sugerimos a modificação da meta de número de escolas para número de alunos triados (Cobertura 95% dos alunos da 1ª série do ensino fundamental de escolas públicas vinculadas ao PSE com triagem visual).
<b>61.</b> Identificação de sobrepeso e obesidade na infância e adolescência em 100% das escolas públicas vinculadas ao PSE (35% das escolas públicas).	17,4%	Foi realizada avaliação antropométrica em 3.382 alunos das escolas públicas, com 9,8% de sobrepeso e 8,3% de obesidade. Sugerimos a modificação da meta de número de escolas para número de alunos triados (Realização de antropometria em 25% dos alunos das escolas públicas vinculadas ao PSE).

## 15.2 Saúde do Adulto

### 15.2.1 Saúde do trabalhador

Quadro 57– Metas pactuadas em 2011 no PAS Municipal

PREVISTO	REALIZADO	OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA
64. Implantar o fluxo de notificação, ações e assistência a crianças e adolescentes em situação de trabalho em 1 Gerência Distrital	Em processo de realização, sendo atingida a meta na questão da notificação. Meta com acompanhamento contínuo e permanente das ações.	Foram trabalhadas 02 GDs, através de capacitações, com abrangência de 193 profissionais de saúde da rede primária capacitados, através de 16 aulas – treinamento. A construção do fluxo das ações encontra-se em processo, em conjunto com a FASC.
83. Implantação do fluxo de notificação de assistência e promoção da saúde do trabalhador em uma Gerência Distrital de Porto Alegre.	A notificação <b>de assistência e promoção da saúde do trabalhador</b> foi implantada em 02 Gerências Distritais. As ações regionais nos municípios de responsabilidade do CEREST tem acompanhamento contínuo e permanente.	Foram trabalhadas 02 GDs, através de capacitações, com abrangência de 193 profissionais de saúde da rede primária capacitados, através de 16 aulas – treinamento, assim como orientações e assessoria às Unidades de Saúde e ESF sobre o fluxo de ações, assistência e notificações implantadas nas capacitações.  -Monitoramento e assessoria das notificações na região de abrangência, de municípios com notificações positivas; Ver Quadro 56 abaixo.

<p>111. Implantação da 4ª Unidade Sentinela (US) para acidentes graves e fatais, no HPS</p> <p>** indicador 49- PAVS</p>	<p>Em processo de realização.</p>	<p>Em 2010, houve a implantação da 3ª Unidade Sentinela, sendo as três: CEREST, Ambulatório de Doenças do Trabalho do HCPA e Pavilhão Pereira Filho no Hospital Santa Casa. Para 2011, tinha-se como meta não pactuada com a SES/RS, porém como meta do PAS, a implantação da 4ª Unidade Sentinela, através da notificação, no HPS/SMS/PMPA. Porém, essa não foi totalmente efetivada, pois está na dependência da total implantação da informatização.</p>
--	-----------------------------------	---

**Quadro 58- Indicadores em Saúde do Trabalhador, em números absolutos .**

Indicador	Meta PAVS/ SISPACTO 2011	2011	Variação % da meta atingida	Meta PAVS/ SISPACTO 2010	2010	Variação % da meta atingida
N.º de Notificações pelo SINAN * (PACTO PELA VIDA – Prioridade VII ST 23)	<b>150/ano</b>	475	316%	<b>191/ano</b>	193	101%
Nº de Unidades Sentinelas notificando doenças e agravos relacionados ao trabalho no SINAN. * (PAVS 49)	<b>4 sentinelas até 2013</b>	3	75%	<b>3 Sentinelas</b>	3	100%
Casos de doenças e agravos notificados SIST-RS (SISPACTO – INDICADORES-RS 15)	<b>400/ano</b>	629	157%	<b>400/ano</b>	515	128%

Fonte: CGVS-SINAN- SIST/RS

**Quadro 59: Unidades da Rede Municipal de Saúde que realizaram notificação – ano 2011**

Unidade Sentinela CEREST
HPS
HPV
PA Cruzeiro
PA Lomba do pinheiro
PA Bom Jesus
UBS Camaquã
Centro de Saúde Bom Jesus
Centro de Saúde Modelo
PSF Campos do Cristal
PSF Vila Pinto

**Quadro 60: Unidades Não-Municipais de Saúde que realizaram notificação- ano 2011**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Hospital Ernesto Dorneles
Hospital Divina Providência
Hospital Santa Casa Misericórdia
Hospital São José
Hospital Moinhos de Ventos
Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre
Hospital Mãe de Deus
Hospital Cristo Redentor
Hospital São Lucas
Instituto de Cardiologia
Hospital Parque Belém
Clínicas Privadas

**Tabela 129- Notificações de casos de trabalho infantil de residentes em POA, distribuídos por sexo, em números absolutos .**

NOTIFICAÇÕES	Meninos	Meninas	Total
N.º de Notificações do trabalho Infantil pelo SINAN /ano	5	2	7

Fonte: CGVS-SINAN-Violências

As metas previstas no PAS 2011 do Plano Municipal de Saúde de POA foram executadas, com todos os indicadores de pactuação em saúde do trabalhador superados, o que demonstra o contínuo, porém lento, crescimento das notificações nos últimos 04 anos.

Estes números representam o início do resultado do trabalho que o CEREST e o CGVS vem realizando na área, através de monitoramento, capacitações e projetos específicos para agravos importantes em ST.

A prioridade neste momento é o efetivo estabelecimento de fluxos adequados e eficazes de saúde do trabalhador na rede de saúde, de forma descentralizada e capaz de ser realizada por todos os profissionais dos diversos níveis de atenção, pois a realidade é de resultados positivos pontuais. Para isso, a ST está sendo reorganizada a nível de gestão, para que tenha espaço prioritário na informatização da saúde e assim se obtenha uma abrangência de cobertura na rede, principalmente na atenção primária, através de assistência integralizada de CEREST- CGVS- Rede.

Em relação às notificações compulsórias de agravos relacionados com a Saúde do trabalhador, temos dois Sistemas de Informação funcionando concomitantemente: SINAN/MS (proposto pelo Ministério da Saúde) e SIST/RS (proposto pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul).

Pode -se perceber um aumento significativo das notificações pelo SINAN/ MS, inclusive ultrapassando a meta pactuada, pelo trabalho realizado nas Unidades Sentinelas e nos Hospitais, que tem agora a obrigatoriedade de notificar pelo SINAN e foram monitorados nas ações de ST no decorrer do ano de 2011. Outros serviços de saúde têm utilizado as fichas do SINAN somente para os casos de material biológico, violência (trabalho infantil) e intoxicações exógenas, após definição realizada pelo CEREST e EVSAT/ CGVS, onde se optou iniciar as notificações com uma ficha de mais simples preenchimento, em função de que o SINAN tem um ficha bastante complexa. Durante o ano de 2011, foram capacitados vários serviços, como os SESMTS dos hospitais de Porto Alegre, as Unidades Básicas de Saúde (UBs) e Estratégias de Saúde da Família ( ESF) pertencentes a duas Gerências Distritais: Gerência Glória, Cruzeiro, Cristal e Gerência Leste-Nordeste.

As notificações pelo SIST/ RS também superaram a meta, apesar de que as UBs e ESF estão muito aquém nas notificações, com uma porcentagem muito pequena fazendo o registro devido à resistência dos profissionais em relação à notificação na ST e não conhecimento das competências de cada nível de atenção, importante na descentralização das ações na área.

O CEREST e o EVSAT/ CGVS em conjunto, já vêm trabalhando com a rede de atenção primária, no sentido de reverter este quadro. No ano de 2011, este trabalho intensivo de capacitação- treinamento em 02 GDs, serviu para que a atenção primária reconheça e notifique estes agravos, para que os profissionais realmente efetivem as

ações, a assistência e a notificação compulsória, conforme preconiza o MS e a Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador ( RENAST) na descentralização da ST. Com isso, espera-se ter uma resposta no aumento das notificações de 2012.

Em relação ao trabalho infantil, em 2011, houve 7 notificações de casos de trabalho infantil de residentes em POA, pois não obtemos o dado parcial de notificações do trabalho infantil de atendimentos dos não- residentes nesta cidade, que estão incluídos no número de notificação geral de violências, que é de 1300 casos ( dados do CGVS/POA). Somente 7 notificações é representativo do panorama geral deste agravo, em que há pouco conhecimento e é delineado por implicações delicadas, como questões de trabalho, família, comunidade e determinantes culturais. Então, trabalhou-se no foco da definição do MS, sobre este agravo ser parte da violência, representando, além da mudança de paradigma, mudança da notificação do Sistema RINAV /RS para o Sistema SINAN/ MS, o que acarretou em organizações dentro do âmbito municipal e também nas capacitações-treinamento das 02 GDs. Além de que, a instituição do fluxo de ações e assistência na rede de saúde, está sendo trabalhado através de matriciamento específico, de forma territorial, com parceria interinstitucional, essencial para a resolutividade dos fluxos.

Sobre os óbitos relacionados ao trabalho, durante o ano de 2011, foi realizada a investigação dos óbitos por causa externa (CE) de moradores de POA, excluindo somente os indivíduos com 12 anos ou menos e 80 anos ou mais. Dos casos selecionados para investigação ( 649 casos) , selecionou-se os casos com forte suspeita de relação com o trabalho e buscou-se na mídia a existência de reportagens que esclarecesse a causa do óbito, assim como em outras instituições competentes. Após esta busca, nos casos que permaneceram suspeitos, realizaram-se visitas domiciliares para entrevista com as famílias. Como não foi possível a confirmação dos casos, não consideramos os dados para o RAG. Pode-se perceber que existe a falta de um registro adequado da relação dos óbitos com a causa trabalho pelos profissionais da saúde, até mesmo nos sistemas de informação de mortalidade, que não contempla este registro. Com a informatização e o estabelecimento do HPS como Unidade Sentinela para acidentes graves e fatais, deve-se sanar esta dificuldade de dados.

## 15.2.2 SAUDE DA MULHER

Tabela 130- Indicadores de Mortalidade -

Indicador	Total 2011	Total 2010	Variação
Nº absoluto de óbitos de mulheres em idade fértil	492	555	- 11,5%
Nº absoluto de morte materna	6	6	0
Razão de morte materna	32,1	32,9	-2,12%
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	100%	100%	0

Fonte: SIM/CGVS/POA

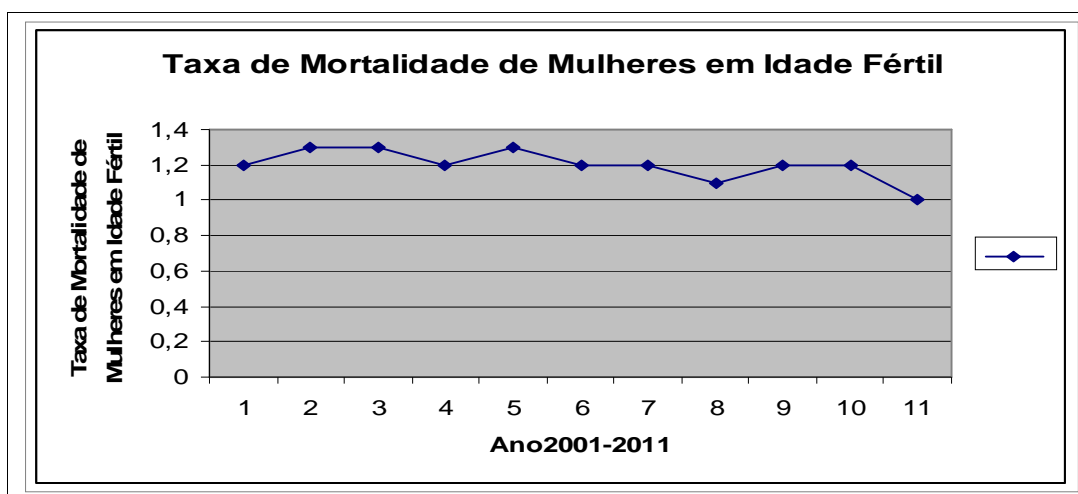


Figura 6- Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (10-49 anos) e mortalidade materna

Observa-se que o número de mortes de mulheres em idade fértil diminuiu 11,55% em 2011 com relação a 2010, apresentando diferença significativa em relação aos anos anteriores. A principal causa de óbitos continua sendo o distúrbio cardiovascular e após as neoplasias, sendo a principal o câncer de mama.

Com relação à morte materna, ocorreram 6 óbitos, mesmo número que em 2010, mas como o número de nascidos vivos foi maior em 2011, proporcionalmente há uma redução da razão da morte materna de 2,1%. Obter redução da mortalidade materna é sempre um excelente indicador de qualidade de vida da população, principalmente quando esta redução é consistente como em Porto Alegre. Mesmo não tendo atingido a meta (Razão abaixo de 31/100.000NV) a redução da mortalidade materna é uma grande conquista da Saúde. Este número ainda poderá se modificar nos próximos meses após o término do estudo de cada caso individualmente pelo Comitê de Morte Materna, quando será confirmado se o óbito esta ligado diretamente ao parto ou puerpério.



**Devemos ressaltar que Porto Alegre mantém os índices de mortalidade materna bem abaixo da meta da ONU para 2015 que é de 35 óbitos por 100.000mil .**

No ano 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil investigados, atingindo a pactuação.

### **Assistência ao Pré Natal**

**Tabela 131-Proporção de Recém Nascidos Vivos (RNV) e o Nº de Consultas do PN, período 2010-2011.**

Ano					
2011			2010		
Nº RNV	RNV de mães que realizaram 7 ou + consultas pré-natal (6 consultas de pré-natal + 1 consulta de puerpério)	%	NºRNV	RNV de mães que realizaram 7 ou consultas pré-natal (6 consultas de pré-natal +1 consulta de puerpério)	%
18688	5.049	73,2	18.204	13078	71,8

Fontes: SISPRENATAL E SINASC

Com relação ao número de gestantes que fizeram 7 ou mais consultas de pré natal verifica-se um aumento de 1,4%. O aumento do nº de consultas de pré-natal vem aumentando nos últimos anos possivelmente pelo melhor acesso as consultas de pré natal e as gestações planejadas pelas mulheres. A proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal até 120 dias de gestação é 1,9% maior do que em 2010, muito embora os dados sejam parciais mas é preciso aguardar a conclusão da digitação dos formulários para poder confirmar este dado.

**Tabela 132-** Demonstrativo do nº de partos realizados, período 2010-2011.

Indicador	2011	2010	Variação
	Total	Total	
Nº de Partos*	18.688	18.116	+2,6%
Normal	8.726 46,69%	8.671 (48,12%)	-2,9%
Cesarianas	9.962 (53,31%)	9.445 (51,88)	+2,7%

Fonte SINASC

Os hospitais privados tiveram em 2011 um índice de cesariana de 84,2%, puxando para cima este indicador. Os hospitais públicos mantêm seu índice entre 30% e 40% (2011: 38,5%), bem semelhante ao preconizado pelo Ministério da Saúde, em torno de 27% para hospitais de baixo risco e de aproximadamente 35% para os que atendem alto risco, que é o caso de todas nossas maternidades SUS de Porto Alegre. Já os Hospitais privados apresentam um índice alarmante de cesarianas, três vezes

acima do preconizado para maternidades de baixo risco e mais do que o dobro para as de alto risco.

## Saúde Sexual e Reprodutiva

Tabela 133- Procedimentos realizados e contraceptivos utilizados – 2010/2011.

Método	Período		
	2010	2011	Varição
		Qtd	
<b>Anticoncepcional Oral</b>	Qtd	<b>Cartelas</b>	
Noretisterona 0,35 mg (minipilula)	10.000	21.508	+115%
Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg	217.361	173.750	+20%
Levonorgestrel 0,75mg (contracepção de emergência)	291	225	-12%
<b>Anticoncepcional injetável</b>		<b>Ampolas</b>	
Anticoncepcional injetável (uso trimestral)	40.281	4.431	- 89%
Anticoncepcional injetável (uso mensal)	21.244	53.814	+60%
DIU (dispositivo intra-uterino)	1669	1.384	-17%
Ligadura de Trompas	1.286	1177	-8,4%
Vasectomia - código –	641		770

Fonte: Assistência Farmacêutica SAI e SIH

Em 2011 houve um aumento de 115% na distribuição do contraceptivo noretisterona, o qual é utilizado na fase de amamentação, este aumento se deu porque em 2010 houve um problema com o abastecimento deste produto, o qual foi normalizado em 2011. O contraceptivo hormonal combinado, que é o mais utilizado, teve um aumento na distribuição de 20%. A contracepção de emergência teve uma queda de 12% em relação ao ano anterior. Houve também uma pequena queda de 12% na colocação de DIU no ano de 2011. Com relação ao injetável trimestral, cabe ressaltar que a magnitude da queda de 89% na distribuição deve-se, principalmente, à falta do insumo no mercado nacional, tanto para compra em atacado como no varejo. Provavelmente, inclusive, esta seja a explicação para um aumento tão significativo de 60% na distribuição do injetável mensal. Com a falta do injetável trimestral houve grande migração das pacientes que o utilizavam para o mensal, devido à semelhança do método.

O número de laqueaduras tubárias realizadas em 2011 foi de -8,4% , já as vasectomias tiveram um aumento de 16% no número de procedimentos realizados.

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.

A oferta de contraceptivos é continua ocorrendo uma oferta regular de todos os métodos contraceptivos para os usuários do Município.

## Câncer de Colo do Útero

**Tabela 134 - Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Colo do Útero**

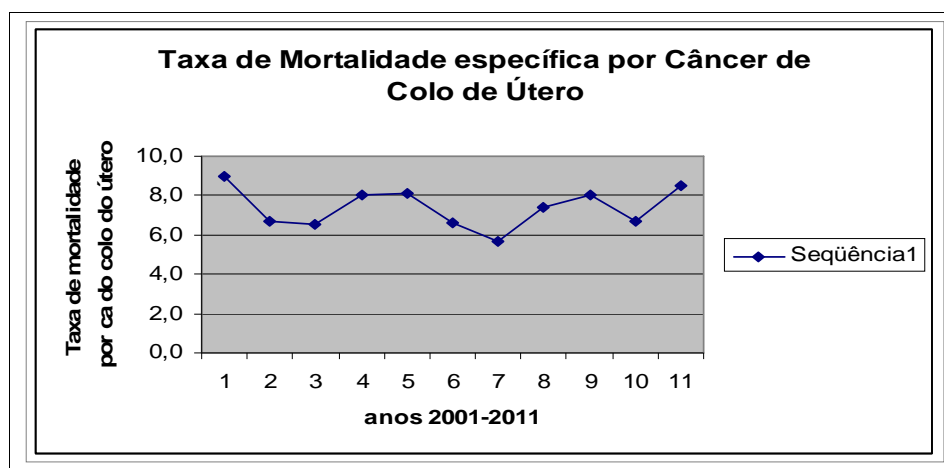
Período /Exame	2010	2011	Variação
Total de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos	53.056	53.625	+569 (+1%)
Razão entre 25-59 anos	0,14	0,14	0%
Total de exames na população de 10-69 anos	76.554	79.675	+3.121(+4,0%)
Razão entre 10-69 anos	0,15	0,16	+0,01
Colposcopias	16.505	15.568	-5,6%

Fontes: SISCOLO e TABWIN

No ano de 2011 obtivesse um aumento total de 3.121 (4%) exames de citopatologia do colo do útero e de 569 exames (1%) na população dos 25-59 anos. Este aumento não foi suficiente para atingirmos a meta que era a razão de 0,16 na população alvo dos 25-59 anos.

Com relação as colposcopias houve uma queda de 5,6% a qual não é significativa, considerando que a sua indicação é para exames citopatológicos alterados, que fica em torno de 3% e alterações na inspeção visual do colo do útero, que não é possível mensurar e tem uma grande variabilidade numérica.

Em julho de 2011, o Ministério da Saúde modificou a faixa etária da população alvo para coleta do citopatológico do colo do útero, será dos 25- 64 anos, portanto a partir de 2012 estaremos utilizando estas novas idades , ao invés dos 25-59 anos.



**Figura 7- Série Histórica da mortalidade por câncer de colo de útero.**

Fonte: SIM/CGVS/POA

Observa-se, em 2011, um aumento de 13 casos de morte por câncer do colo do útero em relação ao ano anterior. Vale ressaltar que este aumento não reflete a realidade atual com relação ao rastreamento, detecção precoce e tratamento das lesões precursoras, visto que a mortalidade ocorre no geral pelo menos 5 anos após o início da doença. De qualquer forma isto demonstra que ainda temos muito trabalho pela frente, pois para incidirmos na redução da mortalidade de qualquer causa de forma consistente e não apenas pontual como em alguns anos anteriores temos que ter toda a cadeia de promoção, prevenção, assistência e reabilitação organizada.

### Câncer de Mama

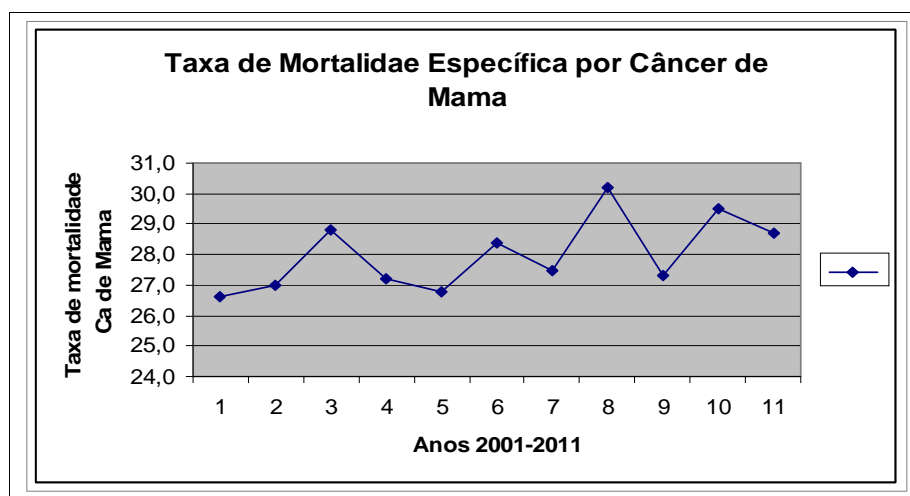
**Tabela 135- Nº de ecografias mamárias e mamografias realizadas período 2010-2011.**

Exames realizados	Período		Variação
	2010	2011*	
Ecografias mamárias	14,153	15.568	+10%
Mamografias	47.042	50.154	+3.112 (+6,6%)
Mamografias 50-69 anos	26.346	27.678	+1.332 (+5%)
Razão 50-69 anos	0,16	0,17	+(0,01%)

Fonte: SISMAMA/TABWIN

É observado um aumento de 3.112 (6,6%) exames em 2011 na população total e de 1.332 (5%) exames na população alvo, sendo atingida a meta razão de 0,17.

A ecografia mamária que é um exame complementar a MMG apresentou um aumento 10% em relação a 2010.



**Figura 8- Série Histórica da mortalidade por câncer de mama**

Fonte: SIM/CGVS/POA

A mortalidade pelo câncer de mama teve uma queda em relação a 2010, mas tem se mantido no mesmo patamar dos anos anteriores, sem diferença significativa entre os anos acima.

#### **ATIVIDADES REALIZADAS EM 2011**

- ✦ Atividades de promoção e prevenção da saúde da mulher, para comemoração do dia Internacional da Mulher em todas Unidades de Saúde de POA.
- ✦ Confecção, impressão e distribuição da nova Carteira da Saúde da Mulher.
- ✦ Evento comemorativo ao Dia da Mulher com lançamento da carteira da Mulher e plano de metas para o exame de citopatológico e MMG por Unidade de Saúde.
- ✦ Finalização, impressão e distribuição para os profissionais da rede Básica de Saúde da Diretriz Para a Assistência à Saúde de Lésbicas, Mulheres Bissexuais e que fazem sexo com outras Mulheres.
- ✦ Divulgação para a Rede das metas de coleta do exame de citopatológico do colo do útero e mamografia por Unidade e USF.
- ✦ Capacitação de 223 Técnicos de Enfermagem em Saúde da Mulher.
- ✦ Reuniões da Regionalização da Assistência Obstétrica com os Hospitais Fêmeina, Conceição, HPV, PUC, e Clínicas e Santa Casa e suas respectivas Unidades de Referência. (6 reuniões).
- ✦ Capacitação de 84 médicos e enfermeiras pré-natalistas em prevenção ao Trabalho de Parto Prematuro;
- ✦ Discussão e acompanhamento dos casos de mortalidade materna nos encontros mensais do Comitê de Morte Materna;
- ✦ Definição do fluxo de gestantes com transtorno mental e divulgação para as Gerências Distritais (parceria AT Saúde Mental);
- ✦ Reorganização do fluxo da gestante HIV positiva (parceria AT DST/AIDS);
- ✦ Força tarefa com o Hospital Fêmeina para atender os casos de demanda reprimida de Laqueadura Tubária da Rede;
- ✦ Capacitação de 209 profissionais da Rede Básica de Saúde nos Protocolos de Saúde Sexual e Reprodutiva e Protocolo de Acolhimento a Mulheres Lésbicas Bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres;
- ✦ Aquisição e início da implementação nas Unidades de Saúde do Teste de Gravidez.

- ⤴ Capacitação dos Enfermeiros das UBS/ESF da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro para utilização do Teste Rápido de Gravidez (parceria com Farmacêutico Bioquímico do HMIPV);
- ⤴ -Elaboração da Diretriz Técnica e implantação do Teste Rápido de Gravidez nas UBS/ESF da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro;
- ⤴ Participação no Grupo de Trabalho sobre Câncer de Mama, promovido pela Seção da Saúde da Mulher da SES.
- ⤴ Capacitação dos profissionais médicos e enfermeiros das UBS/ESF das Gerências Distritais Glória/Cruzeiro/Cristal, Restinga/Extremo Sul e Norte/Eixo Baltazar para testagem rápida do HIV em gestantes (parceria com a AT DST/Aids);
- ⤴ Construção com as Gerências Distritais da pactuação de metas para coleta de citopatológico e mamografia nas UBS/ESF.
- ⤴ Planejamento de evento relativo ao Dia Internacional da Mulher em conjunto com Gerências Distritais, ASSECOM, Comissão de Saúde da Mulher do Conselho Municipal de Saúde;
- ⤴ Participação das reuniões do Grupo Condutor Estadual – Rede Cegonha, promovido pela SES;
- ⤴ Participação na construção do Plano Regional - Rede Cegonha –SES;
- ⤴ Formação do Grupo Condutor Municipal – Rede Cegonha;
- ⤴ Construção do Plano de Ação Municipal – Rede Cegonha;
- ⤴ Monitoramento do Núcleo Mama Porto Alegre.
- ⤴ Capacitação em Saúde da Mama dos agentes comunitários pelo IMAMA, através de convênio firmado com a SMS.

**Quadro 61 - Metas Constantes na PAS /Saúde da Mulher 2011**

<b>Metas anuais constantes no PAS</b>		<b>Observação específica</b>
<b>Previsto 2011</b>	<b>Realizado</b>	
<p>66.** Reduzir a razão de Mortalidade materna de 30 a 49/100mil para menos de 30 /100mil, com equidade segundo raça/cor, até 2013.<sup>6</sup></p> <p>Indicador 6 SISPACTO Reduzir a razão de mortalidade materna para menos de 31/ 100 mil NV</p>	<p>Redução de 32,9 para 32,1 Obtida redução de 2, 12%.</p>	<p>Obter redução da mortalidade materna é sempre um excelente indicador de qualidade de vida da população, principalmente quando esta redução é consistente como em Porto Alegre. Mesmo não tendo atingido a meta a redução da mortalidade materna é uma grande conquista da Saúde.</p>
<p>67. Aumento da razão entre mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos de 0,16 para 0,17</p>	<p>Razão de 0,17</p>	<p>A meta foi atingida,</p>
<p>70. Aumento da razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos da população alvo, de 0,14 para 0,16</p>	<p>População de 25 a 59 anos - Razão de 0,14</p> <p>População total Razão de 0,16</p>	<p>Apesar do aumento absoluto do número de exames de citopatológico do colo de útero de 569 exames dos 25-59 anos , não houve aumento na razão dos exames feitos. Mas em relação ao número total de exame houve um aumento de 3.121 exames e aumento da razão de 0,15 para 0,16.</p>
<p>71.Garantir seguimento/ tratamento das mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de ALTO GRAU DO COLO DE ÚTERO de 100% dos casos rastreados nas US</p> <p>Seguimento em 100% dos casos</p>	<p>Seguimento de 50% dos casos e busca de 100% dos casos</p>	<p>Está sendo realizado esforço continuo tanto pelos serviços de saúde como da própria CGVS para buscar 100% dos casos de mulheres com lesões de alto grau, mas o seguimento de 100% dos casos ainda é dificuldade em função de informações inconsistentes das Unidades de saúde e Hospitais, com preenchimento inadequado dos formulários, troca de endereço das pacientes e área aberta das UBSs, acreditamos que com a informatização da rede as dificuldades serão bem menores.</p>

<sup>6</sup> As Metas 68 e 69 foram reescritas no PAS 2012

72. Incorporar o rastreamento cardiovascular na rotina de atenção a mulher em 50% das US até 2013.	Realizada adaptação do Protocolo para a Rede de Saúde.	Não foi possível por dificuldade de recursos humanos e outras prioridades que surgiram, iniciar a implantação na rede. Esta se iniciará em 2012.
78. Aumentar a Cobertura do pré - natal para no mínimo 95% nas áreas de atuação das ESF. 10	94,12 % de cobertura na ESF fonte SIAB	Em 2012 intensificaremos as ações para atingir a meta de 95%, mas de qualquer forma consideramos o resultado muito positivo.
79. Aumentar cobertura do pré - natal para 70 % nas áreas de atuação das US.	72,6% de cobertura fonte SINASC	Atingida a meta de cobertura de pré natal de 7 ou mais consultas nas áreas de atuação das UBS

### 15.2.3 Saúde do Idoso

Quadro 62- Análise das Metas PAS 2011- Saúde Idoso

PREVISTO	REALIZADO	OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA
75.Redução do nº de internações hospitalares de pessoas idosas por fratura de fêmur de 23,67 para 18,56 por 10.000/ hab até 2013. Indicador SISPACTO 19,381	Ocorreram <b>687</b> internações, sendo <b>492</b> de residentes de Porto Alegre.	Avaliação: 29,6 por 10.000hab não houve redução do indicador e sim aumento indicando necessidade de intervenção maior em prevenção junto esta faixa etária.
76.** Redução do nº de internações por AVC em população com mais de 60 anos para menos de 53 por 10.000/hab até 2013. ** Indicador 19 SISPACTO –	Ocorreram <b>2121</b> internações, sendo <b>1419</b> residentes de Porto Alegre.	Avaliação: 85,3 por 10.000 hab, o indicador permanece acima da meta indicando necessidade de intervenções em vários de níveis da atenção como prevenção, promoção e assistência.
Criação de um Centro de Atendimento a pessoa Idosa, na região central da cidade até 2011;	Obra do Centro de especialidade Santa Marta em andamento. O processo deve voltar a ser discutido no CMS separado do SAE como ficou deliberado. voltar ao	A Área técnica de saúde do idoso esteve sem representante no ano de 2011.

O Método de cálculo utilizado para os dois indicadores e metas acima é: Número de internação hospitalar por fratura do fêmur em pessoas com 60 anos ou mais, por local de residência /Total da população com 60 anos ou mais, no mesmo período de tempo e local considerados no numerador x10.000.

Números usados para cálculo

A base de calculo utilizada é a População de Porto Alegre: 1409.938 ( IBGE 2010)

População de idosos: estimada em 11,8% = 166.372 mil idosos.



## 16. POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

### 16.1 Saúde da População Negra

No ano de 2011 a área técnica buscou a intersectoralidade para alcançar suas principais linhas de atuação que envolve a promoção, prevenção e assistência à saúde da população negra. O comparativo entre um ano e outro somente será referente às doenças de notificação compulsória serão analisadas por cada área técnica.

**Quadro 63- Metas Constantes na PAS 2011**

Previsto para 2011	Realizado	Observação Específica
117. Qualificação dos sistemas de Informação do SUS no que tange à coleta, processamento e regados por raça, cor e etnia	O preenchimento do campo é obrigatório, sendo acima de 90% de preenchimento, para doenças de notificações compulsórias. Entretanto ainda não temos uma análise sobre a qualidade deste dado, porque ainda temos uma parte destes 90% com preenchimento como ignorado e também não temos uma avaliação sobre os critérios de definição utilizada pelo responsável pelo preenchimento que deve ser a auto declaração.	As ações de campanha para o quesito raça/cor e também o boletim epidemiológico serão realizadas em 2012.
118. Combate à discriminação étnico racial em 80% dos serviços do SUS atendendo as especialidades com recorte racial e promovendo a equidade em saúde até 2013	As ações previstas para a meta foram atingidas parcialmente, faltando somente as três capacitações que passam a serem incluídas para o ano de 2012.	O Premio Equidade em saúde: saúde da população negra foi um dos instrumentos importantes para ampliar a rede de serviços de saúde e promover a equidade em saúde. E deve ter continuidade em 2012.
119. Criação e Implementação de uma política municipal de atenção a Doença Falciforme	A política de Doença Falciforme esta sendo desenhada através de cada ponto a ser definido no Protocolo.	
121. Ampliação de dois para quatro Quilombos atendidos pela ESF até 2013.	Meta não realizada em 2011	Em relação ao Quilombo da Família Silva, a meta não foi atingida na sua integralidade porque os quilombolas estão em dúvida se querem ser atendidos pela ESF ou pela US, entretanto já foi realizado uma visita da ESF IAPI no Quilombo. Em relação ao Quilombo dos Alpes aguardam por uma ESF na região, porém a comunidade de moradores da região do Alpes não concorda com a transformação da US Alpes em ESF. Daremos continuidade a meta em 2012 junto as comunidades.

## 16.2 Saúde da População Prisional

Quadro 64 Metas Programação Anual de Saúde

Previsto 2011	Realizado	Observação específica
124. Elaboração do plano municipal da população privada de liberdade	Meta alcançada	O plano foi apresentado e aprovado no CMS em 2011,
125. Implantação do protocolo de atendimento de mulheres em situação de vulnerabilidade em 20% das equipes	Elaboração de protocolo de atendimento das mulheres em situação de vulnerabilidade	Grupo de Trabalho ampliado constituído, sob a coordenação da saúde da mulher, para elaboração do protocolo.

Com a instalação das 03 (três) equipes de saúde prisional, sendo 02 (duas) equipes no Presídio Central de Porto Alegre e 01 (uma) Penitenciária Feminina Madre Pelletier, efetivam-se as atividades de atenção pelos profissionais, maio de 2011. as equipes iniciam os atendimentos e procedimento adequado-se as orientações e regras de um estabelecimento prisional.

A SMS, por meio da área técnica de saúde prisional, criada no mesmo período é vinculada a Coordenação Geral de Atenção Primária a Saúde- CGRAPS e desenvolve suas atividades com o apoio técnico intermediando as equipes destas unidades, bem como as instancias dos órgãos estaduais (Secretaria estadual de Saúde, Susepe, direção dos Presídios) co esta Secretaria.

No período, as equipes de saúde prisional, assim como os demais órgão da segurança, vem fazendo o reconhecimento dos sistemas e fluxos da Rede dos serviços de saúde municipal, ação que ainda precisa ser continuada e reforçada ao longo de 2012.

Atualmente os fluxos para recebimento de medicamentos, material de enfermagem, de consumo e outros, via a SMS, já é acessado e fornecido as unidades. As equipes estão sendo preparadas, por meio de capacitação oferecida para que tenham acesso as consultas especializadas, via sistema AHGOS. Além destas foi oportunizado, a membros das três equipes, a inscrição para participação em capacitações destinadas as equipes da Rede, como na área de DST/AIDS e Saúde da Mulher.

Com vistas a melhoria e qualificação do atendimento, foi definido em reunião junto a representação do Ministério Público Estadual e esta SMS, a habilitação de mais 01 (uma) equipe de saúde prisional para o PCPA, constituindo-se como uma das metas do PAS.

As Unidades foram vistoriada por equipe da Vigilância Sanitária Municipal que apontou as necessidades de adequação para um melhor funcionamento e de atendimento para usuários e profissionais de saúde. O referido laudo norteará as reformas e ampliações previstas para o ano de 2012, cuja execução foi assumida por esta SMS, a partir do incentivo federal destinado para este fim. O projeto arquitetônico para ampliação e reformas das dependências do PFMP e PCPA, será realizado e coordenado pelo Hospital Vila Nova, parceiro contratualizado para funcionamento e prestação de serviço das equipes de saúde prisional.

No quarto trimestre, foi encaminhado, por processo administrativo nº 001.052822.11.7, a compra de material permanente e equipamentos as Unidades. O recurso para obtenção dos materiais citados são oriundos do Incentivo Financeiro do Fundo Estadual de Saúde.

No mês de dezembro de 2011, ficou estabelecido o fluxo para atendimento de gestantes privadas de liberdade de alto risco e parto, o atendimento passa a ser feito no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

Foram realizadas aproximadamente 10 (dez) reuniões, sobre diferentes temas, entre as áreas de saúde prisional da Susepe, Secretaria Estadual de Saúde e da SMS com o propósito de definir, informar e organizar as ações para funcionamento das unidades. E ainda, reuniões do grupo de entidades e órgão do estado e município, na comissão de execuções criminais do Ministério Público, coordenado pela Dra. Cíntia Japour.

Cabe ressaltar, a avaliação feita pela direção da casa prisional, a esta Coordenação, que elogia a qualidade do atendimento após implantação da unidade de saúde e do desenvolvimento das atividades das equipes de saúde junto aos apenados. Fato ilustrado pela redução significativa no número de óbitos ocorridos. Conforme relato da área da segurança do Presídio e do Hospital Vila Nova, em 2009 o número foi de trinta e seis (36) de óbitos, em 2010 foram treze (13) mortes e no final de 2011 o número foi quatro (04) de óbitos.

A partir de maio de 2011 a CRAPS passa a receber relatório das atividades elaborado pela equipe das unidades, no entanto sem a padronização utilizada pelas demais unidades da rede de saúde, esta situação ainda perdura, frente as dificuldades estruturais, física e de equipamentos nos estabelecimentos prisionais. Sendo assim, o segundo e terceiro trimestres foram informados dados gerais das áreas de atendimento, enquanto que o relatório do quarto trimestre considerou o tipo de atendimento prestado pelas áreas. Contudo, percebemos algumas dificuldades, das equipes, para este registro. Acredita-se que para os primeiros trimestres do ano vigente

esta situação será normalizada, tão logo as estruturas necessárias esteja em instaladas e funcionamento nestas unidades.

Os dados abaixo referem-se aos atendimentos das Unidades de Saúde Prisional-USPs, a partir do segundo trimestre de 2011

**Tabela 136 Procedimentos Presídio Central de Porto Alegre**

AREAS	2 TRIMESTRE	3TRIMESTRE
MÉDICO	3010	3121
ENFERMAGEM	16493	14283
ODONTOLOGIA	711	763
PSIQUIATRIA	224	258
PSICOLOGIA	621	593
SERVIÇO SOCIAL	640	599

**Tabela 137- Procedimentos Presídio Feminino Madre MADRE PELLETIER**

AREAS	2 TRIMESTRE	3TRIMESTRE
MÉDICO	1678	1719
ENFERMAGEM	2363	1926
ODONTOLOGIA	539	465
PSIQUIATRIA	174	75
PSICOLOGIA	280	294
	300	284

As informações referentes ao quarto trimestre encontram-se em tabela distinta abaixo, devido a solicitação de alteração dos dados dos atendimentos nos estabelecimentos prisionais, que até a presente data não conta com disponibilidade do sistema para verificação dos procedimentos o SIASUS.

**Tabela 138-:PCPA: 4ºTRIMESTRE**

AREAS	TOTAL DE ATENDIMENTOS
SAÚDE BUCAL	689
SAÚDE MENTAL	441
PNEUMOLOGIA/TUBERCULOSE	4565
DST/AIDS-HEPATITES	377
HIPETENSÃO ARTERIAL/CONTROLE DIABETES	3663

**Tabela 139-PFMP: 4ºTRIMESTRE**

AREAS	TOTAL DE ATENDIMENTOS
SAÚDE BUCAL	603
SAÚDE MENTAL	277
PNEUMOLOGIA/TUBERCULOSE	228
DST/AIDS-HEPATITES	152
HIPETENSÃO ARTERIAL/CONTROLE DIABETES	723
Ecografias obstétricas	48
Papanicolau	241
Rastreamento CA de mama	13

Pré-natal	145
Ecografias transvaginais	08

Os atendimentos relativos a ecografias (obstétricas e transvaginais), rastreamentos de cólon do útero/câncer de mama e pré-natal, perfizeram um total de 455 atendimentos e procedimentos realizados no trimestre.

### 16.3 Povos Indígenas

#### Quadro 65- Metas Constantes na PAS

Meta	Realizado	Considerações
120. Constituição de uma equipe de Saúde da Família Indígena em 2013	Não houve a constituição de equipe multidisciplinar para indígenas	Aprovada a equipe pelo CMS em 2011, aguardando concurso através do IMESF.
122. Redução para 2,5 por ano, eventos diarréicos em criança indígena menores de 5 anos relacionados com deficiência em saneamento.	Não temos dados de avaliação deste indicador.	Há a necessidade de implantação de equipe multidisciplinar indígena assim como ações intersetoriais que efetivem ações de prevenção e promoção de saúde a comunidade, uma delas é o saneamento.
123. Atenção integral aos portadores de diabete e de hipertensão em 100% das comunidades indígenas a partir de 2012;	Não temos dados de avaliação deste indicador	Há a necessidade de implantação de equipe multidisciplinar indígena e após a ampliação e qualificação do sistema de informações específicos dos indígenas. Porém as comunidades indígenas são 100% atendidas por unidades de saúde de referência.

## **17.CONTROLE SOCIAL**

O presente Relatório faz parte do processo de prestação de contas das atividades do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre durante o ano de 2011. Ele consta de duas partes: apresentação das atividades por órgão e as resoluções do Plenário.

### **Plenário:**

O Plenário reuniu-se 29 vezes durante o ano de 2011, sendo 24 Reuniões Ordinárias e 5 Reuniões Extraordinárias, com uma presença média de 33 conselheiros.

O Plenário aprovou 72 Resoluções, cujo conteúdo encontra-se no Anexo 1. As 65 primeiras já foram publicadas no DOPA, e as demais aguardam a aprovação das Atas do mês de dezembro para a sua publicação.

Durante o ano de 2011 foi realizada a 6ª Conferência Municipal de Saúde, nos dias 30 de junho e 1º e 2 de julho, e que teve a etapa de pré-conferências dos dias 7 de maio a 11 de julho. A etapa municipal consolidou propostas que foram encaminhadas para a etapa estadual da Conferência, que ocorreu em Tramandaí, nos dias 1º a 4 de setembro, para a qual o município elegeu 88 delegados. Para a etapa nacional, que se realizou em Brasília, foram encaminhadas propostas e a delegação estadual contou com a presença de 7 representantes de Porto Alegre.

### **Núcleo de Coordenação:**

Na última reunião ordinária do Plenário foi realizada eleição para o Núcleo de Coordenação para o biênio 2012/2013, que contou com a apresentação de uma única chapa concorrente. O Núcleo de Coordenação reuniu-se ordinariamente 43 vezes e realizou como principais ações:

**1 – Acompanhamento de diversos processos junto aos órgãos de Controle Externo:**

- Acompanhamento de inquéritos junto ao MPE, Promotoria de Direitos Humanos, sobre a “Vaga Zero – SAMU”, carência de serviços em saúde mental, DST-AIDS e o movimento de greve dos servidores da saúde da PMPA;
- Acompanhamento junto a 10ª Vara da Fazenda Pública, de ação civil pública pró-execução do TAC-ESF-2007;
- Acompanhamento do processo de Municipalização do CS Murialdo, que incluiu presença em diversas reuniões na Promotoria de Direitos Humanos do MPE, juntamente com o CDS Partenon;

- Acompanhamento da investigação sobre as irregularidades do convênio com o Instituto Sollus, junto ao MPF através de reuniões com a Procuradoria do Patrimônio Público e Procuradoria Criminal, bem como atuação permanente junto à Comissão de Acompanhamento do Convênio com a FUC;
- Acompanhamento de representação junto ao Ministério Público de Contas sobre a utilização de recursos estaduais do Programa Municipalização Solidária nas reformas de postos de saúde pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Acompanhamento de representação junto ao Ministério Público Estadual, TCE, TCU, CGU e DENASUS, sobre a ausência de prestação de contas do município durante o ano de 2008 e a sub-utilização de recursos no Fundo Municipal de Saúde, e situação do Município Junto ao CADIN;
- Acompanhamento de representação relativa ao fechamento do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul em 2007, junto ao MPF;
- Acompanhamento de representação junto aos órgãos de controle externo (TCU, CGU, MPC e MPE) a respeito do Incentivo Municipal à Estratégia de Saúde da Família, que destina recursos às instituições que desenvolvem ações na ESF, de acordo com o número de equipes;
- Acompanhamento de pedido de informação ao secretário da fazenda de Porto Alegre sobre os gastos com a PROCEMPA, até hoje sem resposta
- encaminhamento de expediente à CGU, referente ao processo de prestação de contas da Associação Hospitalar Moinhos de Vento (Termo de Ajuste nº 6/2009);

**2** - Participação nas reuniões do Fórum dos CDS, Câmara Técnica, Conselhos Gestores e CES;

**3** – Ação em Defesa do SUS e contrária à criação do IMESF:

- 1) Visita às Rádios Comunitárias chamando à participação na Audiência Pública sobre o IMESF na Câmara Municipal de Porto Alegre;
- 2) Reunião com Agentes Comunitários de Saúde para discussão do IMESF;
- 3) Participação no Fórum de Entidades em Defesa do SUS, que realizou reuniões, mobilizações em defesa do SUS público e de qualidade e ações contrárias à aprovação da lei que criou o IMESF;
- 4) Participação no Programa Democracia, da TV Assembléia, sobre a criação do IMESF;
- 5) Participação na Audiência Pública realizada na Câmara Municipal sobre a criação do IMESF;

- 6) Participação em Entrevista Coletiva aos meios de comunicação sobre o IMESF;
- 7) Participação no programa Polêmica, da Rádio Gaúcha, sobre a criação do IMESF;
- 8) Participação no programa Atualidade, da Rádio Gaúcha, sobre o IMESF;
- 9) Acompanhamento da Votação do IMESF na Câmara Municipal;
- 10) Ato de entrega da Ação Direta de Inconstitucionalidade à lei que cria o IMESF;

4 – Presença em diversos eventos de âmbito municipal, estadual e nacional. Entre eles destacam-se:

- Organização do Ato Público na esquina democrática, por ocasião do Dia Mundial da Saúde e entrega de cartazes e cartilhas dos direitos dos usuários do SUS, na Santa Casa, HMIPV e HPS;
- Participação em Seminário da Residência Multiprofissional de Saúde da Família da PUC
- Participação em Seminário realizado pelos estagiários de psicologia do HMIPV;
- Ato alusivo à criação da Delegacia Penitenciária da Mulher do Sistema Penitenciário RS;
- Ato de entrega da Medalha da Cidade à Conselheira Maria Encarnacion Ortega;
- Seminário preparatório à Conferência Municipal de Saúde do Fórum Sindical de Saúde do Trabalhador;
- Culto Ecumênico alusivo aos 67 anos do HPS;
- Palestra sobre Controle Social no SUS, na Escola de Saúde Pública do RS;
- Roda de Conversa Sobre Saúde Mental alusiva ao 18 de Maio, Dia da Luta Antimanicomial;
- Palestra sobre Controle Social no Acesso aos Serviços e Produtos de Saúde promovido pelo SINDFARS-RS;
- Palestra sobre Controle Social no Seminário Preparatório à 6ª Conferência Estadual de Saúde promovido pelo CES-RS;
- Gravação de Programa na TVE sobre o processo de Conferências no RS;
- Palestra sobre as Conferências de Saúde para os trabalhadores da Federação dos Trabalhadores dos Estabelecimentos de Ensino do RS;
- Palestra sobre Controle Social no Conselho Regional de Serviço Social RS;
- Assembléia Popular no Paço Municipal sobre a greve dos servidores da saúde;
- Participação em palestra sobre Direito à Saúde na França promovido pelo Ministério Público, Promotoria de Direitos Humanos;



- Seminário sobre as obras da Copa do Mundo de 2014, promovido pelo CREA-RS;
- Palestra no Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFRGS;
- Participação em Palestra sobre os Determinantes e Condicionantes da Saúde com o Prof. David Leg;
- Ato de assinatura do termo de cessão de uso do prédio do Centro de Saúde da Vila dos Comerciantes;
- Ato de Lançamento do Plano Municipal de Habitação de Interesse Social;
- Participação no Seminário sobre o Decreto 7.508, que regulamenta a lei 8.080, promovido pelo CES-RS;
- Participação na delegação à 6ª Conferência Estadual de Saúde em Tramandaí-RS;
- Palestrante em “Seminário sobre o papel do CMS e a importância do IMAMA” junto ao mesmo;
- Palestra sobre “Controle Social e a Saúde da População Negra” para a disciplina da Residência Multiprofissional do HCPA;
- Palestra no “Seminário Desenvolvimento e Saúde, a realidade que temos e a que queremos” – Congresso da Cidade
- Ato “PRIMAVERA DA SAÚDE”, em Brasília-DF, pela regulamentação da emenda constitucional 29;
- Ato Comemorativo aos 18 anos do IMAMA;
- Seminário “Aposentadorias e Suas Consequências para a Vida dos Trabalhadores” promovido pelo Fórum Sindical de Saúde do Trabalhador;
- Seminário Nacional Gestão Participativa e o Controle Social no SUS: Como garantir acesso e acolhimento com qualidade em Brasília – DF;
- Conferência Municipal de Transparência e Controle Social;
- IV Seminário de Avaliação de Políticas Públicas e Qualidade do Gasto, promovido pelo Tribunal de Contas RS;
- Audiência Pública “Controle Social e Orçamento na área da Saúde Pública promovida pela Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do RS;
- Ato Comemorativo aos 20 anos do Grupo Somos;
- Oficina de Realinhamento Estratégico da Ouvidoria do SUS – Brasília DF
- Seminário “Rede Cegonha Fortalecendo Políticas Públicas no Parto e Nascimento”, promovido pela ABENFO;

- I Encontro das Unidades Sentinelas do VigiAR de Porto Alegre, promovido pelo EVEV-CGVS-SMS;
- Ato de Posse dos Conselhos Gestores do GHC;

#### 5 - Outras atividades:

- Participação em reunião com representante da Cooperativa de Prestação de Serviços Técnicos e Sociais Agrários , contato inicial sobre cultivo de Plantas Medicinais;
  - Participação das reuniões do Fórum dos Conselhos Municipais de Porto Alegre;
- 11) Participação da Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre;
  - 12) Participação de reuniões da Comissão de Saúde e Meio Ambiente e Comissão de Direitos Humanos da Câmara Municipal de Porto Alegre, sobre superlotação das emergências, assédio moral contra servidores municipais e instalação das UPAS;
  - 13) Depoimento à Comissão Parlamentar de Inquérito constituída para apurar as irregularidades cometidas pelo Instituto Sollus;
  - 14) Depoimento à Comissão de Sindicância que apura irregularidades apontadas em visita da Comissão de Fiscalização do CMS ao HPS;
  - 15) Participação em encontros do Fórum Sindical de Saúde do Trabalhador preparatório às pré-conferências e Conferência Municipal;
  - 16) Reunião com representante da Controladoria Geral da União preparatória para a CONSOCIAL;
  - 17) Participação do Comitê de Porto Alegre do Projeto Jogos Limpos;
  - 18) Constituição e participação no GT-Saúde Ambiental.

#### **Secretaria Executiva:**

Além de suas atribuições regulares, a Secretaria Executiva:

- Procedeu ao levantamento especial de frequências para subsidiar o processo eleitoral para o Núcleo de Coordenação;
- Encaminhou e acompanhou a execução do orçamento anual do CMS, em especial a aquisição de materiais e equipamentos (conforme descrito adiante) e sua respectiva distribuição aos Conselhos Distritais de Saúde.
- Elaborou Instrução Normativa nº 1, que ampliou e disciplinou a distribuição de Vales-transporte através do Cartão TRI aos conselheiros;

- Auxiliou nas tarefas administrativas que lhe foram designadas na realização da 6ª Conferência Municipal de Saúde, em especial a entrega de certificados e guarda de materiais gráficos e de divulgação.

### **Assessoria Técnica:**

No ano de 2011, além de suas atividades regulares, a Assessoria Técnica esteve atuando na coordenação de algumas ações estratégicas, designadas pelo Núcleo de Coordenação para o encaminhamento das seguintes demandas:

1. Atualização de Quadro consolidado das demandas e propostas de ampliação da rede de saúde de Porto Alegre. Este documento subsidiou a avaliação e deliberação pelo Plenário do Plano de Aplicação dos recursos do Programa Municipalização Solidária, bem como a análise dos investimentos propostos e executados pela SMS.
  2. Composição de Grupo de Trabalho para elaborar o Plano de Trabalho para a utilização dos recursos federais do PARTICIPASUS.
  3. Elaboração de Pareceres sobre Projetos e expedientes encaminhados pelo Núcleo de Coordenação.
  4. Elaboração de trabalho para concorrer ao Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa, do Ministério da Saúde, tendo sido agraciado com o terceiro lugar, na categoria de experiências exitosas de municípios com mais de 50 mil habitantes. O título do trabalho: Articulação intersetorial como estratégia para o efetivo controle social no SUS – o caso de Porto Alegre.
- Composição da Comissão Permanente de Ensino e Serviço da SMS, que tem a finalidade de analisar as propostas das Instituições de Ensino quanto à integração ensino-pesquisa-assistência na rede assistencial do SUS municipal.
  - Representação do CMS/POA na Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES) da 1ª CRS.
  - Análise dos relatórios de prestação de contas do Termo de Ajuste firmado entre o Hospital Moinhos de Vento e o Ministério da Saúde, referente ao ano de 2009 e 2010, com elaboração de parecer e encaminhamento aos órgãos competentes.
  - Elaboração da proposta de Regimento Interno Padrão para as Comissões Temáticas do CMS, a qual foi aprovada na reunião ordinária do dia 15 de dezembro.

- Assessoramento aos processos eleitorais dos Conselhos Distritais de Saúde e seus Regimentos Internos.
- Acompanhamento ao MPE, Promotoria de Defesa dos Direitos Humanos, em visitas às maternidades (foram realizadas 3 visitas em 2011), para avaliar o cumprimento da Lei 11.108, que garante às mulheres a presença de acompanhante durante todo o trabalho de parto, pós-parto e puerpério.

#### **Secretaria Técnica (SETEC):**

A SETEC reuniu-se ordinariamente 30 vezes, tendo analisado e emitido pareceres sobre 61 documentos. Houve substituição de alguns membros, sendo a sua atual composição:

Coordenação: Maria Letícia de Oliveira Garcia (trabalhadora)

Membros: Walter Jeck (usuário); Tânia Ruchinske (usuária); Oscar Paniz (usuário); Humberto José Scorza (usuário); Terezinha Albina Maraschin (usuária); Nei Carvalho (usuário); Moisei Paz (trabalhadora); Dianne Mara Vittorassi (trabalhadora); Luiz Walter Jacques Dornelles e Vanderlei Luiz Matiello Fornari (prestador); Lurdes Maria Toazza Tura e Christiane Nunes Freitas ( governo).

#### **Comissão de Fiscalização:**

Durante o ano de 2011, a CF realizou diversas visitas e relatórios, conforme descrito a seguir:

1. Visita ao PASM-IAPI, para verificar as condições do atendimento e o cumprimento das recomendações do Plenário, constantes na Resolução nº 36/10.
2. Visita ao Centro de Saúde Murialdo e às oito Unidades de Saúde municipalizadas, acompanhando o Ministério Público Estadual, para avaliar o processo de municipalização e reestruturação destes serviços, constantes no acordo firmado entre a SES/RS e a PMPA.
3. As Comissões especiais que acompanham as obras de construção e reformas dos serviços de saúde também se mantiveram atuantes durante todo o ano de 2011, inclusive trazendo relatos ao Plenário e ao Núcleo de Coordenação.

#### **Comissão de Educação Permanente:**

As principais atividades realizadas pela Comissão durante o ano de 2011, foram:

•Seminário Temático : Entendendo a Filantropia no SUS – 26 de março – 83 participantes

•Curso Introdutório Descentralizado para a Capacitação de Conselheiros de Saúde – CDS Glória/Cruzeiro/Cristal – 17 de setembro e 1º de outubro - 34 participantes.

- Curso Introdutório Descentralizado para a Capacitação de Conselheiros de Saúde – CDS Partenon e Lomba do Pinheiro – 5 e 19 de novembro - 34 participantes.
- II Seminário Temático – Controle Social e as políticas de Educação na Saúde em Porto Alegre – 22 de outubro – 65 participantes.
- 2ª Edição do Prêmio Destaque em Saúde – com a indicação de 9 premiações, entre instituições, pessoas e projetos/serviços que se destacaram na área da saúde no ano de 2010. O evento ocorreu na Plenária Solene de 19 de maio, alusiva ao aniversário do CMS.

#### **Comissão de DST/AIDS:**

Esta Comissão reuniu-se 23 vezes em 2011. As pautas principais foram a avaliação do PAM 2011, o debate sobre as estratégias de enfrentamento ao binômio AIDS-Tuberculose, análise do Relatório de Auditoria encaminhado pelo DENASUS, bem como acompanhamento de Inquérito Civil junto ao MPE – Promotoria de Defesa dos Direitos Humanos.

#### **Comissão de Comunicação e Informação:**

A Comissão reuniu-se 11 vezes, e realizou como principais tarefas:

1. Confecção da Agenda 2012
2. Participação na Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde
3. Confecção de diversos materiais promocionais, bem como reedição da cartilha da Campanha “Direitos e Deveres dos Usuários do SUS”.
4. Confecção da Revista de divulgação do Prêmio Destaque em Saúde 2011.

#### **Comissão de Saúde da População Negra:**

A Comissão reuniu-se ordinariamente 12 vezes e extraordinariamente 1 vez. Entre os fatos mais significativos no ano de 2011, destacam-se:

- Revisão dos encaminhamentos do Seminário de Saúde da População Negra realizado em 2010;
- Apreciação do Projeto do Comitê Metropolitano de Tuberculose;

- Participação em reunião com o Sr. Secretário da Saúde do Estado, Ciro Simoni, sobre a implementação da Política de Saúde da População Negra;
- Preparação, realização e avaliação do Seminário de Saúde da População Negra, preparatório à 6ª Conferência Municipal de Saúde;
- Articulação intersetorial com as comissões DST-AIDS, Mulheres e Saúde Mental, para preparação, realização e avaliação da Roda de Conversa alusiva ao 25 de julho, dia Internacional da Mulher Negra Latino-americana e Caribenha;
- Preparação, articulação e participação nas atividades alusivas ao 27 de outubro, Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra e Dia da Consciência Negra;
- Discussão e aprovação da proposta de regimento interno da Comissão;
- Participação na Marcha Zumbi dos Palmares;
- Acompanhamento de IC no MPE- Promotoria de Defesa dos Direitos Humanos, relativo aos encaminhamentos do Seminário ocorrido em julho de 2010.

### **Comissão de Saúde Mental:**

A Comissão cumpriu o funcionamento proposto de reuniões quinzenais ocorrendo em alguns momentos encontros extraordinários em função de pautas prioritárias ou processo preparatório à 6ª Conferência Municipal de Saúde. Ao todo foram realizadas 28 reuniões no ano de 2011. As principais atividades realizadas estão abaixo relacionadas:

1. Retomada e definição sobre encaminhamentos relacionados à efetivação do Regimento Interno CMS
2. Planejamento das ações da comissão junto aos CDS
3. Planejamento da participação dos membros da comissão no processo preparatório à 6ª Conferência Estadual de Saúde
4. Participação em atividades de fiscalização do CMS
5. Avaliar e elaborar relatórios com pareceres sobre projetos encaminhados pela SETEC
6. Participação dos membros da comissão no processo de realização das Pré-Conferências Municipais de Saúde/POA
7. Atualização da rede de atendimento de SM considerando os diferentes níveis de complexidade;
8. Aprofundamento das temáticas:
  - 8.2 Infância Adolescência

### 8.3 Serviço Residencial Terapêutico

### 8.4 Álcool e outras drogas

### 8.5 Relação com a gestão

Visando apontar ações que efetivem a rede atendimento, foram realizadas:

9. Avaliação das ações quanto à articulação e efetividade, considerando sua dimensão intra e intersetorial;
10. Monitoramento do cumprimento das ações deliberadas pela 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental;
11. Avaliação e registro da rede de serviços de SM considerando as propostas aprovadas na 4ª Conferência Municipal de Saúde.

### **Comissão de Saúde da Mulher:**

Em 17 de março de 2011 foi oficializada a Comissão de Saúde da Mulher junto ao Plenário do CMS. A Comissão reuniu-se 10 vezes durante o ano de 2011 e realizou como principais atividades:

26. Roda de Conversa e Oficina sobre Violência Sexual;
27. Preparação da Reunião do Plenário do dia 17 de março de 2011;
28. Elaboração de proposta do Regimento Interno das comissões do CMS/POA;
29. Participação e entrega de documento com posicionamento, no Seminário de Planejamento Familiar em 12 de abril, na CMPA;
30. Discussão com retomada do tema dos implantes para encaminhamento ao MPE;
31. Elaboração de documento em conjunto com a Rede Feminista de Saúde e Coletivo Feminino Plural sobre 28 de maio, Dia Internacional de Combate à Mortalidade Materna e de Ação em Saúde da Mulher;
32. Participação no lançamento da Conferência Estadual de Políticas para as Mulheres, no dia 27 de junho, na Assembleia Legislativa;
33. Encaminhamento de solicitação à área técnica de saúde da mulher da SMS de informações sobre a colocação e retirada dos implantes em adolescentes de Porto Alegre;
34. Participação em matéria veiculada pela mídia (RBS TV) sobre episódio dos implantes;
35. Análise do Relatório de Gestão do 1º e 2º trimestres de 2011 da SMS;
36. Participação no lançamento da Frente Parlamentar Estadual do Combate ao Câncer de Mama, na Assembleia Legislativa;

37. Proposição de manifestação da SMS quanto ao Outubro Rosa – faixa rosa colocada sobre a porta de entrada do prédio da Secretaria;

38. Realização de Oficina integrando a Campanha de 16 dias de ativismo pelo fim da violência contra a mulher no dia 07 de dezembro;

39. Análise e emissão de Parecer sobre Projeto “Implante Subcutâneo para Prevenção de Gravidez: Uma estratégia de Planejamento Familiar e Resgate da Cidadania”.

#### **Comissão de Contratualização:**

Esta Comissão reuniu-se apenas 2 vezes durante o ano de 2011. Foram realizados encontros das CPACS de alguns hospitais (Beneficência Portuguesa, Clínicas, São Lucas e Espírita). O gestor da SMS não enviou a agenda de reuniões e esta situação ainda encontra-se em averiguação no Ministério Público Estadual. Além dessas ações, a Comissão também analisou o contrato firmado com o Hospital Vila Nova, Hospital Espírita e Hospital Independência, emitindo pareceres sobre os mesmos.

#### **Representações em outras instâncias de Controle Social:**

Durante o ano de 2011, o CMS/POA esteve representado em diversas instâncias colegiadas de controle social, tais como:

- Programa de Execução de Medidas Sócio-Educativas (PEMSE);
- Conselho Municipal do Meio Ambiente (COMAM);
- Conselho Municipal sobre Drogas (COMAD);
- Comitês de Ética em Pesquisa (PUC, IPA, HVM, UFCSPA, SMS, UFRGS, IC-FUC, SANTA CASA);
- Comitê Municipal de Urgência e Emergência;
- Comitês Locais de Acompanhamento do Pró-Saúde (PUC e UFRGS);
- Comitê Metropolitano de Controle da Tuberculose;
- Comissão Municipal de Humanização;
- Comissão de Integração Ensino e Serviço da 1º CRS ( CIES 1º CRS);
- Comissão Permanente de Ensino e Serviço da SMS.



### **Execução orçamentária:**

O valor orçado para o ano de 2011 foi de R\$ 129.599,00. O valor empenhado até 31.12.2010 correspondeu a R\$ 98.822,07 (76,25%).

Os recursos foram utilizados conforme descrito a seguir:

2. Passagens aéreas e diárias para conselheiros – R\$ 11.376,06
3. Assinatura do jornal Correio do Povo – R\$ 384,00
4. Confeção de livretos para cursos – R\$ 3.180,00
5. Confeção de cartilhas e cartazes – R\$ 3.632,50
6. Confeção de revista – R\$ 15.410,00
7. Confeção de troféus – R\$ 391,92
8. Vales- transporte – R\$ 10.800,00
9. Serviço de taquigrafia – R\$ 14.849,59
10. Custeio de alimentação para os eventos – R\$ 290,67
11. Material de consumo – R\$ 731,32
12. Restos a pagar de 2010 – R\$ 7.464,09
13. Equipamentos e material permanente: R\$ 30.311,92
  1. Mobiliários para a Secretaria Executiva, Coordenação e CDSs – R\$ 1.912,00;
  2. computadores – 28.399,92

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Relatório Anual de Gestão 2011 seguiu o roteiro da resolução 36 /2011 do Conselho Municipal de Saúde aprovada em 2011 contendo a prestação de contas da Programação Anual de Saúde 2011 e das demais pactuações federativas, oportunizando uma avaliação quali - quantitativa dos serviços ofertados e do cumprimento das metas pactuadas no Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

Esta sendo prestado contas, da grande maioria das metas, sendo que algumas delas, sofreram alteração na sua redação durante o processo de realização da Programação Anual de 2012. Algumas foram suprimidas e incluídas como ação de outras metas.

A análise permitiu problematizar as dificuldades existentes, tanto nos agravos mais prevalentes como nos problemas estruturais do próprio sistema, das metas não concretizadas assim como, avaliar e acompanhar o cumprimento das mesmas.

***A nova estrutura da Secretaria Municipal Saúde***, ocorrida durante o ano de 2011, proporcionou que a Assessoria de Planejamento e Avaliação da SMS pudesse exercer de fato sua função específica. A nova estrutura orienta-se pela consolidação das práticas de planejamento e avaliação, dos instrumentos normativos de gestão que são os Relatórios de Gestão, Planos Municipais de Saúde, Programações Anuais de Saúde bem como as estratégias para a ampliação, qualificação e consolidação do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre.

Prestando a assessoria diretamente ao Gabinete do Secretário Municipal de Saúde, a Assessoria de Planejamento possibilita e garante o apoio para os diversos setores e as áreas técnicas para aperfeiçoarem os relatórios de gestão, o entendimento dos instrumentos de gestão viabilizando a consolidação do SUS.

Esta nova organização, contribui também para a realização da Capacitação em Monitoramento e Avaliação ParticipaSUS que tem origem na Portaria MS nº 2344/2009 e realizou-se a partir do detalhamento do “Plano de Ação da Secretaria Municipal de Saúde – SMS / Porto Alegre – RS. Segundo o marco do Pacto pela Saúde este processo diz respeito a execução da Política de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

Destaca - se as doenças transmissíveis como Sífilis Congênita, AIDS e Tuberculose o aumento significativo do uso de álcool e drogas por crianças menores de

18 anos identificados pelo aumento significativo deste público nas emergências de saúde mental como desafios, preocupando a gestão e merecem atenção de toda a sociedade

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.

Mesmo com a crise sofrida pelo Hospital Materno Infantil Presidente Vargas com a saída dos profissionais contratados pela FUGAST, a variação da grande maioria dos atendimentos foi positiva, excetuando-se as cirurgias pela dificuldade na contratação de anestesistas.

Para o enfrentamento destas dificuldades da rede de atenção Saúde no município, a gestão cumpriu a grande maioria das metas relativas a criação de cargos e a realização de concursos sendo que alguns serão executados de fato em 2012.

Outras alternativas com relação a recursos humanos encontradas pela gestão foram a implantação do ponto eletrônico para todos os servidores, que será efetivado de fato em toda rede de saúde durante o ano de 2012 e a criação do Instituto da Saúde da Família.

Destacamos avanços significativos com o projeto de modernização da Secretaria da Saúde através da informatização com a implantação do sistema AGHOS e regulação de leitos dos hospitais, consultas ambulatoriais com especialistas, exames proporcionando maior transparência e controle tanto na oferta como no acesso da população ao sistema de saúde.

A ampliação das Unidades de Pronto Atendimento, o aumento da oferta de leitos para retaguardas dos leitos de emergência, e a adoção das linhas de cuidados como a do AVC e dor torácica, de protocolos e a reorganização da saúde mental com a criação dos consultórios de rua, demonstra avanço na qualidade do atendimento prestado a população. As linhas de cuidado da saúde mental, do trauma de oncologia e da AIDS estão em fase de elaboração e serão implantadas no decorrer de 2012.

Outro avanço evidenciado foi o contrato realizado com o Hospital Vila Nova para o atendimento das pessoas privadas de liberdade, demonstrando desta forma melhora

nos indicadores de tuberculose, problema a ser enfrentado na cidade, e a diminuição significativa da mortalidade entre esta população.

A diminuição da Mortalidade Infantil e a diminuição de crianças buscando atendimento nos prontos atendimentos e nas emergências pode ser em consequência do aumento da oferta de medicamentos para a população e do acesso na atenção primária.

Como conquista na saúde da criança destaca-se a organização do programa da ASMA com o cadastramento e descentralização da medicação, meta pactuada no plano municipal de saúde.

Destacam-se também importantes avanços no processo de integração ensino-serviço, com a consolidação da Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço como instância coordenadora das ações de ensino-pesquisa-assistência na SMS; a instituição do Distrito Docente-Assistencial na região Humaitá Navegantes Ilhas, como território de referência para o Centro Universitário Metodista, dos Distritos Docentes Assistenciais Leste-Nordeste com a Pontifícia Universidade Católica, Glória-Cruzeiro-Cristal com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Partenon/Lomba do Pinheiro com a Escola de Saúde Pública, a implantação do Distrito Docente-Assistencial Norte/Eixo-Baltazar com Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre e do avanço no comprometimento desta Universidade com o processo de integração no Centro de Saúde Santa Marta

A aproximação da gestão com o controle social, proporcionou a organização, a execução, a divulgação e a participação efetiva de usuários, prestadores e gestores nas conferências municipal, estadual e federal resultado da qualidade do trabalho conjunto gestão e controle social.

A metodologia utilizada proporcionou que os participantes se apropriassem dos eixos discutidos na conferência municipal de saúde, desta forma todos puderam participar com atores e não apenas com espectadores, contribuindo para a consolidação do SUS.

O relatório buscou avaliar as metas e indicadores pactuados no decorrer dos anos de 2010 e de 2011.

A partir de 2012 os relatórios de gestão serão quadrimestrais seguindo as determinações da Lei Complementar 141 do dia 13 de Janeiro de 2012, Artigo 36, assim o novo formato de Relatório Anual de Gestão – RAG 2012 será apresentado pelo formato SARG-SUS conforme determinação do acórdão TCU 1459-2011.

O acórdão do TCU determina a obrigatoriedade para que todos os estados e municípios realizem o RAG a partir do ano de 2011, este devendo ser entregue até 30 de maio de 2012.

Por fim salientamos que seguindo esta nova filosofia de trabalho, maior numero de equipes relacionou as informações do relatório de gestão com as metas pactuadas no Plano Municipal de Saúde modificando os processos de trabalho, mostrando que é imprescindível aproximar servidores, usuários, conselheiros municipais e distritais, prestadores, gestores e demais representações locais e regionais para a gestão e consolidação do Sistema Único de Saúde no município.

## REFERENCIAS

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.

## ANEXO I-CAPACITAÇÕES REALIZADAS NO PERIODO

### CAPACITAÇÕES PARA SERVIDORES DA SMS - 4º TRIMESTRE

	NOME DA CAPACITAÇÃO	PROMOÇÃO	Nº PARTICI-	CARGA H (C.H.)	Nº PARTIC x C.H.
1	Capacitação teórico-prática em vacina BCG	CGRAPS / GD PLP	45	4	180
2	Atualização no Atendimento de Parada Cardiorrespiratória no Adulto	PACS e CEDEN	17	09	153
3	Capacitação em Protocolos das Linhas de Cuidado de Dor Torácica e AVC	CMU	231	02	462
4	Atualização das rotinas e técnicas da sala de nebulização	PA Lomba do Pinheir	42	02	84
5	Capacitação em Sistemas de Informação	InfoRede	492	04	1968
6	Humaniza SUS – PACS	Área Técnica de Humanização / CGRAPS	34	04	136
7	Atualização em Parada Cardio-respiratória	CGRAPS/ CS Bom Jesus	13	02	26
8	Seminário Redes de Atenção em Saúde alusivo a entrega da readequação do Auditório do CSV	CGRAPS/CS Vila dos Comercários	191	10	1910
9	Promoção da Vida, Prevenção do Suicídio	CMU	69	06	414
10	Capacitação em testagem rápida para HIV em gestante	CGRAPS – Saúde da e AT DST/Aids e Hepatites Virais	142	28	3976
11	Curso de Qualificação para membros da Comissão de Saúde e Segurança do Trabalho - CSST da SMS, DEP e SMC	CEREST	10	20	200
12	Acolhendo o acolhido	CAPSi Harmonia	120	12	1440
13	Modernização da Gestão e Informatização da SMS	Equipe de Projeto Inforede	507	04	2028
14	Atenção à tuberculose na população de rua -BCC	CGRAPS/ AT Pneumologia	109	08	872
15	Capacitação Portaria 502 – Insumos para Diabéticos	CGRAPS/ AT da Assistência Farmacêutica	279	04	1116
16	Curso de Preparação dos PSFs incluídos no PSE para o Desenvolvimento de Atividade Educativa para a Promoção da Cultura da Paz e Prevenção das Violências	CGRAPS	66	80	5280
17	Curso de Continuidade de Preparação dos PSFs ORONACI, incluídos no PSE para o Desenvolvimento de Atividade Educativa para a Promoção da Cultura da Paz e Prevenção das Violências	CGRAPS	21	80	1680
18	II Seminário de Integração da Área da Saúde a-tua-ação na formação em saúde	CGRAPS/GD GCC	161	16	2576
19	Participa SUS: Oficinas Gerências Distritais	ASSEPLA	444	20	8.880
20	Participa SUS: Oficinas com HPS e HMIPV	ASSEPLA	29	12	348
21	Participa SUS: Oficinas com Gestores	ASSEPLA	76	12	912
22	Participa SUS: Oficinas com Facilitadores	ASSEPLA	80	16	1280
23	Capacitação dos Protocolos: Linha de	CMU	231	02	462

	Cuidado de Dor Torácica e Linha de Cuidado do AVC				
24	Capacitação no Manejo da PCR no Adulto conforme as últimas Diretrizes do Guidelines 2010-AHA	CMU / UPA Lomba d Pinheiro / NEP - SAM	40	03	120
25	Capacitação: Atualização em Parada Cárdio-respiratória	UPA Bom Jesus	13	02	26
26	Capacitação: Promoção da Vida, Prevenção do Suicídio	CMU / Sistema de Saúde Mãe de Deus Saúde Mental	69	06	414
27	Atualização das Rotinas e Técnicas da Sala de Nebulização	CMU / UPA LOMBA PINHEIRO	42	02	84
28	Capacitação em triagem neonatal – rotinas operacionais e coleta	HMIPV	10	8	80
29	Jornada Comemorativa pelos 10 anos do CRAI	HMIPV	300	12	3600
30	Saúde Pública e Atenção Terciária: a atuação do fisioterapeuta e da terapia ocupacional	HMIPV	44	08	352
31	I Simpósio da Incontinência e do Assoalho Pélvico	HMIPV	40	08	320
32	Seminário Humanização da Saúde	HMIPV	125	12	1500
33	I Encontro de Triagem Auditiva Neonatal	HMIPV	40	08	320
34	II Jornada Científica do HMIPV	HMIPV	136	08	1088
35	I Encontro de Triagem Auditiva Neonatal Universal da Macrorregião Metropolitana	HMIPV	31	04	124
36	Transtorno de Pânico: como eu identifico?	HMIPV	23	01	23
37	TOC: como eu identifico?	HMIPV	27	01	27
38	Como administrar suas finanças	HMIPV	25	04	100
39	I Curso de Introdução à Metodologia de Pesquisa na área da Saúde	HMIPV	55	26	1430
40	Encontro Científico: A equipe de saúde e o adolescente: um encontro que faz a diferença	HMIPV	68	02	136
41	Fórum de apresentação de TCCs da Ginecologia e Obstetrícia	HMIPV	56	04	224
42	Fórum de apresentação de TCCS da Psiquiatria	HMIPV	63	04	252
43	Treinamento para preenchimento de DNV	HMIPV	24	03	72
44	Atualização de Coleta de Sangue Venoso	HMIPV	22	04	88
45	Treinamento Interno: Novas Tecnologias de Acessos Venosos Periféricos (30 min cada treinamento - 3 momentos de treinamento)	NEPEnf/HPS	64	1	64
46	Treinamento Interno: Cuidados com acessos venosos e seringa injetora durante exames de RX e Tomografia (curso realizado em julho computado em outubro)	NEPEnf/HPS	18	3	54
47	Curso Cardiopulmonar	NEPEnf/HPS	43	04	172
48	Curso Exame Físico	NEPEnf/HPS	61	20	1220
49	Curso: Treinamento para Uso da Escala de Braden	NEPEnf/HPS	27	04	108
50	Curso para Servidores do SND: O que Fazer em Caso de?	NEPEnf/HPS	26	04	104
51	Capacitação- Educação Permanente (ensino/serviço): Tratamento da Dor – Analgesias/Sedativos (c/Unisinos)	NEPEnf/HPS	07	1	7



52	Capacitação- Educação Permanente (ensino/serviço): Morte Encefálica (c/Unisinos)	NEPEnf/HPS	06	1	6
53	Capacitação- Educação Permanente (ensino/serviço): Orientação de Prevenção de Infecção Respiratória (c/Unisinos)	NEPEnf/HPS	07	45	315
54	Capacitação- Educação Permanente (ensino/serviço): Cuidados de enfermagem ao paciente pós-cirúrgico (SENAC)	NEPEnf/HPS	05	1	5
55	Capacitação- Educação Permanente (ensino/serviço): Cuidados com HAS (Universitário)	NEPEnf/HPS	09	1	9
56	Capacitação- Educação Permanente (ensino/serviço): Treinamento sobre o uso da Insulina (universitário)	NEPEnf/HPS	12	2	24
57	Capacitação- Educação Permanente (ensino/serviço): Estudo de Caso- Paciente Cardiopata (Universitário)	NEPEnf/HPS	06	01	06
58	Capacitação para Fiscais Car Centro	CGVS	11	50	550
59	Capacitação- Educação Permanente (ensino/serviço): Estudo de Caso- Paciente na Traumatologia (Universitário)	NEPEnf/HPS	04	1	4
60	Palestra Fisioterapia	Fisioterapia/HPS	10	03	30
61	Capacitação Técnicos Enf. SAMU	Samu	36	06	216
62	Noções Básicas de Bloco Cirúrgico	Cirurgia/HPS	10	02	20
63	Curso Ausculta Pulmonar	NEPENF/HPS	30	08	240
64	Apresentação Sistema de Materiais	Eq. Material/HPS	20	03	60
65	Oficina Tabagismo	CSSO/HPS	40	04	160
66	Aula Enfermagem UTI do Trauma	UTI/Enfermagem/HPS	10	06	60
67	Vídeo Consciência Negra	GTH/HPS	30	02	60
68	Curso de Primeiros Cuidados aos Acidentes Domiciliares	NEPENF/HPS	30	02	60
69	Tópicos em Emergência em UBS	CGRAPS/GD PLP	39	06	243
70	Discussão de Óbito(mensal) – 3 no trimestre	Dir. Científica/HPS	60	06	360
71	Encontro CSST/SMS	CSST/HPS	25	03	75
72	Curso Punção Guiada por Ultra-som 02	NEPENF/HPS	30	04	120
73	Palestra Médicos SAMU	Samu/HPS	25	03	75
74	Curso Básico de Primeiros Socorros	Dir. Científica/HPS	56	06	336
75	Curso Básico de Primeiros Socorros	Dir. Científica/HPS	45	06	270
76	Descentralização da Atenção à saúde do trabalhador na Rede de Saúde de Porto Alegre – Rede de Atenção Primária em Saúde	CEREST/POA	318	8	2.544
77	Capacitação dos Protocolos de Saúde Sexual e Reprodutiva e Diretrizes para Assistência à Saúde de Lésbicas, Mulheres Bissexuais e que fazem Sexo com outras Mulheres	CGRAPS/ AT Saúde da Mulher	209	4	836
78	Seminário de Alinhamento de Política de Saúde Mental	CGRAPS/ AT da Saúde Mental	258	06	1548
79	Avaliação dos Serviços de Saúde Mental de Porto Alegre – Pesquisa, Capacitação e Ação	CGRAPS – AT da Saúde Mental	19	02	38
80	Seminário de Sensibilização da Atenção Integral à Saúde do Adolescente	CGRAPS/ AT da Saúde	195	02	390

		da Criança			
81	Atualização em Sala de Vacinas para a Rede Básica (incluso os fluxos para profilaxia para raiva)	CGVS	171	12	2.052
82	Capacitação Prática de Fiscalização referente a Dengue e Vetores	CGVS	36	08	288
83	Educação Permanente Saúde e Cidadania	CGRAPS AT Saúde da Mulher MAMA	150	16	2400
84	Seminário da Caderneta do Adolescente	CGRAPS GD NHNI	26	2	52
85	Bate Papo Especialistas	CGRAPS GD NHNI	4	2	8
86	Apresentação NASF	CGRAPS GD NHNI	12	3	36
87	Seminário de Integração Ensino e Serviço GD NEB/UFCSPA	GD NEB/UFCSPA CPES/ED	43	4	172
TOTAL			7005		62.160

**- Capacitações para ESF realizadas pelo Instituto de Cardiologia**

<b>NOME DA CAPACITAÇÃO</b>	<b>PROMOÇÃO</b>	<b>Nº PARTICIPANTES</b>	<b>CARGA HORÁRIA (h/a)</b>	<b>Nº Partic x CH</b>
Caderneta do Adolescente	UFRGS/SMS/IC	53	02	106
Dengue. Manejos Clínicos	UFRGS/SMS/IC		02	106
Sífilis Congênita	UFRGS/SMS/IC	69	02	138
Sífilis. Estratégia de Adesão ao Tratamento do Parceiro	UFRGS/SMS/IC		02	138
Hepatites Virais	UFRGS/SMS/IC	63	02	126
Autorização para Exames para Hepatites B e C	UFRGS/SMS/IC		02	126
Protocolo da Tuberculose 2010	UFRGS/SMS/IC	68	02	136
Tabagismo. Abordagem e Tratamento	UFRGS/SMS/IC		02	136
Hipertensão Arterial. Manejos Clínicos	UFRGS/SMS/IC	58	02	116
Diabetes Mellitus. Manejos Clínicos	UFRGS/SMS/IC		02	116
Osteoporose. Manejo Clínicos	UFRGS/SMS/IC	70	02	140
Gota. Manejos Clínicos	UFRGS/SMS/IC		02	140
Saúde da Mulher	UFRGS/SMS/IC	58	04	232
Saúde da Mulher	UFRGS/SMS/IC			232
PMAQ-AB	UFRGS/SMS/IC	63	04	252
PMAQ-AB	UFRGS/SMS/IC			252
Trabalhos dos ACS. Histórias e Tendências	UFRGS/SMS/IC	66	02	132
Riscos Cardiovasculares. Uso de novas calculadoras	UFRGS/SMS/IC		02	132
Normatização e Padronização dos Procedimentos x Boletim Mensal Saúde Bucal	IC/FUC	18	04	72
Odontopediatria em Atenção Primária	IC/FUC	20	04	80
Emergências Médicas em Consultório Odontológico	IC/FUC	18	04	72
Adolescência e Estilo de Vida. Conceitos e Vivências	IC/FUC	24	04	96
Nornocclusão	IC/FUC	25	04	100
Farmacologia para Atendimento no SUS	IC/FUC	23	04	92
Homeopatia e suas Aplicações na Odontologia	IC/FUC	27	04	108
PMAQ-AB	IC/FUC	29	04	116

Odontologia x Gestantes	IC/FUC	27	04	108
Avanços da Saúde Bucal na ESF Porto Alegre – Programação para 2012	IC/FUC	28	04	112
Sífilis. Corrimento Uretral. Manejo Clínicos	IC/FUC	112	04	448
Triagem Neonatal	IC/FUC	115	04	460
Relatos de Experiências em ESF. Cases Ilha Pintada e Ilha dos Marinheiros	IC/FUC	87	04	348
Caderneta do Adolescente	IC/FUC	96	04	384
Hepatites Virais	IC/FUC	102	04	408
Fatores Motivacionais Profissionais ESF – Equipe de Saúde Mental da GD LENO	IC/FUC	98	04	392
Saúde da Mulher	IC/FUC	106	04	124
PMAQ-AB	IC/FUC	92	04	368
<b>TOTAL</b>		<b>1.615</b>	<b>108</b>	<b>6.644</b>

**– Participação dos servidores da SMS nas capacitações realizadas pela EGP/SMA**

<b>Cursos Escola de Gestão Pública 2011</b>	<b>Nº Partic.</b>	<b>CH</b>	<b>Nº Partic x CH</b>
Capacitação de Mesários para Eleição do Conselho Tutelar 2011/2014	113	4	452
Capacitação DOPA Eletrônico 2011	4	4	16
Capacitação em LIBRAS - Módulo Básico	4	60	240
Capacitação em Tomografia Computadorizada	6	40	240
Capacitação Mapa de Riscos Ambientais 2011	12	4	48
Capacitação Novo Portal de Gestão 2011	11	2	22
Capacitação para Fiscais de Concursos	105	4	420
Capacitação Profissionais SAMU/ Módulo I a XVI	28	76	2128
Capacitação SEI-PMPA 2011	3	2	6
Cineclube de Formação Continuada: Patch Adams O Amor é contagioso - 2011	4	3	12
Curso "Como produzir vídeos institucionais" 2011	6	16	96
Curso de atendimento ao cidadão - 2011	8	20	160
Curso de Coordenação de Grupos - PICHON 2010 e 2011	1	60	60
Curso de Correio Eletrônico - Outlook - 2011	13	20	260
Curso de Excel Básico 2011	9	20	180
Curso de Excel Intermediário 2010	1	20	20

Curso de Formação de Educadores - 2011	9	52	468
Curso de Inclusão Digital - 2011	23	16	368
Curso de Português Nova Ortografia 2011	5	16	80
Curso de Socialização de Servidores Ingressantes - 2011	267	8	2136
Curso de Socorrismo Básico de Urgência 2011	6	8	48
Curso de Word - 2011	9	20	180
Curso Gerenciamento de Projetos - PMI	3	16	48
Curso Gestão por Competências ABRH 2011	1	20	20
Curso Power Point 2011	2	16	32
Curso Redação Oficial Segundo Novo Manual de Procedimentos Administrativos 2011	64	12	768
Curso sobre Coordenação de Reuniões - 2011	5	8	40
Curso sobre Matéria Orçamentária 2011	6	24	144
Curso sobre Tramitação de Processos Administrativos	9	8	72
Formação continuada da EGP: Educador e educando em debate!	6	4	24
Formação Continuada da EGP: Liderança e Gestão de Pessoas em Debate	6	4	24
Formação Continuada da EGP: Resiliência em Debate	15	4	60
Formação Continuada-HPS-Á Procura da Felicidade	19	2	38
Grupo de Estudos - Promoção da Saúde no Trabalho 2011	4	1	4
II Seminário sobre abuso de substâncias psicoativas e dependência química 2011	2	4	8
IV Seminário das comissões de saúde e segurança no trabalho (CSSTs) da PMPA	25	8	200
Oficina para Instalação de Projetor Multimídia 2011	3	4	12
Oficina prática: Ponto eletrônico para CHEFIAS	70	4	280
Oficina prática: Ponto eletrônico para RHs	15	4	60
Oficina sobre o Sistema de Gerenciamento de Processos Admin - GPA	2	4	8
Palestra - Ponto eletrônico	15	2	30
Palestra " O Uso Indevido de Drogas - Prevenção, Tratamento e Reabilitação 2011	1	4	4
Palestra "Coaching Corporativo" 2011	6	2	12
Palestra Bullying nas Escolas - 2011	3	2	6
Palestra COPA 2014	3	4	12

Palestra Ingressantes: Modelo de Gestão e Previdência Pública 2011	178	4	712
Palestra Saúde da Mulher 2011	2	2	4
Palestra sobre como administrar suas finanças - 2011	3	2	6
Palestra sobre Previdência Pública Municipal- 2011	8	2	16
Palestra: Cuidando de sua Memória 2011	33	2	66
Palestra: Fatores Psicológicos Positivos - Integração e Desempenho no Trabalho	15	2	30
Palestra: Motivação e liderança	7	2	14
Palestra: Mudança de comportamento 2011	30	2	60
Palestra: Planejando o seu Futuro com Qualidade de Vida - 2011	9	2	18
Palestra: Porto Alegre Turística 2011	7	2	14
Programa de Combate às Endemias - Curso Introdutório 2011	37	24	888
Programa de Combate Endemias-Curso de atualização 2011	109	8	872
Programa de Desenvolvimento de Gestores - Nível Operacional	1	24	24
Programa de Desenvolvimento de Gestores: Nível Estratégico 2011	1	48	48
Programa de Desenvolvimento de Gestores: Nível Tático 2011	1	48	48
Programa de Preparação para Aposentadoria 2011	29	40	1160
Programa de Preparação para Aposentadoria 2011 2º semestre	12	8	96
Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização - Gestão 2011	1	16	16
Qualificação de Servidores Readaptados	1	2	2
Simpósio e lançamento do Programa de Atenção à Saúde do Servidor (PASS)	46	16	736
Treinamento CUBOS Sistema Ronda	2	4	8
Treinamento Ponto Eletrônico: Sistema Ronda - Nível Avançado	2	16	32
Treinamento Técnico Controle Eletrônico de Efetividade (Ponto Eletrônico) 2011	35	4	140
Workshop SEI-PMPA: Sistema Eletrônico de Informações 2011	17	2	34
<b>TOTAL</b>	<b>1518</b>	<b>-----</b>	<b>14.590</b>

## Anexo II Projetos do CEP

CAPSi Casa Harmonia	1
CS Modelo	5
ESF Herdeiros	5
ESF Jardim Carvalho	6
ESF Jardim Protasio Alves	4
ESF Maria da Conceição	3
ESF Pitoresca	2
ESF Safira Nova	1
PSF Jardim Protasio Alves	1
UBS Beco do Adelar	1
UBS Vila Cruzeiro – Febem	1
UBS Vila Gaúcha	1
SAE DST /AIDS – CS Vila dos Comerciantes	7
Ambulatório Básico CS Vila dos Comerciantes	3
Atenção Básica de Saúde Bucal	1
C S. Vila dos Comerciantes	6
C.S. Bom Jesus	2
CAPS ad IAPI	2
CAPS ad Vila Nova	2
CAPS Cais Mental Centro	3
CAPs CSVC	1
CAPSad CS Bom Jesus	1
CAPSad CS Vila dos Comerciantes	1
CAPSi Casa Harmonia	1
CAPSII	1
Casa de apoio Viva Maria	1
Centro de Extensão Universitária Vila Fatima	2
Centro de Reabilitação CSVC	1
Centro de Saúde IAPI	13
Centro de Saúde Santa Marta	3
CGVS	5
Conselho Municipal de Saúde	1
CS	1
CS Camaquã	1
CS Navegantes	1
Distrito GCC	3
Escola de Educação Infantil Egídio Piccoli	1
ESF Timbauva	1
ESF Viçosa	1
ESF Batista Flores	1
ESF Cruzeiro do Sul	1
ESF DAS GDS	5
ESF Divisa	2

ESF Ernesto Araujo	5
ESF Esmeralda	4
ESF Jardim da Fapa	1
ESF Laranjeiras	1
ESF Lomba de Pinheiro	2
ESF Marinheiros	1
ESF Mato Sampaio	1
ESF Milta Rodrigues	2
ESF Morro da Cruz,	1
ESF Nossa Senhora das Graças	1
ESF Nossa Sra de Belém	2
ESF Nova Gleba	1
ESF Osmar Freitas	1
ESF Panorama	4
ESF Safira	1
ESF Santa Anita	1
ESF Santa Helena	1
ESF Santa Teresa	3
ESF Santo Alfredo	1
ESF São Pedro	2
ESF tijuca	5
ESF Viçosa	3
ESF Vila Brasília	1
ESF Vila Pinto	1
ESF Vila São Pedro	1
ESF Vila Viçosa	1
ESF Viçosa	1
ESF Wenceslau Fontoura	1
ESF. Sem Domicilio	1
Farmácia CS Modelo	1
Farmácia Distrital CS Santa Marta	1
Farmácia Distrital Navegantes	1
Farmácia Distrital UBS Bom Jesus	1
G.D Leste Nordeste	3
G.D.GCC	4
HPS	16
HPS- Setor de queimados	2
PA Cruzeiro do Sul	1
PSF Sta Helena	1
PSF Esmeralda I	1
PSF Esmeralda II	1
PSF Graciliano Ramos	1
PSF Herdeiros	1
PSF Jardim Carvalho	3
PSF Jardim Cascata II	1
PSF Jardim da Fapa	1



PSF Lomba do Pinheiro	2
PSF Orfanotrofio	1
PSF Panorama	1
PSF Pitinga	
PSF Pitoresca	
PSF Pitoresca 1	
PSF São Gabriel	
PSF São Pedro	
PSF Tijuca	
PSF Vila Brasília	
SAE ( CS IAPI )	
UBS 8 Morro da Cruz	
UBS Aparício Borges	
UBS Araújo Borges	
UBS Bananeiras	
UBS Belém Velho	
UBS Camaquã	
UBS Campo Novo	
UBS Chácara da Fumaça	
UBS Cristal	
UBS Estrada dos Alpes	
UBS Gloria	
UBS Guarujá	
UBS III Murialdo	
UBS Ipanema	
UBS Jardim Protasio Alves	
UBS Mapa	
UBS Monte Cristo	
UBS Morro Santana	
UBS Panorama	
UBS Primeiro de Maio	
UBS Restinga	
UBS Rubem Berta	
UBS Santa Tereza	
UBS São Miguel	
UBS Sarandi	
UBS Tronco	
UBS Vila Cruzeiro	
UBS Vila Jardim	
UBS/ESF Distrito Sanitário Restinga Extremo Sul	
US Ramos	
US VI Murialdo	
US Viçosa	
USF Jardim Carvalho	
USF Lomba do Pinheiro	
USF Morro Santana	

USF Santo Alfredo	
US Restinga	
<b>TOTAL DE SERVIÇOS</b>	
<b>Fonte :CEP /SMS/PMPA</b>	