



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO - 2012

Porto Alegre, março de 2012.

AUTORIDADES MUNICIPAIS

JOSÉ FORTUNATTI

Prefeito Municipal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARLOS HENRIQUE CASARTELLI

Secretário Municipal de Saúde

MARCELO BOSIO

Secretário Adjunto

CAROLINA SANTANNA

Secretária Substituta

FABIANO BRUM BERESFORD

Coordenação Geral

SILVIA GIUGLIANI

Conselho Municipal de Saúde

LURDES MARIA TOAZZA TURA

Assessoria de Planejamento e Programação

CARMEN JASPER

Assessoria de Comunicação

ROBERTO MOREIRA NUNES

Assessoria Jurídica

CHRISTIANE NUNES DE FREITAS

Coordenadoria de Atenção Primária e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos

FÁTIMA ALI

Coordenação Municipal das Urgências

ELAINE TWEEDIE LUIZ

Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde

JOSE CARLOS SANGIOVANNI

Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

ADRIANA SILVA TARRAGÔ CARVALHO

Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador

MÁRIO CÉSAR JERÔNIMO KURZ

Gerência de Saúde do Servidor Municipal

ANDRÉ LUÍS BÉLLIO

Coordenadoria Geral de Administração Financeira e Orçamentária

ISMAEL LOPES FERNANDES

Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo

ROSANGELA MARIA ALEGRE PACHECO

Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores de Saúde

MARIA ISABEL BITTENCOURT

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

ELISABETH LOGUERCIO COLLARES

Hospital de Pronto Socorro

TANIA MARIA COUTO COELHO

Assessoria Parlamentar

GERÊNCIAS DISTRITAIS

CRISTINA KLEY

Centro

ANA LÚCIA DE LEÃO DAGORD

Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas

ANGELA REGINA GROFF NUNES

Norte/ Eixo Baltazar

ROSANE TEREZINHA BALTAZAR

Leste/ Nordeste

VÂNIA MARIA FRANTZ

Partenon /Lomba do Pinheiro

DANIELLE CERQUEIRA STEIN

Glória/Cruzeiro/ Cristal

MARISA ALBUQUERQUE DE LÚCIA

Restinga/ Extremo Sul

MARIS CRISTIANE WEBER

Sul/Centro Sul

SECRETARIA TECNICA DO CMS

Andrea Pereira Regner

Heloisa Helena Rousselet de Alencar

Heverson Luís Villar da Cunha

Humberto José Scorza

Luis Walter Jaques Dornelles

Lurdes Maria Toazza Tura

Maria Letícia de Oliveira Garcia

Mirtha da Rosa Zenker

Nei Carvalho

Walter Jeck

LISTA DE SIGLAS

ABNT – Associação Brasileiras de Normas Técnicas
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AD – Álcool e Drogas
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AME – Aleitamento Materno Exclusivo
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APH – Atenção Pré Hospitalar
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
ASSECOM – Assessoria de Comunicação
ASSEPLA – Assessoria de Planejamento e Programação
ATASB – Área Técnica de Atenção à Saúde Bucal
BAS – Benefício Assistencial
BC – Bloco Cirúrgico
C – Centro
CA – Câncer
CAD – Centro de Atendimento Diário
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAR – Centro Administrativo Regional
CAUAE – Comissão de Análise Urbanística de Estação de Rádio Base
CC – Cargo em Comissão
CD – Cirurgião Dentista
CE – Causas Externas
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEPS – Comissão Permanente de Ensino e Serviço
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERIH – Central de Regulação de Internação Hospitalares
CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CGADSS – Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores da Saúde

CGAFO – Coordenadoria Geral de Administração Financeira e Orçamentária
CGAPSES – Coordenadoria Geral de Atenção Primária, Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos
CGATA – Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo
CGPA / MS – Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
CGVS – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CH – Carga Horária
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIES – Comissão de Integração de Ensino e Serviço
CMCE – Central de Marcação de Consultas e Exames
CME – Centro de Material e Esterilização
CMI – Comitê de Mortalidade Infantil
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CMU – Coordenação Municipal de Urgências
CNEN – Comissão Nacional de Energia Nuclear
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico
COMAM – Conselho Municipal do Meio Ambiente
COMEM – Conselho Municipal de Entorpecentes
CP – Concurso Público
CRTB – Centro de Referência em Tuberculose
CS – Centro de Saúde
CEVC – Centro de Especialidades Vila dos Comerciantes
CEIAPI – Centro de Especialidades IAPI
CV – Carga Viral
DAR – Doenças do Aparelho Respiratório
DDA – Distritos Docentes Assistenciais
DIU – Dispositivo Intra Uterino
DM – Diabete Mellitus
DMAE – Departamento Municipal de Águas e Esgotos
DMLU – Departamento Municipal de Limpeza Urbana
DO – Declaração de Óbito
DOPA – Diário Oficial de Porto Alegre

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST – Doença Sexualmente Transmissível
DTA – Doença Transmissíveis por Alimentos
EC – Emenda Constitucional
ED – Equipe de Desenvolvimento
EPTC – Empresa Pública de Transporte e Circulação
ERB – Estações de Rádio Base
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
ESP – Equipe de Saúde Prisional
ETA – Estação de Tratamento de Água
EVA – Equipe de Vigilância de Alimentos
EVDT – Equipe de Vigilância em Doenças Transmissíveis
EVE – Equipe de Vigilância de Engenharia
EVEV – Equipe de Vigilância de Eventos Vitais
EVQA – Equipe de Vigilância de Águas
EVSAT – Equipe Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador
EVSPIS – Equipe de Vigilância em Serviços e Produtos de Interesse à Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania
FUGAST – Fundação de Gastroenterologia do Estado
GD – Gerência Distrital
GD C – Gerência Distrital Centro
GD GCC – Gerência Distrital Glória/ Cruzeiro/ Cristal
GD LENO – Gerência Distrital Leste/ Nordeste
GD NEB – Gerência Distrital Norte/ Eixo Baltazar
GD NHNI – Gerência Distrital Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas
GD PLP – Gerência Distrital Partenon/ Lomba do Pinheiro
GD RES – Gerência Distrital Restinga/ Extremo Sul
GD SCS – Gerência Distrital Sul/ Centro Sul
GEAF – Gerência de Acompanhamento Funcional
GHC – Grupo Hospitalar Conceição
GM – Gabinete Ministerial
GRSS – Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde

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

NEO – Neoplasias
NEP – Núcleo de Educação Permanente
NM – Nível Médio
NS – Nível Superior
NVESIS – Núcleo de Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde
NVPA – Núcleo de Vigilância de população Animal
NVPIS – Núcleo de Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde
NVRV – Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores
NVSIS – Núcleo de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento
PACS – Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul
PAS – Programação Anual de Saúde
PAVS – Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PBF – Programa Bolsa Família
PCPA - Presídio Central de Porto Alegre
PFMP – Penitenciária Feminina Madre Pelletier
PGQP – Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade
PIM / PIA – Primeira Infância Melhor / Porto Infância Alegre
PIT – Posto de Informação de Triatomíneos
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMCT – Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PPES – Profilaxia Pós Exposição Sexual
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PRD – Programa de Redução de Danos
PROEMPA – Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre
PUC – Pontifícia Universidade Católica
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF – Programa de Saúde da Família

PTS – Planos Terapêuticos Singulares
PVE – Pesquisa Vetorial Especial
QT – Quantidade
RAP – Rede de Atenção Primária
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RN – Recém Nascido
SAE – Serviço de Atendimento Especializado
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SEREEI – Setor de Regularização dos Estabelecimentos e Educação Infantil
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica
SIM – Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Notificação de Nascidos Vivos
SITET – Sistemam de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose
SISÁGUA – Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água
SISPACTO – Sistema do Pacto pela Saúde
SISPRENATAL – Sistema de Informação do Acompanhamento do Pré-Natal
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMA – Secretaria Municipal de Administração
SMED – Secretaria Municipal de Educação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SR – Sintomático Respiratório
SRTN – Serviço de Referência em Triagem Neonatal
ST – Saúde do Trabalhador
SUS – Sistema Único de Saúde
TB – Tuberculose
TBC – Tuberculose
TBDR – Tuberculose Droga Resistente
TDO – Tratamento Diretamento Observado
TI – Trabalho Infantil
TMI – Transmissão Materno – Infantil
TR – Teste Rápido

TRD – Teste Rápido Diagnóstico
TSB – Técnico em Saúde Bucal
TS – Tratamento Supervisionado
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UA – Unidade de Acolhimento
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura
UNFPA – Fundo das Nações Unidas para a População
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF – Unidade de Saúde da Família
US – Unidade de Saúde
USA – Unidade de Suporte Avançado
USB – Unidade de Suporte Básico
USP – Unidade de Saúde Prisional
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VE – Vigilância Epidemiológica
VT – Vale Transporte

	SUMÁRIO	PAG.
1	APRESENTAÇÃO	15
2	ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	15
3	LEGISLAÇÃO/NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS MUNICIPAL	16
4	PARTICIPAÇÃO DA SMS EM INSTÂNCIAS COLEGIADAS	17
5	HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO AO RECEBIMENTO DE RECURSOS	19
6	GESTÃO NA SAÚDE	19
6.1	Gestão do Trabalho em Saúde	20
6.1.1	Caracterização da Força de Trabalho	20
6.1.2	Saúde do Servidor	26
6.1.3	Atendimento Funcional	28
6.1.4	Educação Permanente em Saúde	31
6.2	Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde	53
6.3	Ouvidoria do SUS	57
6.4	Assessoria de Comunicação	62
7	REDE DE SERVIÇOS E REFERÊNCIAS	66
7.1	Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde	68
7.2	Rede de Serviços Ambulatoriais Especializados	73
7.3	Serviços de Urgência	75
8	INFRA-ESTRUTURA DE APOIO	76
8.1	Equipe de Programação e Compras - EPC	78
8.2	Equipe de Transportes	79
8.3	Equipe de Manutenção Predial - EMP	80
8.4	Equipe de Patrimônio	80
8.5	Núcleo de Licitações e Contrato - NLC	81
8.6	Informatização da Saúde	81
9	PRODUÇÃO	85

9.1	Atenção Primária à Saúde	85
9.2	Atenção Especializada	86
9.2.1	Saúde Bucal	88
9.2.2	Saúde Nutricional	93
9.2.3	Saúde Mental	95
9.3	Assistência Farmacêutica	118
10	AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE	123
10.1	Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis e outros Agravos	126
10.1.1	Doenças Sexualmente Transmissíveis AIDS e Hepatites Virais	126
10.1.2	Leptospirose	144
10.1.3	Sarampo / Rubéola	145
10.1.4	Vírus Influenza	145
10.1.5	Meningite	146
10.1.6	Tuberculose	147
10.1.7	Dengue	163
10.2	Ações e Serviços em Vigilância Sanitária	166
10.2.1	Demonstrativo das Ações Desenvolvidas pela Equipe de Vigilância em Serviços e Produtos de Interesse à Saúde – EVSPIS	171
10.3	Doenças e Agravos não Transmissíveis	196
10.3.1	Programa de Controle do Tabagismo	196
10.3.2	Violência	197
10.4	Programa Bolsa Família	198
10.5	Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM	200
10.6	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC	202
11	REGULAÇÃO DO SUS	206
11.1	Auditorias, Vistorias e Supervisões Realizadas	207
11.2	Regulação de Serviços Ambulatoriais e Especializados de Média e Alta Complexidade	208
11.2.1	Regulação da Produção Hospitalar	209
11.2.2	Internações Hospitalares por Grupo e Especialidade	211

12	HOSPITAIS PRÓPRIOS	220
12.1	Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	220
12.2	Hospital de Pronto Socorro	232
13	ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E TRANSPORTE DE PACIENTES	236
13.1	Pronto-Atendimentos (PA)	245
13.1.1	Perfil de Classificação de Risco nos Pronto-Atendimentos	247
13.2	Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM)	250
13.3	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	252
13.4	Serviços Hospitalares de Emergência	255
14	FINANCIAMENTO DO SUS	256
15	DESEMPENHO DOS INDICADORES NO CICLO DE VIDA	256
15.1	Ciclo de Vida da Criança	256
15.2	Ciclo de Vida do Adulto	270
15.2.1	Saúde do Trabalhador - CEREST	270
15.2.2	Saúde da Mulher	276
15.3	Ciclo de Vida do Idoso	286
16	POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	294
16.1	Saúde da População Negra	294
16.2	Saúde dos Povos Indígenas	297
16.3	Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade	303
17	CONTROLE SOCIAL	308
	CONCLUSÕES	309
	REFERÊNCIAS	313
	ANEXOS	315

APRESENTAÇÃO

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

No Sistema Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre está incorporado na 1ª Coordenadoria de Saúde. No Plano Diretor de Regionalização (PDR) Estadual, está inserido na Macrorregião Metropolitana, que envolve municípios da 1ª, 2ª e 18ª Coordenadorias Regionais de Saúde.

Em 2012, a Secretaria Estadual de Saúde (SES), revisou e redefiniu as regiões de saúde estaduais, emitindo a Resolução N° 555/12 – CIB/RS. Nesta resolução, Porto Alegre é município integrante da 10ª Região de Saúde, onde também estão os municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão.

Na esfera municipal, a regionalização dos serviços está em permanente revisão e adequação, sendo que atualmente o desafio posto está no formato da informatização das ofertas da rede de serviços para este fim. Além disso, um componente a ser considerado na regionalização dos serviços é o perfil populacional que, apesar da diminuição populacional expressa no Censo 2010, há migrações internas entre as regiões do município, o que exige revisão permanente das necessidades de saúde e disponibilidade de serviços em cada uma delas.

O processo de construção dos relatórios de gestão tem proporcionado o aprimoramento do instrumento como ferramenta de monitoramento do conjunto de ações e metas definidas na Programação Anual de Saúde (PAS). Fortalecido pela Lei Complementar 141/12, é o principal instrumento de planejamento estratégico de curto prazo da Secretaria Municipal de Saúde.

2 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

As informações referente ao funcionamento as Secretaria Municipal de Saúde foram descritos nos relatórios do 1º e 2º quadrimestre de 2012.

3 LEGISLAÇÃO/ NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS MUNICIPAL

Publicada em 31 de janeiro de 2012 a Resolução 64/2011 do CMS, referente a aprovação da Minuta de contrato do Hospital Independência. Foi firmada com a Sociedade Sulina Divina Providência.

No dia 1º de março de 2012 foi publicada a Portaria 802, que definiu os critérios de concessão e o elenco de insumos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre aos usuários portadores de Diabetes Mellitus. A referida Portaria estabeleceu, de forma mais abrangente, o acesso ao recebimento dos insumos, uma vez que redefiniu os critérios para concessão, como também proporcionou a ampliação dos insumos ofertados a comunidade residente no município.

A Portaria 289, publicada em março 2012, referente ao teste rápido, instituiu a realização deste na rede de atenção primária em saúde, para detecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da sífilis. Já a Portaria 288 trata da busca consentida, tendo em vista que o município de Porto Alegre desponta como a primeira cidade do Brasil em incidência de casos de AIDS. Esta regulamentou os procedimentos e condutas para abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso.

A Portaria 750 - Norma Técnica dos Enfermeiros, foi constituída em função da necessidade de estabelecer, no âmbito do município de Porto Alegre, restrito, exclusivamente aos programas de saúde pública, o uso de protocolos, diretrizes clínicas e manuais do Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Secretaria Estadual da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e outras Instituições de Saúde oficialmente parceiras do SUS. Esta portaria incide na atuação do profissional, no sentido de possibilitá-lo a realizar consultas de enfermagem, aplicando o processo de enfermagem, com o objetivo de conhecer e intervir sobre os problemas e saúde/doença, em conformidade com a legislação, realizando os fluxos e processos de trabalho que efetivamente estabeleçam a resolutividade aos usuários.

Realizou-se também a modificação da Portaria nº 001/12 no sentido de incluir os coordenadores ou assessores das Áreas Técnicas de Atenção à Saúde Mental, Nutricional, Bucal, da População Negra, e de DST/ AIDS/ Hepatites Virais da

CGAPSES no Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa de Saúde do Escolar, que tem por objetivo definir o escopo do trabalho que será realizado pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação e Secretaria Estadual, dimensionando além da responsabilidade destas instituições, as ações propostas para realização do Programa.

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

A Portaria 1.132/2012 oficializou a designação de servidora com a responsabilidade de acompanhar, monitorar e coordenar o Programa Municipal de Controle do Tabagismo da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, vinculado diretamente à Área Técnica de Atenção a Pneumologia. Tal medida visou restabelecer o resgate na condução do programa junto ao município, a fim de articulá-lo e transversalizá-lo com as demais Áreas Técnicas de Atenção à Saúde, perfazendo assim os ciclos de vida.

4 PARTICIPAÇÃO DA SMS EM INSTÂNCIAS COLEGIADAS

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

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)/RS

Integrantes da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RS - Titular: Marcelo Bosio; Suplente: Carolina Santanna - Conforme of. Nº 1768/10-GS em 03/12/2010.

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

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

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

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

Integrantes das Áreas Técnicas da CGAPSES:

Comitês:

Comitê Metropolitano de Tuberculose;

Comitê de Enfretamento à Situação de Rua;

Comitê de Mortalidade Materna;

Comitê de Mortalidade em AIDS;

Comitê de Mortalidade Infantil;

Comissões:

Comissão Municipal de AIDS;

Comissão de Convivência Familiar e Comunitária para Crianças e Adolescentes;

Central Redes de Atendimento à Criança e Adolescente;

Conselhos:

Conselho do Povo Negro;

Conselho do Idoso;

Conselho de Juventude;

Conselho Estadual de Saúde;

Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

Integrantes da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA) - Titular: Carlos Henrique Casartelli; Suplente: Marcelo Bosio.

Integrantes do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)- Titular: Carlos Henrique Casartelli; Suplente: Marcelo Bosio.

Conselho Municipal de Saúde

Integrantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) - Titular: Marcelo Bosio; Suplente: Jorge Luiz Silveira Osório - Conforme of. N°0817/10-GS em 11/06/2010.

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

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

5 HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO AO RECEBIMENTO DE RECURSOS

As habilitações do recebimento de recursos do município de Porto Alegre, constam do relatório de gestão do 2º quadrimestre.

6 GESTÃO NA SAÚDE

O ano de 2012 destacou-se, para a gestão do SUS em Porto Alegre, pela diversidade de estratégias planejadas e executadas. Esse posicionamento permitiu que o conjunto de trabalhadores, gestores e usuários avaliassem a execução dos planos de ação para a qualificação e para a expansão do SUS na capital.

Na área de planejamento, a SMS avançou no planejamento regional com as equipes de monitoramento e com a avaliação do PMAQ, avançou no planejamento setorial de áreas estratégicas como a regulação de serviços, a ouvidoria, a humanização, a atenção primária, a integração ensino-serviço e o próprio planejamento.

O alinhamento estratégico das metas e indicadores da SMS no Portal de Gestão, utilizando as ferramentas disponibilizadas pela Secretaria de Planejamento Estratégico e Orçamentário, foi fundamental para a disseminação da compreensão dos trabalhadores e gestores sobre os instrumentos normativos de planejamento estabelecidos pela LC 141/12. A partir disto, a SMS atuou para o fortalecimento da sua gestão, por meio de seminários, cursos e eventos de interesse dos servidores, gestores, conselheiros e usuários. Entre estes, cita-se o 1º Curso de Avaliação e Planejamento ASSEPLA/CGVS, o 10º Congresso da ABRASCO, o 1º Seminário Anual do ConsolidaSUS, a Feira de Resultados da CGAPSES e o Seminário de Resultados - Projetos de Melhorias da Gestão Estratégica e da Gestão de Processos na SMS.

O processo de integração do planejamento de ações e de orçamentário, iniciado em 2012 com o exercício da elaboração da PAS 2013 permitirá que, em curto prazo, a SMS possa acompanhar suas ações de forma integral. Como parte

deste objetivo, o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 teve o início de sua elaboração no segundo semestre de 2012 e marcou um novo momento organizacional da SMS.

6.1 Gestão do Trabalho em Saúde

6.1.1 Caracterização da Força de Trabalho

Quadro 1– Metas constantes na PAS 2012.

Meta	Realizado das Metas	Ações	Realizado das Ações
138. Contratar 140 Agentes de Endemias para as Unidades de Saúde da Família para AIDS, tuberculose, dengue, álcool e drogas.	131 agentes de endemias contratados pelo IMESF.	Elaboração e Lançamento do edital para Licitação de empresa para realização do concurso;	Realizada.
		Elaboração e Lançamento do edital para realização das provas;	Realizada.
		Realização do concurso via IMESF;	Realizada.
		Contratação candidatos aprovados.	Realizada.
139. Criar 30 cargos de Auxiliares de Farmácia e 20 cargos de Educador Físico.	O processo de Educador Físico foi discutido com a SMA, estando o Projeto de Lei pronto para ser enviado para a Câmara de Vereadores. O cargo de Auxiliar de Farmácia está sendo analisado devido ao cargo não ser regulamentado pelo Conselho de Farmácia.	Inclusão da pauta necessidade de criação dos cargos SMS junto à SMA no comitê de secretariado e Prefeito;	Realizado com relação ao cargo de Educador Físico.
		Envio do projeto de lei para a Câmara Municipal de Vereadores;	Parcialmente realizada.
		Elaboração de concurso;	Não realizado.
		Nomear os candidatos aprovados.	Condicional a elaboração do concurso.
140. Repor 100% das vacâncias geradas por servidores municipais.	As nomeações cujas vagas foram geradas por aposentadoria, falecimento ou exoneração foram acompanhadas e estão sendo repostas à medida que é autorizado pelo Comitê Gestor.	Acompanhamento das nomeações cujas vagas foram geradas por aposentadoria, falecimento ou exoneração;	Realizada
		Dimensionamento e distribuição da força de trabalho em todos os órgãos da SMS;	SMS e SMA estão verificando a metodologia adequada para realização do dimensionamento de pessoal.

		Estabelecimento de metodologia para o Dimensionamento e distribuição da força de trabalho SMS.	Compilação das legislações que versam a respeito de dimensionamento em grande parte dos serviços da Rede de APS. Início do processo relativo a CMU.
141. Transformar 213 cargos de Auxiliar de Enfermagem em 188 cargos de Técnico de Enfermagem e 25 cargos de Técnico em Radiologia.	Meta atingida	Solicitação à SMA para transformação dos cargos relacionados;	Realizada.
		Encaminhamento de projeto à Câmara Municipal de Vereadores para criação dos cargos;	Realizada.
		Nomeação de candidatos classificados para ocupação das vagas existentes.	Realizada.
142. Transformar 25 cargos de Assistente Administrativo Hospitalar em 10 Cargos de Auxiliar de Farmácia, 09 cargos de Farmacêuticos e 05 cargos de Biomédicos para atender as demandas atuais da assistência farmacêutica.	Meta atingida.	Solicitação à SMA para a criação dos cargos relacionados;	Realizada.
		Encaminhamento de projeto à Câmara Municipal de Vereadores para criação dos cargos;	Realizada.
		Nomeação candidatos classificados para ocupação das vagas existentes.	Realizada.
143. Criar 51 cargos de Enfermeiro.	Meta atingida.	Solicitação à SMA para criação dos cargos relacionados;	Realizada.
		Encaminhamento de projeto à Câmara municipal de vereadores para criação dos cargos;	Realizada.
		Nomeação de candidatos classificados para ocupação das vagas existentes.	Realizada.
153. Estruturar a área física e definir a estrutura RH em 5 Conselhos Distritais de Saúde.	Relativo a estrutura de RH, SMS e SMA estão verificando a metodologia adequada para realização do dimensionamento de pessoal.	Estruturação da área física;	Não realizada.
		Adequação da necessidade de Recursos Humanos.	SMS e SMA estão verificando a metodologia adequada para realização do dimensionamento de pessoal.

A rede municipal de saúde de Porto Alegre contava, em dez 2012, com uma força de trabalho composta de 8.112 servidores incluindo profissionais das esferas municipal, estadual e federal acrescentando-se a estes os profissionais terceirizados

(contratados através de processo licitatório), profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família e contratos temporários firmados nos termos da Lei Municipal nº 7.770/96.

No relatório, foi adotado o comparativo entre as datas de 31 de dezembro de 2011 e 2012, 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.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos servidores por categoria profissional, referente ao período de 2012, comparando-a com o ano anterior.

Quantitativo da Força de Trabalho

Tabela 1- Evolução da força de trabalho da SMS, por tipo de vínculo, período 2011-2012.

	Vínculo	Período				Varição
		2012		2011		2012/2011
		Nº	%	Nº	%	%
Efetivos	municipal	4.706	58,01	4.386	59,2	7,3
	estadual	576	7,10	643	8,67	-10,4
	federal	277	3,41	357	4,81	-22,4
	Lei 7.770/96	50	0,62	617	8,32	-91,9
	terceirizados	877	10,81	837	11,3	4,8
	ESF	1626	20,04	575	7,76	182,8
Total		8.112	100,00	7.415	100	9,4

FONTE: Sistema ERGON/PMPA

Tabela 2- Evolução do quantitativo de servidores efetivos, por nível de cargo, período 2011 e 2012.

Nível de Cargo	Período				Varição
	2012		2011		2012/2011
	Nº	%	Nº	%	%
Superior(NS)	2553	45,93	2474	45,93	3,2
Médio(NM)	2410	43,35	2262	42,01	6,5
Elementar(NE)	596	10,72	576	10,69	3,5
Total	5559	100,00	5386	98,63	3,2

FONTE: Sistema ERGON/PMPA

Nas tabelas seguintes apresentamos os quantitativos de servidores adidos dos anos 2011 e 2012. Os mesmos estão em tabelas diferentes para ser possível verificar o total de servidores por nível de cargo. (Tabelas 3,4,5)

Tabela 3– Evolução do quantitativo de servidores efetivos e cargos em comissão, por cargos NS, período 2011-2012.

Cargo	Nível	2012	2011	Variação N°
Administrador	NS	26	22	4
Arquiteto	NS	5	5	0
Arquivista	NS	1	1	0
Assessor Especialista-CC	NS	6	7	-1
Assessor para Assuntos Jurídicos /Procurador Municipal	NS	5	5	0
Assessor Técnico-CC	NS	5	5	0
Assistente Social	NS	83	84	-1
Assistente-CC	NS	4	4	0
Bibliotecário	NS	2	2	0
Biólogo	NS	11	11	0
Chefe de Gabinete-CC	NS	1	0	1
Cirurgião-Dentista	NS	155	176	-21
Contador	NS	0	1	-1
Coordenador-CC	NS	0	0	0
Coordenador-Geral-CC	NS	2	3	-1
Economista	NS	3	2	1
Enfermeiro	NS	463	418	45
Engenheiro	NS	15	14	1
Engenheiro Químico	NS	1	0	1
Especialista em Educação	NS	1	1	0
Farmacêutico	NS	66	72	-6
Físico	NS	2	2	0
Fisioterapeuta	NS	34	34	0
Fonoaudiólogo	NS	11	11	0
Gerente De Atividades III Ns-CC	NS	1	1	0
Gerente III-CC	NS	1	2	-1
Gerente IV-CC	NS	2	2	0
Medico	NS	1430	1382	48
Medico Veterinário	NS	22	21	1
Nutricionista	NS	57	53	4
Professor	NS	12	10	2
Psicólogo	NS	97	94	3
Secretário Adjunto	NS	1	1	0
Sociólogo	NS	2	2	0
Técnico Em Comunicação Social	NS	4	4	0
Terapeuta Ocupacional	NS	22	22	0
Total		2553	2474	79

FONTE: Sistema ERGON/PMPA

Na Tabela 3, informamos que constam os cargos de Assessor para Assuntos Jurídicos e Procurador Municipal. Ocorre que, no ano de 2011, ainda contava, na Lei Municipal 6.309/88, o cargo de Assessor para Assuntos Jurídicos, no entanto, em 2012, foi criado o cargo de Procurador Municipal e, mediante o disposto na Lei

Complementar 701/12, o cargo de Assessor para Assuntos Jurídicos foi extinto passando seus ocupantes para o cargo de Procurador Municipal nos termos estipulados na referida Lei Complementar. Para fins de comparação, incluímos os dois cargos.

Tabela 4- Evolução do quantitativo de servidores efetivos e cargos em comissão, por cargos NM, período 2011-2012.

Cargo	Nível	2012	2011	Variação Nº
Agente de Fiscalização	NM	55	56	-1
Assistente Administrativo	NM	435	429	6
Assistente Administrativo Hospitalar	NM	15	17	-2
Auxiliar de Enfermagem	NM	981	1057	-76
Auxiliar de Fisioterapia	NM	1	1	0
Auxiliar de Gabinete Odontológico	NM	68	71	-3
Auxiliar de Laboratório e Análises	NM	50	50	0
Auxiliar de Serviço Social	NM	7	9	-2
Auxiliar de Serviços Técnicos	NM	5	3	2
Chefe de Equipe-CC	NM	3	2	1
Eletrotécnico	NM	7	7	0
Gestor e-CC	NM	1	1	0
Monitor	NM	15	11	4
Oficial de Gabinete-CC	NM	1	0	1
Técnico de Segurança do Trabalho	NM	6	7	-1
Técnico em Contabilidade	NM	4	3	1
Técnico em Enfermagem	NM	634	416	218
Técnico em Higiene Dental	NM	4	0	4
Técnico em Nutrição e Dietética	NM	12	13	-1
Técnico em Radiologia	NM	104	108	-4
Técnico em Tratamento de Água e Esgoto	NM	1	0	1
Visitador Sanitário	NM	1	1	0
Total		2410	2262	148

FONTE: Sistema ERGON/PMPA

Tabela 5- Evolução do quantitativo de servidores efetivos e cargos em comissão, por cargos NE, período 2011-2012.

Cargo	Nível	2012	2011	Variação Nº
Apontador	NE	27	29	-2
Ascensorista	NE	3	3	0
Atendente	NE	65	75	-10
Auxiliar Elet Mec	NE	1	0	1
Auxiliar de Cozinha	NE	25	25	0
Auxiliar de Serviços Gerais	NE	82	82	0
Carpinteiro	NE	3	4	-1
Contínuo	NE	39	43	-4
Costureira	NE	3	3	0
Cozinheiro	NE	14	14	0
Eletricista	NE	24	23	1

Gari	NE	5	0	5
Guarda Municipal	NE	1	4	-3
Instalador	NE	8	7	1
Maquinista	NE	4	4	0
Marceneiro	NE	2	2	0
Mecânico	NE	6	3	3
Motorista	NE	136	116	20
Motorista CLT	NE	1	1	0
Operador de Estação de Tratamento	NE	1	0	1
Operador de Maquinas	NE	1	0	1
Operador de Rádio Transceptor	NE	4	1	3
Operário	NE	26	27	-1
Operário (CLT)	NE	27	26	1
Operário Especializado	NE	21	15	6
Pedreiro	NE	3	4	-1
Pintor	NE	5	5	0
Porteiro	NE	1	1	0
Recepcionista	NE	28	29	-1
Soldador	NE	4	2	2
Telefonista	NE	26	28	-2
Total		596	576	20

Movimentação de pessoal

Tabela 6- Comparativo da movimentação de pessoal, período 2011-2012.

Ano	Efetivos		Varição
	Saídas	Ingressos	Nº
2012	315	502	187
2011	198	348	150

FONTE: Sistema ERGON/PMPA

Salientamos que, no quantitativo “saídas”, estão computados os afastamentos por aposentadoria, falecimento, exoneração de servidores, enquanto que no conceito “ingressos” são considerados os incrementos através de nomeação.

Contratos temporários/ Lei Municipal 7.770

Tabela 7– Contratações Temporárias – Lei 7.770/96 – Período 2011-2012.

Cargo	Nível	2012	2011	Varição Nº
Agente Comunitário de Saúde	NM	47	351	-304
Agente de Combate a Endemias	NM	2	124	-122
Auxiliar de Cozinha	NE	0	0	0
Auxiliar de Gabinete Odontológico	NM	0	0	0
Auxiliar de Laboratório d Análises	NM	0	0	0
Biólogo	NS	0	0	0
Biomédico	NS	0	0	0
Cozinheiro	NE	0	0	0
Enfermeiro	NS	1	2	-1
Farmacêutico	NS	0	0	0
Farmacêutico Bioquímico	NS	0	0	0
Fisioterapeuta	NS	0	0	0

Médico	NS	0	9	-9
Motorista	NE	0	0	0
Nutricionista	NS	0	0	0
Supervisor de Campo	NM	0	13	-13
Técnico dm Enfermagem	NM	0	118	-118
Técnico dm Radiologia	NM	0	0	0
Terapeuta Ocupacional	NS	0	0	0
Total Geral		50	617	-567

FONTE: Sistema ERGON/PMPA

Nesta tabela, constam o somatório das contratações efetuadas em 2011 e 2012. Em comparação ao ano de 2011, houve uma acentuada redução no quantitativo de contratados tendo em vista a quantidade de nomeações processadas em 2012 e as contratações através do Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família (IMESF).

Com relação ao Plano de carreira informamos a SMS participou durante o ano de 2011 do Grupo de Trabalho envolvendo representantes das Secretarias, Autarquias, SMA (Secretaria Municipal de Administração), PGM (Procuradoria Geral do Município) e SIMPA (Sindicato dos Municípios de Porto Alegre) para elaboração de um projeto básico com objetivo de contratar empresa que elaboraria o Plano de Carreiras da administração centralizada e autarquias. O projeto básico foi concluído no início de 2012 e enviado para algumas empresas com reconhecida qualificação técnica. Foram recebidas 2 propostas pela SMA com especificação de preço e que atendiam as exigências técnicas previstas no Projeto.

No final de 2012, a proposta de menor valor foi enviada a PGM, para manifestação quanto à validação ou avaliação técnica como à forma de contratação estando esta ainda em análise pela Procuradoria.

6.1.2 Saúde do Servidor

Quadro 2- Metas constantes na PAS 2012.

Meta	Realizado da Meta	Ações	Realizado das Ações
162. Incluir 3.000 servidores da		Sensibilização dos RH das Secretarias incluídas.	Não realizado.

<p>Administração Centralizada ainda não contemplados no exame periódico.</p>	<p>A meta ainda não foi totalmente alcançada em 2012(Tabela X) devido ao processo de conclusão da transição da Perícia Previdenciária do PREVIMPA e da Customização do ERGON, gerando profundas modificações no processo de trabalho de toda a GSSM. É necessário capacitar todos os servidores usuários do ERGON, de equipar a GSSM para atender ao novo perfil de atendimento, em especial os equipamentos de informática, necessário a rotina de atendimento, inclusive com digitalização de documentos. Também, é necessário recompor os quadros da GSSM que está bastante aquém das necessidades, tanto da rotina quanto dos exames periódicos. Cabe destacar que é necessário reestruturar a GSSM para atender a meta proposta, reestruturação que já vem sendo cogitada dentro da administração municipal e que em 2013 vem ocupando a atenção dos gestores.</p>	<p>Diagnóstico das áreas prioritárias para ações preventivas.</p>	<p>Não realizado.</p>
		<p>Conclusão da transição das atividades periciais de competência do PREVIMPA.</p>	<p>Realizado.</p>
		<p>Disponibilização dos núcleos de perícia da GSSM para a prevenção de saúde ocupacional do servidor municipal,</p>	<p>Não realizado. Em fase de reestruturação e adequação das unidades de perícia.</p>
		<p>Customização do ERGON.</p>	<p>Realizado.</p>
		<p>Atendimento de todos Acidentes de Trabalho Notificados.</p>	<p>Realizado.</p>
		<p>Capacitação da Equipe de Perícia Médica.</p>	<p>Realizado.</p>
		<p>Estabelecimento de interface e cooperação com os RHs para encaminhamento de reabilitação e adequações funcionais.</p>	<p>Não realizado.</p>

		Equipes de perícia médica equipadas com servidores habilitados, material de consumo e permanente adequados à demanda.	Não realizado. Demandas pendentes de equipamento de informática, recomposição da equipe médica, mas principalmente das equipes administrativa e técnica.
--	--	---	--

Tabela 8– Acidentes de trabalho PMPA e Exames Periódicos.

Descrição do Item	Período				Variação	
	2012		2011		2012/2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Acidentes de trabalho	644	4,64% **(13871)	549	4,08% **(13448)	95	17,30%
Exame Periódico	236*	1,70% **(13871)	129*	96% **(13448)	107	182,95%

FONTE: GSSM/SMS e PROCEMPA.

* Exame de capacidade laborativa.

**Portal de Transparência (total de servidores em Dez 2011 e 2012)

Os dados de LTS e LG são lançados no Sistema Ergon pela GSSM e pelo PREVIMPA (Previdência do Município de Porto Alegre), independentemente, e Aposentadorias são de competência do PREVIMPA desde Julho de 2012, tornando-se lançamentos da PMPA.

Os Acidentes de Trabalho e os exames periódicos são registrados unicamente pela GSSM/SMS, sendo passíveis da análise de resultados da GSSM/SMS apenas.

6.1.3 Atendimento Funcional

Considerando a reestruturação da Equipe de Desenvolvimento/ CGADSS, ocorrida em 2010, e a constituição da Gerência de Acompanhamento Funcional (GEAF) na Secretaria Municipal de Administração, o acompanhamento funcional dos servidores da SMS passou a ser realizado por aquela equipe, com exceção do HMIPV que vem realizando, também, o acompanhamento funcional com sua equipe.

O Acompanhamento Funcional, realizado pela Gerência de Acompanhamento Funcional (GEAF/SRH/SMA) visa apoiar o processo de negociação de conflitos, assessorar chefias e gerentes, acompanhar o processo de avaliação do estágio probatório e qualificar a avaliação laboral com vista à readaptação ou delimitação de

atribuições. Este acompanhamento justifica-se pela importância de um espaço de escuta para que se atinjam soluções qualificadas nas questões relacionais e/ou individuais de trabalho. São realizadas duas intervenções distintas atualmente utilizadas por servidores da SMS: o Acompanhamento Funcional Individual e o Acompanhamento Gerencial.

Quadro 3– Meta constante na PAS 2012.

Meta	Realizado da Meta	Ações	Realizado das Ações
161. Atender 100% dos servidores que buscam apoio para negociação de situações de conflitos nos locais de trabalho.	Os servidores que buscam apoio para situações de conflito são encaminhados para atendimento na SMA/GEAF. Os dados enviados pela GEAF/SMA foram integrados aos Relatórios Quadrimestrais. A ED não dispõe de equipe técnica para análise dos dados e realizar possíveis intervenções.	Encaminhamento para a Gerência de Acompanhamento Funcional (GEAF) dos servidores e gerentes que buscam apoio para negociação de situações de conflitos e dificuldades relativas às relações de trabalho;	Realizada
		Análise dos relatórios quadrimestrais emitidos pela GEAF para elaboração de intervenção.	Os dados enviados pela GEAF/SMA são integrados aos RG, mas a Equipe de Desenvolvimento (ED) não dispõe de equipe técnica para intervenção.

Tabela 9- Número de Atendimento Funcional realizado para servidores da SMS/POA, anos de 2012 e 2011.

Atendimento Funcional	2012	2011	Variação
Total	132	137	-3,65%

FONTE: Registro da GEAF/SMA

Observa-se nas tabelas acima que não houve variação significativa no número de casos atendidos entre 2011 e 2012.

Quadro 4- Motivo do Acompanhamento.

Motivo do Acompanhamento	
Assédio moral ou sexual (servidor alega ser vítima)	4
Servidor tem dificuldades em realizar suas atribuições	3
Desmotivação, sobrecarga de trabalho ou estresse.	6
Estágio Probatório - Discordância	15
Estágio Probatório – encaminhado por baixa pontuação	36
Insubordinação ou desrespeito a normas	3
Licenças prolongadas	2
Problemas Pessoais	4
Queixas sobre trabalho (ex: distância, remuneração, organização)	5

Sofrimento psíquico	10
Movimentação do local de trabalho	15
Dificuldades de relacionamento no local de trabalho (incluindo com a chefia, colegas e/ou público).	15
Suspeita de uso de substâncias psicoativas ou dependência química	4
Outros	10
Total	132

FONTE: Registro da GEAF/SMA

Considerando que a SMA/GEAF iniciou ao longo do ano o processo de categorizar os motivos dos atendimentos, possibilitando identificar que as demandas geradoras dos atendimentos são múltiplas e heterogêneas. Sendo que se salientam em relação aos demais motivos a Baixa Pontuação no Boletim de Avaliação do Estágio Probatório e discordância quanto à mesma, incidindo este motivo em 51 dos casos atendidos, sendo que a este respeito, as áreas da SMS vem sendo contatadas pela GEAF, de modo a construir intervenção conjunta.

Uma vez que ainda persiste a dificuldade de Rh para efetivar intervenção mais específica, a SMS tem procurado organizar intervenções de cunho mais amplo, sendo que para isso, realizou no 3º quadrimestre reunião de planejamento junto a GEAF, no intuito de organizar em parceria com esta um plano de ação para 2013 que possa impactar no que tange o acompanhamento funcional.

Ainda referente aos dados de acompanhamento funcional, ressalta-se que ao final do 3º quadrimestre de 2013 ocorreu a implantação do Módulo Saúde e Segurança, vinculado ao Sistema ERGON, o que viabilizará mapear com maior clareza os motivos de busca de acompanhamento funcional, qualificando assim os dados, de modo a auxiliar no planejamento de ações para o ano de 2013.

Tabela 10- Número de ocorrências por tipo de licença.

Licenças	2012	2011	Varição Nº
Benefício Assistencial	63	56	7
Licença Auxílio-Doença do INSS	26	40	-14
Licença de Asseidente de Trabalho	271	213	58
Licença Gestante	74	65	9
Licença Tratamento de Pessoa da Família	975	743	232
Licença Tratamento de Saúde	4997	4439	558
Licença de Acompanhamento do Cônjuge	5	7	-2
Licença Aguardando a Aposentadoria	111	60	51
Licença Tratamento de Interesse	14	10	4
Total	6536	5633	903

FONTE: Sistema ERGON

Verificando o quadro acima, podemos constatar que houve um incremento de 903 ocorrências em 2012 sendo que, no quantitativo, sobressaem as licenças: LTP (Licença para Tratamento de Pessoa da Família), com 232 e a LTS (Licença para Tratamento de Saúde), com 558 ocorrências.

Salientamos que, no relatório anual 2011 constava o total da tabela acima como sendo a quantidade de servidores. No entanto, examinando os relatórios, concluiu-se que o quantitativo é relacionado às ocorrências no período, razão pela qual foi alterado o título.

6.1.4 Educação Permanente em Saúde

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

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

O ano de 2012 caracterizou-se pelo avanço na reestruturação do eixo Qualificação Profissional, bem como pela consolidação do eixo Integração Ensino e Serviço, salientando-se a crescente articulação entre os eixos, com vistas à construção da Política de Educação Permanente no âmbito da SMS.

Nomeou-se como Rede de Educação Permanente da SMS a representação de algumas de suas coordenações, composta pelo Núcleo de Educação Permanente em Urgências/Coordenação Municipal de Urgências – NEU/CMU, Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem do HPS - NEPEnf-HPS, Direção Científica-HPS, Assessoria de Ensino e Pesquisa - ASSEP-HMIPV, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde – CGVS e Coordenação Geral da Atenção Primária, Serviços Especializados e Substitutivos - CGAPSES, GSSM e CEREST, face amplitude de eventos de capacitação realizadas e a diversidade de temáticas, proporcionando um alinhamento nas estratégias de qualificação dos profissionais de saúde, com vistas a convergir com as prioridades da SMS e as necessidades de desenvolvimento profissional para gestão do SUS em Porto Alegre, segundo a

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e em acordo com a PAS – 2012.

O Grupo de Trabalho, com foco na temática Qualificação Profissional, foi formalizado em dezembro de 2012, pela Portaria nº 1.494. Sendo que as atividades iniciaram em agosto/12 com avanço consideravelmente em termos de interlocução interna entre as áreas promotoras de ações de Educação Permanente na SMS. O mesmo busca estruturar as normas e fluxos internos no que tange às ações de qualificação profissional da Secretaria, identificando, primeiramente, dificuldades no alinhamento das ações, bem como mapeando a necessidade de formalização de normativa quanto a essas ações.

Há previsão de realização de oficinas para elaboração de projetos em 2013, bem como o preparo para a implantação do Sistema Ergon – Módulo Treinamento, cujo gerenciamento é realizado pela Secretaria Municipal de Administração. Esse sistema concentrará as informações dos servidores quanto à certificação dos mesmos, referente aos eventos em que participarem.

No decorrer deste ano, 2012, entre os resultados já obtidos, a publicação da Portaria de Designação do GT Qualificação Profissional, houve a participação de alguns integrantes da equipe em treinamentos básicos para operacionalização das capacitações que virão a ter vínculo com o sistema ERGON - módulo Treinamento, promovidas pela EGP/SMA, o estudo das especificidades das capacitações da área da saúde e a demonstração da necessidade de seu alinhamento a esse sistema, concomitantes aos ajustes técnicos e administrativos nas equipes.

Destaque-se, referente ao assunto, a adesão alcançada na construção do GT-Qualificação entre as áreas da SMS envolvidas.

Tabela 11– Capacitações promovidas pela SMS.

Capacitações	Período		Variação
	2012	2011	%
Nº de eventos	338	265	27,54
Nº de participantes	13.031	13.643	-4,48
Total de h de capacitação dos Servidores	104.924	115.225	-8,94

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

Em relação ao quadro acima, verifica-se que, ao comparar os dados de 2011 com 2012, as informações indicam oscilação positiva em relação ao número de eventos realizados, que pode ser indicado pelo acréscimo de diversidade das temáticas enfocadas. Quanto à variação negativa em nº de participantes e total de h/capacitação quando comparado com 2011, o Projeto InfoRede incrementava naquele período este índice pela amplitude dos objetivos propostos e público alcançado.

Tabela 12– Capacitações promovidas pela EGP/SMA com a participação de servidores da SMS.

EGP	Período		Variação
	2012	2011	%
Nº de capacitações	73	69	5,79
Nº de participantes	1.270	1.518	-16,33
Nº participantes x carga horária	7.074	14.590	-51,51

FONTES: Escola de Gestão Pública - EGP/SMA

Ao compararem-se os dados referentes ao período de 2011 e 2012 constata-se uma redução na participação dos servidores da SMS em eventos realizados pela EGP/SMA, apesar de acréscimo no número de capacitações ofertadas ao mesmo público. Pode-se inferir dessas informações que menos capacitações específicas aos interesses profissionais dos servidores da SMS foram realizados através da EGP/SMA.

Tabela 13– Afastamentos temporários de servidores da SMS para qualificação profissional externa.

Afastamentos Temporários	Período		Variação
	2012	2011	%
Total de servidores	512	386	32,64
Total carga horária liberada	13.080	*	-

FONTES: Registros ED/CGADSS.

*informação não coletada em 2011

A respeito de afastamentos temporários de servidores da SMS para participarem em eventos externos, de acordo com art. 32 inciso II, da Lei Complementar nº 133/1985, observa-se um aumento de 32,64% em 2012 quando comparado com 2011. Não foi possível comparar o total de carga horária liberada tendo em vista este dado não ter sido coletado em 2011.

Por outro lado, observa-se que o acréscimo de 2012 em comparação a 2011 está relacionado ao fato de que algumas liberações durante 2011 ocorriam informalmente, o que foi sendo regularizado paulatinamente durante o corrente ano, face implantação do ponto eletrônico.

Tabela 14– Liberação de Servidores para estudo em horário de trabalho.

Nível de Ensino	Nº de servidores			Horas por nível de ensino		
	Período		Variação	Período		Variação
	2012	2011	%	2012	2011	%
Técnico	9	*	-	1.160	*	-
Graduação	31	*	-	7.160	*	-
Especialização	28	*	-	3.800	*	-
Mestrado	8	*	-	240	*	-
Doutorado	13	*	-	2.640	*	-
Total	68	77	-11,69%	15.000	10.320	45,34

FONTE: Assessoria Técnica - ASSETEC/CGADSS

*dados coletados não detalhados dos níveis de ensino em 2011

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

Por este aspecto dos afastamentos para qualificação profissional, percebe-se o interesse dos servidores em se qualificarem de acordo com interesse individual.

Tabela 15– Capacitações, afastamentos e liberação para estudo de servidores da SMS – comparativo entre 2012 e 2011.

Capacitações	Total de participantes			Total de horas de investimento em capacitação		
	Período		Variação	Período		Variação
	2012	2011	%	2012	2011	%
Capacitações SMS	13.031	13.643	-4,49	104.924	79.622	31,78
Capacitação EGP/SMA	1.270	1.462	-13,13	7.074	7.373 *	*
Afastamento para eventos	475	386	23,05	13.071	3.636**	**
Liberação de servidores para estudo	109	77	-41,55	15.000	10.320	45,34

FONTE: Registros ASSETEC/CGADSS e ED/CGADSS, EGP/SMA

* e ** Informações não detalhadas referentes ao 3º quadrimestre de 2011.

Tabela 16– Comparativo do índice de horas totais de capacitação pelo número de servidores da SMS, entre 2012 e 2011.

Total de horas de investimento em capacitação			Nº total de servidores*			Horas total de capacitação / nº servidores da SMS		
Período		Variação	Período		Variação	Período		Variação
2012	2011	%	2012	2011	%	2012	2011	%
104.924	129.815	-19,17	7.235	6.682	8,27	14,50	19,43	-25,37

FONTE: Registros ED/CGADSS (Relatórios de Gestão)

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

Tabela 17– Indicador de Capacitação.

Total de horas de investimento em capacitação			Indicador hora/servidor		
Período		Variação	Período		Variação
2012	2011	%	2012	2011	%
104.924	129.815	-19,17	14,50	19,43	-25,37

FONTE: Registros ED/CGADSS (Relatórios de Gestão)

Ao analisar as tabelas acima se verifica diminuição referente às atividades de qualificação profissional quanto às capacitações promovidas pela SMS em 2012 quando comparada com ano anterior. O mesmo ocorrendo com as capacitações promovidas pela EGP/SMA, o que fica evidenciado através do indicador de horas/servidor em ações de Educação Permanente.

Igualmente percebe-se acréscimo em termos de número de servidores com afastamento para qualificação profissional em eventos externos diversos, o mesmo não ocorrendo na solicitação para liberação de estudos.

Por ausência de informações referentes ao total de horas oriundas das capacitações promovidas pela EGP/SMA e pelo afastamento para eventos em 2011 não foi possível comparar estes indicadores.

Quadro 5– Metas anuais constantes na PAS 2012.

Meta	Realizado da Meta	Ações	Realizada das Ações
159- Elaborar o calendário anual de educação permanente em saúde que contemple 100% das metas do PMS e outras que tenham previsão de capacitação.	De acordo com as informações referentes à meta está em discussão, acompanhando ao processo de reestruturação da ED, dos Núcleos de Educação Permanente (NÉP) através do Grupo de Trabalho, o GT-Qualificação - composto por Coordenações da SMS (CGADSS, CGAPSES, CGVS, HMIPV, HPS, GSSM, CEREST, CMU, GS) e CMS, coordenado pela ED/CGADSS. Todas atividades visam qualificar o Calendário e	Reestruturação da área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas;	Em processo de reestruturação da Equipe de Desenvolvimento.
		Elaboração de um diagnóstico com vistas a apresentar as necessidades de RH;	Está sendo realizado no âmbito dos Núcleos de Educação Permanente e Núcleo de Educação em Urgências, amparado nas atividades do GT-Qualificação.
		Definição da estrutura com seus níveis hierárquicos e atribuições;	Em desenvolvimento.
		Criação de fluxo para a realização das capacitações;	Constituiu-se um Grupo de Trabalho - GT-Qualificação com o objetivo de definir normas e fluxos relativos às ações de Educação Permanente e formações diversas na SMS. Configuração ao módulo Treinamento, do ERGON (parceria com a EGP/SMA).

elaboração de Política de Educação Permanente no âmbito da SMS.	de de	Elaboração do Plano de Educação Permanente, contemplando os eixos de profissionalização, qualificação profissional e integração ensino e serviço;	Em desenvolvimento. Previsão de definições em 2013. Em implantação o Módulo Treinamento do Sistema ERGON (EGP/SMA).
	no	Capacitação de servidores (chefias ou assessores ou representante do serviço) nos focos de Gerenciamento com Base na Informação e Gestão Estratégica e Participativa SUS.	Atividades desenvolvidas pela ASSEPLA, face amplitude e pertinências.

Quanto à ação de Integração de Novos Servidores, que vem se realizando em 2012, que contempla princípios da Educação Permanente, Acolhimento e Humanização, o mesmo vem demonstrando impacto positivo junto aos servidores ingressantes, segundo a avaliação dos mesmos e chefias contatadas bem como através de eventuais considerações de outros servidores no sentido de que também gostariam de participar desta atividade.

A equipe responsável por esta ação (Integração) é composta por servidores de diversos setores da SMS, buscando imprimir caráter transversal e interdisciplinar. Com tal atividade, em turmas, durante um turno de horário de trabalho, busca-se inserir os colegas ingressantes na estrutura e dinâmica da SMS, além de buscar refletir com os mesmos sobre o sentido do trabalho.

Integração Ensino e Serviço

Quadro 6- Metas anuais constantes na PAS 2012.

Meta	Realizado da Meta	Ações	Realizado das Ações
160. Assessorar 100% das instâncias gestoras de integração ensino e serviço nos DDA (Distritos Docentes Assistenciais).	100% das instâncias gestoras (CGAL) dos Distritos Docentes Assistenciais (DDAs) foram assessoradas. Nesse período os DDAs das GDs GCC-UFRGS e LENO/PLP- PUC consolidaram-se, enquanto dois novos DDAs avançaram significativamente na construção das suas Comissões de Gestão e Acompanhamento Local CGAL (GD NHNI com o IPA e GD NEB, com a UFCSPA e o GHC) a partir do início do trabalho dos projetos PRÓ/PET - SAÚDE nesses territórios.	Consolidação da Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES) como instância estratégica da SMS para formulação da política e diretrizes;	A CPES avançou na sua consolidação, tendo realizado 7 reuniões, sendo 4 ordinárias (prevista no cronograma anual) e 3 extraordinária.
		Assessoramento das duas instâncias gestoras de integração ensino e serviços já existentes;	As duas Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL) foram assessoradas e efetivas no seu funcionamento. Duas novas Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL) foram constituídas nesse período e passaram a receber assessoramento e funcionar regularmente.
		Solicitação de relatórios das ações desenvolvidas em cooperação técnica c/ as Instituições de Ensino;	As ações desenvolvidas em cooperação técnica c/ as Instituições de Ensino foram acompanhadas através dos Planos de Atividades.
		Ampliação para as regiões NHNI e NEB dos Distritos Docentes Assistenciais (DDAs);	Os DDAs NHNI e NEB tiveram avanço significativo na sua estruturação, a partir do início do trabalho dos projetos PRÓ-SAÚDE nesses territórios.

		Regulamentação das ações de integração ensino serviço;	A partir da edição da Resolução nº 1, que trata do fluxo das ações de integração ensino em serviço, em agosto, foram ajustados os fluxos administrativos e redesenhados os formulários.
		Identificação das parcerias junto às Instituições de Ensino e CIES Metropolitana para realizar diagnóstico das necessidades da formação para o SUS;	Esta ação é referente a meta 159 – será comentada nesta meta.
		Integração das ações de qualificação profissional orientada pelas prioridades da SMS;	Esta ação é referente a meta 159 – será comentada nesta meta.

Análise da Política de Integração Ensino-Serviço

A SMS obteve importantes avanços na formulação e implantação da política pública para a integração ensino-serviço-comunidade no ano de 2012, entre os quais podemos destacar:

1- A consolidação da Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço (CPES) como instância coordenadora das ações de ensino-pesquisa-extensão, ampliando a capacidade da SMS para incidir no direcionamento das parcerias com as Instituições de Ensino a partir das prioridades da rede, através de:

- Manutenção do funcionamento sistemático da instância, sendo realizado 15 reuniões, 8 ordinárias (conforme previsto no cronograma anual) e 7 extraordinárias, para dar conta dos acréscimos de demanda, sempre com a participação da maioria de seus membros;
- Continuidade do processo de aperfeiçoamento do gerenciamento das ações de ensino em serviço, formalizadas por Termos de Cooperação Técnica com as Instituições de Ensino e pelos Planos de Atividades e Termos de Compromisso;
- Regulamentação do processo de tramitação das propostas de ensino-pesquisa-extensão de ensino técnico, de graduação e de pós-graduação (Resolução SMS Nº 01/2012) e aprimoramento dos fluxos e com elaboração de novos formulários para

encaminhamento das ações de ensino em serviço (Plano de Atividade de Ensino, Plano de Atividade de Extensão, Formulário de Visita Programada);

- Implantação da página da Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES) no site da SMS com textos sobre a Política de Integração Ensino e Serviço, normas, fluxos, orientações e formulários.

2- O avanço na implementação da política dos Distritos Docentes-Assistenciais (DDAs):

- Consolidação dos DDAs Glória-Cruzeiro-Cristal (com a UFRGS), Leste-Nordeste (com a PUC) e Partenon/Lomba do Pinheiro (com a PUC e com a ESP);

Implantação do DDAs Norte/Eixo-Baltazar (com a UFCSPA e o GHC) e do DDA Noroeste/Humaitá/Navegantes /Ilhas (com o IPA), com o início das atividades do PRÓ/PET-SAÚDE e funcionamento sistemático das Comissões de Gestão e Acompanhamento Local nos dois DDAs

- Estabelecimento de território de referência e início do trabalho em campo das instituições formadoras, com vistas a constituição do DDA na GD SCS (com o Instituto de Cardiologia e UNIRITTER) e do DDA na GD RES (com a Santa Casa).

3- Aprovação e início das atividades dos quatro Projetos PRÓ/PET-SAÚDE (PUC, UFRGS, UFCSPA e IPA) apresentados ao Ministério da Saúde. Esses projetos foram elaborados a partir do quadro de prioridades apresentado pela Secretaria, dirigidos para os territórios de referência para integração docente assistencial e articulados com a participação permanente do controle social. Os quatro projetos têm dois eixos estruturantes: 1) a constituição de estratégias para a transformação da rede assistencial numa efetiva Rede Escola; 2) e criação de novas tecnologias assistenciais a partir das experiências de professores e alunos junto aos serviços e com a comunidade, para serem reproduzidas nas demais regiões da cidade. No seu conjunto, os quatro projetos receberão do Ministério da saúde R\$ 5.097.000,00, sendo que a metade deste valor (R\$ 2.570.000,00) será investida nos serviços da SMS (R\$ 406.000,00 em Material Permanente; R\$ 1.453.000,00 em reformas voltadas à qualificação dos espaços dos serviços para atividades de ensino e o restante em ações de educação permanente).

4- Articulação das quatro universidades parceiras no PRÓ-SAÚDE (UFRGS, IPA, UFCSPA e PUC) do Projeto PET Vigilância, para concorrer ao edital do

Ministério da saúde. Os quatro Projetos foram elaborados pelas Comissões de Gestão e Acompanhamento Local dos DDAs, a partir de prioridades apresentadas pela SMS.

5- O incremento significativo das atividades de integração ensino e serviço na rede municipal de saúde, que passou de 4.004 alunos (do ensino técnico, de graduação e pós-graduação) no ano de 2011, para 4611 no ano de 2012, reflete o aumento da procura por campos de prática nos serviços da Secretaria, bem como o trabalho de qualificação dos processos de acompanhamento e controle das ações de ensino em serviço desenvolvido pela CPES.

Estágios

O preenchimento das vagas de estágio ocorre em consonância com a Lei Federal nº 11.788/08, e Decreto Municipal nº 16.132/08, que regulam as atividades de estágio, enquanto ato educativo supervisionado no ambiente de trabalho, de forma a não caracterizar vínculo empregatício e assegurar a compatibilidade das ações com o currículo de cada área de formação. Desta forma, o número de estagiários efetivos é variável, conforme situação do respectivo Termo de Compromisso de Estágio, interesse e desempenho de alunos na ocupação das vagas disponíveis, bem como de profissionais para seleção e supervisão dos alunos.

Estágios Remunerados

Tabela 18- Quantitativo de estagiários remunerados da SMS nos anos de 2011/2012.

Estagiários	Período				Variação	
	2012		2011		2012/2011	
	Nº de vagas ocupadas	% sob total de vagas	Nº de vagas ocupadas	% sob total de vagas	Nº	%
Ensino Médio	198	23,5%	186	22,1%	12	6,5%
Ensino Técnico	50	5,9%	32	3,8%	18	56,3%
Ensino Superior	251	29,8%	274	32,6%	-23	-8,4%
Total de vagas 841/ total ocupado	499	59,3%	492	58,5%	7	1,4%

FONTE: Sistema ERGON (PMPA). Informações referentes ao nº de estagiários com Termo de Compromisso de Estágio vigente no dia 31 de dezembro de 2011 e 2012. Dados retirados do Sistema ERGON em 06/02/13 às 15 h e 23 min.

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 no último dia dos anos solicitados para o Relatório de Gestão.

A opção pelo sistema ERGON como fonte das informações, deve-se à necessidade de disponibilidade de informações padronizadas. As categorias apresentadas nas tabelas correspondem ao oferecido pelo sistema de informações da PROCEMPA.

Tabela 19- Quantitativo de estagiários remunerados SMS por Projeto/Programa nos anos de 2011/2012.

Projeto/Local de Atuação	2012			2011		Variação	
	Nº de vagas por Projeto	Nº de vagas ocupadas	% por total de vagas do projeto	Nº de vagas ocupadas	% por total de vagas do projeto	Nº	%
Programa Rotativo (nº918)	246	158	64,2%	139	59,1%	19	13,7%
Programa Rotativo HPS (nº901)	31	24	77,4%	18	7,7%	6	33,3%
Programa Rotativo HMIPV (nº161)	113	92	81,4%	93	39,6%	-1	-1,1%
Projeto: Programa de Erradicação do Aedes Aegypti (nº114)	17	4	23,5%	6	35,3%	-2	-33,3%
Projeto: Atenção Integral à População de Porto Alegre (nº178)	80	51	63,8%	47	58,8%	4	8,5%
Projeto: Vigilância do Estado Nutricional de Crianças e Gestantes (nº154)	5	0	0,0%	3	60,0%	-3	-100,0%
Projeto: Reorganização da Assistência Farmacêutica (nº116)	102	59	57,8%	69	67,6%	-10	-14,5%
Projeto: PIM/ PIÁ – Primeira Infância Melhor (nº166)	105	63	60,0%	68	64,8%	-5	-7,4%
Projeto: Atenção a Saúde em Creches Comunitárias (nº036)	36	6	16,7%	10	27,8%	-4	-40,0%
Projeto: Programa de Saúde Escolar: Universidade / SUS (nº165)	30	12	40,0%	10	33,3%	2	20,0%

Projeto de Prevenção a DST/ AIDS (n°035)	37	15	40,5%	18	48,6%	-3	-16,7%
Projeto: Trabalho de Ações em Saúde Ambiental para o PIEC (n° 171)	19	6	31,6%	9	47,4%	-3	-33,3%
Projeto Tchê Ajudo – (início do projeto em abril/12) - (n° 192)	12	5	41,7%	0	0,0%	5	41,7%
Projeto: Telemedicina/ Informática/ CGRABS remanejo projeto 116 (n° 181)	8	4	50,0%	2	25,0%	2	100,0%
Total	841	499	59,3%	492	58,5%	7	1,4%

FONTE: Sistema ERGON (PMPA). Informações referentes ao nº de estagiários com Termo de Compromisso de Estágio vigente no dia 31 de dezembro de 2011 e 2012. Dados retirados do Sistema ERGON em 06/02/13 às 15 h e 23 min.

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

² Projetos precisam ser renovados, possuem validade.

Existem vagas que estão em processo de contratação de estagiário, diminuindo, assim as vagas efetivamente em aberto: 1) Programa Rotativo (n° 918) de 246 vagas, 158 estão ocupadas, 37 em tramitação e 51 em aberto; 2) Projeto: Programa de Erradicação do Aedes Aegypti (n° 114) de 17 vagas, 04 estão ocupadas, 03 em tramitação e 10 em aberto; 3) Projeto: Atenção Integral à População de Porto Alegre (n° 178) de 80 vagas, 51 estão ocupadas, 15 em tramitação e 14 em aberto; 4) Projeto: Vigilância do Estado Nutricional de Crianças e Gestantes (n° 154) de 5 vagas, 05 estão em aberto; 5) Projeto: Reorganização da Assistência Farmacêutica (n° 116) de 102 vagas, 59 estão ocupadas, 7 em tramitação e 36 em aberto; 6) Projeto: PIM/ PIÁ – Primeira Infância Melhor (n° 166) de 105 vagas, 63 estão ocupadas, 8 em tramitação e 34 em aberto; 7) Projeto: Atenção a Saúde em Creches Comunitárias (n° 036) de 36 vagas, 06 estão ocupadas, 03 em tramitação e 27 em aberto; 8) Projeto: Programa de Saúde Escolar: Universidades / SUS (n° 165) de 30 vagas, 12 estão ocupadas, 03 em tramitação e 15 em aberto; 9) Projeto de Prevenção a DST/ AIDS (n° 035) de 37 vagas, 15 estão ocupadas, 04 em tramitação e 18 em aberto; 10) Projeto: Trabalho de Ações em Saúde Ambiental para o PIEC (n° 171) de 19 vagas, 06 estão ocupadas, 04 em tramitação e 09 em aberto; 11) Projeto: Projeto Tchê Ajudo – (início do projeto em abril/12) - (n° 192) de 12 vagas, 05 estão ocupadas, 01 em tramitação e 06 em aberto; 12) Projeto: Telemedicina/ Informática/ CGRABS

remanejo projeto 116 (nº 181) de 8 vagas, 04 estão ocupadas, 01 em tramitação e 03 em aberto.

Estágios e outras modalidades de ensino em serviço não remuneradas

Tabela 20- Quantitativo de estudantes nas modalidades de ensino em serviço de Observação Orientada, Prática Curricular e Estágio na ESF não remunerados, nos anos de 2012/2011.

Instituição	Curso	Nº de alunos		Variação
		2012	2011	Nº
UFRGS	Enfermagem	130	172	- 42
	Odontologia	31	23	+ 8
	Fisioterapia	139	205	- 66
	Psicologia	02	-----	+ 2
	Medicina	29	06	+ 23
PUCRS	Enfermagem	588	200	+ 388
	Nutrição	208	220	- 12
	Serviço Social	01	-----	+ 1
	Medicina	330	-----	+ 330
	Odontologia	97	-----	+ 97
	Farmácia	40	64	- 24
Universitário	Técnico em Enfermagem	114	194	- 80
	Técnico em Enfermagem Centro Cirúrgico	10	-----	+ 10
IPA	Enfermagem	287	349	- 62
	Psicologia	-----	3	- 3
	Fisioterapia	20	20	0
ULBRA	Enfermagem	69	72	- 3
SENAC	Técnico em Enfermagem	39	118	- 79
	Técnico em Enfermagem Centro Cirúrgico	12	-----	+ 12
Lafayette	Técnico em Enfermagem Instrumentação Cirúrgica	31	59	- 28
	Técnico em Enfermagem	12	56	- 44
FUC	Técnico em Enfermagem	118	60	+ 58
UNISINOS	Enfermagem	190	212	- 22
UFCSPA	Enfermagem	94	93	+ 1
	Medicina	04	56	- 52
	Fonoaudiologia	18	20	- 2

São Miguel	Técnico em Enfermagem	-----	88	- 88
	Técnico em Enfermagem Urgência e Emergência	-----	06	+ 6
FACTUM	Técnico Em Enfermagem	60	36	+ 24
CEDEN	Técnico em Enfermagem	-----	22	- 22
Instituto Marista Graças	Técnico em Enfermagem	55	-----	+ 55
Escola Zona Sul	Técnico em Enfermagem	71	30	+ 41
UNILASALLE	Enfermagem	-----	12	- 12
Total		2799	2396	+ 403

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

Atualmente, a entrada dos estudantes nos campos de prática da SMS é formalizada através das Cooperações Técnicas, entre a SMS e as Instituições de Ensino. Também é gerenciada pelos Planos de Atividades de Ensino em Serviço e dos Termos de Compromisso, que são avaliados pela ED/CGADSS e realizada a tramitação administrativa da documentação pela Equipe de Estágios/CGADSS, incluindo a comunicação às chefias dos serviços a autorização para o início das atividades dos estudantes no campo.

Como cenário de prática, a SMS recebe estudantes dos três níveis de ensino (ensino médio/técnico, graduação e pós-graduação), tendo sido campo, no ano de 2012, para: 2799 Práticas, sendo 512 estudantes de nível técnico e 2287 de nível superior.

O incremento de 403 alunos de ensino técnico e de graduação nas modalidades de Observação Orientada, Prática Curricular e Estágio na ESF, que corresponde a 16,8%, reflete o aumento da procura por campos de prática nos serviços da SMS, bem como o trabalho de qualificação dos processos de acompanhamento e controle das ações de ensino em serviço desenvolvido pela CPES.

Tabela 21 Quantitativo de estagiários Não Remunerados (exceto HPS e HMIPV) formalizados via EE/CGADSS, ano de 2012.

Estagiários	Período		Variação	
	Nº de estagiários		Nº	%
	2012	2011		
Ensino Médio/Técnico	6	18	- 12	66,6
Ensino Superior	206	166	40	24,0
Total	212	184	28	15,2

FONTE: Planilhas NR 2010, 2011 e 2012 da EE/SMS.

Tabela 22- Quantitativo de estagiários Não Remunerados formalizados via HPS, ano de 2012.

Estagiários	Período		Variação	
	Nº de estagiários		Nº	%
	2012	2011		
Ensino Médio/Técnico	98	111	- 13	- 11,7
Ensino Superior	479	507	- 28	- 5,5
Total	577	618	- 41	- 6,6

FONTE: Direção Científica - HPS.

Tabela 23- Quantitativo de estagiários Não Remunerados formalizados via HMIPV, ano de 2012.

Estagiários	Período		Variação	
	2012	2011	Nº	%
	Nº de estagiários	Nº de estagiários		
Ensino Médio/Técnico	11	21	-10	47,6
Ensino Superior	155	74	+81	109,4
Total	166	95	+71	74,7

FONTE: ASSEP – HMIPV.

*estagiários não remunerados. Informações sobre estagiários remunerados são de responsabilidade do RH.

** o nº total de estagiários por ano não corresponde à soma dos quantitativos por trimestre, pois o mesmo estagiário pode constar em vários trimestres.

Tabela 24- Quantitativo de estagiários Não Remunerados formalizados na SMS (Totalizando dados da EE/CGADSS, HPS e HMIPV), ano de 2012.

Estagiários	Período		Variação	
	Nº de estagiários		Nº	%
	2012	2011		
Ensino Técnico	115	150	- 35	23,3
Ensino Superior	840	747	93	12,4
Total	955	897	58	6,4

FONTE:: Relatórios EE/CGADSS, ASSEP/HMIPV e Direção Científica - HPS.

Quadro 7- Quantitativo de estudantes nas modalidades de ensino em serviço de pós-graduação (residências e especializações) de programas externos nos campos da Secretaria.

Instituição de ensino	Programa	Nº de alunos (residentes e especialização)	Locais de Prática
Escola de Saúde Pública	Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública	65	GD PLP Serviços Especializados em Pneumologia e SM
Sta Casa de Misericórdia	Residência em Intensivismo	03	HPS-UTI Trauma
UFCSPA	Residência e Especialização Médica Dermatologia	10	CS Santa Marta
	Residência Médica Oftalmológica	18	CS Santa Marta
	Psiquiatria	06	HMIPV – Serv. Psiquiatria
HCPA	Residência Médica em Cirurgia Geral	12	HPS-Cirurgia Geral
	Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia	03	HPS
	Residência Médica em Cirurgia Plástica	01	HPS
	Residência em Medicina do Trabalho	03	CEREST
	Residência em Medicina do Trabalho	03	GERAPOA
	Residência Médica em Oftalmologia	04	HPS
	Residência Médica em Pediatria	12	CSVC
	Residência Médica em Psiquiatria	12	CSVC
	Medicina de Família e Comunidade	12	GD GCC
	Residência Multiprofissional	10	ESF GD GCC
GHC	Residência Multiprofissional	45	ASSEPLA - SAMU GD NEB - GD LENO GD NHNI-GRSS
Hospital Ernesto Dorneles	Residência em Cirurgia Geral	6	Cirurgia Geral
Irmandade Sta Casa	Residência em Cirurgia Geral	03	HPS
	Residência Médica em Cirurgia Plástica	02	HPS - Queimados
	Residência em Intensivismo	02	HPS - Queimados
	REMIS Intensivismo	18	GD Restinga/Extremo-Sul
UFPeI – Hospital Escola	Resid. Anestesiologia	03	HPV - Equipe de Anestesia
UFRGS	Resid. Integrada Multiprofissional em saúde Mental	04	GERAPOA
IBO - Instituto Brasileiro de Osteopatia	Formação em Osteopatia	12	CSVC
Total		285	-----

FONTE: Direção Científica/HPS-Assessoria de Ensino, Pesquisa/HMIPV, Equipe de Desenvolvimento, ED/CGADSS, HCPA, UFCSPA, GHC, FACED/UFRGS.

Tabela 25- Quantitativo de estudantes nas modalidades de ensino em serviço de pós-graduação (residências e especializações) de programas externos nos campos da Secretaria.

Nº de Alunos		Variação do Nº de Alunos	
2012	2011	Nº	%
285	154	131	85,0

FONTE: Relatório ED/CGADSS

O incremento de 85% de alunos de pós-graduação (residências e especializações) reflete o aumento da procura por campos de prática nos serviços da Secretaria, bem como o trabalho de qualificação dos processos de acompanhamento e formalização das ações de ensino em serviço desenvolvido pela CPES.

Tabela 26- Quantitativo de estudantes nas modalidades de ensino em serviço de pós-graduação (residências) de programas próprios da SMS.

Instituição de ensino	Programa	Período		Variação	
		Nº de Residentes		Nº	%
		2012	2011		
HMIPV	Ginecologia e Obstetrícia	21	21	0	0
HMIPV	Pediatria	19	11	08	72
HPS	Residência Médica em Cirurgia Geral	06	06	0	0
HPS	Residência Médica em Cirurgia do Trauma	03	03	0	0
HPS	Residência Médica em Medicina de Emergência	16	16	0	0
HPS	Residência em Psicologia Hospitalar	08	08	0	0
Total		73	65	8	12,3

FONTE: Direção Científica/HPS, ASSEP/HMIPV.

Tabela 27- Síntese com quantitativo de estudantes no conjunto das modalidades de ensino em serviço dos três níveis (médio/técnico, graduação e pós-graduação) nos campos da SMS.

Programa	Período		Variação	
	Nº de Estudantes		Nº	%
	2012	2011		
Estágios Remunerados*	499	492	7	1,4
Estágios Não Remunerados**	955	897	58	6,4
Observação Orientada, Prática Curricular e Estágio na ESF.	2799	2396	403	16,8
Especialização e Residências Externas	285	154	131	85,0
Residências Próprias	73	65	8	12,3
Total	4611	4004	607	15,1

FONTE: Relatório ED/CGADSS

* Considerando que a fonte dos dados dos estágios remunerados é referente ao nº de estagiários com Termo de compromisso vigente no dia 31 de dezembro de 2011 e 2012, devido ao caráter não cumulativo dos dados disponíveis no sistema, representam apenas o recorte do dia, podendo o dado apresentado estar subestimado.

** No ano de 2012 foi possível quantificar o número de estagiários não remunerados que passaram pelos campos da SMS ao longo do ano.

Essa tabela reflete o incremento do número de estudantes em atividades de integração ensino e serviço, como consequência do aumento da procura por campos de prática nos serviços da Secretaria, bem como o aperfeiçoamento dos processos de acompanhamento e controle das ações de ensino em serviço desenvolvido pela CPES.

Comitê de Ética em Pesquisa

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS foi criado em 2005, a partir das disposições expressas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 196/1996. Teve o seu credenciamento na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) efetivado em 16/09/05, através da Carta N° 937 CONEP/ CNS/ MS, e renovado em 2010. Os membros do CEP foram designados pelas portarias N° 374, N° 558 e N° 711.

O CEP constitui-se em um colegiado interdisciplinar e independente, criado para salvaguardar: a integridade, a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do sujeito da pesquisa, contribuindo no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

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

No município de Porto Alegre, o CEP da SMS está constituído por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional, incluindo representantes da área da saúde e de outras áreas do conhecimento, conforme a portaria que o institui. A participação como membro do CEP é voluntária, sendo que a escolha para cada mandato é realizada através da candidatura dos profissionais interessados. De todo modo que o processo deve ser transparente e claramente divulgado, visando a obter a legitimidade necessária ao CEP para que haja o devido respeito às suas decisões.

A presença de representantes dos usuários é essencial para que o CEP possa ter a manifestação (a opinião) daqueles que utilizam os serviços da instituição ou que mais 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. (conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS n.240/97).

Em 2013 deverá haver a renovação dos membros do Comitê de Ética, com a indicação de novos integrantes, assim como do representante dos usuários. Atualmente são oito membros, sendo dois médicos, quatro enfermeiros, uma bióloga e um licenciado em História.

Projetos analisados

No ano de 2012, o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS recebeu 121 projetos para apreciação ética, provenientes de instituições de ensino e pesquisa municipais, regionais e nacionais.

Conforme apresentado no quadro 7, a maioria dos trabalhos submetidos referem-se à projetos de conclusão de cursos de graduação, representando 35,5% do total de protocolos avaliados. Nessa modalidade predominam os cursos na área da saúde, em especial os de Fisioterapia, Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Fonoaudiologia, entre outros.

Os projetos de cursos de Especialização e Residência são também muito frequentes, representando 22,3% e 15,7% dos projetos avaliados em 2012. Estudos de caráter acadêmico, para mestrados, doutorados e pós-doutorados representam, somados, 8,9% dos projetos submetidos ao CEP.

Projetos definidos como institucionais são aqueles em que a instituição proponente desenvolve, usualmente por demanda da própria instituição ou pesquisador. Em 2012, foram 10 projetos, constituindo 8,3% do total. Outras modalidades, como projetos multicêntricos nacionais, ou com cooperação estrangeira, representaram somados, 5,8% dos protocolos avaliados.

Projetos considerados como prescritos são aqueles que não atenderam às pendências solicitadas no prazo requerido (60 dias) e devem ser novamente submetidos para a sua realização. Em um caso, um projeto não pode ser avaliado por já ter sido concluído. A apreciação ética, conforme definido na Resolução CNS 196/96, deve preceder a realização de qualquer estudo com seres humanos, não sendo possível à avaliação pelo CEP em situação diversa a essa.

Tabela 28- Projetos apresentados para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS em 2012, por tipo de pesquisa.

Tipo da pesquisa	Quantidade	%
Trabalho de conclusão de curso (TCC)	43	35,5
Especialização	27	22,3
Residência	19	15,7
Mestrado	4	3,3
Doutorado	7	5,8
Pós-doutorado	1	0,8
Nacional multicêntrico	4	3,3
Multicêntrico com cooperação estrangeira	1	0,8
Projeto com cooperação estrangeira	2	1,7
Pesquisa institucional	10	8,3
Projetos prescritos	2	1,7
Não avaliado (projeto já concluído)	1	0,8
Total	121	100

FONTE: CEP

Em relação às principais instituições que realizaram estudos submetidos ao CEP SMS, destacam-se as universidades, tanto públicas quanto privadas, em especial pelo grande número de trabalhos de conclusão de curso, especializações e residências.

A UFRGS é a instituição com maior número de projetos submetidos ao CEP SMS, seguido da Metodista IPA, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, PUCRS e ULBRA. As demais universidades tiveram menor volume de projetos. Também foram registrados projetos de instituições de outros estados, como a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a Universidade Federal de Tocantins (UFTO) e a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Outras instituições tiveram seus projetos avaliados pelo CEP SMS por indicação da CONEP, como os projetos da Secretaria de Saúde de Júlio de Castilhos e da Secretaria de Saúde de Canela.

Em 2012 foram identificados 15 projetos oriundos da PMPA, sendo oito do Hospital Pronto Socorro, seis de outras unidades da SMS e um da PROCEMPA.

Tabela 29- Instituições que submeteram projetos para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS em 2012, por número de protocolos.

Instituição	Número de projetos	%
UFRGS	28	23,1
IPA	18	14,9
UFCSPA	13	10,7
PUCRS	8	6,7
ULBRA	6	5,0
UERGS	2	1,7
UNISINOS	2	1,7
FEEVALE	1	0,8
UFSM	1	0,8
UFSC	1	0,8
UFTO	1	0,8
UFES	1	0,8
USP	1	0,8
CIPT	1	0,8
Escola da Saúde Pública/SES RS	8	6,7
Hosp. Sanatório Partenon	1	0,8
HCPA	3	2,5
HMV	2	1,7
GHC	2	1,7
FIOCRUZ	1	0,8
Complexo Hosp. Santa Casa	1	0,8
Inst. Brasileiro de Osteopatia	1	0,8
PROCEMPA	1	0,8
HPS e HMPV	9	7,4
SMS/PMPA	6	5,0
SMS Canela	1	0,8
SMS Júlio de Castilhos	1	0,8
Total	121	100

FONTE: CEP

No ano de 2012 a CONEP modificou a forma de recebimento e distribuição dos projetos de pesquisa no território brasileiro com a implementação da Plataforma Brasil, um sistema *on-line* para a inserção e acompanhamento de projetos de pesquisa com seres humanos em nível nacional.

Neste contexto, houve a reestruturação dos fluxos e da forma de trabalho dos CEP, sendo que, a partir de 2013, a inserção e acompanhamento de projetos se faz exclusivamente através da referida Plataforma.

Outras Atividades Desenvolvidas

1- Reuniões ordinárias do CEP: em 2012 foram realizadas 22 reuniões ordinárias para apreciação de projetos e encaminhamentos das atividades do comitê.

2- Participação dos membros do comitê: semanalmente atuam em um turno em atividades internas de organização e preparo dos pareceres, conforme autorização do Secretário de Saúde.

3- Representação na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP): participação nas reuniões ordinárias e extraordinárias na CONEP, em Brasília, pela representante eleita para mandato de quatro anos, Maria Mercedes Bendati, membro deste CEP.

4- Participação em eventos:

- Encontro Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa, realizado em São Paulo, 20 a 22 de setembro de 2012, com as representantes Lisiane Morelia Acosta e Maria Mercedes Bendati.

- Realização de palestra de apresentação do CEP aos alunos da Escola de Saúde Pública da SES/RS em 26 de outubro de 2012.

- Apresentação de pôster eletrônico no Congresso da ABRASCO, realizado em Porto Alegre: “Pesquisas com seres humanos na rede do SUS: Atuação do Comitê de Ética”.

6.2 Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde

Quadro 8- Meta anual constantes na PAS 2012.

Meta	Realizado da Meta	Ações	Realizado das Ações
158. Implantar ações de humanização, conforme a Política Nacional de Humanização (PNH), em 35% dos serviços da SMS.	- 57,9% dos serviços da SMS com ações de humanização implantadas, conforme a PNH.	- Atualização e redefinição dos integrantes do Comitê Municipal de Humanização em Saúde; - Definição dos critérios de certificação conforme diretriz da Política de humanização com a Rede de Atenção Primária, Especializada, Coordenação de Urgências, CGVS e SMS; - Implantação da escuta qualificada com critérios de necessidade nos serviços de saúde.- Acolhimento; - Consolidação dos Grupos de Trabalho de Humanização nas	- Atualizados e redefinidos os integrantes do Comitê Municipal de Humanização, as representações da GD NEB, NHNI e HPS não participam efetivamente das reuniões do comitê. CGVS ainda não possui representação; - Em análise a definição dos critérios de certificação em Humanização na Saúde, conforme diretrizes da PNH, para a Atenção Primária e Especializada, Urgências, Hospitais, CGVS e gestão da SMS. Realizada a prévia de quais critérios serão iniciados: Estar desenvolvendo no mínimo 03 diretrizes de Humanização com ações in-loco, sendo acompanhadas e apresentadas em relatório por no mínimo 04 meses; (acolhimento/ambiência atendimento demanda espontanea com espaço de escuta; Gestão

		<p>GDs, Hospitais e Pronto-Atendimentos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de diagnósticos da Humanização em saúde nas áreas de abrangência dos GTH's - Capacitação e sensibilização dos integrantes dos GTHs com vistas a formação de multiplicadores; - Realização de oficinas de capacitação e sensibilização, a partir dos GTH; - Apresentação de relatórios de avaliação e monitoramento trimestrais pelos GTH, apresentados ao Comitê de Humanização; - Monitoramento e avaliação dos serviços pelo GTH; - Certificação dos serviços de saúde conforme critérios pactuados; - Capacitação dos profissionais das recepções dos serviços de saúde; - Qualificação da ambiência no atendimento presencial da Ouvidoria e outros serviços com escuta qualificada implantada; - Elaboração da Política e do Plano Municipal de Humanização; - Política apresentada ao Conselho Municipal de Saúde. 	<p>compartilhada/cogestão: reuniões de equipe, CLS ...); Clínica Ampliada: ações educativas, visitas domiciliares, equipe de apoio...) e outras;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para a implantação da Escuta Qualificada com análise das necessidades nos serviços de saúde (Acolhimento) foi criado, em coautoria com CGAPSES e com consultoria do PGPQ, o Projeto: "Acolhimento com a identificação das necessidades do cidadão", sendo operacionalizado pela coordenação da CGAPSES e com apoio do Comitê e GTH regionais. Iniciado com projeto piloto na UBS Bananeiras; - Consolidação dos Grupos de Trabalho de Humanização nas GDs, Hospitais e Pronto-Atendimentos próprios da SMS, sem definição do GTH da CGVS; - Os GTH das GD NEB e LENO realizaram diagnósticos da Humanização em Saúde nas suas áreas de abrangência; - Realizada capacitação e sensibilização dos integrantes dos GTH como multiplicadores. - Realizadas oficinas de capacitação e sensibilização, a partir do GTH para a capacitação dos profissionais das recepções dos serviços de saúde da APS; - Realização de relatórios de avaliação e monitoramento quadrimestrais pelos GTH, apresentados ao Comitê Municipal de Humanização. Foram realizados os relatórios dos GTH, os quais integram o presente Relatório de Gestão da Humanização nas análises das diretrizes e dispositivos conforme GD, hospitais e Pronto-Atendimentos; - Em revisão a Política e o Plano Municipal de Humanização da Saúde de Porto Alegre, para a avaliação do Secretário de Saúde e o encaminhamento ao CMS no primeiro quadrimestre de 2013. Justifica-se pela elaboração do alinhamento e priorização da política nas regiões e do Regimento do Comitê de Humanização, realizados no 2º e 3º quadrimestres, o que balizará a
--	--	---	---

			Política, e pela elaboração ascendente do Plano, a partir dos Planos dos GTH, em desenvolvimento e que embasarão o Plano Municipal de Humanização.
--	--	--	--

Análise do desempenho no período em relação ao período anterior

Conforme previa a meta, foram constituídos os GTHs das 8 gerências distritais, dos 2 hospitais próprios e dos 3 Pronto Atendimentos (Lomba do Pinheiro, Bom Jesus e Cruzeiro do Sul). Foi atingido o percentual de 50% dos serviços de saúde da APS, com 56% de reuniões de equipe no total dos mesmos.

Para atingir tais resultados, foram realizadas ações como: Sensibilizar e apoiar as equipes através de orientações sobre a importância da implantação sistemática de reuniões, incluindo temas e plano de ações dos GTHs, sensibilização e apoio na constituição dos CLS. Todos os GTH tiveram suas portarias de constituição publicadas.

Em 2012, considerou-se para a meta pactuada, como mostra o quadro abaixo, todos os serviços assistenciais da SMS, pois mostra abrangência real de implantação e implementação da política municipal de humanização. Devido a essas modificações, de aumento do número de serviços para a mensuração do percentual de serviços com ações de humanização, ocorreu uma mudança significativa na meta para menos, embora tenha ocorrido um aumento considerável nas ações com perfil humanizador.

Quadro 9- Número de serviços e respectivos prédios na SMS.

Rede	Prédios	Setores/ serviços
Atenção Primária	147 + 9	166
Especializado Ambulatoriais	7	41
Pronto-Atendimentos	3	12
Hospitais (HPV e HPS)	2	80
CGVS	1	8
Total	169	297

FONTE: Núcleo/ Comitê de Humanização

Considerando o número total de serviços conforme quadro 2012, já com alterações, a meta atingida modificou de 46,8% (2011) para 57,9% (2012). A variação nos períodos entre 2012 /2011 ficou em 23,7%.

Tabela 29- Comparativo do atingido da meta de Humanização em 2012 e 2011.

Descrição do Item	Período		Variação			
	2012	2011	2012/2011			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
158. Implantar ações de humanização, conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização, em 35% dos serviços da SMS.	172	57,9	139	46,8	33	+23,7

FONTE: Núcleo/ Comitê de Humanização, fev/2013.

Em 2012, entre as ações acompanhadas e monitoradas, destacando-se a cogestão com a qualificação das reuniões de equipe, dos CLS e dos projetos com o foco em acolhimento e ambiência. Para qualificar e estimular a realização de ações cotidianas com enfoque humanizado nos serviços, o CMH realizou oficinas internas para a definição dos critérios de certificação conforme diretriz da Política de humanização. Junto à CGAPSES, houve a elaboração do projeto e início da implantação e acompanhamento da escuta qualificada com critérios de necessidade nos serviços de saúde – Acolhimento.

Para potencializar a atuação nas regiões e junto aos serviços, os GTHs realizaram os diagnósticos da Humanização em saúde nas suas áreas de abrangência. Além disso, foram realizadas oficinas de capacitação e sensibilização, a partir do GTH para a capacitação dos profissionais das recepções dos serviços de saúde da APS.

O processo de consolidação dos Grupos de Trabalho de Humanização nas GD, Hospitais e Pronto-Atendimentos foi ativo durante 2012. Para isso, o Núcleo de Humanização se dedicou também à capacitação e à sensibilização dos integrantes dos GTH com vistas a formação de multiplicadores através das reuniões temáticas de alinhamento e priorização.

Por fim, foram atualizados e redefinidos os integrantes do Comitê Municipal de Humanização em Saúde da SMS, bem como houve a definição do regimento interno do Comitê de Humanização da SMS.

6.3 Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde tem a responsabilidade de receber as manifestações dos cidadãos, tais como denúncias, reclamações, informações, elogios, solicitações e sugestões referentes aos serviços prestados pelo SUS, e encaminhá-las aos órgãos competentes a fim de obter um retorno ao solicitante. Essa comunicação se dá através de carta, internet, telefone 156 ou atendimento presencial (avenida João Pessoa, 325 – térreo).

Quadro 10- Ouvidoria– Metas anuais constantes na PAS 2012

Meta	Realizado da Meta	Ações	Realizado das Ações
156. Disponibilizar 100% dos relatórios da Ouvidoria do MS no sistema AGHOS.	70% do processo de integração realizado	Integração do sistema de informação de ouvidoria do MS no sistema AGHOS.	<ul style="list-style-type: none">- Participação do Curso do Sistema Informatizado OuvidorSUS, ministrado pelo Ministério da Saúde, em maio, na cidade de Bento Gonçalves.- Encaminhado ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – DOGES/SGEP/MS 15 protocolos para avaliação. O Doges avaliou e definiu que esta ouvidoria está apta a entrar em produção.- Elaborado e encaminhado ao Ministério da Saúde o Plano de Ações para implantação do Sistema Informatizado OuvidorSUS.- Encaminhado o Termo que formaliza a implantação da Ouvidoria do SUS (nível I).

Análise das Metas da PAS

Para a integração com o Ministério da Saúde no Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS (sistema usado para tratamento das demandas), a SMS seguiu os seguintes passos definidos pelo Departamento de Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde (Doges), que integra a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP): 1º) mobilização para a criação da Ouvidoria, com a definição da sua necessidade dentro do órgão, com a decisão e o apoio do gestor municipal; 2º) definição no organograma; 3º) clareza quanto aos objetivos de implantação da Ouvidoria; 4º) estruturação da Ouvidoria (estrutura física, instrumento normativo, e recursos humanos, fluxo de trabalho, divulgação do serviço para a comunidade). Todos esses passos foram apresentados em um projeto ao Doges/MS que, aprovado, resultou na assinatura do Termo de Cooperação Técnica entre o

Ministério da Saúde e a SMS para utilização do Sistema Informatizado Ouvidor SUS, Nível I, que é fundamental para o trabalho da Ouvidoria de Porto Alegre.

O acesso nível I do Sistema Ouvidor SUS permite incluir, encaminhar, receber e responder as manifestações, bem como permite a criação de sua própria subrede. Este sistema deve ampliar e otimizar o atendimento às demandas do cidadão, propiciando relatórios gerenciais mais fidedignos e detalhados, possibilitando a melhoria da qualidade dos serviços prestados e o fortalecimento do SUS.

O sistema OuvidorSUS é uma importante ferramenta de Gestão pois, além de possibilitar a confecção de relatórios, possui um banco de dados específico da Saúde. Para a utilização deste sistema, houve a participação de duas capacitações do Sistema OuvidorSUS e em tipificação. Todos estes passos perfazem 70% da meta que é a integração dos sistema, os 30% restantes são a operacionalização técnica da ação.

Além da qualificação da infraestrutura do sistema de informações da Ouvidoria, com o objetivo de tornar o serviço mais conhecido e assim aumentar o número de acesso do público, foi intensificada a divulgação com a criação e distribuição de material impresso (folderes, adesivos e cartazes). Além disto, a Ouvidoria foi ao encontro do cidadão, para colher sua demanda e saber sua opinião sobre os serviços do SUS. Isto ocorreu durante o projeto Saúde na Rua da Secretaria de Saúde na Praça XV, em dezembro, onde estavam concentrados diversos setores que compõem a estrutura da rede municipal de saúde.

A tabela abaixo demonstra que a meta foi atingida. A ouvidoria atendeu em 2011, 11.599 demandas; já em 2012, ampliou para 18.999 (aumento percentual de 63,8 ou 7.400 demandas a mais). Destaca-se o incremento na procura do atendimento presencial de 351, em 2011, para 1.370, em 2012.

Tabela 31- Quantidades e percentuais de atendimentos da Ouvidoria SMS de Porto Alegre, por fonte de solicitação, de 2011 e 2012.

Tipo de Documento	2012		2011		Variação %
	Quantidade	Representação %	Quantidade	Representação %	
156 - Atendimento ao cidadão	16836	88.62%	10816	93.25%	45,1
Atendimento presencial	1370	7.21%	351	3.03%	290,3
Ouvidor SUS	337	1.77%	96	0.83%	251
E-mail	334	1.76%	60	0.52%	456,7
Pedido de providência	46	0.24%	16	0.14%	187,5
Outros	36	0.19%	2	0.02%	1700
Processo	15	0.08%	59	0.51%	-74,6
Twitter	8	0.04%	2	0.02%	300
Câmara Municipal	4	0.02%	2	0.02%	100
Conselho Municipal de Saúde	4	0.02%	8	0.07%	-50
Carta	3	0.02%	3	0.03%	0
CAR	2	0.01%	9	0.08%	-77,7
CAR Centro	1	0.01%	0	0.00%	-
Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC - 115	1	0.01%	0	0.00%	-
Telefone	1	0.01%	2	0.02%	-50
Site "Eu Curto, Eu Cuido"	0	0.00%	2	0.02%	0
Assessoria Comunitária	1	0.01%	171	1.47%	-99,4
Total	18999	100.00%	11599	100.00%	63,8

FONTE: Fala Porto Alegre 156, dados coletados pela SMS/Ouvidoria, março de 2013.

Esse aumento da procura da ouvidoria por meio dos seus canais de comunicação reflete no aumento de solicitações de resposta, pela Ouvidoria, aos diversos setores da Secretaria. É o que aponta a tabela 32, que apresenta os principais setores que tiveram solicitações de respostas no ano de 2012, com a variação positiva de 93,9% em relação a 2011.

Tabela 32- Relatório das principais solicitações de respostas da Ouvidoria para os setores da Secretaria

Serviços	2012	2011	Variação %
Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar	1.444	879	64,3
Gerência Distrital Noroeste/Humaitá/Ilhas	1.196	749	59,7
CGVS – Vigilância	1.179	225	424
Gerência de Regulação de Serviços de Saúde	1.063	191	456,5
GD Centro	1.056	718	47,1
Gerência Distrital Sul/Centro	1.044	596	75,2
Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro	938	516	81,8
GD Glória/Cruzeiro/Cristal	824	466	76,8
GD Leste/Nordeste	771	449	71,7
Gerência Distrital Restinga / Extremo Sul	498	291	71,1
SAMU	137	111	23,4
HPS	116	89	30,3
HMIPV	30	29	3,4
Total	10296	5309	93,9

FONTE: Fala Porto Alegre 156, dados coletados pela SMS/Ouvidoria, em março de 2013.

Destacamos, como já vinha sendo apontado nos relatórios quadrimestrais de 2012, que neste ano houve uma alteração no encaminhamento das demandas dos prestadores de serviços. Estas solicitações são todas remetidas à Gerência de Regulação de Serviços de Saúde (GRSS), que é o setor responsável por regular os fluxos dos usuários nos serviços de saúde.

Qualitativamente, os principais temas os quais os usuários acessam a ouvidoria SUS de Porto Alegre são apresentados na quadro 11. As questões levantadas vão desde informações sobre a confecção do Cartão SUS, solicitações de mudança de posto e reclamações e elogios em geral, sendo que foram destacados somente os principais temas levantados pelos usuários.

Quadro 11– Principais temas os quais os usuários acessam a ouvidoria SUS de Porto Alegre, em 2012.

SMS - Ouvidoria	Quantidade
Reclamação Consultas Especializadas - Rede Básica	854
Reclamação Consultas - Rede Básica	778
Mau Atendimento - Rede Básica	517
Não Atendimento - Rede Básica	366
Falta de Profissional - Rede Básica	334
Informações - Rede Básica	265
Solicitação Medicamento	245
Reclamação de Cirurgias	236
Reclamação Exames Especializados - Rede Básica	185
Mudança do Serviço de Saúde de Referência	145
Orientação Farmácias	107
Vacinas - Rede Básica	104
Demora no Atendimento - Rede Básica	93
Informações GRSS	87
Denúncia CGVS	81
Elogio / Agradecimento - Rede Básica	73
Denúncia - Rede Básica	62
Sugestões - Rede Básica	59
Falta de Equipamentos e/ou Materiais - Rede Básica	57
Não Atendimento de Consultas Especializadas	51
Outras	519
Total	5218

FONTE: Fala Porto Alegre 156, dados coletados pela SMS/Ouvidoria, em março de 2013.

Com o exposto, destaca-se que os avanços da informatização e de ampliação da rede de atenção primária e especializada, ocorridos em 2012, convergem para a melhoria dos diagnósticos apresentados nos relatórios desta ouvidoria, bem como estão, gradativamente, sendo norteados pelo mesmo. Este é um acultramento que foi trabalhado junto ao conjunto de coordenadores e gerentes distritais em reuniões de coordenação durante o ano em análise, em especial naquelas com pauta destinada aos relatórios de gestão, e que tem continuidade em 2013.

6.4 Assessoria de Comunicação

Quadro12– Metas anuais constantes na PAS 2012

Meta	Realizado da Meta	Ações	Realizado das Ações
<p>157. Realizar ações de comunicação o dirigida em 100% das metas estabelecidas na PAS.</p>	<p>62,5% das metas estabelecidas na PAS com ações de comunicação dirigida realizadas, envolvendo áreas técnicas, Vigilância e gestão em Saúde.</p>	<p>Cfme. PAS 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Foram realizados projetos específicos para 100% das campanhas de Saúde; A Assecom elaborou licitações para materiais gráficos, sinalizações, eventos e campanhas prioritárias da Secretaria de Saúde. Dando suporte ao trabalho rotineiro dos técnicos e potencializando o desenvolvimento e implantação das ações consideradas estratégicas e prioritárias, tendo em vista a situação epidemiológica da cidade; - 100% das atividades realizadas pelos setores foram publicizadas pela assessoria; - Em relação ao Projeto de Comunicação para o fortalecimento do SUS, relatamos que em função das muitas demandas que a Assecom recebeu ao longo do ano e, que não estão no planejamento geral, não foi possível finalizá-lo em 2012. Além disso, a Assecom avaliou, por meio da identificação de problemas e necessidades detectados durante a execução das demandas e campanhas de 2012, que algumas ações planejadas para esta campanha sejam reavaliadas e readaptadas. Sendo apresentado no primeiro quadrimestre de 2013. - Devido ao fluxo intenso de trabalho do setor, não foi houve ampliação dos canais de comunicação no período de 2012; - Houve assessoramento em 100% das demandas dos gestores quanto aos projetos estratégicos; - Foram realizadas reuniões com o centro de governo, tendo em vista pautas relativas ao SUS; - Em relação à sistemática de comunicação com os serviços da SMS, houve qualificação na capacidade de articulação no que se refere a campanhas de saúde, possibilitando um trabalho com ações mais integradas. Mas ainda temos muito para avançar e acredita-se que, com o processo de planejamento estratégico desenvolvido junto a ASSEPLA e ao PGQP, será possível atingir, em médio prazo, um padrão de excelência na qualidade da comunicação com os servidores e com a população, qualificando as ações descentralizadas, visando à promoção à saúde. - Em relação à fortificação da marca SUS

		<p>em Porto Alegre, a Assecom avalia que das notícias publicadas na mídia, as pautas positivas vêm ganhando espaço gradativamente maior e mais frequente. Pode-se dizer que isso se deve ao trabalho gestor desenvolvido para implantação de melhorias e à credibilidade conquistada pela Assecom junto aos veículos de comunicação, que muitas vezes – no caso dos jornais - publicam na íntegra os textos enviados. As respostas oficiais a críticas e notícias negativas, por serem emitidas em tempo real e com veracidade, estão entre os fatores que geram como contrapartida uma maior credibilidade junto à imprensa e contribuem para melhorar a imagem da SMS e do SUS frente à população. A relação positiva que vem sendo construída com formadores de opinião, por intermédio da Assecom, apoia-se também na organização de entrevistas coletivas do secretário de Saúde (ou representante) e de visitas de jornalistas a obras importantes que estejam em andamento. Exemplos disso foram as visitas promovidas às obras de recuperação do Hospital Independência e de ampliação e reformas no Hospital de Pronto Socorro (HPS), que tiveram ampla cobertura jornalística. Abrir esses espaços para expor projetos e responder a perguntas de forma mais detalhada, assim como possibilitar que formadores de opinião conheçam de perto as obras em desenvolvimento, são ações que revertem igualmente em credibilidade para o SUS. Além disso, todos os materiais, eventos e campanhas produzidos pela SMS tiveram a marca SUS impressa como realizadora. Todos os eventos e campanhas foram qualificados, tanto na estruturação física, layout das peças gráficas, desenvolvimento de impressos, como na capacidade de articulação com a rede de serviços, possibilitando um trabalho com ações mais integradas, gerando maior credibilidade nas ações do gestor do SUS junto às comunidades locais e a população em geral.</p>
--	--	---

No jornalismo, as solicitações dos veículos de imprensa foram atendidas regularmente e com a maior brevidade possível durante o período de 2012. Da mesma forma, 100% das atividades sistemáticas ou pontuais desenvolvidas pelos serviços da SMS e voltadas para o público externo foram divulgadas pela ASSECOM aos veículos de comunicação (anexo II).

Nas notícias publicadas na mídia, percebe-se que as pautas positivas vêm ganhando espaço gradativamente maior e mais frequente. As respostas oficiais a críticas e notícias veiculadas, por serem emitidas em tempo real e com veracidade, estão entre os fatores que geram como contrapartida uma maior credibilidade junto à imprensa e contribuem para melhorar a imagem da SMS e do SUS frente à população.

A relação positiva que vem sendo construída pela SMS com formadores de opinião, por intermédio da Assecom, apoia-se também na organização de entrevistas coletivas dos Secretários de Saúde (ou demais representantes – como os coordenadores gerais e chefes de equipes) e de visitas de jornalistas a obras importantes que estejam em andamento. Exemplos disso foram as visitas promovidas às obras de recuperação do Hospital Independência e de ampliação e reformas no Hospital de Pronto Socorro (HPS), que tiveram ampla cobertura jornalística.

Abrir esses espaços para expor projetos e responder a perguntas de forma mais detalhada, assim como possibilitar que formadores de opinião conheçam de perto as obras em desenvolvimento, são ações que revertem igualmente em credibilidade da SMS e da Assecom para com os veículos de comunicação.

A ASSECOM faz também cobertura fotográfica de atividades, realizações e eventos. Todas as fotos são disponibilizadas pelo Banco de Imagens no site da SMS, para utilização pelos veículos de imprensa e por todos os seus colaboradores (profissionais diretos e indiretos, instituições parceiras) e público geral.

Todos os serviços e áreas técnicas, assim como a gestão da SMS, receberam suporte da ASSECOM em suas demandas para o cumprimento de metas da PAS. As atividades de caráter interno foram divulgadas por e-mail institucional da SMS e da SMA, pela newsletter distribuída semanalmente aos servidores da SMS e por intermédio das notícias veiculadas pelo Gabinete de Comunicação da PMPA.

Para autoridades e instituições parceiras da SMS, a divulgação de atividades foi realizada por meio de convite digital, ofícios e contatos telefônicos.

A ASSECOM elaborou licitações para materiais gráficos, sinalizações, eventos e campanhas prioritárias da Secretaria de Saúde. Dando suporte ao trabalho rotineiro dos técnicos e potencializando o desenvolvimento e implantação

das ações consideradas estratégicas e prioritárias, tendo em vista a situação epidemiológica da cidade. Todos os eventos e campanhas foram qualificados, tanto na estruturação física, layout das peças gráficas, desenvolvimento de impressos, como na capacidade de articulação com a rede de serviços, possibilitando um trabalho com ações mais integradas.

O setor fez o controle de e-mails institucionais, da página do Facebook e Twitter da SMS, além de apoiar as demandas da Ouvidoria no desenvolvimento de suas atividades administrativas.

Acredita-se que, com o processo de planejamento estratégico desenvolvido junto ao PGQP, será possível atingir, a médio prazo, um padrão de excelência na qualidade da comunicação com os servidores e com a população, qualificando as ações descentralizadas, visando a promoção à saúde.

Norteados pelo objetivo de “estabelecer os processos de comunicação interna”, ainda temos ações importantes a serem implementadas para o próximo ano, tais como a criação de uma rede de comunicação que facilite a troca de informação entre a Assecom e os serviços de saúde, utilização de novos instrumentos de comunicação (qualificação do uso de murais, material permanente para campanhas fixas e prioritárias), qualificação e estruturação para uso das redes sociais, alinhamento necessário para a atualização periódica das informações contidas no site da SMS, melhoria na logística de distribuição de materiais gráficos. Tudo isso integrando um planejamento de comunicação que tem como objetivo a valorização dos serviços de saúde, seus servidores e do SUS como um todo.

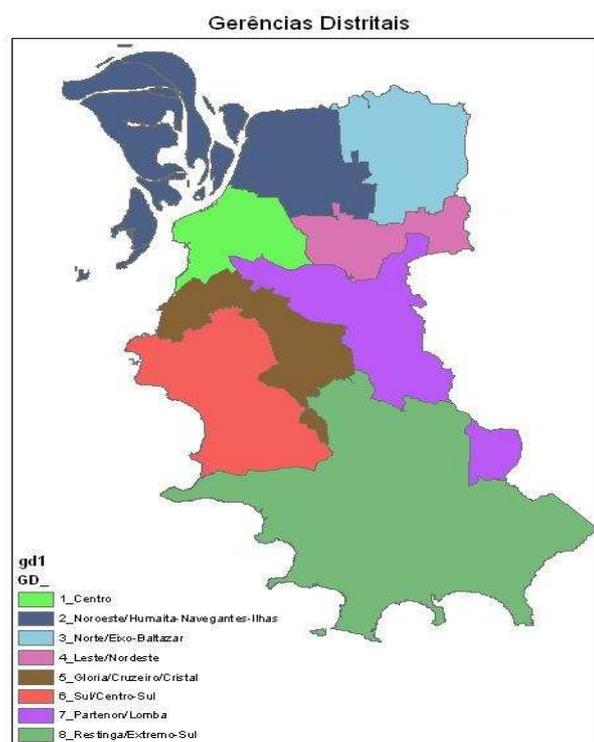
No que se refere à Campanha de Valorização do SUS, que já teve ações executadas e apresentadas nos relatórios anteriores, a ASSECOM avaliou, por meio da identificação de problemas e necessidades detectados durante a execução das demandas e campanhas de 2012, que será importante que as próximas ações planejadas para esta campanha sejam reavaliadas e readaptadas. Sendo elas implementadas concomitantemente com o plano de comunicação interna, estabelecendo uma unidade e fortalecendo os fundamentos e diretrizes da SMS e do SUS frente à população de Porto Alegre.

7 REDE DE SERVIÇOS E REFERÊNCIAS

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

As GD são estruturas administrativas e gestoras regionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. Na cidade, estão distribuídas em oito regiões de saúde: 1) Centro, 2) Noroeste /Humaitá /Navegantes /Ilhas, 3) Norte /Eixo Baltazar, 4) Leste /Nordeste, 5) Glória /Cruzeiro /Cristal, 6) Sul /Centro-Sul, 7) Paternon /Lomba do Pinheiro, 8) Restinga /Extremo-Sul (figura abaixo) São compostas por Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos.

Figura 1– Mapa das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre/RS.



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

A rede de serviços e referências de 2012 já foi apresentada no Relatório de Gestão do terceiro (3º) quadrimestre, tendo sofrido alterações ao longo do mesmo ano. Entre essas alterações destacam-se, na APS, a ampliação da cobertura de APS, do NASF e dos atendimentos odontológicos em terceiro turno e a ampliação do atendimento ao escolar, refletindo a ampliação na ESF. Na atenção ambulatorial e substitutiva especializada, destaca-se a ampliação do número de CAPS, em especial aos destinados aos usuários de álcool e outras drogas e também a adequação dos Centros de Especialidades e CEOs para atender às demandas das regiões. A abertura de mais um serviço de Pronto-Atendimento e de leitos de retaguarda, bem como a ampliação de 01 equipe de Suporte Básico do SAMU e a incorporação do transporte de baixa complexidade, resultaram em ampliação das portas de urgência na cidade.

A rede de serviços do SUS que Porto Alegre dispôs no final de 2012, está apresentados, a seguir, por esferas de atenção à saúde.

7.1 Serviços de Atenção Primária à Saúde

Na PAS 2012 estão apresentadas as metas com enfoque na ampliação da ESF, reforçando a importância deste modelo na estruturação da APS (quadro abaixo).

Quadro 13– Metas anuais constantes na PAS 2012.

Metas anuais constantes na PAS			
Metas	Realizado das Metas	Ações	Realizado das Ações
49. Implantar 8 NASF.	04 NASF implantados.	Redistribuição e ou contratação de profissionais	No aguardo de definições para realização de concurso para contratação dos profissionais.
		Credenciamento e habilitação	04 NASF do GHC cadastrados junto ao MS. Enviado à 1ª CIR o projeto de habilitação e credenciamento do NASF GCC, porém o credenciamento ainda não fora realizado pelo Ministério da Saúde.
		Adequação dos espaços físicos junto as US ou Centros de Especialidades	Realizado nas regiões GCC, LENO e PLP. Permanece pendente a definição dos espaços das regiões SCS, NEB, NHNI, RES e Centro.
		Aquisição de equipamentos	Já realizado solicitação de compra para as regiões que já possuem estrutura física viabilizada. Permanece pendente a solicitação de compra para as equipes que ainda carecem da definição do local, ou que dependam da realização de obras para implantação do NASF.
50. Ampliar a cobertura da ESF de 32% para 40%	44,3% da população coberta pela ESF.	Construção de Unidade de Saúde da Família	Permanece a realização de obras de construção, entretanto no 3º quadrimestre não houve entrega de novo prédio para USF.

		Levantamento de áreas prioritárias	As Gerências Distritais permaneceram realizando levantamento das áreas prioritárias e na avaliação de disponibilidade de terrenos para constituição de novas Unidades de Saúde junto aos Conselhos Distritais de Saúde. A equipe da ASSEPRO também atua junto a outras Secretarias, nos fóruns intersetoriais da PMPA, com o propósito de adquirir terrenos disponíveis e possíveis de inclusão de novas unidades de APS nos territórios da cidade.
		Substituição de UBS	Realizada substituição das Unidades Básicas Lami, Glória e Estrada dos Alpes.
		Contratação de pessoal, em parceria com o IMESF	Realizada complementação de servidores nas equipes deficitárias, assim como definição do número de equipes e localização, para subsidiar o próximo processo seletivo que será realizado no próximo quadrimestre.
		Ampliação das Equipes	Ampliada equipe da USF Nossa Senhora da Medianeira (USF Vila dos Comerciários).
52. Implantar atendimento odontológico no 3º turno em 01 UBS com 3º turno	A meta está detalhada no item da Saúde Bucal		

<p>53. Ampliar de 20% para 85% a cobertura de estabelecimentos escolares públicos vinculadas as ESF com ações preventivas em saúde bucal.</p>	<p>84,9% dos estabelecimentos escolares públicos vinculadas a ESF com ações preventivas realizadas.</p>	<p>Levantamento do número de escolas públicas e creches públicas e conveniadas vinculadas a cada EFS;</p>	<p>Foram realizadas atividades educativas especialmente para crianças que estão no primeiro ano do ensino fundamental (5-6 anos) anos de idade e adolescentes do último ano do ensino fundamental (14-18anos) que são os grupos mais vulneráveis para doenças na cavidade bucal segundo o levantamento epidemiológico de saúde bucal SB 2010. Além das atividades educativas foi realizada a identificação de necessidade desses grupos e oferecido o atendimento clínico nas respectivas unidades.</p>
		<p>Capacitação das ESB para o desenvolvimento de projetos de promoção e prevenção em saúde bucal;</p>	
		<p>Elaboração de projetos de promoção e prevenção em saúde bucal para escolares e pré-escola;</p>	
		<p>Estabelecimento de parceria institucional entre SMS-SMED e SMS-SESC para a realização das ações preventivas em saúde bucal.</p>	
<p>55. Ampliar de 32 para 35 o número de ESB na ESF.</p>	<p>Meta detalhada no item da Saúde Bucal</p>		

Como parâmetro para realização de cálculos de cobertura da Estratégia Saúde da Família e cálculo de outros dados relacionados aos indicadores de saúde que observam aspectos demográficos, foram utilizados os dados populacionais apresentados no Censo IBGE 2010.

Quadro14– População por Gerência Distrital, segundo dados do Censo IBGE 2010.

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

FONTE: IBGE 2010 apud CGVS/Vitais.

Para a cobertura da Estratégia Saúde da Família, os cálculos realizados consideraram o quantitativo de 3.450 habitantes por equipe. Já para as Equipes de Saúde Bucal, os cálculos realizados consideraram o quantitativo de 6 mil habitantes por equipe ou 2 Equipes de Saúde da Família para cada Equipe de Saúde Bucal. A tabela abaixo apresenta a cobertura de ESF na população por GD, além dos dados sobre os demais equipamentos da APS.

Tabela 33- Serviços Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, RS - Comparativo anos de 2011 e 2012.

GDs	CR		UBS		USF		ESF		ESB		ACS		Cobertura (%)		Variação %
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	
Centro	2	1	3	3	3	4	9	11	4	4	32	19	11,2	13,7	-18,2
LENO	0	0	5	7	18	16	29	22	13	3	82	78	66,1	50,2	31,8
SCS	0	0	10	10	7	7	10	10	4	3	33	33	18	18	0
GCC	0	0	9	10	17	15	28	23	6	3	80	75	64,9	53,3	21,7
NEB	1	0	9	13	17	13	34	19	10	2	69	52	62	34,7	79
PLP	0	0	9	12	14	12	28	22	10	7	96	57	55,6	43,7	27,3
NHNI	0	0	6	6	9	10	25	14	11	5	22	33	46,9	26,3	78,6
RES	0	0	3	4	9	7	18	11	7	5	65	49	65,8	40,2	63,6
POA	3	1	54	65	94	84	181	132	65	32	479	396	44,3	32,3	37,1

FONTE: SMS/CGAPSES.

Houve um acréscimo na cobertura da saúde da família de 37,12%, assim como um aumento de 103,12% de equipes de saúde bucal, em relação ao terceiro quadrimestre de 2011.

Em relação ao número de agentes comunitários de saúde, ocorreu o término da contratação, via Secretaria Municipal da Administração. Ou seja, até o último quadrimestre de 2012 todos os agentes comunitários de saúde já estavam

contratados pelo IMESF, exceto os agentes pertencentes as equipes conveniadas com Hospitais Divina Providência e Moinhos de Vento.

Mesmo com esta contratação não ocorreu o preenchimento da totalidade de vagas existentes, estando em planejamento o novo processo seletivo do IMESF para agentes em algumas Unidades de Saúde da Família de Porto Alegre. A tabela, abaixo, apresenta a distribuição de equipes de Saúde da Família por prestador de serviço.

Quadro 15– Distribuição do número de equipes de Saúde da Família de Porto Alegre, segundo prestador de serviço/ contratante, no 3º quadrimestre de 2012.

Gerências Distritais	GHC	HCPA	HDP	IMESF (exclusivo)	HMV	IC/FUC	Total
Noroeste / Humaitá / Navegantes / Ilhas	16	0	0	0	2	7	25
Norte / Eixo Baltazar	15	0	0	2	0	17	34
Partenon / Lomba do Pinheiro	0	0	0	5	0	23	28
Glória / Cruzeiro / Cristal	0	0	3	5	0	20	28
Leste / Nordeste	8	0	0	2	0	19	29
Restinga / Extremo Sul	0	0	0	4	6	8	18
Sul / Centro Sul	0	0	0	0	0	10	10
Centro	0	4	0	0	0	5	9
Total	39	4	3	18	8	109	181

FONTE: SMS/CGAPSES.

Destaca-se que a CGAPSES, através da Área Técnica de Atenção à Saúde da Família promoveu o primeiro Curso Introdutório para os Agentes Comunitários de Saúde, voltados aos servidores agentes ingressantes do IMESF. A primeira fase contemplou agentes comunitários oriundos das regiões NHNI, GCC, Centro e NEB, com a subdivisão em duas turmas, sendo a turma 1 com 61 agentes e a turma 2 com 54 agentes, totalizando 20 horas/aula.

7.2 Rede de Serviços Ambulatoriais Especializados

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

Quadro 16– Metas constantes na PAS 2012.

Metas anuais constantes na PAS			
Metas	Realizado das Meta	Ações	Realizado das Ações
51. Ampliar de 7 para 8 os centros de especialidades até 2013.	Meta redimensionada para 2013	Definição de profissionais especialistas conforme demanda da região;	Em redefinição no GT Regionalização, composto por representantes da CGAPSES, CMU, GRSS e ASSEPLA.
		Ampliação e adequação das áreas físicas;	Mantida a discussão referentes às reformas nos Centros de Especialidades, realizando-se diagnóstico situacional para definição das prioridades junto ao GT de Obras. Avançou-se na definição das necessidades do Centro de Saúde Vila dos Comerciários que já consta no elenco de prioridades estabelecidas pelo GT.
117. Implementar a rede de prevenção à violência e promoção da saúde nas 8 Gerências Distritais.	Realizada.	Realização de oficinas nas regiões;	Mantida a realização de educação permanente para o tratamento de pessoas com agravos decorrentes das Violências aos trabalhadores da APS, dos serviços especializados em Saúde Mental, culminando com discussão temática no Fórum Social Mundial no dia 30/01/2013 sobre enfrentamento da violência e exploração sexual de crianças e adolescentes, em parceria da SMS com Comitê EVESCA.
		Organização das redes de prevenção da violência e promoção da saúde.	Permanece a discussão na Área Técnica de Saúde Mental acerca da linha de cuidado à violência, junto aos serviços especializados em violência ou outras instituições relacionados ao tema. (CRAI, SPC, Conselho Tutelar)

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

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

Quadro17– Grade de referências especializadas ambulatoriais, em Porto Alegre/RS.

GD/ Serviço	CE	NASCA	CEO	SAE DST/AIDS	SAE Hepatites	CRTB	CTA
Centro	CE Santa Marta	NASCA Centro	CEO Santa Marta	Sanatório Partenon	O SAE Hepatites é referência para toda a cidade.	CRTB Centro	Amb. Dermatologia Sanitária/SES
NHNI	CE IAPI	NASCA NHNI	CEO GHC	SAE IAPI		CRTB NHNI	Amb. Dermatologia Sanitária/SES
PLP	CE Murialdo	NASCA PLP	CEO Bom Jesus	Sanatório Partenon		Sanatório Partenon	CTA Caio Fernando Abreu
GCC	CE Vila dos Comercia- rios	NASCA GCC	CEO Vila dos Comerciá- rios	SAE Vila dos Comerciá- rios		CRTB GCC	CTA Paulo Cesar Bonfim
SCS	CE Camaquã	NASCA SCS	CEO Vila dos Comerciá- rios	SAE Vila dos Comerciá- rios		CRTB GCC	CTA Paulo Cesar Bonfim
NEB	-	NASCA NEB	CEO GHC	SAE IAPI		CRTB NHNI	Amb. Dermatologia Sanitária/SES
RES	-	NASCA RES	CEO Santa Marta	SAE Vila dos Comerciá- rios		CRTB RES	CTA Paulo Cesar Bonfim
LENO	CE Bom Jesus	NASCA LENO	CEO Bom Jesus	DS Leste: Sanatório Partenon DS Nordeste: SAE IAPI		CRTB LENO	DS Leste: CTA Caio Fernando Abreu DS Nordeste: Amb. Dermatologia Sanitária/SES
Total	07 + Ambulató- rios convenia- dos*	07	04 + CEO UFRGS	04	06	03	

FONTE: SMS/ CGAPSES, em jan. 2013. **Siglas:** GD = Gerência Distrital; CE = Centros de Especialidades; CEO = Centro de Especialidades Odontológicas; SAE = Serviço de Atendimento Especializado; NASCA = Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e Adolescência; CRTB = Centro de Referência à Tuberculose; CTA = Centro de Testagem e Aconselhamento; *GHC, HSL/PUCRS, HCPA, Bco. Olhos, Ben. Portuguesa, Sta. Casa, Pq. Belém, Vl. Nova.

A SMS, mesmo cumprindo sua meta de implantação de 5 Centros de Especialidades Odontológicas, está constituindo mais um junto a região a região Noroeste / Humaitá / Navegantes / Ilhas. O referido serviço está tendo sua infraestrutura física adequada e seus equipamentos adquiridos. Os profissionais que atuarão neste Centro já foram selecionados na rede da APS.

Além dos serviços do quadro acima (quadro acima), a rede de serviços do SUS/POA conta com 11 CAPS, distribuídos em 07 conveniados (CAPSi, II e AD – GHC; CAPSi e II – HCPOA; CAPS AD III IAPI e VN – HMD) e 04 próprios da SMS (GCC , VC AD e II CENTRO II e I). Dois Centros de Atenção Psicossocial, um tipo II e outro tipo II Álcool e outras drogas, pertencentes à região Glória / Cruzeiro / Cristal, tiveram modificado seus endereços, permanecendo ambos na mesma região. Foram, realizadas adequações na infra estrutura física nos prédios locados para receber as equipes, como também a recomposição de profissionais. Além disso, ocorreu a inauguração do CAPS Álcool e outras drogas Tipo III, pertencente a região Partenon / Lomba do Pinheiro, através do Convênio entre SMS e Hospital Mãe de Deus.

Atualmente, os serviços ofertados nos Centros de Especialidades, nos Ambulatórios Hospitalares de Especialidades e nos SAE já estão no Sistema Informatizado, porém, ainda não de forma regionalizada. Os demais serviços do quadro – NASCA, CEO, CRTB e CTA apresentam maior distribuição de oferta nos territórios das GD.

As metas referente ao aumento da estrutura de Saúde Mental e Bucal estão em seus respectivos itens

Com o exposto, cabe ressaltar que a qualificação do Sistema Informatizado está ocorrendo, em parceria com o GT Regionalização da SMS, para que todos os serviços especializados ambulatoriais tenham suas referências definidas dentro deste Sistema. O objetivo é que 2013 seja de inclusão das referências regionalizadas dentro do Sistema Informatizado, bem como de redefinição de referências com baixa oferta, com vistas à equidade na prestação de serviços SUS.

7.3 Serviços de Urgência

As metas de ampliação do número de leitos hospitalares e de serviços de internação domiciliar estão descritas no item Atenção em Urgências e Transportes de pacientes.

Pode-se concluir que, em 2012, ocorreu uma ampliação significativa da cobertura de APS nos moldes da ESF, ainda que dificuldades persistam, como a fixação de profissionais e a indisponibilidade de terrenos para a construção de novas

unidades, com o padrão produzido pela SMS. Ocorreu, ainda, a ampliação das portas de entrada de urgência, emergência e a ampliação do acesso aos serviços de saúde mental.

Destaca-se, como necessidades ainda prevalentes, a readequação da atenção especializada ambulatorial conforme as necessidades regionais, com destaque à reorientação dos Centros de Especialidades, e a ampliação dos NASF e da Atenção Domiciliar, equipamentos importantes para o cuidado territorializado.

8. INFRA-ESTRUTURA DE APOIO

Coordenação de Apoio Técnico Administrativo (CGATA) é formada pelas equipes de Programação e Compras (EPC), Assessoria de Projetos (ASSEPRO), Apoio Administrativo (EAA), Manutenção Predial (EMP), Patrimônio (EPAT), Materiais (EMAT) e Informática. Com esta composição, está responsável pelo desenvolvimento das atividades de qualificação e de manutenção da infraestrutura de apoio, bem como pela logística relacionados aos processos de gestão, atenção e de vigilância na SMS. As metas do setor são apresentadas e analisadas a seguir.

Quadro 18- Metas constantes da PAS.

Metas	Realizado das Metas	Ações	Realizado das Ações
146. Reformar 18 prédios da Secretaria Municipal de Saúde.	Atingida	Elaboração dos projetos da obras definidas;	Realizado
		Detalhamento dos projetos;	
		Execução das reformas.	
147. Iniciar construção de oito novos prédios.	Atingida	Definição de locais e prédios a serem construídos;	Realizado
		Elaboração de projeto;	
		Realização de licitações para contratação das empresas de construção;	
		Iniciar as obras.	
148. Equipar 100% das novas unidades de saúde da família construídas.	Atingida	Levantamento de necessidades e encaminhamento para aquisição dos equipamentos.	Realizado

149. Implantar um sistema de gestão de estoque dos almoxarifados (Equipe de Materiais e Equipe de Manutenção Predial) em 70% dos serviços próprios da SMS.	<p style="text-align: center;">Não Atingida</p>	<p style="text-align: center;">Informatização do processo de gestão dos estoques no sistema AGHOS.</p>	<p style="text-align: center;">Não Realizada</p>
154. Ampliar e adequar a estrutura física do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre até 2013.	<p style="text-align: center;">Não Atingida.</p>	<p style="text-align: center;">Projeto elaborado, apresentado e rejeitado pelo CMS.</p>	<p style="text-align: center;">Projeto elaborado, apresentado e rejeitado pelo CMS.</p>

FONTE: CGATA/SMS

Análise das metas:

Meta 146: A meta foi atingida e seguem as listas de unidades reformadas e ampliadas:

Reformas: USF Herdeiros, UBS Restinga, UBS Belém Velho, UBS Cristal, C S Santa Marta 3º andar, PA Lomba (rampa e recepção), C S Santa Marta 1º andar, Santana – sede EPAT, UBS Bananeiras, USF Jardim Carvalho, UBS Chácara da Fumaça, UBS Ramos, UBS Beco do Adelar, UBS Glória e UBS Ceres.

Ampliações: UBS Estrada dos Alpes, UBS São Cristóvão, Frederico Mentz – sede EMP.

Salienta-se que o processo administrativo que contempla a reforma de 30 unidades de saúde encontra-se na PGM e ainda não foi efetivado. Portanto, mesmo com estas dificuldades, a ASSEPRO e EMP conseguiram atingir a meta. As reformas aqui expostas foram realizadas por outros processos administrativos, onde 10 das 18 unidades citadas acima foram atendidas pela equipe da EMP.

Meta 147:. A meta programada foi atingida, pois tivemos 9 unidades com construção iniciada. A USF Jardim da FAPA e UBS Campo Novo já estão em fase de conclusão de detalhes e a USF Castelo, que o contrato foi rescindido. As obras já concluídas estão na relação abaixo:

Construção:

USF São Vicente Mártir (construção de nova sede com implantação de novos serviços - Saúde Bucal), USF Santíssima Trindade, USF Wenceslau Fontoura

(construção de nova sede com implantação de novos serviços - da Saúde Bucal), USF Fradique Vizeu, UPA Zona Norte (Moacyr Scliar) e USF Domenico Feoli.

Meta 148: Objetivo atendido em sua totalidade, uma vez que as novas unidades são entregues completas em condições de uso para atendimento da demanda da população.

Meta 149:. Esta meta não foi atingida. A CGATA está trabalhando em parceria com Inforede e durante o ano de 2012 se estruturou para que, desta forma, venha atender esta demanda.

Meta 154:. Objetivo não atingido, pois o projeto apresentado foi rejeitado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Cabe lembrar que a ASSEPRO e EMP não respondem por obras realizadas nos hospitais municipais, neste caso, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – HMIPV e Hospital de Pronto Socorro – HPS.

8.1 Equipe de Programação e Compras - EPC

Responsável pelo encaminhamento de solicitações de compra de todos os materiais de consumo e permanentes, através de processos licitatórios ou dispensas de licitações, realizadas pela Área de Compras e Serviços (SMF).

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

Tabela 34- Materiais empenhados em 2012.

Materiais de Consumo/Rede	2012	2011	Varição
Alimentação	R\$ 153.998,50	R\$ 166.288,05	-7,4%
Medicamentos	R\$ 16.452.279,22	R\$ 15.798.413,25	4,1%
Enfermaria	R\$ 3.268.996,94	R\$ 4.949.785,03	-33,9%
Saúde Bucal	R\$ 477.765,54	R\$ 417.937,94	14,3%
Laboratório	R\$ 103.677,80	R\$ 1.391.726,63	-92,6%
Manutenção	R\$ 730.296,96	1.231.790,63	-40,7%
Informática	R\$ 263.600,02	R\$ 187.048,17	40,9%

Higiene e Limpeza	R\$ 419.546,68	R\$ 551.713,01	-23,9%
Transporte (pneus/óleos/combustíveis)	R\$ 25.774,26	R\$ 339.852,43	-92,4%
Gases Medicinais	R\$ 20.800,40	R\$ 171.721,07	87,9%
Gás Liquefeito	R\$ 19.360,00	R\$ 40.467,33	-52,1%
Escritório	R\$ 357.721,12	R\$ 386.813,53	-7,5%
Total	R\$ 22.293.727,44	R\$ 25.633.557,07	-13%

Tabela 35- Materiais permanentes

Total: Rede,GCVS,CMS,COMEM - Material Permanente		
2012	2011	Varição
R\$ 1.638.933,38	R\$ 10.083.586,51	-83,75%

FORTE: EPC/CGATA

8.2 Equipe de Transportes

Remoções Clínicas

Desde de meados de 2012 a responsabilidade das remoções clínicas passaram a ser uma atribuição do Hospital de Pronto Socorro.

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 2012 a dezembro de 2012, foram executados com 05 veículos Vans o que possibilitou a qualificação do serviço prestados a esses pacientes, onde realizamos o mapeamento das rotas de transporte onde foram definidas a divisão 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 76 (setenta e seis) crianças e adolescentes na faixa etária de 01 a 18 anos, e mais 02 (duas) crianças que devido a gravidade de seu quadro clínico, estão sendo transportadas pela ambulância da Ecosul, o que mostra um aumento de atendimento em relação a 2011 onde o atendimento foi de 75 crianças e adolescentes.

8.3 Equipe de 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 conta com 54 funcionários operacionais, tendo sido contratados 14 no último quadrimestre. Houve um aumento de 80% com relação ao ano de 2011, pois naquele ano a equipe contava com apenas 30 funcionários operacionais.

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

Tabela 36- Serviços atendidos

Locais	Quantidade de Solicitações Atendidas		Variação	Valor Gasto em Materiais	
				(R\$)	
	2012	2011		2011	2012
Prédio Sede, EPAT, GMAT, Arquivo	453	447	1,34%	R\$ 78.353,00	R\$ 121.220,84
Rede Básica e Centros de Saúde e Gerências	4828	3838	25,79%	R\$ 467.410,00	R\$ 705.997,01
CGVS	51	90	43,33%	R\$ 33.982,67	R\$ 13.995,46
Bases SAMU	23	66	65,15%	R\$ 8.406,00	R\$ 7.028,61
Total	5355	4441	20,58%	R\$ 588.151,67	R\$ 848.241,92

FONTE: EMP/CGATA

8.4 Equipe de Patrimônio – EP

Trata-se de tabela comparativa da entrada de bens móveis permanentes ano de 2012. Apresentamos relação da quantidade de bens adquiridos, bem como valor total destes bens.

Tabela 37-Comparativa de Entrada Bens Gerais e Bens de Informática.

Nº Bens Gerais	2012	2011	Variação
		9498	2990
Nº Bens Informática	1814	341	432%
Valor Bens Gerais	R\$ 7.238.868,65	R\$ 2.041.455,93	255%
Valor Bens Informática	R\$ 1.638.520,05	R\$ 337.089,33	386%

FONTE: Equipe de Patrimônio/CGATA/SMS

8.5 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.

Tabela 38- Demonstrativo dos contratos de mão de obra terceirizada por tipo de trabalho, administrados pelo NLC:

Descrição	2012		2011		Variação	
	Posto	Valor R\$	Posto	Valor R\$	Posto%	Valor %
Postos de trabalho	Posto	Valor R\$	Posto	Valor R\$	Posto%	Valor %
Serviço de limpeza	262	6.427.199,76	251	4.470.244,22	4,38%	43,78%
Serviço de portaria	141	5.583.389,64	126	4.141.799,96	11,90%	34,81%
Serviço de vigilância	52	4.723.178,70	46	7.668.989,92	13,04%	-38,41%
Serviços gerais não especializados	55	1.158.894,11	67	935.735,95	-17,91%	23,85%
Serviços operacionais	60	1.096.523,17	33	774.478,63	81,82%	41,58%
Serviços de cozinha	24	500.265,40	21	473.123,28	14,29%	5,74%
Serviço de telefonia	95	1.916.863,74	81	1.510.289,29	17,28%	26,92%
Auxiliar de almoxarifado	33	566.199,06	0	0	-	-
Total	722	21.972.513,58	625	19.974.661,25	15,52%	10,00%

FONTE: NLC/SMS

No quadro acima houve correção do número de postos de trabalho de 2011, pois o relatório anterior havia informado equivocadamente a soma dos postos nos relatórios trimestrais e não o número efetivo de postos no período. Ainda, salienta-se que em decorrência das renovações contratuais e seu período de tramitação, o valor informado pode ser alterado, pois há efeito retroativo na efetivação do termo aditivo do contrato.

8.6 Informatização da Saúde

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, está o Projeto *Wirelles*, que já interliga atualmente 70% 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 quaisquer 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 19– Resumos das metas pactuadas na PAS.

Metas	Realizado das Metas	Ações	Realizado das Ações
<p>150. Implantar infraestrutura própria de comunicação em 100% da rede de serviços próprios da SMS até 2013.</p>	<p>98,49% realizado da 1ª etapa do Projeto Wireless perfazendo 131 Unidades de Saúde;</p>	<p>Implantação de rede de comunicações baseada em fibra ótica e rádio em todos os locais de atendimento da SMS;</p>	<p>Realizado</p>
		<p>Aquisição de equipamentos de informática para as UBS.</p>	<p>Adquirido 4.133 equipamentos de informática, entre Microcomputadores, leitores biométricos, impressoras laser, impressoras térmicas, webcams. Em processo de licitação os <i>Thin Client</i> para as unidades de saúde</p>
<p>151. Implantar sistema informatizado com registro de atendimento, prontuário eletrônico em 100% do complexo regulador e da rede de atenção básica até 2013.</p>	<p>Implantado os Módulos de regulação das centrais: Internação, consultas especializadas, Exames e APAC; Implantado o Módulo Emergência - Classificação de Riscos no PA Bom Jesus; Implantado o Módulo Atenção Primária Cadastro e Agenda Eletrônica na UBS Bananeiras Desenvolvido o módulo de Epidemiologia – Sistema de Vigilância em Saúde Em análise para implantação de piloto na UBS bananeiras: protocolo de notificação da dengue, tuberculose e aids</p>	<p>Qualificação e ampliação das informações dos SIS/MS no Sistema Informatizado da SMS.</p>	<p>63% dos leitos regulados; 100% consultas especializadas (iniciais) reguladas; 12% exames regulados; 25% Módulo Emergência – Classificação de Riscos nos PAS 0,67% agenda eletrônica nas UBS/ESF</p>
		<p>Capacitação dos servidores da SMS para utilização do sistema informatizado.</p>	<p>3.438 servidores capacitados, correspondendo 68,76% da meta de capacitar 5.000 servidores.</p>
<p>152. Atender 100% das demandas de estrutura e manutenção de informática e sistemas da rede de saúde com informatização implantada até 2013..</p>	<p>100%</p>	<p>Contratação de empresa para manutenção de equipamentos após término da garantia.</p>	<p>Realizado</p>
		<p>Criação de um Callcenter pela Procempa para atender problemas de equipamentos e rede;</p>	<p>Realizado</p>

Considerações

Meta 150: Avançou-se em conectividade, em infraestrutura de servidores que suportem a informatização de toda a rede de saúde, ao mesmo tempo em que se vem equipando as unidades de saúde para informatizar todos os processos de trabalho. A aquisição dos Thin Client, que serão distribuídos às unidades de saúde, irão conferir menor custo de aquisição e maior agilidade nos atendimentos, quando necessária manutenção. Todavia, este processo está atrelado à virtualização das máquinas, que suportarão o atendimento em tempo real de toda a rede de saúde. Este processo ainda está em revisão de especificação pela Procempa.

O Infovia, projeto *Wirelles*, foi concluído em sua primeira etapa, correspondendo a 131 unidades, das 133 previstas na 1ª etapa. A 2ª etapa tramita na PGM e as duas unidades não concluídas foram incorporadas à 2ª etapa.

Meta 151: O processo de implantação do prontuário eletrônico vem avançando, à medida que outras informações de saúde do cidadão vão sendo incorporadas ao sistema informatizado. As centrais de regulação de acesso foram implantadas, com exceção do Controle e Avaliação – autorizações de procedimentos de internação, reprogramado para o início de 2013. Alguns ajustes e % de metas de regulação estão sendo realizados, de modo a que 100% das internações sejam reguladas, tal como as consultas iniciais na central de consultas especializadas.

A informatização das consultas nas unidades básicas e dos Pronto-Atendimentos, bem como a implantação do sistema de Vigilância em Saúde depende de tramitação administrativa contratual, que corresponde a 2ª etapa da informatização, todavia 1 unidade piloto foi definida para incorporar os processos informatizados nas UBS, entre eles cadastro e agenda eletrônica e outras 7 unidades tiveram o cadastro implantado, todas com coleta biométrica e fotografia digital. No Pronto Atendimento Bom Jesus, desde março 2012 vem sendo utilizado a classificação de risco pelo método Manchester no novo sistema informatizado.

Meta 152: Esta meta foi alcançada do ponto de vista quantitativo, sendo um grande desafio a qualidade dos atendimentos, no que se refere principalmente agilidade dos serviços prestados de acordo com a especificidade e característica do serviço de saúde. Está tramitando dentro desta SMS a aprovação da Criação da estrutura formal da Coordenação de Tecnologia da Informação, com chefias de serviços para

a gestão da infraestrutura de TI e gestão de sistemas e informações, visando dar maior suporte a toda gama do parque tecnológico de TI, bem como suporte ao desempenho do sistema informatizado.

O quadro abaixo apresenta o relatório sintético da produção realizada no ano 2012, comparativamente ao ano 2011.

Tabela 39– Informações de Produção do Inforede.

Descrição do Item	Período				Variação	
	2012		2011		2012/2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nº de Unidades Conectadas	131	98,49	106	79,69	25	23,58
Nº de Capacitações Realizadas	3.438	68,76	2.222	44,44	1216	54,73
Nº de Processos Informatizados	06	120	04	80	2	50

FONTE:: INFOREDE, 2012

Os quadros demonstrativos dos subprojetos de informatização são cumulativos e foram expostos no relatório de gestão do 3º quadrimestre.

9 PRODUÇÃO

9.1 Atenção Primária à Saúde

Tabela 40- Procedimentos Atenção Primária

Gerência		Período		Variação	
		2012	2011	N.	%
Centro	Consultas Médicas Geral	32.576	29.807	2.769	9,29
	Total de Pessoas Cadastradas	30.177	30.177	0	0,00
	VD Agente Comunitário de Saúde	16.704	20.306	-3.602	-17,74
GCC	Consultas Médicas Geral	52.512	70.567	-18.055	-25,59
	Total de Pessoas Cadastradas	160.118	159.001	1.117	0,70
	VD Agente Comunitário de Saúde	74.498	76.891	-2.393	-3,11
LENO	Consultas Médicas Geral	82.573	71.902	10.671	14,84
	Total de Pessoas Cadastradas	211.605	192.167	19.438	10,12
	VD Agente Comunitário de Saúde	103.777	100.596	3.181	3,16
NHNI	Consultas Médicas Geral	44.161	20.945	23.216	110,84
	Total de Pessoas Cadastradas	84.781	41.837	42.944	102,65
	VD Agente Comunitário de Saúde	35.320	22.999	12.321	53,57
NEB	Consultas Médicas Geral	66.874	39.044	27.830	71,28
	Total de Pessoas Cadastradas	137.377	104.777	32.600	31,11
	VD Agente Comunitário de Saúde	50.405	39.592	10.813	27,31
PLP	Consultas Médicas Geral	31.742	39.777	-8.035	-20,20
	Total de Pessoas Cadastradas	99.226	96.158	3.068	3,19
	VD Agente Comunitário de Saúde	36.387	38.381	-1.994	-5,20
RES	Consultas Médicas Geral	33.592	27.462	6.130	22,32
	Total de Pessoas Cadastradas	101.415	100.874	541	0,54
	Agente Comunitário de Saúde	48.673	38.441	10.232	26,62

SCS	Consultas Médicas Geral	35.188	30.997	4.191	13,52
	Total de Pessoas Cadastradas	80.063	76.939	3.124	4,06
	VD Agente Comunitário de Saúde	36.285	33.641	2.644	7,86
Porto Alegre	Consultas Médicas Geral	378.542	330.601	47.941	14,50
	Total de Pessoas Cadastradas	321.616	272.827	48.789	17,88
	VD Agente Comunitário de Saúde	402.049	370.847	31.202	8,41

FONTE: Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) - CGAPSES

Na avaliação da produção das unidades de saúde da família observa-se um aumento geral do número de consultas médicas em 14,5%, 17,88% na população cadastrada e 8,41% nas visitas domiciliares.

Verifica-se uma redução na relação consulta/ população cadastrada de 1,21 para 1,18, mas ainda dentro do pactuado junto ao PROESF, que sugere 1,1 consulta médica/ população cadastrada. Essa redução justifica-se pela não vinculação dos médicos às unidades de saúde da família e pela alta rotatividade ocorrida no período. Ao analisar o quadro entre as gerências identifica-se uma redução significativa nas gerências Glória/ Cruzeiro/ Cristal e Partenon/ Lomba do Pinheiro. A região Sul/ Centro Sul, mesmo sem ampliação da cobertura, aumentou em 13,52% o número de consultas.

9.2 Atenção Especializada

Tabela 41- Consulta Médica em Atenção Básica

Gerências Distritais	Período		Variação	
	2012	2011	N.	%
Centro	83.205	87.353	-4.148	-4,75%
GCC	143.741	147.027	-3.286	-2,23%
LENO	181.692	164.879	16.813	10,20%
NHNI	143.311	139.614	3.697	2,65%
NEB	170.558	164.709	5.849	3,55%
PLP	175.548	140.460	35.088	24,98%
RES	131.130	98.599	32.531	32,99%
SCS	118.747	136.544	-17.797	-13,03%
Total	1.147.932	1.079.185	68.747	6,37%

FONTE: SIA TABWIN (procedimentos apresentados: 0301010064, 0301010080, 0301010110, 0301010129, 0301060037, 0301060045, 0301060053)

No que se refere às consultas médicas na atenção básica, tanto nas unidades de saúde da família como as unidades de modelo tradicional, verifica-se um aumento de 6,37% em relação ao ano anterior. Se considerarmos o indicador

cons/hab ano passamos de 0,76 para 0,85 cons/hb/ano considerando toda a população do município apenas SUS dependente.

Tabela 42- Consulta Médica em atenção especializada exceto os hospitais.

Gerência Distrital	Período		Variação	
	2012	2011	N.	%
Centro	58.784	57.752	1.032	1,79
NHNI	49.677	48.614	1.063	2,19
NEB	553	150	403	268,67
LENO	5.072	6.313	-1.241	-19,66
GCC	37.435	39.493	-2.058	-5,21
SCS	8.876	8.716	160	1,84
PLP	8.606	3.767	4.839	128,46
RES	3.609	3.684	-75	-2,04
Total	172.612	168.489	4.123	2,45

FONTE: SIA TABWIN, Procedimentos Unif: 0301010072

Referente às consultas especializadas, identifica-se um acréscimo no total geral da produção de consultas médicas especializadas extra hospitalares no município. Observa-se um aumento de consultas na gerência NEB, que estão relacionados ao ingresso de psiquiatras nos serviços de saúde mental da região.

Nos 1º e 2º quadrimestres de 2012, algumas unidades de saúde contabilizavam as consultas pediátricas e ginecológicas como consultas especializadas.

Quadro 20- Correção dos dados referentes às consultas médicas em atenção especializada, exceto os hospitais, por Gerências, nos quadrimestres anteriores são.

Gerência Distrital	3º Quadrimestre		2º Quadrimestre		1º Quadrimestre	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Centro	22.484	18.823	17.916	20.760	18.384	18.169
NHNI	17.601	15.179	18.763	18.443	13.313	14.992
NEB	307	38	171	63	75	49
LENO	1.398	1.823	1.781	1.476	1.893	3.014
GCC	12.970	13.943	12.269	11.224	12.196	14.326
SCS	4.277	3.206	2.613	2.646	1.986	2.864
PLP	3.867	3.096	3.180	421	1.559	250
RES	892	649	1.844	1.607	873	1.428
Total	63.796	56.757	58.537	56.640	50.279	55.092

FONTE: SIA TABWIN, Procedimentos Unif: 0301010072

É necessário ressaltar que a maior parte da produção de consultas especializadas no município é realizada nos ambulatórios especializados hospitalares.

9.2.1 Saúde Bucal

Área Técnica de Atenção à Saúde Bucal atua em conformidade com a Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, com o Plano Operativo Municipal de Saúde Bucal e com as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2010-2013, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Estas metas e ações têm o propósito de garantir à população residente no município de POA a atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando-se, portanto, a atenção à saúde bucal, não somente na prevenção de doenças e agravos, mas na promoção à saúde.

Quadro 21- Metas anuais da Programação Anual de Saúde.

Meta	Realizado das Metas	Ações	Realizado das Ações
52. Implantar atendimento odontológico no terceiro turno de 01 UBS com 3º turno.	Esta meta foi cumprida ainda no primeiro quadrimestre de 2012 com o remanejamento e efetivação de profissionais pelo concurso público vigente da SMA.	Adequação da área física das UBS;	Realizado a implantação do terceiro turno nas unidades: - UBS Bananeiras (GSPLP) - UBS Panorama (GDPLP) - UBS Camaquã (GDSCS) - UBS Tristeza (GDSCS) - UBS Belém Novo (GDRES)
		Realocação de profissionais usando a banca de remanejamento e realizando o chamamento de profissionais pelo concurso público vigente;	
		Definição de critérios como: a decisão do conselho local ou distrital de saúde, análise de necessidade de demanda, profissional com disponibilidade para isso, entre outras para definição das unidades de 3º turno com atendimento odontológico em 2012.	
53. Ampliar de 20% para 85% a cobertura de estabelecimentos escolares públicos vinculadas as ESFs com ações preventivas em Saúde bucal.	Foram realizadas atividades em 84,9% dos estabelecimentos escolares públicos vinculadas a ESF com ações preventivas.	Levantamento do número de crianças que estavam matriculadas no primeiro e último ano do ensino fundamental de escolas e creches públicas e conveniadas vinculadas a cada ESF.	Foram realizadas atividades educativas especialmente para crianças que estão no primeiro ano do ensino fundamental (5-6 anos) anos de idade e adolescentes do último ano do ensino fundamental que são os grupos mais vulneráveis para doenças na cavidade bucal segundo o levantamento epidemiológico de saúde bucal SB 2010. Além das atividades

			educativas foi realizada a identificação de necessidade desses grupos e oferecido o atendimento clínico nas respectivas unidades.
		Atividade de Educação Permanente das ESB para o desenvolvimento de projetos de promoção e prevenção em saúde bucal com escolares nas faixas etárias selecionadas.	Realizadas atividades e educação permanente com todas as equipes de Saúde Bucal (UBS e ESF) nos GDs.
		Elaboração de projetos de promoção e prevenção em saúde bucal para escolares.	Realizadas discussões do projeto e formatação no colegiado, gastos da saúde bucal com representantes de todas as GDs.
		Estabelecimento de parceria institucional entre SMS-SMED e SMS-SESC para a realização das ações de promoção em saúde bucal.	Realizado grupo de trabalho onde foi discutida e concentrada ação junto às escolas, professores e famílias. Equipe de Saúde Bucal do SESC ficou com a responsabilidade de desenvolver ações nas escolas da GD centro, onde o Sesc fornece profissionais, técnicos em saúde bucal e material educativo, e a SMS faz a identificação das necessidades das crianças e adolescentes e atende as necessidades.
55. Ampliar de 32 para 35 o número de Equipes de Saúde Bucal na ESF.	A meta foi alcançada através da conversão das Unidades de Saúde da Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição para o modelo da ESF elevando o número de equipes. Foram implantadas 65 equipes de Saúde Bucal na ESF.	Acompanhamento do processo de ampliação das equipes de Saúde Bucal.	Implantação de 65 equipes de Saúde Bucal na ESF.
92. Ampliar de 4 para 5 o número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).	Esta meta já foi cumprida. Atualmente estamos com 5 CEOs em funcionamento, que são: CEO Santa Marta, CEO GHC, CEO UFRGS, CEO Bom Jesus e	Com a contratação de cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal concursados esta meta foi cumprida, atualmente estamos com 5 CEOs em funcionamento, que são: CEO Santa Marta, CEO GHC, CEO UFRGS, CEO Bom Jesus e CEO Vila dos Comerciantes.	Foi realizada pactuação de produção com todos os CEOs do município conforme agenda de trabalho e capacidade instalada de recursos humanos e foi colocado mais um profissional para realizar endodontia no CEO Santa Marta para reduzir o tempo de espera. Continuamos no

	CEO Vila dos Comerciantes		aguardo da aprovação por parte do comitê Gestor da Prefeitura Municipal de Saúde do Processo nº 001.050301.11.0, assim como do processo nº 001.015740.12.0 que está na Assessoria Técnica Estratégica (ASSETECES) da SMA. Também ficamos no aguardo que a PGE libere para o chamamento de 13 vagas que estão em aberto no quadro de Cirurgiões Dentistas da SMS para que possamos iniciar o atendimento no CEO IAPI.
--	---------------------------	--	--

FONTE: CGAPSES – Área Técnica Saúde Bucal

Dados dos Serviços e Recursos Humanos:

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre possui 65 Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo 5 em parceria com o Hospital Moinhos de Vento, 1 em parceria com o Hospital Divina Providência, 20 em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição, 20 em contrato com o Instituto de Cardiologia e 15 em contrato com o IMESF.

Quadro 22- Número de Profissionais CDs e respectiva lotação.

Local de Atuação	Número de Profissionais Cirurgiões Dentistas	
	2012	2011
UBS	97	92
ESF	65	16
CEO	29	28
Gestão	6	5
Vagas em aberto	13	16 *
Total	210	157

FONTE:Quadro Geral de Cargos e Vagas PMPA / SMS.

*Vagas em aberto

Quadro 23- Número de Profissionais ASB e respectiva lotação.

Local de Atuação	Número de Profissionais ASB	
	2012	2011
UBS	57	57
ESF	65	65
CEO	13	13
Gestão	0	0
Vagas em aberto	7 *	7 *
Total	135	135

FONTE:Quadro Geral de Cargos e Vagas PMPA / SMS.

*Vagas em aberto.

Quadro 24- Número de Profissionais TSB e respectiva lotação.

Local de Atuação	Número de Profissionais TSB	
	2012	2011
UBS	4	4
ESF	32	32
CEO	1	1
Gestão	1	1
Vagas em aberto	0	0
Total	38	38

FONTE: Quadro Geral de Cargos e Vagas PMPA / SMS.

*Vagas em aberto.

Tabela 43- Dados Brutos Acumulativos da Produção Odontológica 2011-2012 do Terceiro Quadrimestre

Produção	2012	2011	Varição
Primeira Consulta Odontológica Programática	52.811	65.360	-12.549
Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada	55.966	34.791	+21.175
Procedimentos Básicos	614.379	583.860	+30.519
Procedimentos Especializados	34.747	1.144.698	*
Exodontias de Dente Permanente	15.930	16.989	-1.059

FONTE: SIA SUS TABWIN Quantidade Apresentada.

Com relação à variação dos procedimentos odontológicos especializados não foi possível de ser feita análise, pois a forma que eram contabilizados os dados no ano de 2011 não era realizado a filtragem dos dados pelos procedimentos realizados apenas pelos profissionais Cirurgiões Dentistas, o que acabou gerando um número elevado de 1.144.698 procedimentos, uma vez que contabilizava nos procedimentos odontológicos especializados realizados pelos demais profissionais. O valor correto feito somente pelos profissionais Cirurgiões Dentistas seria 35.810 em 2011.

Cabe destacar que o ingresso de número significativo de profissionais impactou pouco na produção dos procedimentos odontológicos especializados.

Tabela 44- Indicadores de Monitoramento.

Indicadores de Monitoramento	2012	2011	Varição
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	3,75%	4,64%	-19,18%
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	3,97%	2,47%	60,73%
Média de Procedimentos Básicos Individuais por habitante	0,44	0,41	7,32%
Proporção de Procedimentos Especializados em Relação aos Básicos	0,95/1	1,96/1	-51,53%
Percentual de Exodontias de Dente Permanente em Relação aos Procedimentos Básicos Individuais	2,59%	2,91%	-11,00%

FONTE: SIA SUS TABWIN. Quantidade apresentada.

Os dados de produção odontológica são utilizados para o monitoramento das estratégias da CGAPSES – ATASB junto à rede de cuidado em saúde bucal. Em 2012, houve redução de 12% na primeira consulta odontológica programática. Os

indicadores de 2012 merecem ser analisados à luz de algumas questões fundamentais:

- A mudança na forma de registro de produção desse procedimento em 2012 difere da forma de registro, que em 2011 havia problemas de registro pelos profissionais, pois alguns registravam como 1º consulta todas as consultas odontológicas do cidadão. Isso foi corrigido com orientações em atividades de educação permanente a todos os profissionais da rede de atenção à saúde bucal, impactando nos registros de produção;
- Foram realizadas, ao longo de 2012, reformas e troca de equipamentos odontológicos em 27 consultórios da rede, o que resultou em acesso limitado a estes consultórios durante, em média, 3 semanas;
- A proporção de um auxiliar de saúde bucal para cada cirurgião dentista precisa ser melhorada na rede, uma vez que quando os profissionais trabalham sozinhos há diminuição na capacidade de atendimento.
- Foi pactuado tempo de consultas maiores, mais longos para permitir a realização de maior proporção de procedimentos por visita do cidadão a unidade, assim, reduzindo a chance do cidadão abandonar o tratamento. Isso pode ser visto na elevação do número de procedimentos básicos tabela 43.

A proporção entre procedimentos especializados em relação aos básicos sofreu modificação importante tabelas 24 e 25, principalmente pela alteração na forma da coleta dos dados. A seleção exclusiva dos profissionais de odontologia aproximou o número da realidade assistencial na rede de serviços.

Os resultados, em 2012 mostram que houve melhora nas ações de prevenção em saúde que foram aumentadas em 21.175, impactando, ao longo do tempo, em redução de perdas dentárias.

Ao longo de 2012, o foco das ações da Área Técnica de Saúde Bucal da CGAPSES foi qualificar a infra-estrutura dos serviços; ampliar o quadro de profissionais; capacitar e confeccionar manuais instrutivos sobre o registro dos dados de produção da equipe de saúde bucal; e construir o protocolo de ações em saúde bucal, em fase final de validação pela rede, que será implantado ainda no primeiro semestre de 2013. Muitas ações do ano podem ser visualizadas no site: <http://www.capses.com.br/areas-tecnicas/saude-bucal/>.

Algumas Ações Propostas para 2013

Com base nestas análises estão sendo implantadas as seguintes ações:

- Ampliar a implementação de medidas de qualificação dos sistemas de informação;
- Ampliar e melhorar as estratégias de comunicação da Área Técnica de saúde Bucal com as Gerências e com as instâncias de controle social;
- Qualificar os fluxos de informação e de acesso aos usuários por meio de protocolos e rotinas específicos;

Ampliar o número de profissionais CD, ASB e TSB na rede (processo já em tramitação).

- Reforçar o modelo de atenção orientado pelos princípios da atenção primária à saúde, preventivo e promotor da saúde que estará estruturado no protocolo de saúde bucal e, por fim, implantar novas tecnologias que possibilitem um melhor atendimento para a população de Porto Alegre e melhores condições de trabalho para os profissionais da área de saúde bucal;

9.2.2. Saúde Nutricional

Seguem as tabelas referentes aos procedimentos de nutrição realizados no ano de 2012 e 2011 com variação entre os períodos. Os procedimentos de nutrição avaliados são consultas, atividade educativa, antropometria e atendimento domiciliar.

Tabela 45– Total de Procedimentos de Nutrição.

GD	Pop. Estimada 2010	2012		2011		Variação	
		Nº Nutricionistas /Assistência	Nº Procedimentos	Nº Nutricionista S/Assistência	Nº Procedimentos	Nº	%
Centro	276.508	06	5.946	05	5.680	266	4,7
GCC	148.778	05	5.544	05	7.317	-1773	-24,2
LENO	151.295	05	4.998	05	6.413	-1415	-22,1
NHNI	183.821	07	10.919	07	9.181	1738	18,9
NEB	189.177	06	11.259	05	6.779	4480	66,1
PLP	173.706	04	4.316	03	3.742	574	15,3
RES	94.409	02	3.967	01	3.025	942	31,1
SCS	191.658	03	4.567	02	2.549	2018	79,2
Total	1.409.351	38	51.516	33	44.686	6830	15,3

FONTE: SIA/ TABWIN e informações corrigidas nas equipes.

Os resultados demonstram que, em 2012 ocorreu um incremento de 15,3% nos totais dos procedimentos, em relação ao ano anterior. Porém, as GDs GCC e LENO apresentaram redução. No segundo semestre houve o ingresso de 05 profissionais nas GDs.

Tabela 46– Total de Consultas de Nutrição.

GD	Pop. Estimada 2010	2012		2011		Variação	
		Nº Nutricionista	Nº Consultas	Nº Nutricionista	Nº Consultas	Nº	%
Centro	276.508	06	3.155	05	5.224	-2089	-39,9
GCC	148.778	05	3.021	05	6.866	-3845	-56
LENO	151.295	05	3.050	05	5.285	-2235	-42,3
NHNI	183.821	07	5.461	07	8.195	-2734	-33,4
NEB	189.177	06	7.715	05	6.503	1212	18,6
PLP	173.706	04	2.455	03	2.532	-77	-3,0
RES	94.409	02	919	01	1.351	-432	-31,9
SCS	191.658	03	2.910	02	2.395	515	21,5
Total	1.409.351	38	28.686	33	38.351	-9665	-25,2

FONTE: SIA/ TABWIN e informações corrigidas nas equipes.

Em relação ao total de consultas ocorreu um decréscimo de 25% no conjunto das GDs. Na GD Centro um profissional que atuava na assistência nutricional foi deslocado para coordenação de serviço. Também, dois profissionais desta GD estavam em licença saúde durante alguns períodos. A GD GCC deslocou um profissional da assistência para matriciar algumas equipes de referência em 20 horas semanais. A GD LENO, um profissional lotada no CS Bom Jesus, com RDE entrou em processo de aposentadoria em 2012 e o ingresso de um profissional para compor o NASF.

Tabela 47– Total de Atividades Educativas de Nutrição.

GD	Pop. Estimada 2010	2012		2011		Variação	
		Nº Nutricionista	Nº Ativ. Educ.	Nº Nutricionista	Nº Ativ. Educ.	Nº	%
Centro	276.508	06	75	05	32	43	134,4
GCC	148.778	05	295	05	46	249	541,3
LENO	151.295	05	108	05	308	-200	-64,9
NHNI	183.821	07	347	07	351	-4	-1,2
NEB	189.177	06	359	05	209	150	71,8
PLP	173.706	04	368	03	869	-501	-57,6
RES	94.409	02	198	01	50	148	296
SCS	191.658	03	57	02	-	57	-
Total	1.409.351	38	1.807	33	1.865	-58	-3,1

FONTE: SIA/ TABWIN e informações corrigidas nas equipes.

Em relação às atividades educativas, não ocorreu variação significativa no conjunto das GD.

Tabela 48- Total de Procedimentos de Antropometria.

GD	Pop. Estimada 2010	2012		2011		Variação	
		Nº Nutricionista	Nº	Nº Nutricionista	Nº	Nº	%
Centro	276.508	06	2.826	05	423	2403	568,1
GCC	148.778	05	2.222	05	403	1819	451,4
LENO	151.295	05	1.335	05	820	515	62,8
NHNI	183.821	07	4.681	07	161	4520	2807,4
NEB	189.177	06	3.162	05	65	3097	4764,6
PLP	173.706	04	1.483	03	237	1246	525,7
RES	94.409	02	2.639	01	1.522	1117	73,4
SCS	191.658	03	1.581	02	154	1427	926,6
Total	1.409.351	38	19.929	33	3.815	16114	422,4

FONTE: SIA/ TABWIN e informações corrigidas nas equipes.

Em 2012, as avaliações antropométricas tiveram um aumento considerável, de 422,4%, em relação ao ano anterior. Estes resultados refletem a qualificação dos registros dos profissionais e a mudança no processo de trabalho.

Tabela 49- Total de Visita Domiciliares Realizada.

GD	Pop. Estimada 2010	2012		2011		Variação	
		Nº Nutricionista	Nº	Nº Nutricionista	Nº	Nº	%
Centro	276.508	06	30	05	1	29	2900
GCC	148.778	05	6	05	2	4	200
LENO	151.295	05	84	05	-	84	-
NHNI	183.821	07	430	07	474	-44	-9,3
NEB	189.177	06	23	05	2	21	1050
PLP	173.706	04	10	03	104	-94	-90,4
RES	94.409	02	210	01	72	138	191,7
SCS	191.658	03	19	02	-	19	-
Total	.409.351	38	812	33	655	157	23,9

FONTE: SIA/ TABWIN e informações corrigidas nas equipes.

As visitas domiciliares tiveram incremento de 23,9%, em relação ao período anterior. As GD PLP e NHNI apresentaram decréscimo. Alguns aspectos foram referidos.

9.2.3 Saúde Mental

O ano 2012 consolidou ações relevantes para o ordenamento da Linha de Cuidado em Saúde Mental e para a construção de metas dos próximos anos de gestão. Algumas destas ações se encontram em destaque no presente relatório. Outras se referem principalmente ao esforço empreendido por todos pela reflexão e alteração do modelo de atenção em saúde mental no município. Esta mudança aponta a necessidade de ampliação do número de serviços na rede, a ampliação e

qualificação dos recursos humanos nas equipes, a transversalidade das ações de saúde, a co-responsabilidade nas ações setoriais e intersetoriais e o acesso qualificado dos usuários aos serviços. O Ministério da Saúde tem provocado discussões de que a crise em saúde mental é eminentemente relacional, que desta forma precisa ser vivida e compreendida presencialmente, na relação de cuidado no território. Esta aceção teórica nos conduz a potência dos resultados desencadeados em 2011, como o processo de avaliação e monitoramento, os diagnósticos situacionais, a instituição do Grupo de Trabalho (GT) Linha de Cuidado em Saúde Mental, as ações de educação permanente e a multiplicação dos colegiados de gestão constituídos em conjunto com a área técnica.

Atendimento de Saúde Mental em Crianças de 0-9 anos

Centros de Atenção Psicossocial

Tabela 50- Produção CAPS i Harmonia.

Procedimentos	Período		Variação	
	2012	2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	1991	1078	913	84,69
Não Intensivo	1098	1179	-81	-6,87
Semi Intensivo	25608	20914	4694	22,44
Total	28697	23171	5526	23,85

FONTE: SIA.

O CAPS i Casa Harmonia teve um aumento expressivo de sua produção no ano 2012 comparada ao ano anterior, desde o acolhimento inicial de novos usuários até a realização dos atendimentos individuais e atividades realizadas em grupos terapêuticos. A equipe recebeu no final de 2011 e em outubro de 2012, três novos profissionais sendo, dois técnicos de enfermagem e uma médica psiquiatra. Apesar do número de atividades é importante considerar os períodos de LTS, LP e férias, o que, no entanto, não alterou significativamente a produção, o que ocorria nos anos anteriores. Foi atendida uma média de 200 usuários/mês inseridos nas três modalidades de atenção em CAPS (não intensivo, semi intensivo e intensivo). A faixa etária foi diminuída de sete para seis anos para acolhimento de novos usuários (já admitindo alguns usuários com 5 anos de idade). O CAPS ressalta as dificuldades operacionais de transporte, o que inviabiliza algumas atividades externas. As altas foram consideradas pouco expressivas, se comparadas com o aumento de acolhimentos, no entanto, segundo a equipe, os motivos de alta por abandono continuam demonstrando a dificuldade de adesão devido à

regionalização, pois o CAPS i atende a quatro regiões da cidade e os usuários não conseguem cumprir adequadamente o seu tratamento. A realidade demonstra um CAPS com excesso de usuários, porém com períodos de esvaziamento das atividades diárias e freqüentes internações.

Tabela 51- Produção CAPS i HCPA.

Procedimentos	Período		Variação	
	2012	2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	954	899	55	6,12
Não Intensivo	63	66	-3	-4,55
Semi Intensivo	1231	1512	-281	-18,58
Total	2248	2477	-229	-9,25

FONTE:: SIA

O CAPS i HCPA segue como referência regional para as GD LENO e PLP, tendo reuniões bimestrais com as equipes de saúde mental destas regiões para avaliação de usuários em tratamento e para matriciamento de novos ingressos.

Em 2012 houve algumas exceções de regionalização que foram encaminhadas pela SMS e acolhidas pela equipe de a partir de avaliação terapêutica.

O CAPSi apresenta baixa informação na produção, fator associado fundamentalmente ao modelo de atendimento clínico e ao número restrito de profissionais da equipe, uma vez que os recursos humanos são compartilhados com outros serviços da rede hospitalar do HCPA. Em 2012, em reunião com a direção do HCPA foi solicitada a reorganização da equipe, porém não houve modificação até o momento.

O CAPS i Pandorga, mantido pelo GHC, mantém atendimento exclusivo a GD NEB, onde está localizado territorialmente. Sua produção aparece no SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais) sem a identificação dos procedimentos de APAC (Autorização para procedimentos de alta complexidade).

Em 2012 informaram a produção total de 573 atendimentos e, em 2011, 3640 atendimentos. Tal produção não confere com a realidade do serviço, que de fato atua como referência para sua região, compondo a rede de atenção. Deste modo, há necessidade de organização dos registros informados.

É importante considerar que todos os municípios estão em fase de adaptação a Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012, que altera a Tabela de

Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS e define a utilização do instrumento de registro RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde) a partir da competência outubro de 2012. A aplicação desta portaria está sendo acompanhada pelo MS e teve o prazo estendido, em face da complexidade para a sua execução, tanto de parte dos CAPS, quanto das secretarias municipais. Deste modo os CAPS estão buscando se adaptar as novas diretrizes de funcionamento.

Internação De Saúde Mental Em Crianças De 0-9

Tabela 52- Internações hospitalares, CID 10, crianças de 0-9 anos.

CID Principal	Período		Variação 2012/2011	
	2012	2011	Nº	%
F29 Psicose nao-organica NE	2	0	2	100
F31 Transtorno afetivo bipolar	0	6	-6	
F39 Transtorno do humor NE	2	0	2	100
F41 Outros transtornos ansiosos	0	1	-1	
F50 Transtornos da alimentação	1	2	-1	-100
F51 Transt não-orgânicos sono dev fatores emocionais	1	1	0	0
F62 Modificação pers não atrib lesão doença cerebral	1	0	1	100
F70 Retardo mental leve	1	0	1	100
F79 Retardo mental NE	1	1	0	0
Total	9	11	-2	-22,22

FONTE: SIH.

Verificou-se que não houve alteração significativa no número de internações na faixa etária de 0 até 9 anos. Mais significativamente esta redução deve-se ao menor número de internações devido a transtornos afetivos bipolares (F 31).

Equipes Especializadas em Atendimento a Saúde Integral da Criança e do Adolescente

No ano de 2012 as equipes de infância e adolescência concluíram o documento de referência para composição da linha de cuidado em saúde mental. Este documento foi reapresentado e aprovado no Fórum de Coordenadores de Saúde Mental de dezembro, sendo que a partir de então a sua execução deverá ser acompanhada e avaliada pela área técnica para a realização dos ajustes necessários no processo de trabalho das equipes. O objetivo das equipes especializadas é: oferecer atendimento integral e especializado em saúde para crianças e adolescentes, na Atenção de Média Complexidade Ambulatorial, destacando os seguintes temas prioritários: desenvolvimento integral, saúde mental;

violências, deficiências, uso de crack álcool e outras drogas, para faixa etária até os 14 anos e problemas na aprendizagem.

Atendimento de Saúde Mental em Adolescentes de 10-19

Consultas em saúde mental para adolescentes de 10 a 19 anos

Tabela 53- Consultas de Saúde Mental na Atenção Especializada, de 10 a 19 anos.

GD	Período		Variação	
	2012	2011	2012/2011	
	Nº	Nº	N	%
Centro	2019	2280	-261	-11,45
GCC	124	210	-86	-40,95
LENO	417	767	-350	-45,63
NHNI	246	278	-32	-11,51
NEB	75			
PLP	254	18	236	1311,11
RES	364	160	204	127,5
SCS	225	959	-734	-76,54
Total	3724	4672	-948	-20,29

FONTE:: SIA.

Quanto à informação sobre a produção é necessário avaliar e qualificar o processo, pois os dados do SIA ainda não expressam a realidade das equipes. Foram selecionados os procedimentos e CBO de médico, terapeuta ocupacional e psicóloga.

Internações em saúde mental de adolescentes de 10 a 19 anos

Tabela 54– Internações de Saúde Mental, de 10 a 19 anos.

CID Principal	Período		Variação	
	2012	2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
F02 Demência em outras doenças COP	2	0	2	100
F06 Outros transtornos mentais lesão cerebral	1	3	-2	-200
F07 Transtornos personalidade devido a lesão cerebral	0	1	-1	
F09 Transtorno mental orgânico ou sintomático NE	0	1	-1	
F10 Transt mentais comportamentais devido ao uso de álcool	1	3	-2	-200
F12 Transt mentais comport devido ao uso canabinóides	7	4	3	42,86
F13 Transt mentais comport devido ao uso sedativos hipnóticos	2	2	0	0
F14 Transt mentais e comport devido ao uso da cocaína	92	111	-19	-20,65
F16 Transt mentais comport devido ao uso alucinógenos	2	0	2	100
F19 Transt ment comp múltiplas drogas out subst psicoativas	137	61	76	55,47
F20 Esquizofrenia	24	27	-3	-12,5
F23 Transtorno psicóticos agudos e transitórios	13	7	6	46,15
F25 Transtornos esquizoafetivos	2	1	1	50
F29 Psicose não-orgânica NE	13	8	5	38,46
F31 Transtorno afetivo bipolar	45	40	5	11,11
F32 Episódios depressivos	12	22	-10	-83,33
F33 Transtorno depressivo recorrente	2	2	0	0
F39 Transtorno do humor NE	2	0	2	100
F43 Reações ao stress grave e transt adaptação	0	2	-2	
F44 Transtorno dissociativos	0	2	-2	
F50 Transtorno da alimentação	1	4	-3	-300

F53 Transtorno mentais comport assoc puerpério NCOP	1	2	-1	-100
F60 Transtorno específicos da personalidade	0	3	-3	
F63 Transtorno dos hábitos e dos impulsos	0	1	-1	
F70 Retardo mental leve	0	5	-5	
F71 Retardo mental moderado	10	4	6	60
F72 Retardo mental grave	2	1	1	50
F79 Retardo mental NE	0	1	-1	
F84 Transtorno globais do desenvolvimento	5	1	4	80
F93 Transtorno emocionais c/início especif infância	0	1	-1	
F99 Transtorno mental NE	2	0	2	100
Total	378	320	58	15,34

FONTE: SIH.

As internações na faixa etária dos 10 aos 19 anos tiveram um aumento de 11,8% em relação a 2011. Os transtornos decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas representaram 63,7% das internações de 2012, evidenciando-se neste grupo de patologias as relacionadas ao crack (F14 e F19) com 60,5% de todas as internações do ano. Comparativamente a 2011 houve um aumento de 33% dentro deste grupo específico de patologias. Os demais transtornos tiveram variações menores: os transtornos esquizofrênicos tiveram um aumento de 20,9% e os transtornos de humor uma redução de 4,6%. Evidencia-se assim uma séria necessidade de ações voltadas para educação, prevenção, assistência e ao enfrentamento intersectorial dos problemas relacionados ao uso de crack e outras drogas, nesta faixa etária.

Atenção em Saúde Mental Adultos

Ambulatórios Especializados de Saúde Mental Adulto

O total de atendimentos informados no SIA em 2012 foi de 260.725 atendimentos, consideradas as equipes das GD NHNI, SCS, PLP, RES e LENO. Em comparação com 2011, apenas 6.074 atendimentos foram informados, correspondendo a GD NHNI.

A GD LENO informa que até abril de 2012 a produção da equipe era lançada no CNES do UBS Morro Santana. Após o mês de maio a equipe começou a lançar a produção no CNES próprio. Destacam no trabalho realizado o ingresso (as primeiras consultas). Realizam o acolhimento de pacientes egressos de internação psiquiátrica que é feito por um dos técnicos de nível superior para diminuir o tempo entre a alta hospitalar e o atendimento na equipe e estão estudando a construção de outras propostas de tratamento além da consulta psiquiátrica. Quanto aos acolhimentos para psicoterapia, são prioritariamente em grupos, porém em período de férias são

individuais. Fora desse período os acolhimentos individuais não estão contabilizados, pois são agendados, nas variadas ações de matriciamento, diretamente na agenda semanal de cada profissional. O acolhimento de pacientes com abuso ou dependência de álcool e outras drogas são individuais e não estão contabilizados os grupos de familiares.

A GD RES destaca a estruturação, desde o final do ano de 2011, do Ambulatório Especializado em Saúde Mental Adulto e o seu funcionamento efetivo em forma de equipe de trabalho, com reuniões semanais regulares, onde são partilhados casos clínicos, discutidas as políticas de saúde mental e questões internas do Ambulatório. O maior problema continua sendo o pequeno número de profissionais, comparativamente às demandas em Saúde Mental no território e, inclusive, em relação à estruturação de outras Equipes de SM da cidade. No ano de 2012 houve o ingresso de uma Nutricionista, no trabalho de matriciamento, visando a futura implantação do NASF na Região, e isso vem se mostrando como um importante acréscimo na saúde. A equipe continua trabalhando com a lógica do matriciamento cobrindo 100% das ESF com encontros mensais regulares. No ano de 2012 o exercício da Terapia Comunitária sofreu alterações, passando a ter um único grupo semanal, vinculado à Saúde Mental, funcionando na Restinga Velha, mas continua sendo um importante e vigoroso espaço aberto de acolhimento, escuta e encaminhamento em saúde coletiva.

Equipes de Matriciamento em Saúde Mental

No ano de 2012 as GD organizaram equipes e profissionais de referência para a composição do matriciamento em saúde mental. Estas equipes atendem as UBS matriciando situações de adultos e também de crianças e adolescentes. A conclusão do relatório realizado pelo GT de Matriciamento da SMS oferecerá subsídios para a redefinição dos processos de trabalho nas diferentes regiões.

A constituição das equipes de matriciamento tem alterado o processo de trabalho no conjunto dos pontos de atenção, sobretudo na atenção primária, permitindo qualificar a demanda para a atenção especializada e ampliando a capacidade atuação preventiva e precoce. Outro resultado importante da ação do matriciamento é a articulação da rede de base territorial. Se verifica a ampliação do

acesso e de outro modo a identificação das necessidades de instalação de novos fluxos, serviços e tecnologias em saúde mental.

O registro da produção quantitativa ainda permanece como desafio. Embora todas as equipes tenham CNES próprio, parte da produção ainda está associada à lotação de origem dos profissionais.

Em 2011 foram registrados no SIA 376 atendimentos na PLP, e, em 2012 5.993 atendimentos na PLP e NEB. A GDC informa o quantitativo de 327 usuários matriciados no último trimestre de 2012.

Em 2012 a GD LENO aumentou as ações de matriciamento na rede local. Foram mantidas as ações de interconsulta em que os profissionais da atenção primária se deslocam à equipe mensalmente para discussão de casos. Além dessa ação que já está instituída passaram a ir até a algumas unidades para desenvolver outras estratégias de matriciamento: entrevista conjunta, visitas domiciliares, discussão de caso e participação em reuniões de equipe.

Tabela 55– Produção Centro de Atenção Psicossocial- CAPS Centro.

Procedimentos	CAPS Centro			
	Período		Variação	
	2012	2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	2372	3638	-1266	-34,8
Não Intensivo	975	1745	-770	-44,13
Semi Intensivo	8586	10321	-1735	-16,81
Total	11933	15704	-3771	-24,01

FONTE: SIA.

A redução na produção do CAPS Centro, em 2012, se deve a diminuição de recursos humanos na equipe. Estiveram seis meses sem psiquiatra, um ano sem psicólogo e seis meses somente com um técnico de enfermagem dos quatro previstos. A situação resultou diretamente no fechamento do acolhimento, e no ingresso temporário de novos pacientes.

Destacam-se no CAPS: o trabalho de referência em abordagem de pacientes em situação de rua da Região Centro encaminhados pela FASC, CREAS CENTRO; a participação em reuniões de trabalho interdisciplinar da equipe através de interconsultas e reuniões semanais para discussões de casos clínicos; a composição junto a equipe de Matriciamento com as ESFs, UBS e Equipe de Saúde Mental do CS Modelo, quinzenalmente; a elaboração e execução do Programa

Inserir com atividades de inclusão dos usuários da saúde mental no trabalho formal, com acompanhamento nas empresas, reuniões com familiares e suporte ao usuário (aprovado com financiamento do MS); a manutenção da Supervisão Institucional com Robson de Freitas Pereira, de acordo com o edital do MS, onde concorreu e conquistou, pela segunda vez, verba para pagamento desta modalidade indispensável para o aprimoramento da equipe; atividades de formação, através de supervisão de estagiários e residentes, em convênio com a UNISINOS, Escola de Saúde Pública e UFRGS; a participação no projeto Construção do Caso – aprovado pelo comitê de ética da Prefeitura e, o trabalho em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Projeto Oficina de Imagens – CNPQ – com verba e também projeto Rede de Oficinandos, com oficinas de tecnologia em Saúde Mental – Rádio, Informática e Imagens – reuniões na Universidade, acompanhamento de alunos e apresentação da atividade na UFRGS entre outras importantes atividades de tratamento e reabilitação psicossocial.

Tabela 56- Produção Centro de Atenção Psicossocial- CAPS GHC.

Procedimentos	CAPS GHC			
	Período		Variação	
	2012	2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	2847	2969	-122	-4,11
Não Intensivo	1273	1316	-43	-3,27
Semi Intensivo	10182	8487	1695	19,97
Total	14302	12772	1530	11,98

FONTE: SIA.

Não foram enviados dados qualitativos sobre o trabalho realizado no CAPS GHC, contudo nos encontros de monitoramento e avaliação da equipe foram evidenciadas as dificuldades decorrentes do trabalho junto a rede local, a diminuição dos recursos humanos. A equipe tem demonstrado interesse em processo de educação permanente e tem qualificado suas ações criando espaços terapêuticos e de reabilitação diversos. Trabalha articulada com a rede intersetorial.

Tabela 57- Produção Centro de Atenção Psicossocial- CAPS Centro.

Procedimentos	CAPS HCPA			
	Período		Variação	
	2012	2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	3193	3653	-460	-12,59
Não Intensivo	441	617	-176	-28,53
Semi Intensivo	4918	5334	-416	-7,8
Total	8552	9604	-1052	-10,95

FORNTE:: SIA.

CAPS AD Glória/Cruzeiro/Cristal

O CAPS AD Glória/Cruzeiro/Cristal desenvolve suas atividades desde 01 de janeiro de 2008, inicialmente em espaço físico dentro do Centro de Saúde Vila dos Comerciários/CSV e a partir de agosto de 2012 passou a funcionar na Rua Dr. Raul Moreira nº253, no bairro Cristal. O CAPS AD GC C possui o registro de mais de 1.300 usuários cadastrados, que já passaram por no mínimo um atendimento, oriundos da região Glória/Cruzeiro/Cristal.

Tabela 58- Número de acolhimentos, dos anos de 2011 e 2012

Procedimento	CAPS Ad GCC			
	Período		variação	
	2012	2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Acolhimentos	286	343	-57	-16,62

FORNTE:: CAPS ad GCC.

Observa se a diminuição dos acolhimentos no ano de 2012, possivelmente relacionada com a mudança de endereço e longas licenças de saúde de técnicos. Cabe salientar que os dados apresentados acima são relativos ao primeiro atendimento, antes do Plano Terapêutico Singular (PTS) (composto de diversas modalidades de atendimento), ou seja, representam usuários novos e não número de atendimentos.

Tabela 59- Produção Centro de Atenção Psicossocial ad Vila Nova.

Procedimentos	CAPS Ad Vila Nova			
	Período		Variação	
	2012	2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	1845	1373	472	34,38
Não Intensivo	663	374	289	77,27
Semi Intensivo	3375	2266	1109	48,94
Total	5883	4013	1870	46,6

FORNTE:: SIA.

O aumento do número de atendimentos no CAPS AD Vila Nova está associado ao trabalho de acolhimento aberto aos usuários que chegam ao serviço e, pela aderência dos mesmos ao Plano Terapêutico Individual.

Tabela 60- Produção Centro de Atenção Psicossocial III Ad.

Procedimentos	CAPS Ad III IAPI			
	Período		Variação	
	Ano 2012	Ano 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	801	650	151	23,23
Não Intensivo	1099	698	401	57,45
Semi Intensivo	3894	2127	1767	83,07
Acolhimento Noturno	476			
Total	6270	3475	2795	80,43

FORNTE: SIA.

Importante salientar o aumento do número de atendimentos no CAPS AD IAPI em todas as modalidades de atenção. Esse percentual deve-se ao fato da qualificação do CAPS em CAPS AD III, com atendimentos no período noturno e permanência de usuários com demanda de observação continuada. O CAPS AD III possui dez leitos de observação.

Tabela 61- Internações - saúde mental adultos.

Internação Adultos	Período		Variação	
			2012/2011	
	CID Principal		2012/2011	Nº
F01 Demência vascular	1	2	-1	-100
F02 Demência em outras doenças COP	4	1	3	75
F03 Demência NE	6	3	3	50
F04 Síndr amnes org n ind álcool out subst psic	1	0	1	100
F05 Delirium não induz álcool outras substâncias psicoativas	2	0	2	100
F06 Outros transtornos mentais lesão cerebral	47	55	-8	-17,02
F07 Transtornos personalidade devido a lesão cerebral	2	6	-4	-200
F10 Transt mentais comportamentais devido ao uso de álcool	580	543	37	6,38
F11 Transt mentais e comportamentais devido uso de opiáceos	1	1	0	0
F12 Transt mentais comportamentais devido uso canabinóides	4	2	2	50
F13 Transt mentais comportamentais devido ao uso sedativos hipnóticos	8	8	0	0
F14 Transt mentais e comportamentais devido ao uso da cocaína	1154	1225	-71	-6,15
F15 Transt mentais comp uso outr estim incl cafeína	1	1	0	0
F16 Transt mentais comport devido ao uso alucinógenos	2	1	1	50
F18 Transt mentais comport devido uso solventes voláteis	2	1	1	50
F19 Transt ment comp múltiplas drogas out substâncias psicoativas	758	539	219	28,89
F20 Esquizofrenia	978	858	120	12,27

F22 Transtorno delirantes persistentes	12	12	0	0
F23 Transtorno psicóticos agudos e transitórios	61	61	0	0
F25 Transtorno esquizoafetivos	196	161	35	17,86
F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos	16	5	11	68,75
F29 Psicose não-orgânica NE	161	111	50	31,06
F30 Episódio maníaco	14	7	7	50
F31 Transtorno afetivo bipolar	1153	1094	59	5,12
F32 Episódios depressivos	431	412	19	4,41
F33 Transtorno depressivo recorrente	169	211	-42	-24,85
F34 Transtorno de humor persistentes	10	6	4	40
F38 Outros transtornos do humor	2	0	2	100
F39 Transtorno do humor NE	1	2	-1	-100
F40 Transtorno fóxico-ansiosos	2	0	2	100
F41 Outros transtornos ansiosos	10	17	-7	-70
F42 Transtornos obsessivo-compulsivo	2	1	1	50
F43 Reações ao stress grave e transtornos adaptação	8	12	-4	-50
F44 Transt dissociativos	3	2	1	33,33
F45 Transt somatoformes	1	0	1	100
F50 Transt da alimentação	5	10	-5	-100
F51 Transt não-orgânicos sono dev at emocionais	0	1	-1	
F53 Transt mentais comport assoc puerpério NCOP	1	0	1	100
F60 Transt específicos da personalidade	17	11	6	35,29
F61 Transt mistos personal outr transt personal	0	1	-1	
F63 Transt dos hábitos e dos impulsos	0	2	-2	
F64 Transt da identidade sexual	2	5	-3	-150
F69 Transt personalidade e comport adulto NE	0	1	-1	
F70 Retardo mental leve	12	17	-5	-41,67
F71 Retardo mental moderado	61	44	17	27,87
F72 Retardo mental grave	6	6	0	0
F78 Outr retardo mental	0	1	-1	
F79 Retardo mental NE	1	2	-1	-100
F84 Transt globais do desenvolv	7	0	7	100
F89 Transt do desenvolv psicologico NE	0	1	-1	
F93 Transt emocionais c/inicio especific infancia	0	0	0	
F99 Transt mental NE em outr parte	3	2	1	33,33
Total	5918	5466	452	7,64

FORNTE: SIH.

Quanto às internações de adultos constatou-se um aumento geral de 8,2%. Verificou-se que os transtornos relacionados a álcool e outras drogas representaram 42% das internações desta faixa etária. Comparativamente a 2011 houve aumento neste grupo de 8,1%, semelhante ao aumento geral.

Dentro deste grupo de patologias as relacionadas ao crack (F14 e F19) representam 32% de todas as internações de adultos e tiveram um aumento comparativo de 8,3%. Os transtornos esquizofrênicos representam 24% do total de

internações de adultos com um aumento de 17% em relação à 2011. Os transtornos de humor representaram 30% de todas as internações nesta faixa etária com uma elevação de menos significativa de 2,7.

Programa de volta para casa – nº de pessoas que ingressaram no programa

Tabela 62- Número de Usuários Cadastrados no Programa.

Faixa etária	Período		Variação	
	2012	2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
18 à 90 anos	02	07	- 05	- 71,4

FONTE:: Site do PVCV, Ministério da Saúde.

O número inexpressivo de cadastros no Programa de Volta para Casa, no ano de 2012, deve-se ao fato dos usuários moradores do Hospital Psiquiátrico Forense (IPF) e do Hospital São Pedro não terem sido desinstitucionalizados, permanecendo nas dependências dos hospitais e sem direito a receber o benefício.

Relatório do acompanhamento os usuários do Programa de Volta para Casa

No ano de 2012, a partir do mês de agosto, iniciou-se o processo de recadastramento dos 102 usuários de saúde mental que recebem o benefício do Programa de Volta para Casa (PVC). Foram realizadas duas oficinas, uma no mês de 28 de setembro para os moradores de Porto Alegre e a outra, no mês de outubro, para os usuários do Morada São Pedro. O objetivo foi aferir as condições de autonomia e de qualidade de vida dos usuários, bem como o impacto do benefício em suas vidas. Atualizou-se os dados cadastrais como endereço, telefone, número de documentos, serviços de saúde de referência, dados familiares, situação de moradia e condições de saúde em geral. Foi criado um banco de dados e gerado um relatório que será enviado ao Ministério da Saúde e Gerências Distritais, de modo a socializar as informações e acompanhar, via serviços de saúde mental, os usuários beneficiários do programa. Além das duas oficinas, também se realizou busca ativa através de contatos telefônicos e visitas domiciliares para os usuários que não compareceram às oficinas. Alguns usuários compareceram na área técnica de saúde mental para fazer o recadastramento, após o contato via telefone. De modo sintetizado temos os seguintes dados: 60% dos usuários são do sexo masculino, sendo que um se define como travesti, 40% são do sexo feminino, 85 estão morando em Porto Alegre, três mudaram-se para o interior do Estado, oito são moradores da região metropolitana e seis não foram encontrados.

Quadro 25-Taxa de Cobertura de CAPS por 100.000 /hab na cidade/ano (Indicador 17 SISPACTO).

Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial da população (CAPS)	Período		Unidade	Pop Referenciada
	Ano 2012	Ano 2011		
	Nº	Nº		
	0,95	0,94	/100.000	1.409.351

FONTE: DATASUS.

A meta pactuada da diretriz 4 Fortalecimento da rede de saúde mental com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas – é de 1 CAPS para cada 100.00 pessoas.

No ano foi alcançada a meta de 0.95/100.00. A elevação do percentual em relação a 2011 deve-se a abertura do CAPS AD III na Região Partenon/Lomba do Pinheiro, com atendimentos 24h para os usuários cadastrados.

Nº de usuários atendidos nas Residenciais Terapêuticas

Os Residenciais Terapêuticos Pensão Nova Vida e Cristiano Fischer atendem usuários com transtornos mentais em processo de reabilitação e inclusão social. A capacidade instalada é para atendimentos em caráter de moradia temporária para doze usuários, sendo oito no espaço da Pensão e quatro na Cristiano Fischer. A rotatividade é relativamente baixa em virtude do processo de cada pessoa atendida, que pode levar de seis meses a dois anos, em média. Importante ressaltar que o residencial Gomes Jardim foi interditado por problemas de ordem estrutural da casa e, a mesma foi entregue a SMA, pois futuramente o espaço em que está situada será desapropriado para ampliação de esgoto pluvial, segundo informações do DEMA. A área técnica está trabalhando junto à equipe dos residenciais para a readequação do processo de trabalho, de acordo com a portaria ministerial 3090/2011, que instituiu duas modalidades de atenção nos espaços de moradia: tipo I e tipo II.

Tabela 63- Geração de renda – Nº de usuários atendidos

Procedimentos	Período		Variação	
	Ano 2012	Ano 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Atividade Educativa/Orientação em Grupo	1280			
Visita Domiciliar/Institucional (NS)	3			
Consulta NS(Exceto Médico)	561			
Terapia em Grupo	442	387	55	12,44
Terapia Individual	408	545	-137	-33,58
Oficina Terapêutica I	6			

Oficina Terapêutica II	712	589	123	17,28
Total	3412	1521	1891	55,42

FONTE: SIA

O número de usuários atendidos deve-se especialmente pela efetividade do Projeto Capacitar, que tem por finalidade a inclusão social dos usuários de saúde mental no mercado de trabalho. As atividades de acompanhamento e capacitação se operacionalizam através de oficinas, grupos e atendimentos individuais.

Programa de Redução de Danos (PRD)

No início do ano de 2012, a partir da avaliação e monitoramento das ações do Programa de Redução de Danos, os dados de usuários atendidos e encaminhados pelos Agentes Redutores de Danos foram incorporados nos dados das equipes de Matriciamento e do Consultório na Rua, visto que os Agentes Redutores estavam inseridos nestas equipes. Os Agentes Redutores de Danos das Gerências Distritais Restinga, Partenon/Lomba do Pinheiro e Glória Cruzeiro e Cristal seguiram as atividades de apoio matricial. Na dimensão assistencial do Apoio Matricial foram realizadas ações de visita domiciliar em atendimentos compartilhados e interconsulta, acompanhamento, acolhimento, encaminhamento dos usuários de álcool e outras drogas, grupos de terapia comunitária e articulação com a rede intersetorial dos territórios. Na dimensão técnica pedagógica foram realizadas ações de sensibilização das equipes de ESFs e UBSs, participação nas reuniões de equipe e discussão dos projetos terapêuticos singulares. Os Agentes Redutores de Danos da Gerência Centro realizaram atividades de abordagem na rua, acolhimento, acompanhamento, encaminhamento e garantia de acesso da população em situação de rua no Consultório na Rua Centro, participação no Curso de Redução de Danos, Álcool e Outras Drogas e oficinas do MS. Em dezembro de 2012 foram encerradas as atividades dos Agentes Redutores de Danos na forma de contratação por RPA.

As atividades nas equipes foram temporariamente encerradas e está em tramitação o processo de criação do cargo de Agente Redutor de Danos para realização de processo seletivo público pelo IMESF.

Comunidades Terapêuticas

No ano de 2012 foram mantidos os convênios com as Comunidades Terapêuticas Marta e Maria e PACTO. Desde 2011 ambas vem participando sistematicamente dos encontros do Fórum de Coordenadores em Saúde Mental e

da reunião dos Serviços AD. Nestes espaços são avaliados e pactuados os fluxos de atendimento entre os serviços.

Nas Comunidades Terapêuticas Marta e Maria dois indicadores vêm sendo estudados: 85% das usuárias tem acima de 18 anos e, 45% das usuárias tem um tempo de permanência de tratamento de 1(um) a 30(trinta) dias. Estes dados são oriundos de relatório de avaliação interno da comunidade, mas estão sendo estudados em conjunto com a Área Técnica de Saúde Mental.

Tabela 64- Convênio Marta e Maria, mulheres de 12 a 30 anos.

Comunidades Terapêuticas	Período		Variação	
	Ano 2012	Ano 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Ingresso	26	22	4	18,18
Desligamento	3	3	0	0
Desistência	13	8	5	62,5
Evasão	2	1	1	100
Em tratamento	5	9	-4	-44,44
Concluíram Tratamento	3	1	2	200

FONTE: Marta e Maria.

No segundo semestre de 2012 foi considerada a necessidade de ampliação de vagas masculinas para adulto, uma vez que a capacidade de ocupação da PACTO foi, em média, com 20 usuários em tratamento durante todo o ano. Em alguns momentos foi necessário utilizar as vagas de adolescentes para os adultos, sem prejuízo ao convênio. O quadro da PACTO também demonstra o crescente ingresso de usuários se comparado 2012/2011.

Tabela 65- Convênio PACTO, homens de 12 a 56 anos.

Comunidades Terapêuticas	Período		Variação	
	Ano 2012	Ano 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Ingresso	52	36	16	44,44
Desligamento	3	4	-1	-25
Desistência	36	9	27	300
Evasão	6	1	5	500
Em tratamento	20	18	2	11,11
Concluíram Tratamento	18	4	14	350

FONTE: PACTO.

O número de desistências no tratamento também é dado relevante. O aumento em ambas as comunidades tem como correspondência o aumento do ingresso e a caracterização da população, que por sua vez se define pelo número

crecente das ordens judiciais (43 desde 2010, segundo informação da PGM/ PMPA) e ao longo período de permanência em unidades hospitalares. No que diz respeito às ordens judiciais, com freqüência referem fatores de vulnerabilidade social como motivação central para solicitação do atendimento.

Em relação ao tempo de internação, contínuo ou ininterrupto, se verifica que em especial as adolescentes solicitam atendimento em comunidade como possibilidade de saída da unidade hospitalar. Estes dados qualitativos estão em discussão para melhor definição de fluxos e adequação dos convênios.

Quadro 26- Metas anuais constantes na PAS

Metas	Realizado das Metas	Ações	Realizado das Ações
72. Ampliar as estratégias de Redução de Danos de 4 Gerências Distritais para 8 Gerências Distritais.	Aguardando definição do cargo de Redutor de Danos.	Resgate do conceito de RD nas Comunidades, na rede de atenção Saúde Mental;	Realizada.
		Definição da forma de contratação dos redutores de danos;	O processo de contratação foi definido. Será feito através de processo seletivo público a ser realizado pelo IMESF, totalizando 44 vagas. Processo em andamento junto ao Gabinete do Secretário, Coordenação de Rede e IMESF.
		Contratação de novos agentes redutores de danos;	
		Construção de novas estratégias de abordagem para pensar a questão do crack em rede;	EM PROCESSO. Participação na construção de ações do Plano de Enfrentamento ao Crack. Participação nos Comitês Municipal e Estadual de Enfrentamento ao Crack.
		Identificação e cadastramento dos usuários de álcool e outras drogas nas GDS;	Aguarda a contratação de redutores.
Descentralização das ações junto à atenção primária e especializada de saúde mental;	Com a ampliação do quadro de redutores a descentralização alcançará todas as gerências distritais.		

		Fortalecimento da equipe de trabalho com atividades de Educação Permanente e Educação Popular em saúde;	Realizada.
		Construção do papel matriciador do agente redutor de danos.	Após a contratação os redutores também estarão vinculados aos NASF e aos Consultórios na Rua.
73. Elaborar o Projeto da Escola de Redutores de Danos a partir do lançamento do edital do MS.	A meta foi reordenada para o próximo ano e está em fase de planejamento para execução em 2013.	Criação de GT para elaboração do projeto da escola de redutores de danos a partir do lançamento do edital do MS.	
87. Implementar o Plano Municipal de Saúde Mental seguindo as diretrizes da Política Nacional.	Vide texto abaixo	Elaboração de diagnóstico de infraestrutura e necessidades de RH nos Serviços Especializados em Saúde Mental;	Realizada.
		Formalização no organograma da SMS e cadastramento dos serviços já existentes – CNES e MS;	Em andamento: a medida em que os novos serviços estão se formando, estão sendo solicitados os credenciamentos junto ao MS.
		Reestruturação das equipes de saúde mental da infância em todas as GD;	Realizada.
		Criação de protocolos e fluxos de atendimento em SM;	Em andamento. Instituído o GT Linha de Cuidado em Saúde Mental que tem por objetivo a elaboração da linha de cuidado em SM em todos os níveis de atenção.
		Atendimento pelo SAMU aos pacientes da Saúde Mental;	Em discussão a garantia de transporte através do grupo de trabalho da linha de cuidado em SM, no âmbito da Urgência e Emergência.
		Monitoramento e avaliação de toda a rede de saúde mental, incluindo a rede conveniada e prestadores;	Concluída a avaliação dos 12 CAPS. Em processo de elaboração do relatório final com dados quanti e qualitativos. A partir dos resultados é possível definir ações estratégicas para 2013 com as equipes. Para 2013 a previsão é seguir com o processo avaliativo nos demais serviços de saúde mental.

		Reestruturação e ampliação das ações intersetoriais e intersecretarias;	Realizada.
		Educação permanente para atualização técnica.	Realizada.
<p>88. Ampliar a rede de serviços de saúde mental para atendimento de álcool e outras drogas nas 8 (oito) Gerências Distritais, seguindo as diretrizes da Política Nacional.</p>	<p>Vide texto abaixo</p>	Conclusão do cadastramento do CAPS AD GHC para modalidade 24 horas (CAPS AD III) – desde janeiro no CMS;	Documentação encaminhada para o Ministério da Saúde.
		Ampliação do número de serviços de CAPS AD; Ampliação do número de CAPSi;	Realizada a qualificação do CAPS AD IAPI para a modalidade CAPS AD III, com acolhimento noturno para os pacientes cadastrados. Inaugurado o CAPS AD III da GD PLP. CAPS i em processo.
		Criação e cadastramento de Consultórios na Rua;	Cadastrada 1(uma) equipe cadastrada na gerência Centro, a partir da qualificação da ESF sem domicílio. Em processo de cadastramento a segunda equipe, para a região centro, aguardando recursos humanos para compor o quadro.
		Locação de imóveis;	Em andamento. Depende da contratualização com Hospital Mãe de Deus.
		Criação de Unidades de Acolhimento para usuários de álcool e outras drogas;	Em andamento. Depende da contratualização com Hospital Mãe de Deus e Calábria.
		Aquisição de terrenos;	Em andamento através processos de desapropriação de áreas.
		Construção de prédios.	Não realizada.
		<p>89. Criar 21 leitos para adolescentes na faixa etária de 12 a 16 anos para internação em saúde mental álcool e outras drogas, em hospitais gerais.</p>	<p>Meta atingida, vide texto abaixo.</p>
Realização de vistoria nos hospitais que se propuserem a criar leitos;	Em andamento.		
Convênio com hospitais gerais para criação de leitos;	Prosseguem as reuniões de ajuste dos convênios existentes e de estudo de viabilidade de ampliação da rede para infância.		

		Monitoramento do atendimento prestado pelos hospitais conveniados;	Realizada.
		Organização de critérios de ingresso.	Em processo no GT da Linha de Cuidado em Saúde Mental.
90. Implementar uma Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental em cada uma das 6 Gerências Distritais de saúde.	Vide texto abaixo do quadro.	Levantamento das necessidades de pessoal para composição das equipes;	Realizada.
		Formação das equipes de apoio matricial nas GD's Centro, GCC, SCS, RES, LENO, NHIN;	Em processo a instituição do Matriciamento em todas as regiões. Composição das equipes e capacitação de profissionais através do Curso de Matriciamento concluída.
		Elaboração de protocolos e diretrizes para o matriciamento.	Realizada.
91. Criar uma unidade para atendimento de emergência psiquiátrica para crianças e adolescentes.	Vide texto abaixo do quadro.	Definição de local para implantação da unidade;	Realizada.
		Organização e implementação do fluxo de atendimento em saúde mental em caráter de emergência, para crianças e adolescentes.	Em processo no GT da Linha de Cuidado em Saúde Mental.

FONTE: CGAPSES/ Área Técnica Saúde Mental.

Meta 87: No ano de 2012 ingressaram 36 profissionais nos serviços de saúde mental, cumprindo uma das demandas para a qualificação da rede de atenção especializada em saúde. Durante o ano a Área técnica esteve presente em diversos serviços com o propósito de contribuir na qualificação dos processos de trabalho.

Avaliação e monitoramento: concluído em 2012 a etapa de avaliação dos CAPS do município. Em fase final a elaboração do relatório com dados quanti e qualitativos, consolidando um diagnóstico situacional dos CAPS, com identificação de possíveis indicadores para o monitoramento das ações, tomada de decisões em relação à estruturação e funcionamento de toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Foi instituído em 2012 o GT para elaborar a Linha de Cuidado em Saúde Mental que tem por objetivo a elaboração da linha de cuidado em SM em todos os níveis de atenção. O GT conta com técnicos da SMS, prestadores e serviços da rede.

O Plano Municipal de Enfrentamento a Situação de Rua, organizado pela FASC, contou com a participação efetiva da Área Técnica de SM, CGAPSES e GS. Posteriormente foi instituído o processo de avaliação e monitoramento.

Em conjunto com a Área Técnica de Saúde Mental do estado, o Departamento de Tratamento Penal e as áreas de saúde prisional do município, iniciou-se uma proposta de capacitação para os trabalhadores do sistema prisional no campo da saúde mental. Porto Alegre foi convidada a compor este trabalho que deve avançar na qualificação do atendimento no atendimento em saúde mental nos territórios, destinado aos usuários em progressão de regime. A previsão de execução foi projetada para 2013.

Foi concluído o recadastramento dos 104 beneficiários do Programa de Volta para Casa. Está em elaboração o relatório de avaliação do Programa em Porto Alegre.

Foi pactuada a ampliação das áreas e vagas de Residência em Saúde Mental com a ESP/RS. Serviços contemplados: Ambulatório de Saúde Mental da PLP; SRT Nova Vida e CAPS ad III IAPI. A possibilidade é de até 5 vagas por serviço, a ser definido com os alunos no primeiro semestre de 2013.

A Área Técnica realizou e acompanhou reuniões com Ambulatórios Hospitalares HMIPV e Álvaro Alvin nas quais foram identificados problemas de acesso aos serviços. Levantou-se a necessidade de estudo de demanda e do papel dos ambulatórios hospitalares na RAPS.

Os trabalhadores dos Consultórios na Rua e APS participaram de Oficina de Capacitação para Profissionais que atuam no Atendimento à População em Situação de Rua, realizada pelo DAB (Departamento de Atenção Básica), em parceria com Departamento de DST/AIDS, Área Técnica de Tuberculose e Saúde Mental do Ministério da Saúde, Área Técnica de Tuberculose e DST/AIDS do Estado e, no nível municipal, organização pela Área Técnica de Saúde Mental em parceria com a FASC. Objetivo: alinhar conceitos e processos de trabalho das equipes do município entre si e com as redes intersetoriais.

O documento de referência para as ações das equipes especializadas para atendimento à saúde integral da criança e do adolescente foi concluído. Essas equipes são referência nas gerências em que estão situadas e atende as demandas encaminhadas via matriciamento, da atenção primária em saúde e dos serviços

especializados. O quadro de profissionais ainda está completo para a cobertura das demandas que se apresentam. Para o ano de 2013 está previsto o acompanhamento e monitoramento das ações dessas equipes, pela área técnica de saúde mental, com o objetivo de qualificar o acesso e a atenção em saúde para crianças e adolescentes.

Educação Permanente: Curso de Tratamento de Pessoas com Agravos decorrentes das Violências. O curso finalizou em 11 de dezembro de 2012. O objetivo foi capacitar os trabalhadores de saúde para a realização de intervenções de diagnóstico, tratamento, promoção e prevenção da violência com vistas a uma abordagem integral e sistêmica, reforçando o trabalho em rede, com utilização mais eficiente e efetiva dos dispositivos territoriais.

Curso de Atenção Integral e Redução de Danos em Álcool e outras Drogas:

O curso de Atenção Integral e Redução de Danos em Álcool e Outras Drogas teve como objetivo de atualização permanente de trabalhadores da saúde. Trabalhou-se os seguintes temas: saúde coletiva e produção de saúde; políticas transversais para integralidade do cuidado; linhas de cuidado em álcool e outras drogas; conceitos de uso, abuso e dependência; SUS, Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica; conceito e estratégias de Redução de Danos e linhas teóricas no cuidado em Álcool e Outras Drogas. Para o curso, que continuará até julho de 2013.

Matriciamento: Realizou-se a capacitação em matriciamento, durante o ano de 2012, para os trabalhadores da rede de saúde, através de quatro turmas. O objetivo do curso foi de qualificar os profissionais quanto a metodologia de trabalho em matriciamento.

Eventos: Sarau Cultural alusivo à Comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental, Feira de Resultados, Saúde Na Rua, participação na XV Reunião do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental, entre outros.

Meta 88: No ano de 2012 foi qualificado o CAPS AD IAPI em CAPS AD III, com funcionamento 24 horas. Houve qualificação do ESF sem domicílio em Consultório na Rua tipo III, para atendimento da população em situação de rua na região centro da cidade. Esta em processo a qualificação de uma segunda equipe com os demais profissionais do ESF. Foi implantado o CAPS ad III na GD PLP, resultado da adesão do município ao *Plano Crack é Possível Vencer* do governo federal.

Em abril de 2012 foi instituído o Comitê Municipal de Enfrentamento ao Crack, em virtude do município ter aderido ao Plano nacional. O Comitê é composto por diversas secretarias de governo sob o gerenciamento da SMS.

A área técnica de Saúde Mental, trabalhadores da SMS, FASC, SMED, Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Segurança Urbana (SMDHSU), SECOPA, SMJ participaram da Oficina de Alinhamento Conceitual do Plano Crack é Possível Vencer, promovida pelo Ministério da Justiça, em Porto Alegre, reunindo representantes das mesmas políticas da esfera estadual e federal. O objetivo central da oficina foi aproximar coordenações e trabalhadores, buscando superar limites através da identificação e proposição de recursos factíveis para ação cotidiana dos serviços.

Em relação às Comunidades Terapêuticas estão sendo elaborados indicadores de monitoramento, em conjunto com o GPE, com as comunidades e os CAPS ad, que são responsáveis pela avaliação do plano terapêutico singular e solicitação de vaga para as comunidades quando necessário. O desafio é poder mensurar quantidade e qualitativamente o êxito do atendimento prestado, considerando as diversas variáveis que interagem no tratamento em álcool e drogas.

Realizadas reuniões de articulação de proposta para ação intersetorial para prevenção do uso de drogas com SMED e FASC, além de reuniões de alinhamento das ações com a Coordenação da Média Complexidade FASC.

Prosseguem as reuniões mensais do Comitê Municipal de Enfrentamento ao Crack e a representação da SMS no COMAD.

Meta 89: Em 2012 foi ampliada a oferta de leitos para adolescentes (oito, no Hospital Porto Alegre, para meninos de 12-14 anos e vinte e oito, no Hospital Parque Belém, para adolescentes de 14-20 anos). Com a Portaria GM/MS nº 148 estão sendo incentivados a criação de leitos em saúde mental e álcool e outras drogas, com repasse financeiro custeado pelo MS. O objetivo da Área Técnica de Saúde Mental e da GRSS é orientar os hospitais gerais a constituírem leitos para crianças e adolescentes. A portaria foi aprovada em 2011, mas até o momento não foi possível substituir a compra de leitos particulares para crianças e para adolescentes com transtornos mentais. Enquanto isso segue o trabalho de acompanhamento das clínicas pela CGVS, GRSS e Área Técnica de SM.

Meta 90: O Grupo de trabalho instituído pela SMS para pensar o alinhamento das ações e serviços de apoio matricial concluiu a etapa de elaboração de relatório de

orientação, a partir de então inicia a etapa de gestão dos processos sugeridos na APS e Atenção Especializada. No ano de 2012 iniciou-se o trabalho de matriciamento em todas as gerências distritais e a formação de equipes de matriciamento. Há necessidade de profissionais para completar as equipes.

Meta 91: Aguarda o início da adequação física do HMIPV prevista para 2013; discussão sobre este serviço junto a Coordenação de Urgência/Emergência e no GT Linha de Cuidado em Saúde Mental.

9.3 Assistência Farmacêutica

A Área Técnica da Assistência Farmacêutica atua em consonância com a Política Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde, estabelecida pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos - DAF, e em conformidade com as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2010-2013, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Estas metas e ações têm o propósito de garantir a população, a disponibilização de medicamentos padronizados na REMUME, necessários às condutas terapêuticas, de forma constante e conforme a demanda, o atendimento humanizado e contemplando-se o uso racional de medicamentos, isto é, a utilização do medicamento apropriado à necessidade clínica apresentada, na dose correta por um período de tempo adequado. O acompanhamento de ações já realizadas e a busca de soluções adequadas quanto aos recursos humanos, materiais e estrutura física.

Quadro 27– Metas anuais na PAS 2012

Meta	Realizado das Metas	Ações	Realizado das Ações
102. Regionalizar a assistência farmacêutica referente à tuberculose em 100% dos serviços de atenção primária habilitados.	Meta atingida para os serviços habilitados. Para o ano de 2013 fará parte da meta 13 como ação relacionada ao indicador de cura de tratamento de tuberculose.	Distribuição de tuberculostáticos, mediante programação às unidades que realizam tratamento para TB.	Realizadas.
		Manutenção de estoque regulador nas Farmácias Distritais.	
		Monitoramento da adesão ao tratamento dos tuberculostáticos.	
		Educação Permanente em TDO;	
		Criação de fluxo de organização e referenciamento.	

<p>103. Revisar 100% da Relação Municipal de Medicamentos – REMUME.</p>	<p>Meta atingida. Para o ano de 2013 estará vinculada à meta 65 na forma de ação.</p>	<p>Criação de Comissão Técnica Multidisciplinar de Atualização da REMUME;</p>	<p>Realizadas.</p>
		<p>Distribuição de formulários para os profissionais da atenção primária para inclusão, alteração ou exclusão de medicamentos;</p>	
		<p>Elaboração de cronograma de encontros técnicos para análise das solicitações de alteração da REMUME, considerando os dados epidemiológicos do município.</p>	
<p>104. Distribuir medicamentos para doença de chagas e hanseníase em 100% dos Centros de Referências e Farmácias Distritais.</p>	<p>Meta parcialmente atingida. Para o ano de 2013 estará vinculada à meta 65 na forma de ação.</p>	<p>Programação dos Centros de Referências e Farmácias Distritais para o provimento de medicamentos para doença de chagas e hanseníase;</p>	<p>O tratamento da Hanseníase está disponível na FD Santa Marta. Ação parcialmente realizada em função da Doença de Chagas (SES).</p>
		<p>Cadastramento de profissionais e instituições para atendimento da hanseníase nos Centros de Referências e Farmácias Distritais;</p>	<p>O cadastramento de profissionais está vinculado à equipe administrativa do CGVS. O cadastramento das instituições fica sob os cuidados da equipe de produtos da CGVS.</p>
		<p>Definição do fluxo de pacientes investigados e notificados com doença de chagas e hanseníase.</p>	<p>Ação da equipe de vigilância das doenças transmissíveis.</p>
<p>105. Distribuir medicamentos para asma para 100% dos pacientes cadastrados nas Farmácias Distritais e dispensários da Rede própria e conveniada da SMS.</p>	<p>Meta atingida. Para o ano de 2013 estará vinculada à meta 65 na forma de ação.</p>	<p>Distribuição de medicamentos mediante programação, nas Farmácias Distritais;</p>	<p>Realizada.</p>
		<p>Definição de fluxos em conjunto com as UPA's para encaminhamento e distribuição.</p>	

106. Garantir as Distribuições dos medicamentos listados na REMUME para 100% dos usuários do SUS	Para o ano de 2013 estará vinculada à meta 65 na forma de ação.	Aumento do quantitativo de medicamentos antihipertensivos, hipoglicemiantes e anticoncepcionais adquiridos, conforme demanda;	Realizada
		Monitoramento da adesão ao tratamento	
		Divulgação do contato da ouvidoria nos dispensários e farmácias distritais para monitorar a distribuição dos medicamentos dos usuários do SUS;	
		Entrega em no máximo duas horas para eventuais medicamentos em falta nos dispensários ou farmácias distritais.	

FONTE: GMAT, CGAPSES .

As ações foram realizadas quando diretamente vinculadas às atividades que envolvem atendimentos nas farmácias e dispensários. As demais ações estão em fase de implantação e reorganização de fluxos, como TB, Pneumologia e Doença de Chagas. Estes medicamentos fazem parte do componente estratégico do Ministério da Saúde, ficando a cargo do próprio órgão o repasse em medicamentos

Tabela 66- Número de receitas atendidas nas Farmácias Distritais e Gerências Distritais.

Farmácias Distritais	Total FD 2012	Total FD 2011	Variacão	Variacão%	GD	Total GD 2012	Total GD 2011	Variacão Nº	Variacão %
FD Santa Marta	180.747	171.932	8.815	5,13	GD Centro	45.732	40.436	5.296	13,10
FD Farroupilha	153.999	154.400	-401	-0,26					
FD IAPI	143.278	147.775	-4.497	-3,04	GD NHNI	71.284	70.711	573	0,81
FD Navegantes	63.685	63.860	-175	-0,27					
FD CSVC	173.353	172.676	677	0,39	GD GCC	177.311	190.730	-13.419	-7,04
FD Bom Jesus	121.829	113.840	7.989	7,02	GD LENO	150.647	162.272	-11.625	-7,16
FD Sarandi	73.472	75.385	-1.913	-2,54	GD NEB	220.255	189.127	31.128	16,46
FD Murialdo	80.052	83.895	-3.843	-4,58	GD PLP	215.102	240.967	-25.865	-10,73
FD Macedônia	70.901	64.424	6.477	10,05	GD RES	129.760	118.688	11.072	9,33
FD Camaquã	88.545	78.719	9.826	12,48	GD SCS	204.352	187.017	17.335	9,27
Total Receitas	1.149.861	1.126.906	22.955	2,04	Total de Receitas	1.214.443	1.199.948	14.495	1,21

FONTE: FARMÁCIAS DISTRITAIS E UNIDADES DE SAÚDE.

Observa-se de uma maneira geral estabilidade nas receitas atendidas nas Farmácias Distritais e Dispensários das Gerências Distritais. Para as pequenas variações, apontamos a possibilidade do acesso aos medicamentos nas Farmácias Populares, da rede privada, na medida em que distribui os mesmos medicamentos que estão padronizados na REMUME para tratar hipertensão e diabetes.

Esta tendência pode ser explicada pelo pequeno aumento nas FD's Macedônia e Camaquã, nestas regiões, o número de farmácias populares é menor do que nas demais regiões. Outro fator que poderá ser considerado é a migração dos usuários das Farmácias Distritais para os Dispensários, conforme demonstra o acréscimo em algumas Gerências.

No 2º quadrimestre ocorreu o início do atendimento na UBS Bananeiras como Dispensário (antiga Farmácia Distrital), representando um acréscimo na oferta de atendimento dos medicamentos básicos. Também, neste período, foi oportunizado a possibilidade da retirada de medicamentos de controle especial, controlados pela Portaria 344/98 para dois meses de tratamento.

Tabela 67- Unidades de medicamentos distribuídas e recurso financeiro utilizado.

Informações	2012	2011	Varição	
Unidades Distribuídas	243.752.902	239.718.717	4.034.185	1,68%
Recurso financ.aplicado	R\$ 17.938.261,97	R\$ 12.713.454,17	R\$ 5.224.807,80	41,10%

FONTE: GMAT.

O acréscimo de 41 % no recurso financeiro utilizado não foi proporcional à variação de unidades distribuídas. Esta desproporção é motivada por custos mais elevados dos novos medicamentos introduzidos na REMUME (ácido valpróico 500mg, azitromicina na forma de comprimido e suspensão, amoxicilina clavulanato comprimido e suspensão, beclometasona 50 mcg, ciprofloxacino). Outro fator que contribuiu para este acréscimo, está vinculado aos reajustes de preços de alguns medicamentos, tais como: amitriptilina 25mg, carbamazepina 200 mg e fluoxetina 20 mg.

Tabela 68- Medicamentos Estratégicos distribuídos pelo Ministério da Saúde.

Medicamentos MS	2012		2011		Variação %	
	Valor R\$	Qdade.	Valor R\$	Qdade.	Valor	Qdade.
Tabagismo	285.403,13	249.516	216.304,72	115.962	31,94	115,17
Insulina	393.031,20	105.247	578.433,48	119.959	-32,05	-12,26
Tuberculose	116.900,52	1.267.800	380.207,88	1.299.458	-69,25	-2,44
DST/AIDS	18.679.386,78	4.000.637	17.142.260,57	3.630.785	8,97	10,19
Hanseníase	10.486,79	27.797	9.371,11	22.533	11,91	23,36

FONTE: GMAT.

Ações da Assistência Farmacêutica no ano de 2012

- 1- A relação de medicamentos foi atualizada através da Comissão Técnica Multidisciplinar de Atualização da REMUME, com a inclusão de 28 medicamentos, como antimicrobianos, antihipertensivos, entre outros. Esta atividade é de suma importância, pois a partir da relação de medicamentos definida é que se desencadeiam as demais atividades. Esta ação foi definida como permanente sendo atualizada a cada ano. A comissão é constituída por representantes da Atenção Primária e Especializada, sendo nomeada através da Portaria 1.375/12;
- 2- Atualização da Instrução Normativa 003/12 que normatiza o atendimento nos Dispensários e Farmácias Distritais;
- 3- Atuação permanente junto aos programas do Tabagismo e Tuberculose com o objetivo de monitorar os fluxos dos atendimentos e logística de medicamentos;
- 4- Aumento no acesso aos insumos para monitoramento da glicemia capilar, através da publicação da Portaria 802/11 e Nota Técnica, que definem os critérios de concessão e o elenco de insumos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre aos usuários portadores de Diabetes Mellitus;
- 5- Qualificação e acompanhamento nos cadastros de medicamentos através da CCMED (Comissão de Cadastro de Marcas de Medicamentos);
- 6- Em conjunto com a equipe técnica de farmacêuticos da Assistência Farmacêutica busca-se a forma mais adequada para o armazenamento dos medicamentos nas farmácias e dispensários, com a finalidade de manter estoques adequados, e por consequência o abastecimento;
- 7- Participação na elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos;
- 8- Análise das demandas da OUVIDORIA objetivando a qualidade dos serviços prestados pela Assistência Farmacêutica;

9- A nomeação de quatro farmacêuticos permitiu completar o quadro de farmacêuticos nas Gerências, Farmácias Distritais e SAE CSVC viabilizando a execução das atividades e ações deficitárias destes locais.

Dificuldades para execução das atividades da Assistência Farmacêutica

Quanto à logística de medicamentos observou-se, pontualmente no 2º quadrimestre a falta de alguns itens relacionados ao atraso na entrega, por parte de fornecedores. Os motivos apresentados foram por cancelamento de produção e falta de matéria prima e impossibilidade de troca de marcas. A solução adotada foi aquisição por licitação destes itens evitando o desabastecimento em toda a rede e adoção de punições às empresas.

Considera-se como dificuldade a não informatização dos dispensários e em algumas Farmácias Distritais, assim como o número inadequado de recursos humanos para o fornecimento dos medicamentos.

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.

Quadro 28– Metas anuais constantes na PAS 2012.

Metas	Realizado das Metas	Ações	Realizado das Ações
1. Encerrar 100% das notificações de casos suspeitos e investigados de doenças exantemáticas.	Meta atingida.	Vacinação dos contatos de casos suspeitos de rubéola não vacinados;	Não houve caso que indicasse bloqueio vacinal.
		Emissão de alerta epidemiológico na mudança do cenário epidemiológico deste agravo;	Não foi emitido alerta, pois não houve mudança do cenário epidemiológico.
		Divulgação do calendário básico para vacinação do adolescente e adulto;	Realizada divulgação.
		Realização de campanha informativa;	Realizada, junto a ASSECOM.
		Capacitação de profissionais.	Realizada, conforme relatório de capacitações.

7. Reduzir a incidência de um caso de hanseníase no município.	Total de casos 2012: 10	Avaliação de 100% dos contatos intradomiciliares;	Foram avaliados 70% dos contatos intradomiciliares; não foi atingido o percentual mínimo (75%) devido ao fato de um paciente alternar moradia em outro município – feito contato com Serviço de Saúde de Porto Alegre e do outro município para providências; são sete contatos registrados e somente dois moradores de Porto Alegre foram avaliados.
		Implantação de diagnóstico laboratorial para hanseníase no CSVC usando a mesma estrutura da tuberculose;	Não realizado.
		Investigação e notificação qualificada, através da sensibilização dos profissionais de saúde para o diagnóstico precoce de Hanseníase.	Foram realizadas três capacitações totalizando 240 profissionais sensibilizados/capacitados para o diagnóstico e tratamento da Hanseníase, da Rede de Atenção Primária.
8. Atingir 85% de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados.	Atingido 66,66% de cura. (Vide item 10.1.8 Hanseníase)	Definição de uma Unidade de Saúde municipal Referência para tratamento de Hanseníase, para dar suporte a atenção primária;	Em processo de definição.
		Descentralização da medicação para tratamento de Hanseníase;	Medicamento descentralizado para as Unidades de Referência.
		Reorganização do fluxo de distribuição de medicação para Hanseníase;	Realizado através do processo de descentralização dos medicamentos.
		Busca ativa de pacientes em tratamento para hanseníase e faltantes.	São realizadas visitas domiciliares em conjunto Unidades Básicas de Saúde de Referência/Programa de Hanseníase/Vigilância.
9. Manter a taxa de letalidade da dengue abaixo de 1%.	Meta atingida.	Manutenção da atualização da informação sobre o comportamento da doença (forma clínica e letalidade);	Realizado.

		Monitoramento do comportamento epidemiológico da dengue;	Realizado o monitoramento dos casos importados, sem casos autóctones em Porto Alegre.
		Manutenção da busca ativa semanal nos hospitais da cidade;	Rotina de trabalho da EVDT.
		Avaliação e acompanhamento do comportamento epidemiológico da dengue;	Rotina de trabalho da EVDT.
		Emissão de boletins informativos sobre comportamento da dengue.	Rotina de trabalho da EVDT.
		Informação e orientação aos serviços de saúde sobre a evolução da dengue no município;	Rotina de trabalho da EVDT.
		Realização de visitas domiciliares para orientação e remoção mecânica de criadouros;	Rotina de trabalho do NVRV.
		Realização dos bloqueios de transmissão dos casos de dengue;	Não houve casos autóctones em Porto Alegre, portanto, não houve realização de bloqueios.
		Investigação dos casos graves de dengue internados.	Não houve caso grave de dengue.
		Investigar das formas graves de dengue;	Não houve caso grave de dengue.
		Implementação do Programa da Dengue nas Gerências Distritais;	Em tratativas com o IMESF.
		Realização Levantamentos de Índice Rápido de Aedes aegypti (LIRAA) anuais.	Foram realizados 2 LIRAA no ano de 2012.
10. Investigar 100% dos casos notificados de leptospirose.	Meta atingida.	Investigação e controle ambiental de todos os casos confirmados de leptospirose pela Equipe de Zoonoses.	Todos os casos foram investigados.
11. Encerrar oportunamente 100% dos casos de investigação das doenças de notificação compulsória que necessitam investigação segundo Portaria Ministerial.	95% dos casos encerrados.	Investigação de todos os casos das doenças de notificação compulsória.	Realizado mediante alertas epidemiológicos.

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

10.1.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais

Quadro 29 – Metas anuais constantes na PAS

Meta	Realizado da Meta	Ações	Realizado das Ações
15. Monitorar a notificação compulsória da sífilis adquirida em 100% dos serviços de Atenção Primária em Saúde.	Realizada. Através da notificação dos casos de Sífilis serviços de Atenção Primária em Saúde. Todos os casos estão sendo investigados pela vigilância epidemiológica.	Capacitação dos profissionais que ingressarem na Rede de Atenção Primária em Saúde.	Não realizado. A capacitação será realizada no primeiro quadrimestre de 2013, para os profissionais que ingressaram na rede no último quadrimestre de 2012 e primeiro quadrimestre de 2013.
		Investigação dos casos notificados.	Todos os casos estão sendo investigados pela vigilância epidemiológica.

<p>16. Reduzir em 1,2% os casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça/cor.</p>	<p>Meta atingida. Redução de 5,7%.</p>	<p>Realização de campanhas de prevenção de forma sistemática em DST/HIV/Aids e Hepatites Virais ao longo do ano.</p>	<p>As ações focadas em prevenção durante o ano de 2012, foram: Educação permanente em Teste Rápido e Aconselhamento para as UBS e ESF; Projeto Carnaval; Campanha do dia dos Namorados; Fique Sabendo Campanha do dia dos Namorados; Semana Internacional das Hepatites Virais; Teste Rápido Fique Sabendo Hepatites Virais; Intervenções educativas de DST/AIDS e Hepatites Virais em Estádio de Futebol; Intervenções nas Escolas Municipais e Estaduais de Porto Alegre; Intervenções na semana da SIPA; Projeto Galera Curtição*; Distribuição de insumos (Gel lubrificante, camisinha feminina, camisinha masculina 49 e 52); Projeto Ponto de Encontro; Projeto Ponto de Encontro na Parada Gay; Campanha do 1º de dezembro; Fique Sabendo itinerante no 1º dezembro; Campanha do Laço vermelho no laçador; Projeto Nascer (distribuição de AZT oral, AZT injetável, Formula Láctea, inibidor de lactação e Teste Rápido de triagem nas maternidades); Comitê de Mortalidade; Educação permanente com as lideranças comunitárias; Encontro da UNAIDS, UNFPA, PNUD e OPAS (Uma iniciativa da UNAIDS, no contexto do Plano Integrado "AIDS TCHE" – Esta proposta é um apoio para melhorar a resposta local à epidemia de AIDS nas seguintes áreas: Feminização da epidemia de AIDS, HSH, Gays e transexuais, Saúde e Prevenção nas Escolas) e Ação do Estádio da Arena no Jogo Contra Pobreza.</p>
---	--	--	--

		<p>Distribuição de insumos de prevenção para a população.</p>	<p>Os insumos de prevenção foram distribuídos para as Unidades Básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Serviços de Assistência Especializada (SAE), ações pontuais da Área Técnica descrita acima e Projeto Ponto de Encontro (Distribuição mensal de preservativos masculinos e gel lubrificante para as saunas e vídeo locadoras gay do Município de Porto Alegre).</p>
		<p>Descentralização das ações de testagem de HIV na RAP com utilização do Teste Rápido diagnóstico – TRD.</p>	<p>- O Teste Rápido foi descentralizado para todas as gerências distritais (PLP, GCC, RES, SCS,C, LENO, NHINI e NEB). Os profissionais foram capacitados através da educação permanente nos módulos: Teste Rápido e Aconselhamento em TR. Todos os profissionais capacitados de todas as gerências possuem estratégias, a fim de tornar a proposta do TR factível para Rede. As estratégias são: Educação permanente do TR no Centro de Saúde Santa Marta e CTA Paulo César Bonfim que são dois serviços de referencia em TR e Aconselhamento – O Matriciamento visa à clínica ampliada que possibilita suporte neste processo tão importante de descentralização de Saúde Pública para os profissionais da Rede de todas as gerências.</p>
		<p>Capacitação dos profissionais dos Serviços de Saúde, Lideranças Comunitárias e Conselhos Locais de saúde para a implantação do TRD junto aos CS, UBS e ESF.</p>	<p>Capacitação das Lideranças Comunitárias RES e GCC, afim de instrumentalizá-los em DST/HIV/AIDS, dados epidemiológicos da gerência, Direitos Humanos, Aconselhamento e Teste Rápido. As demais GD serão capacitadas em 2013.</p>

	<p>Implantar o Comitê de Mortalidade por AIDS em POA.</p>	<p>O Comitê de Mortalidade está tendo continuidade todas as primeiras terças-feiras do mês, a fim de executar o monitoramento dos casos de óbito por AIDS no Município de Porto Alegre, com atuação junto aos hospitais conveniados e privados, ambulatorios especializados, rede de atenção primária e Centro de Testagem (CTA), contando com a participação de entidades e organizações civil, bem como a rede de pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHAS).</p>
	<p>Realização de ações de educação continuada com a população jovem da Rede Municipal de Ensino - RME através do programa Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE.</p>	<p>Realizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa de Abertura - Programa de auditório com as escolas do Projeto Galera Curtição. - Programa final do Projeto Galera Curtição. - Estratégias fundamentadas nos preceitos do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, que se constitui como uma ação interministerial (Ministérios da Saúde e da Educação) em conjunto com a UNESCO, UNICEF e UNFPA.
	<p>Qualificação dos serviços de atenção especializada em HIV e AIDS.</p>	<p>Os Serviços de Atenção especializada em HIV e AIDS estão sempre em processo de qualificação e reciclagem. Durante o ano de 2012, os profissionais do SAE compareceram na Conferência Mundial de AIDS, Seminário e capacitações sobre HIV/AIDS. Além destas ações, teve a troca de experiência com o SAE de Campinas. No SAE existe a reunião semanal do serviço que tem como uma das propostas, a troca de experiência dos profissionais do serviço e apresentação dos trabalhos vistos em congressos.</p>

		Implantação das linhas de cuidado para pessoas vivendo com HIV e AIDS nos serviços de urgências, emergências e pronto atendimentos.	As linhas de cuidado não foram contempladas no ano de 2012 porque estão sendo alinhadas com vários profissionais. O desenho primário já está estabelecido, falta apenas o fluxo final que será terminado até o segundo quadrimestre de 2013.
		Fortalecimento da adesão de pacientes com HIV e AIDS nos serviços especializados.	O Fortalecimento da adesão de pacientes com HIV e AIDS nos serviços especializados está acontecendo continuamente nos grupos de gestantes, adesão aos pacientes e psicoterapia (COAS).
17. Reduzir de 5.4% para índices iguais ou menores que 2,2% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor.	Redução de 1,1% de	Manutenção das ações do Programa Nascer.	Realizado. Todas as ações do Projeto NASCER foram realizadas com as maternidades (dispensação de todos insumos), Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família (dispensação de fórmulas lácteas).
		Descentralização da entrega do resultado de exames de HIV.	85% das UBS e ESF de todas as gerências já estão com o TR implantado. A descentralização do Posto de Coleta do IAPI que atende 3 vezes na semana no turno da manhã. O Posto contempla as gerências NEB e NHNI. Para o ano 2013 pretende-se abrir para 5 vezes na semana.
		Ampliação da busca ativa de gestantes HIV+ e faltosas ao pré-natal.	A Os serviços e a vigilância fizeram 100% de busca ativa nos casos de gestantes faltosas.
		Realização do teste anti-HIV em 100% das gestantes que acessarem os serviços de saúde no 1º e 3º trimestre de gestação e no companheiro.	Realizado. As gestantes são grupo prioridade de TR, assim com os parceiros das gestantes. Todos os casos positivos foram encaminhados para os SAE da área de abrangência, notificados e monitorados pelos serviços de saúde.
		Realização do teste anti-HIV no companheiro da gestante.	Realizado.

		Ampliação da cobertura de ESF.	Ampliação de 42,3% para 44,3%.
		Contratação de RH para as UBS.	Realizado.
		Descentralização dos postos de coleta de exames de laboratório.	Realizado.
		Encaminhamento e acompanhamento de todas as gestantes com sorologia positiva para os serviços especializados em DST/AIDS a fim de realizar pré-natal de alto risco.	Realizado.
		Implantação do teste rápido nos serviços de saúde da RAP.	O TRD foi implantando em todas as gerências distritais
18. Reduzir a taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade, com equidade segundo raça/cor, para menos de 11/100.000.	Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos: 20,35 (ver tabela 55)	Manter as ações do Programa Nascer.	Realizado.
		Manter o atendimento especializado a criança exposta.	Realizado.
		Realizar atendimento a 100% dos RN expostos ao HIV.	Realizado.

93. Criar um Serviço de Atendimento Especializado em AIDS – SAE.	Em processo para o primeiro quadrimestre de 2013.	Conclusão da reforma da Área física do 5º andar do CS Santa Marta.	Não concluído. Previsão de conclusão no 1º quadrimestre de 2013.
		Destinação de recursos humanos para compor o serviço.	Aguarda criação de cargos e nomeação de servidores.

*Galera Curtição - Trata-se de um projeto cultural e educativo, realizado pela SMS, com parceria da SMED, ao qual através de um jogo entre escolas municipais e estaduais de ensino fundamental, são desenvolvidas ações lúdicas, culturais, educativas e, sobretudo, interativas, levando informações sobre prevenção de DST's e HIV / Aids, uso de álcool, tabagismo e outras drogas. Além disso, também são abordados temas referentes a gênero, sexualidade, diversidade sexual, raça/ cor/ etnia, utilizando-se a linguagem do jovem para que os mesmos atuem como multiplicadores desse conhecimento. As violências e preconceitos constituem-se como temas transversais, também abordados neste trabalho. O Projeto Galera Curtição teve o seu término em dezembro de 2012 finalizando todas as suas atividades propostas para o calendário.

Observação: Os dados relacionados às metas 16, 17 e 18 estão sujeitos a revisão, pois a coorte ainda não foi concluída, sendo que será encerrada em 2013.

Sífilis e Corrimento Uretral Masculino

Tabela 69- Sífilis Adquirida e Corrimento Uretral Masculino.

Nº casos de Sífilis e corrimento uretral masculino - PAS 15 (2012)		Meta	2012	2011	Varição %
Casos	Nº de casos Sífilis	Monitorar a notificação compulsória da sífilis em 100% dos serviços de Atenção Primária em Saúde até 2013	1189	389	+ 67%
	Nº de casos Corrimento uretral		74	44	+ 40%

FORTE: EVDT/CGVS/ SMS/SINAN

Comparativamente ao ano de 2011 houve um aumento significativo – 67% - nas notificações de casos de Sífilis adquirida. Esse aumento se deve principalmente a notificação laboratorial para a Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Na Síndrome de Corrimento Uretral, o diagnóstico é sindrômico/clínico, porém também ocorreu discreto aumento das notificações de casos, mas certamente ainda são agravos subnotificados.

Aids

Tabela 70– Crianças expostas ao HIV no parto.

Crianças Expostas ao HIV no parto segundo raça/cor		Meta	2012	2011	Varição %
Casos expostos	Branca	Reduzir de 5,4% para índices iguais ou menores que 2,2% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor.	208	208	0
	Preta		106	109	-2,75
	Parda		38	30	+28,05
	Preta + Parda		144	139	+3,47
	Amarela		1	0	+100
Indígena	0	0	0		

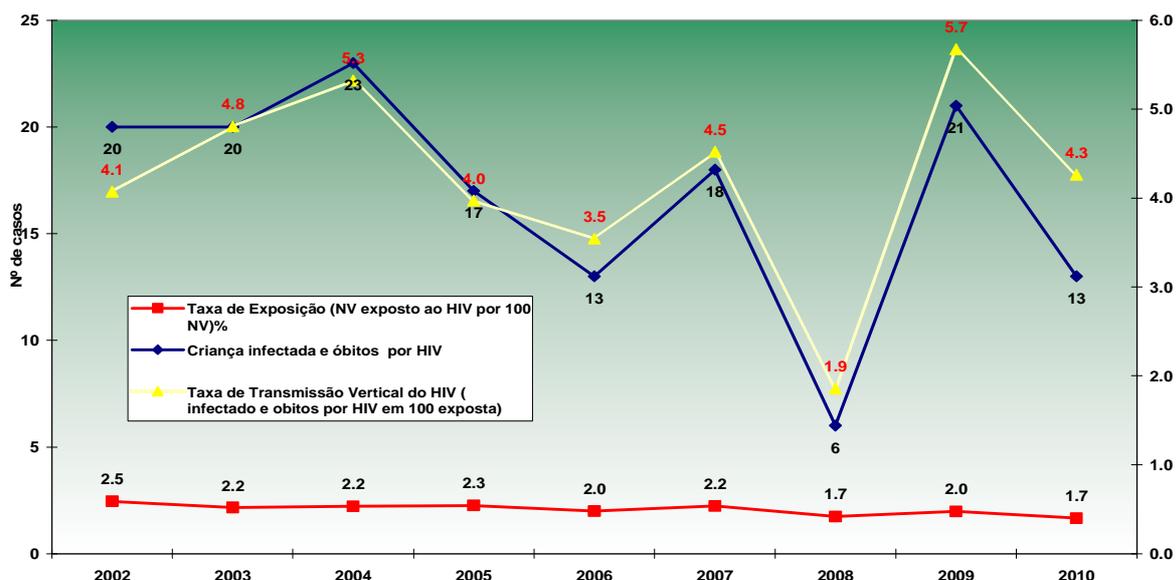
FONTE: EVDT/ CGVS/SMS/SINAN

Em 2012 foram 20 casos com raça/cor “ignorada em 2011, 17.

A tabela acima mostra o número de crianças nascidas expostas ao HIV por raça/cor no ano de 2012 em comparação ao 2011. Percebe-se que não houve mudança importante no número absoluto de crianças expostas ao HIV por raça/cor entre os dois anos.

Contudo, a taxa de transmissão vertical é encerrada após dois anos de acompanhamento das crianças e o gráfico abaixo mostra que na coorte de 2010, encerrada em 2012, a taxa de transmissão vertical foi 4,3%, com 13 crianças infectadas de 305 expostas. Menor que a de 2009 de 5,7%.

Gráfico 1– Série Histórica da taxa de Exposição de Nascidos Vivos ao HIV e Taxa de Transmissão Vertical em Porto Alegre, no período de 2002 a 2010.



FONTE: EVDT/CGV S/SMS/POA
*dados captados em 22/02/ 2013

Para avaliar a questão da raça/cor, abaixo estão duas tabelas com o número de crianças expostas ao HIV por raça/cor, o número de crianças infectadas e a taxa de transmissão vertical do HIV por raça/cor.

Tabela 71-Número de crianças expostas e a taxa de transmissão vertical pelo HIV por recorte raça/cor preta e branca em Porto Alegre, no período de 2022 a 2010.

Ano do parto	Cor ignorada	Branca	Inf branca	Tx-TV branca	Preta	Inf_preta	Tx_TV preta	Parda	Inf-parda	Tx_TV parda
	N	N	N	%	N	N	%	N	N	%
2002	12	264	12	4.5	157	12	7.64	53	5	9.43
2003	13	235	11	4.7	124	11	8.87	42	7	16.67
2004	11	245	7	2.9	132	7	5.30	40	11	27.50
2005	3	243	9	3.7	135	9	6.67	40	7	17.50
2006	13	196	7	3.6	121	7	5.79	36	4	11.11
2007	5	240	13	5.4	105	13	12.38	48	4	8.33
2008	8	184	3	1.6	108	3	2.78	23	2	8.70
2009	11	188	6	3.2	119	6	5.04	48	9	18.75
2010	14	163	8	4.9	82	8	9.76	44	5	11.36

Fonte: EVDT/CGV S/SMS/POA

Tabela 72- Número de crianças expostas e a taxa de transmissão vertical pelo HIV por recorte por raça/cor preta/parda e amarela, indígena em Porto Alegre, no período de 2022 a 2010.

Ano do parto	Preta/parda	Infectadas preta/parda	Taxa_TV preta/parda	Amarela	Infectadas amarela	Taxa_TV Amarela	Indígena
	N	N	%	N	N	%	N
2002	210	17	8.10	4	0	0	1
2003	166	18	10.84	0	0	0	2
2004	172	18	10.47	2	0	0	2
2005	175	16	9.14	3	0	0	4
2006	157	11	7.01	0	0	0	2
2007	153	17	11.11	0	0	0	0
2008	131	5	3.82	0	0	0	0

Fonte:EVDT/CGV S/SMS/POA

*dados captados em 22/02/ 2013

As tabelas mostram que a taxa de transmissão vertical do HIV é maior na raça/cor preta /parda do que na branca, no ano de 2009 foi 1,8 vezes maior e no ano de 2010 foi 1,1 vezes maior. A taxa de transmissão vertical da raça/cor indígena fica alta 50%, mas o número é muito reduzido na exposição e na transmissão.

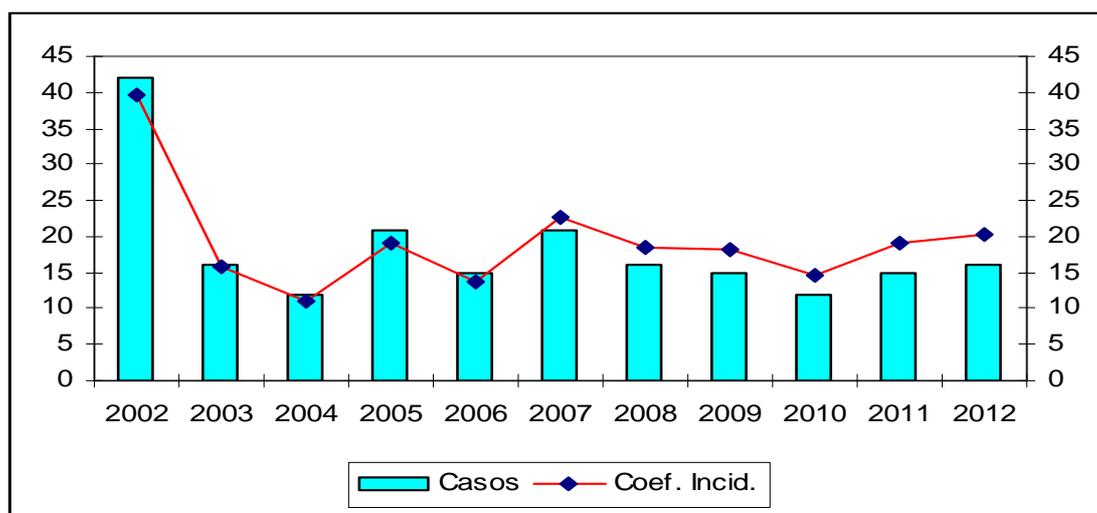
Tabela 73- Taxa de incidência de AIDS.

Taxa de incidência de AIDS menores de 5 anos de idade* Pacto pela Vida – prior IV -14 PAS 18		Meta SISPACTO/PAS 2012	2012	2011	Varição %
Casos	Nº de casos	9/100.000 - esperados (Sispacto) 11/100.000 (PAS 2012)	16	15	+6,25
	Incidência anual (casos/100.000 habitantes)		20,35	19,08	+1,27

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET

O coeficiente de incidência de casos de AIDS em menores de 5 anos em Porto Alegre mostrava-se em queda entre 2002 e 2010, porém ainda acima das taxas pactuadas. Em 2011 e 2012 apresenta tendência de aumento, provavelmente como resultado da recuperação de casos através de outros sistemas de informação, como SISCEL/SICLOM.

Gráfico 2- Coeficiente de Incidência de AIDS em menores de 5 anos, Porto Alegre, 2002 a 2012*



FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Tabela 74- 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 em menores de 5 anos. PAS 18		Meta	2012	2011	Variação %
Casos/ Nº de casos por 100.000 hab	Branca	Redução dos casos de AIDS por raça e cor para menos de 11/100.000	11= 18,57	5= 8,44	+54,55
	Preta		1= 12,46	7= 8,72	-30,01
	Parda		4= 36,17	3=27,12	+25,02
	Preta + Parda		8= 26,20	10= 52,41	+50,16
	Amarela		0	0	0
	Indígena		0	0	0

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN

Dados até 27/02/2013 sujeitos à revisão

Quando avaliado o coeficiente de incidência em menores de 5 anos por raça/cor observamos que ocorreu um aumento na incidência de casos em brancos comparativamente ao ano de 2011; na raça/cor preta ocorreu diminuição da incidência, porém quando em conjunto com a cor/raça parda a taxa aumenta. Os coeficientes em menores de 5 anos por raça/cor encontram-se acima das taxas pactuadas.

Tabela 75- Incidências de casos de AIDS em maiores de 13 anos

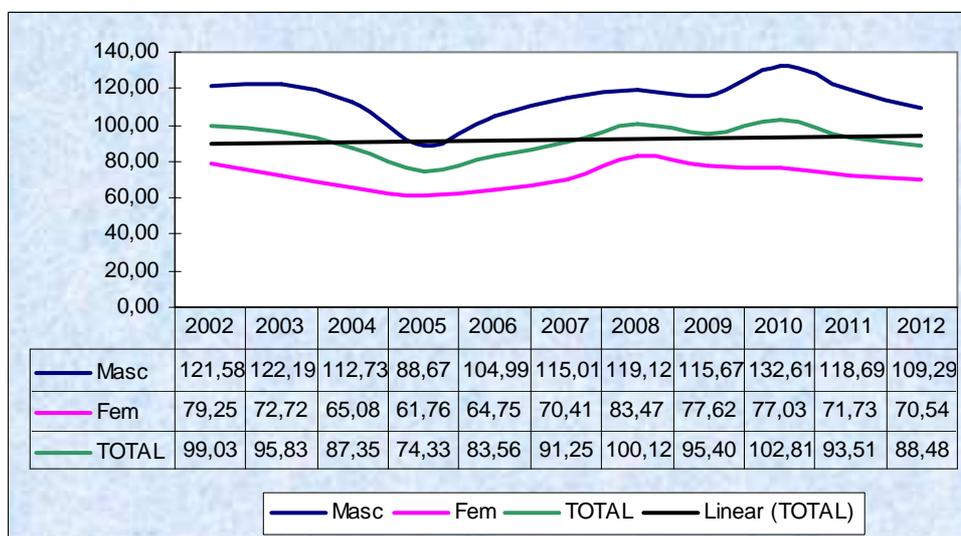
Redução da taxa de Incidência de AIDS por raça/cor em maiores de 13 anos PAS 16		Meta	2012	2011	Varição %
% de casos	Branca	Reduzir em 1,2% os casos de AIDS por raça e cor em maiores de 13 anos	752= 81,37	819= 88,55	- 8,10
	Preta		205= 181,87	161=142,83	+ 21,46
	Parda		136= 133,16	173= 169,39	- 21,38
	Preta + Parda		341= 158,71	334= 155,45	+ 2,05
	Amarela		3= 88,70	2= 59,13	
	Indígena		1= 370,37	0	+370,37
	Ignorados			144	44

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN

Dados até 27/02/2013 sujeitos à revisão

Os casos de AIDS em maiores de 13 anos por raça/cor em 2012 continuam com o mesmo padrão de distribuição que no ano de 2011, porém observa-se aumento na raça/cor preta e crescimento importante nos casos onde a raça/cor aparece como ignorada (subnotificações recuperadas pelo SISCEL – Sistema de Informações de Controle Laboratorial - CD4).

Gráfico 3- Coeficiente de Incidência de AIDS em adultos, Porto Alegre, 2002 a 2012.



FORNTE:: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

O gráfico 3 mostra os coeficientes de incidência por AIDS de 2002 a 2012, por sexo e total. As taxas continuam em patamares elevados; no ano de 2012 ainda haverá entrada de casos devido os fluxos e atrasos de notificação, sendo precoce a análise no momento.

Serviço de Assistência Especializada – CSVC e IAPI

Tabela 76– Produção do SAE/ CSVC e SAE/IAPI.

	Indicadores	Anual		Variação %
		2012	2011	
Consultas HIV	Consultas disponibilizadas	15.216	26.536	-42,65%
	Consultas agendadas	13.915	22.483	-38,10%
	Consultas realizadas	12.410	18.732	-33,74%
Atividades complementares*	Enfermagem	10.103	8.492	18,97%
	Serviço Social	5.541	5.359	3,39%
Dispensação de Insumos	Preservativo Masculino	103.740	97.406	6,50%
	Preservativo Feminino	3.224	100	96,77%
	Gel Lubrificante	30.260	6.122	99,50%
P.P.E.S	P.P.E.S	114	69	65,21%

FONTE: SAE/ CSVC

Foram disponibilizadas anualmente do SAE CSVC e SAE IAPI 15.216 consultas, destas, foram realizadas 12.410 consultas. O SAE CSVC atualmente possui 6 médicos no quadro efetivo que atendem infectologia HIV adulto, tendo uma redução significativa de 4 profissionais e a redução de carga horária de 1 profissional no comparativo 2011. A Redução das consultas ocorreu pela redução do quadro efetivo de profissionais, congressos e licença saúde. Durante este ano mantivemos o preconizado pelo QUALIAIDS¹, o que reduz o número de consultas para priorizar a qualidade no atendimento das primeiras consultas e retornos. O QUALIAIDS não era preconizado no ano de 2011, o que resulta em um quantitativo menor de consultas disponibilizadas. Atualmente é realizado diariamente, 1 consulta de primeira vez e 7 consultas de retorno para a carga horária de 20h/ semanais dos profissionais que atendem infectologia HIV adulto.

O SAE IAPI teve uma pequena variação em consequência de uma LT/ Maternidade, o que reduziu a disponibilidade de consultas infectologia HIV adulto. Além da LT/ Maternidade, o serviço teve profissionais em congresso, o que também reduz o quantitativo de consultas. O SAE IAPI também está inserido no QUALIAIDS.

Observa-se um acréscimo nas consultas disponibilizadas pela Enfermagem (18,97%) e Serviço Social (3,39%). Analisando as consultas da enfermagem evidenciam-se um aumento de consultas que são realizadas pela demanda diária do serviço. O SAE IAPI, permanece com apenas uma enfermeira para a demanda diária. O Serviço Social do SAE/ CSVC teve aumento na grade profissional, o que resulta a disponibilidade acréscimo nas consultas.

Na variável exposição sexual identificamos um aumento de 65,21% na procura do serviço na pós-exposição sexual de risco.

Unidade de Dispensação de Medicamentos

Tabela 77– Dispensação de Medicamentos (HIV/ AIDS) no SAE/ IAPI e SAE/CSVC.

Usuários	Anual		Variação %
	2012	2011	
Adultos	30.296	26.695	13,48%
Gestantes HIV +	388	325	19,38%
Crianças expostas	273	327	-16,51%
Total	30.957	27.347	13,20%

FONTE: SICLOM

Na distribuição de ARV houve um acréscimo de 13,20%, devido ao número de prontuários ativos no SAE/ IAPI e SAE/CSVC. Houve variação significativa nas gestantes HIV (19,38%) podendo ter como possível indicador o aumento da cobertura do diagnóstico, melhoria nas condições de pré-natal, aumento de adesão ao pré-natal ou aumento de quantitativo de gestantes. Relacionado às crianças expostas, os dados demonstram uma redução de -16,51% nos serviços. O SAE IAPI e CSVC também disponibiliza ARV para usuários da rede que realizam tratamento em outros locais que não possuem farmácia de distribuição de ARV.

Serviço de Assistência Especializada – SAE Hepatites

Quadro 30– Produção de consultas SAE/ Hepatites Virais – 1ª consultas.

Consultas	2012
Consultas disponibilizadas	1.444
Consultas agendadas	1.444
Consultas realizadas	1.063
Faltosos de primeira consulta	381

FONTE: SAE/Hepatites Virais

O SAE Hepatites Virais foi inaugurado no final do primeiro quadrimestre. O SAE Hepatites disponibilizou no ano, 1.444 primeiras consultas, tendo uma média de absenteísmo de 26,38%.

Quadro 31– Produção de consultas SAE/ Hepatites Virais – Retorno.

Consultas	2012
Consultas disponibilizadas	2.853
Consultas agendadas	2.853
Consultas realizadas	2.543
Faltas de primeira consulta	310

FONTE: SAE/Hepatites Virais

O SAE Hepatites Virais disponibilizou 2.853 consultas para retorno, destas 310 não compareceram, totalizando 10,86% de faltosos de retorno, e 89,13% adesão de consultas de retorno.

Projeto NASCER

O projeto Nascer tem como objetivo melhorar a qualidade do atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido, e da redução da transmissão vertical do HIV e controle da sífilis congênita.

Nas ações do projeto está o fornecimento dos insumos de prevenção e para a profilaxia (AZT, inibidor de lactação e fórmula Láctea) para as maternidades cadastradas, UBS e ESF. Os dados apresentados não terão comparativo com 2011.

Tabela 78– Criança cadastrada no Projeto NASCER

Total de Crianças	Anual		Variação %
	2012	2011	
	238	200	19%

FONTE: Programa Nascer

Não houve variação importante no número absoluto de crianças expostas ao HIV por raça/ cor entre dois anos. O número total de crianças cadastradas no Projeto está de acordo com o número de fórmulas lácteas disponibilizadas durante o ano de 2012 que são 27.033, visto que dos 0- 6 meses são dispensadas 10 latas (N1) por mês por criança, e de 7-12 meses são 9 latas mensalmente de N2.

Tabela 79– Teste Rápido nas Maternidades/ Anual

Indicador	2012	2011	Variação
TR nas Maternidades	7259	6339	14,51%

FONTE: Tabwin

A distribuição do Teste Rápido nas maternidades teve um aumento significativo neste ano. Acredita-se que este aumento refere-se à capacitação e sensibilização do TR nas maternidades dos profissionais médicos e enfermeiros propiciam adesão destes no processo de diagnóstico.

Testes de HIV/AIDS Laboratoriais

Tabela 80– Quantitativo de Testes Laboratoriais

Testes	Anual		Variação %
	2012	2011	
Elisa	89.359	94.312	-5,25%
Western Blot	1235	1328	-7%

FONTE: Tabwin

Observa-se que este dado obteve um decréscimo, porém não apresenta significância, visto o processo de implantação do TR na Rede Primária de Atenção.

Testes Rápidos de HIV e Sífilis na RAP

Quadro 32– Teste Rápido nas UBS e ESF – GD PLP/ GCC/NEB/RES/SCS/LENO/NHNI/C.

Indicador	Anual
Teste Rápido	7873

FONTE: Gerências Distritais

O Teste Rápido foi implantado em outubro de 2011 na gerência Partenon/ Lomba do Pinheiro, e no ano de 2012 o TR foi implantado nas outras gerências distritais GCC, NEB, RES, NHNI, LENO, SCS e C. Todas as gerências já foram capacitadas para TR/ Aconselhamento. Além da capacitação, todas as UBS e ESF estão inseridas no processo de matriciamento que visa à clínica ampliada. O Projeto de descentralização visa à educação permanente nos serviços de referência Centro de Saúde Marta e CTA Paulo César Bonfim, com objetivo de contemplar os profissionais para a nova tecnologia de diagnóstico em Teste Rápido e Aconselhamento.

Quadro 33- Primeiras consultas HIV Adulto/2012.

Indicador	Serviços Especializados					
	Santa Casa	PUC	HC	CSVC	IAPI	HNSC
Ofertada	110	179	144	280	92	367
Agendada	93	145	127	161	70	303
Cancelada	1	0	0	75	13	36
NR	11	20	17	48	19	44

FONTE: Sistema AGHOS

O sistema AGHOS iniciou a sua informatização de consultas no ano de 2012. Todos os dados descritos na tabela acima são referentes ao número de primeiras consultas disponibilizadas para os serviços especializados e hospitais que atendem HIV Adulto. Totalizando são 372 primeiras consultas disponibilizadas para média complexidade dos Serviços de Atenção Especializadas (SAE) e 800 consultas disponibilizadas para a rede de alta complexidade em quatro hospitais do Município de Porto Alegre.

Óbitos por AIDS no Município de Porto Alegre

Tabela 81- Óbitos de casos de AIDS.

Testes	Anual		Varição %
	2012	2011	
Óbitos	413	450	-8,22%

FONTE: Comitê de Mortalidade/2012

Segundos dados do comitê de mortalidade de aids do Município de Porto Alegre, o total acumulado de óbitos por AIDS foi de 450 casos para 2011. Embora os dados do 2012 ainda não estejam concluídos, tendo em vista, que os dados da Secretária Estadual da Saúde não foram enviados, o quantitativo de óbitos por AIDS ficou em 413 casos, o que representa uma redução de 8,22%. Cabe ressaltar que o coeficiente de mortalidade para o ano de 2011 é de 32,21% para 11.520 de 29,30% para 10.950 no ano de 2012.

Do montante de casos de 2011, 110 casos dos óbitos estão correlacionados a co-infecção de TB/HIV. No ano de 2012, ocorreram 107 óbitos por TB/ HIV, estes dados significam 25,91% dos casos de óbito.

Tabela 82- Óbitos segundo sexo e raça/cor.

Sexo/Óbito		Anual		Variação %
		2012	2011	
Masculino	Branca	164	181	-9,39%
	Negra	83	97	-14,43%
	Indígena	0	0	0%
	Ignorado	6	11	-45,45%
Feminino	Branca	87	83	4,81%
	Negra	70	74	-5,40%
	Indígena	0	0	0%
	Ignorado	3	4	-25%

FONTE: Comitê de Mortalidade

Não existe variação significativa de óbitos. Observa-se que existiu uma redução de óbitos no sexo masculino no comparativo com o sexo feminino, especificamente na raça negra. Na análise de corte da serie histórica dos sexos masculinos e femininos, avalia-se a mortalidade maior no sexo masculino no corte raça/ cor branca.

Hepatites Virais

Quadro 34– Metas anuais constantes na PAS

Meta	Realizado da Meta	Ações	Realizado das Ações
5. Investigar 100 % das notificações de casos suspeitos de Hepatite Viral.	100% Investigadas das notificações de casos suspeitos de Hepatite Viral.	Realização da busca ativa nos hospitais, laboratórios e rede de atenção primária;	Realizado, mediante busca ativa nos hospitais.
		Realização da notificação compulsória nos laboratórios.	Investigação mediante recebimentos das planilhas dos laboratórios.
6. Manter a descentralização do exame de biologia molecular para a Hepatite C em 100% dos serviços da atenção primária em saúde.	Meta atingida.	Capacitação dos profissionais dos serviços de atenção primária para solicitação de exame de biologia molecular para Hepatite C.	Equipes capacitadas.

Tabela 83– Relação de notificações, investigações e confirmações dos casos de Hepatites Virais

Notificar casos suspeitos de Hepatites Virais no SINAN e com diagnóstico laboratorial por sorologia. PAVS 38 PAS 6 Pacto pela Vida – Prior IV -13		Meta PAVS/SISPACTO/PAS	2012	2011	Varição %	
B	Notificado	80% notificação (PAVS) & 90 % diagnóstico laboratorial (SISPACTO)	PAS: Manter a descentralização do exame de biologia molecular para hepatite C em 100% dos serviços de atenção primária em saúde.	127	138	-7,97
	Investigado			127	138	-7,97
	Confirmado			127	138	-7,97
	% da meta atingida		100,00	100,00	-	
C	Notificado	80% notificação		224	171	30,99
	Investigado			224	171	30,99
	Confirmado			224	171	30,99
	% da meta atingida		100,00	100,00	-	

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Quadro 35- Frequência por ano da notificação de hepatite e classificação etiológica.

Frequência por Ano da Notificação e Classificação Etiológica				
Ano	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Total
2007	49	159	586	794
2008	92	224	922	1238
2009	51	277	1159	1487
2010	135	197	1202	1534
2011	138	171	1253	1562
2012	145	258	1539	1942

A Série histórica 2007-2012, onde se observa uma tendência de aumento da notificação das hepatites virais, especialmente da hepatite C, tal fato se deve principalmente ao aumento do número de casos. A implantação de um serviço de referencia como o SAE hepatites também contribui para aumentar a taxa de detecção das hepatites B e C.

A testagem rápida neste momento não apresentou impacto significativo.

Gráfico 4- Frequência de casos de hepatite 2007-2012

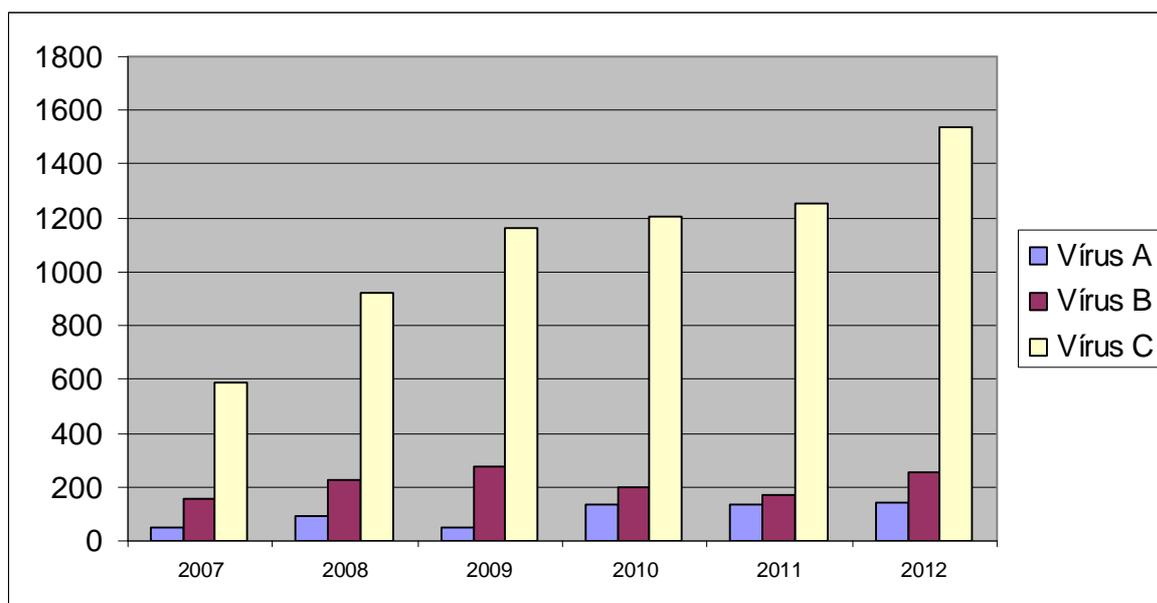


Tabela 84- Incidência de Hepatite por habitante.

	Incidência por 100.000 habitantes		Varição
	2012	2011	%
Hepatite A	10,2	9,7	5,15
Hepatite B	18,4	12,7	44,88
Hepatite C	108,6	88,4	22,85

FONTE: EVDT/CGVS/SMS

População de Porto Alegre dados do IBGE 1.416.714

10.1.2 Leptospirose

Tabela 85– Casos de leptospirose notificados e investigados

Notificar e investigar casos de Leptospirose PAS 10		Meta PAS	2012	2011	Varição %
Casos	Notificado	Investigar 100% dos casos	111	112	-0,89
	Investigado		111	112	-0,89
	% Investigado		100,00	100,00	-
	Confirmado		30	26	15,38
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

FONTE: EVDT/CGVS/SINAN NET

Vigilância da Leptospirose e Controle de Roedores

Tabela 86– Dados da vigilância de leptospirose e controle de roedores.

Leptospirose e Controle de Roedores	2012	2011	Varição %
Vigilância da Leptospirose - Inquéritos	28	34	-17,65
Vigilância Mordedura de Rato	12	16	-25,00
Desratizações	2.401	1.887	27,24
Desratizações Comunitárias	18	19	-5,26
Visitas Domiciliares	1.256	1.456	-13,74

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

As ações de vigilância da leptospirose e o controle de roedores são realizados de forma contínua e permanente ao longo do ano pela NVRV. Os casos de leptospirose e de mordedura de rato desencadeiam ações a partir de sua notificação ao núcleo. 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. O incremento de casos de leptospirose e mordedura de rato esteve relacionado a atividades informais de reciclagem de resíduos. Já o aumento de visitas domiciliares se deveu a realização de desratizações comunitárias em comunidades maiores.

10.1.3 Sarampo/ Rubéola

Tabela 87– Investigação oportuna dos casos notificados de Sarampo

Previsto 2012		2012	2011
1. Encerrar 100% das notificações de casos suspeitos e investigados doenças exantemáticas. SARAMPO (EVDT)	Notificados	4	11
	Investigados	4	11
	Descartados	4	10
PAVS 95 e PAVS 96 (Investigar em até 48h e encerrar por diagnóstico laboratorial)		100,00	100,00

FORNTE: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET

Tabela 88– Investigação oportuna dos casos notificados de Rubéola

Previsto 2012		2012	2011
1. Encerrar 100% das notificações de casos suspeitos e investigados doenças exantemáticas. RUBÉOLA (EVDT)	Notificados	15	58
	Investigados	15	58
	Descartados	15	58
PAVS 95 e PAVS 96 (Investigar em até 48h e encerrar por diagnóstico laboratorial)		100,00	100,00

FORNTE: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET

10.1.4 Vírus Influenza

Tabela 89– Número de coletas preconizadas e realizadas na rede sentinela para influenza

Realizar avaliação de desempenho da rede sentinela de INFLUENZA PAVS 35		Meta PAVS	2012	2011	Varição %
Coletas	Nº coletas de amostras preconizadas	5/coletas por semana	480	480	-
	Nº coletas realizadas		190	144	31,94

FORNTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Neste ano, houve desistência da unidade sentinela do Hospital Mãe de Deus que contribuiu para não atingirmos a meta preconizada. A coleta é realizada, atualmente na unidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

10.1.5 Meningite

Tabela 90– Relação dos casos notificados e investigados em relação ao diagnóstico laboratorial.

Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningites bacteriana por meio das técnicas de cultura contra imunoeletroforese e látex PAVS 100		Meta PAVS	2012	2011	Variação %
Meningite Bacteriana	Notificado e Investigados	40% com diagnóstico laboratorial	424	560	-24,29
	Casos confirmados de Meningite Bacteriana		79	73	8,22
	Nº. absoluto Diag. Lab. (cultura, CIE látex)		50	48	4,17
	Percentil atingido (diag. laboratorial/ casos confirmados x 100)		63,29	68,57	-7,70
	% da meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

O percentual pactuado para a confirmação de caso meningite bacteriana por critério laboratorial foi ultrapassado no período considerado.

Tabela 91– Número total de casos suspeitos de meningite investigados pela EVDT no período 2011 a 2012.

Indicador	Período		Variação
	2012	2011	%
Total de casos investigados	780	959	-18,67
Total de casos em residentes no município de Porto Alegre	424	560	-24,29

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

O quadro acima apresenta a relação entre o total de casos investigados e número de casos em residentes em Porto Alegre. No período considerado, 45,64% dos casos suspeitos de meningite investigados pela EVDT referiu-se a pacientes residentes em outros municípios atendidos pela rede assistencial instalados em Porto Alegre.

Tabela 92– Número total de casos confirmados de meningite bacteriana, investigados pela EVDT, período 2011 a 2012 e número total de casos confirmados por critério laboratorial.

Indicador	Período		Variação
	2012	2011	%
Total de meningites bacterianas	140	143	-2,10
Casos confirmados por critério laboratorial.	84	85	-1,18

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

O quadro acima apresenta a relação entre o total de casos confirmados como meningite bacteriana, incluindo pacientes de todas as origens de residência, e o número destes casos confirmados pelo critério laboratorial. Com este enfoque os dados corroboram o apresentado na tabela 9. No período considerado, a meta pactuada foi alcançada, tendo sido obtido um percentual de 60,00% de confirmação laboratorial nos casos investigados.

10.1.6 Tuberculose

Quadro 36- Metas anuais constantes na PAS.

Metas	Realizado das Metas	Ações	Realizado das Ações
19. Diagnosticar 80 % dos casos estimados de tuberculose.	79,4 %	Avaliação de 1% da pop local com baciloscopia de escarro (estimativa de prevalência de Sintomáticos Respiratórios – SR);	Realizada
		Pactuação com os serviços de saúde indicadores de avaliação de SR;	Realizada com todos os serviços já capacitados: 76 serviços / 50,7% da rede.
		Realização de diagnóstico precoce dos casos de tuberculose bacilífera, priorizando a busca de casos nas populações de maior vulnerabilidade;	Realizada.
		Adequação da área física do Laboratório Central do CSVC, conforme Portaria Ministerial 1914/11 para NB3 (Nível de Segurança Biológica), para ampliação da realização de baciloscopias e de culturas para micobactérias;	Realizada
		Implantação da Cultura para micobactérias em meio líquido;	Licitação encaminhada
		Readequação da equipe do laboratório com recursos humanos necessários para realização de baciloscopias (01 bioquímico e 01 auxiliar de laboratório, exclusivos) e para cultura (02 bioquímicos e 01 auxiliar de laboratório, exclusivos);	A equipe do laboratório de tuberculose conta com 3 bioquímicos exclusivos e 2 técnicos de laboratório. Ingresso de dois estagiários em técnico em patologia.
Disponibilização de cultura para micobactérias, segundo as atuais recomendações MS;	Realizada		

		Capacitação e atualização das equipes da ESF, UBS, CS E PAs para busca de SR diagnóstico de TB;	Realizada com 76 serviços da rede / 50,7% da rede; os PA e os demais serviços da rede serão capacitados 2013.
		Descentralização do diagnóstico;	Realizada com todos os serviços já capacitados: 76 serviços / 50,7% da rede.
		Registro da notificação no SINAN dos casos de TB identificados nas emergências e grupos mais vulneráveis;	Implementada nos grupos mais vulneráveis. Nas emergências está sendo aguardada a finalização do processo de informatização.
		Avaliação dos contatos dos pacientes bacilíferos, segundo as recomendações do MS, priorizando a avaliação de crianças e grupos mais vulneráveis;	Realizada regularmente.
		Implantar postos de coleta de escarro por GD, com transporte diário para o laboratório.	Realizada.
20. Iniciar tratamento em 100% dos casos diagnosticados de tuberculose em 2012.	sem sistema de informação	Criação de Centros de Referência em TB, com equipe específica, para cada Gerência Distrital;	No ano de 2012, foram repostas 01 médica, no CRTB Restinga, na UBS Restinga, e 01 médica no CRTB Leste/Nordeste, no CS Bom Jesus. Ainda é necessária a criação de um CRTB na GD Norte/Eixo Baltazar e Sul/Centro Sul. Para completar as equipes dos CRTB hoje existentes, é necessária a nomeação hoje de 03 médicos, 01 Técnico de Enfermagem e 07 Agentes de Endemia. Ressaltamos que o CRTB da GD PLP funciona no Ambulatório de Tuberculose do Hospital sanatório Partenon, sob administração da SES/RS.

		<p>Capacitação das equipes da ESF e descentralização do tratamento de TB com Esquema Básico para pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera, exceto para portadores de coinfeção TB x HIV;</p>	<p>No ano de 2012 o Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) foi descentralizado para as Gerências Distritais Restinga/Extremo Sul, Leste/Nordeste, Glória/Cruzeiro/Cristal e Centro. Foram capacitados 61 serviços, 586 profissionais de saúde.</p>
		<p>Fluxos de atendimento de TB na rede esclarecidos, garantindo a vinculação do paciente na rede ambulatorial após a alta das UPAS e de internação hospitalar.</p>	<p>Este processo está em andamento, em parceria com a Coordenação de Urgências do Município para a formatação da Linha de Cuidado nas Emergências e Pronto Atendimentos no Município e sua implantação ao longo do ano de 2013.</p>
<p>21. Aumentar a taxa de cura de casos novos pulmonares bacilíferos de 64% para 68%.</p>	<p>57,5 %</p>	<p>Capacitação dos profissionais das UBS e CS para TDO compartilhado e busca de faltosos ao tratamento;</p>	<p>Até o final de 2012, com capacitação completada no início de 2013, contamos com 50,7% da Rede de Atenção Primária com o PMCT implementado.</p>
		<p>Realização de tratamento com Esquema Básico, através de Tratamento Diretamente Observado - TDO, a todos pacientes bacilíferos residentes em áreas de atuação das USF e aos portadores TBMR (Tuberculose Multiresistente) em qualquer unidade de saúde;</p>	<p>TDO em bacilíferos nos 76 serviços já capacitados e TDO compartilhado para TBMR em todos os serviços da rede.</p>
		<p>TDO às populações de maior vulnerabilidade: portadores do HIV/Aids, indígenas, população negra, população prisional, população em situação de rua, dependentes químicos e outros transtornos mentais;</p>	<p>Realizada.</p>

		Disponibilização de VT, lanche e/ou cesta básica mensal ao paciente durante o TDO;	Outra ação mantida e incrementada foi a disponibilização de vales transporte para os pacientes com suspeita ou em tratamento para tuberculose, especialmente para o Tratamento Diretamente Direcionado (TDO), a todas as unidades de tratamento. A aquisição de lanche e cestas básicas para os pacientes mais carentes que estão sendo tratados através de TDO está encaminhada, aguardando a liberação de recursos.
		Realização de busca ativa ao paciente faltoso em todas as unidades da rede ambulatorial.	Realizada regularmente.
22. Redução da taxa de abandono de 17% para 15% para pacientes que iniciarem tratamento até dezembro de 2012.	28,7 %	Idem as ações da meta 21	
23. Reduzir a taxa de óbito de tuberculose de 8% para 7% para pacientes que iniciarem tratamento até dezembro/2012.	7%	Idem as ações da meta 21.	
24. Reduzir o nº de casos de meningites tuberculosas para zero casos entre menores de 4 anos.	02 casos	Idem as ações da meta 21.	
		Vacinar RN com BCG no primeiro mês de vida conforme norma técnica do PNI;	Realizada.
		Incidir prioritariamente sobre as populações mais vulneráveis.	Realizada.

Considerações

Meta 19: Diagnosticar 80 % dos casos estimados de tuberculose a cada ano

O número de casos novos de tuberculose, de todas as formas clínicas, entre residentes no Município, no ano de 2012 foi de 1.490 pacientes dos 1.878 esperados, representando 79,3% da meta.

Tabela 93– Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre, ano 2012.

Gerência Distrital	2012	2011	Variação %	Meta	% Meta
Centro	199	239	-16,7	264	75,4
LENO	200	214	-6,5	249	80,3
NEB	188	186	1,1	204	92,2
NHNI	122	131	-6,9	144	84,7
GCC	146	165	-11,5	180	81,1
RES	103	87	18,4	105	98,1
SCS	170	157	8,3	204	83,3
PLP	362	401	-9,7	528	68,6
Total	1490	1580	-5,7	1878	79,3

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN Base de dados de 27/02/2013.
Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

A análise da descoberta de casos por região da cidade revela algumas disparidades. Todas Gerências Distritais, exceto as GD Centro e Partenon/Lomba do Pinheiro, atingiram a meta de descoberta de casos. Nestas duas regiões se concentram populações extremamente vulneráveis e de difícil acesso, população em situação de rua e população privada de liberdade, respectivamente.

Nas regiões onde o diagnóstico e o tratamento da tuberculose já foi descentralizado para as unidades da Atenção Primária, a descoberta de casos superou a meta.

A análise do coeficiente de incidência de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre, no ano de 2012, foi de 105,7 casos/100.000 habitantes e mostra importantes diferenças no risco de adoecimento segundo a raça/cor conforme apresentado abaixo na tabela 2. A raça negra e indígena apresenta um coeficiente de incidência bastante superior ao da raça branca.

Tabela 94– Coeficiente de incidência de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre, segundo raça/cor, ano 2012.

Raça / Cor	Pop POA IBGE 2010	2012	Incidência/ Raça (/100.000)
Branca	1.116.659	964	86,3
Negra	285.301	496	173,9
Indígena	3.308	6	181,4
Amarela	4.058	3	73,9
Ignorado		21	
Total	1.409.351	1490	105,7

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN / Base de dados de 27/02/2013 e IBGE 2010
Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

O estudo comparativo com os casos de 2011 mostra uma queda no número de casos registrados em todas as raças tabela acima.

Tabela 95- Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre, segundo raça/cor, ano 2012 em comparação com 2011.

Raça/Cor	2012	2011	Variação %
Branca	964	1031	-6,5
Negra	496	519	-4,4
Indígena	6	7	-14,3
Amarelo	3	3	0,0
Sem Informação	21	20	5,0
Total	1490	1580	-5,7

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN / Base de dados de 27/02/2013 e IBGE 2010
Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

O resultado geral de diagnóstico de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, com exame de escarro positivo, no ano de 2012, foi de 77% da meta, 868 pacientes registrados dos 1.127 esperados, igualando-se ao ano de 2011.

Na abaixo apresentamos o desempenho de cada Gerência Distrital na descoberta de casos de tuberculose pulmonar bacilífera no ano de 2012.

Tabela 96– Número de casos novos de tuberculose, formas pulmonar bacilífera, entre residentes em Porto Alegre, ano 2012.

Gerência Distrital	2012	2011	Variação %	Meta	% Meta
Centro	100	124	-19,4	221	45,2
LENO	121	109	11,0	121	100,0
NEB	97	104	-6,7	151	64,2
NHNI	52	65	-20,0	147	35,4
GCC	97	97	0,0	119	81,5
RES	64	45	42,2	76	84,2
SCS	100	95	5,3	153	65,4
PLP	237	228	3,9	139	170,5
Total	868	867	0,1	1127	77,0

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN Base de dados de 27/02/2013.
Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

Nas Gerências Distritais Centro, Norte/Eixo Baltazar Noroeste/Navegantes/Humaitá/Ilhas houve redução no registro de casos neste ano quando comparado com o ano de 2011. Ressaltamos o importante aumento no registro de casos nas GD Leste/Nordeste e Restinga/Extremo Sul, ambas já capacitadas e com diagnóstico e tratamento da tuberculose descentralizado. Este é um fato muito positivo, representando o empenho destas regiões na busca dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Novamente as GD Centro e Partenon/Lomba do Pinheiro, que concentram populações extremamente vulneráveis e de difícil acesso, população em situação de rua e população privada de liberdade respectivamente, apresentam dados bastante diferentes dos previstos. A GD Centro com o diagnóstico somente de 45,2% e a GD Partenon/Lomba do Pinheiro com diagnóstico de 170,5% dos casos inicialmente previstos, esta com grande variação em função do Sistema Prisional, que apresenta incidência de tuberculose de cerca de 5.200 casos/100 mil hab. A situação da GD Noroeste/Navegantes/Ilhas será motivo de avaliação em função da redução de 20% no diagnóstico de tuberculose pulmonar bacilífera.

A análise do coeficiente de incidência de tuberculose pulmonar bacilífera para residentes em Porto Alegre foi de 61,6 casos/100.000 habitantes. Novamente a análise segundo raça/cor mostra importantes diferenças, sendo mais que o dobro o risco de adoecimento nas raças negras e indígenas em comparação à raça branca, e está apresentada na tabela abaixo (tabela 83).

Tabela 97– Coeficiente de incidência de tuberculose, formas pulmonar bacilífera, entre residentes em Porto Alegre, segundo raça/cor, ano 2012.

Raça/Cor	Pop POA IBGE 2010	2012	Incidência/Raça (/100.000)
Branca	1.116.659	538	48,2
Negra	285.301	316	110,8
Indígena	3.308	3	90,7
Amarela	4.058	2	49,3
Ignorado		9	
Total	1.409.351	868	61,6

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN / Base de dados de 27/02/2013 e IBGE 2010
Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

A comparação entre os anos de 2011 e 2012 revela queda no registro de casos de tuberculose pulmonar bacilífera em todas as raças, exceto na raça negra, onde houve um aumento de 3,6%. (tabela 98)

Tabela 98- Número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, entre residentes em Porto Alegre, segundo raça/cor, ano 2012 em comparação com 2011.

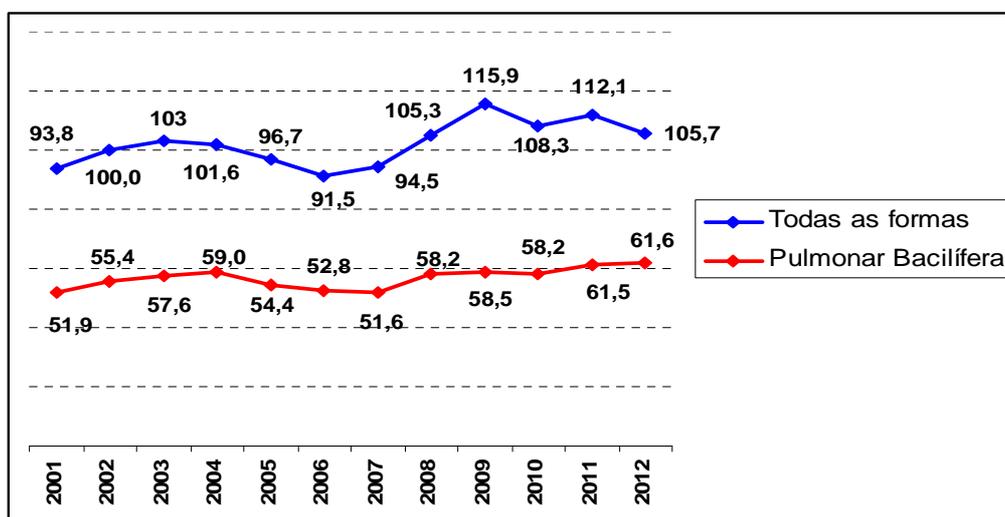
Raça/Cor	2012	2011	Varição %
Branca	538	540	-0,4
Negra	316	305	3,6
Indígena	3	6	-50,0
Amarela	2	3	-33,3
Sem Informação	9	13	-30,8
Total	868	867	0,1

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN / Base de dados de 27/02/2013 e IBGE 2010
Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

Em relação à população indígena, de alta vulnerabilidade, foi realizado Levantamento Epidemiológico na Aldeia Indígena Guarani, na Lomba do Pinheiro, com realização de Prova Tuberculínica e Raio X de tórax em todos os aldeados e baciloscopia de escarro aos sintomáticos respiratórios identificados. Como resultado deste levantamento, foi iniciado tratamento de Infecção Latente Tuberculosa (antiga quimioprevenção) em 16 índios e tratamento de tuberculose ativa em uma indígena, todos sob Tratamento Diretamente Observado.

No Gráfico 5 apresentamos a linha de tendência da incidência de tuberculose, todas as formas clínicas e forma pulmonar bacilífera, entre residentes em Porto Alegre, no período de 2001 à 2011.

Gráfico 5- Coeficiente de Incidência de tuberculose, todas as formas clínicas e forma pulmonar bacilífera, entre residentes em Porto Alegre, 2001 a 2011.



FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Uma ação que certamente contribuiu para tornar o exame de baciloscopia de escarro mais acessível à população, foi a abertura de 27 novos postos de coleta de escarro, totalizando 34 postos de coleta. Destes, 21 são em Unidades de Saúde da Família e UBS Rubem Berta, com coleta do material através de motoboy, 2 x na semana e 13 postos com coleta diária de material (quadro 37).

Quadro 37– Relação de serviços com coleta de escarro, 2x/semana e com coleta diária de escarro para baciloscopia.

Gerência	Serviços coleta 2x/semana	Serviços coleta diária
Centro	Sem definição de serviço	CS Modelo
		CS Santa Marta
LENO	USF Jardim Carvalho	CS Bom Jesus
	USF Milta Rodrigues	
	USF Jardim Protásio Alves	UBS Chácara da Fumaça
	USF Timbaúva	
NEB	UBS Rubem Berta	UBS Assis Brasil
	USF Asa Branca	
	USF Nova Gleba	
	USF Santo Agostinho	
RES	USF 5ª Unidade	UBS Restinga
	USF Paulo Viaro	UBS Belém Novo
SCS	USF Alto Erechim	UBS Camaquã
	USF Vila Nova Ipanema	UBS Nonoai
PLP	USF Esmeralda	UBS Panorama
	USF Ernesto de Araújo	
	USF Lomba do Pinheiro	
NHNI	USF Ilha dos Marinheiros	CS IAPI
	USF Mário Quintana	CS Navegantes
GCC	USF Jardim Cascata	UBS Glória
	USF Nª Srª das Graças	
	USF Santa Tereza	

FONTE: CGAPSES / Área Técnica de Pneumologia

A estimativa de prevalência de Sintomáticos Respiratórios (SR) na comunidade é de 1% da população geral. A meta do Ministério da Saúde é avaliar os SR estimados com 2 exames de baciloscopia de escarro para incrementar a descoberta de casos.

Na Tabela 99 apresentamos o número de baciloscopias de diagnóstico realizados pelos laboratórios públicos do Município, e a estimativa de SR examinados. Estes dados são provenientes de relatórios encaminhados ao LACEN/RS e dizem somente o nº de exames realizados, podendo não corresponder exatamente ao nº de pessoas examinadas. Além disso, os dados não estão disponíveis por município de residência, por isso é feita uma estimativa do percentual de exames que corresponderiam a residentes em Porto Alegre. Esta estimativa foi pactuada com o LACEN/RS e leva em conta o perfil de atendimento dos hospitais em relação à tuberculose. No entanto, este é o único dado existente, pois não há sistema de informação específico para esta finalidade no Brasil.

Tabela 99– Número de baciloscopias de diagnóstico realizadas por laboratórios públicos e estimativa de sintomáticos respiratórios examinados

Laboratório	Nº Total Baciloscopia Diagnóstico Amostra	se de 1ª	% Estimado de Residentes em Porto Alegre	Nº de Sintomáticos Respiratórios Avaliados
CS Vila dos Comerciários	4.645		100	4.645
Presídio Central	1472		100	1.472
Hospital Sanatório Partenon	1763		80	1.410
HNSC	3.782		70	2.647
HCPA	2.993		70	2.095
H Vila Nova	2674		70	1.872
H Santa Casa	1122		70	785
H São Lucas da PUC	993		70	695
Total	19.444			15.622
Meta (1% da população)	14.095		% Atingido da Meta	111

FONTE: Informe Mensal de Baciloscopias / LACEN/RS

No ano de 2012, onde o Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) foi descentralizado, nas Gerências Distritais Restinga/Extremo Sul, Leste/Nordeste, Glória/Cruzeiro/Cristal e Centro, foi pactuada a meta de avaliação de SR com os serviços de saúde capacitados, totalizando 76 serviços (50,7%) da Atenção Primária. Este processo foi finalizado no início de 2013. Portanto, é a partir deste ano que se espera um maior incremento do diagnóstico de casos nestas regiões.

Meta 20: Iniciar tratamento em 100% dos casos diagnosticados de tuberculose em 2012.

Não existe sistema de informação que forneça este dado. Não há como a CGVC/EVDT/TB avaliar se os pacientes que foram identificados com baciloscopia positiva vincularam para tratamento na unidade de saúde de referência. No ano de 2012 foram realizadas 19.444 baciloscopias de diagnóstico, sendo 2.007 exames positivos. Atualmente, a única forma seria realizar uma avaliação manual, caso a caso.

Diversas atividades, no entanto, estão sendo realizadas para atingir esta meta como foi apresentado no quadro das metas.

Meta 21: Aumentar a taxa de cura de casos novos pulmonares bacilíferos de 64% para 68%.

Entre as estratégias adotadas para aumentar a adesão ao tratamento da tuberculose, com o conseqüente aumento da taxa de cura da doença, está a descentralização do diagnóstico e tratamento da tuberculose para a rede de atenção primária, com a ampliação do Tratamento Diretamente Observado (TDO), com Esquema Básico de Tratamento. Até o final de 2012, com capacitação completada no início de 2013, contamos com 50,7% da Rede de Atenção Primária com o PMCT implementado.

No entanto, na análise do banco do SINAN pela CGVS/EVDT/TB, a taxa de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diminuiu de 66% na coorte do ano de 2010 para 57,4% no ano de 2011, uma redução de 13%. (tabela 87).

Tabela 100– Taxa de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, residentes em Porto Alegre, coorte de 2011

Gerência Distrital	2011	2010	Varição
Centro	48,4	61,8	-21,7%
LENO	48,6	64,8	-24,9%
NEB	64,4	63,6	1,2%
NHNI	72,3	70	3,3%
GCC	53,6	64,6	-17,0%
RES	48,9	78,4	-37,7%
SCS	58,9	70,1	-15,9%
PLP	61,8	64,2	-3,6%
Total	57,4	66,0	-13,0%

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN Base de dados de 27/02/2013.
Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN

Meta 22: Redução da taxa de abandono de 17% para 15% para pacientes que iniciarem tratamento até dezembro de 2012.

A análise da coorte de tratamento do ano de 2011 revelou um abandono de 28,6%, quando a meta do MS é de que a taxa de abandono não supere 5%. Houve uma piora de 44,2% neste resultado. (tabela 101)

Tabela 101– Taxa de abandono de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, residentes em Porto Alegre, coorte de 2011.

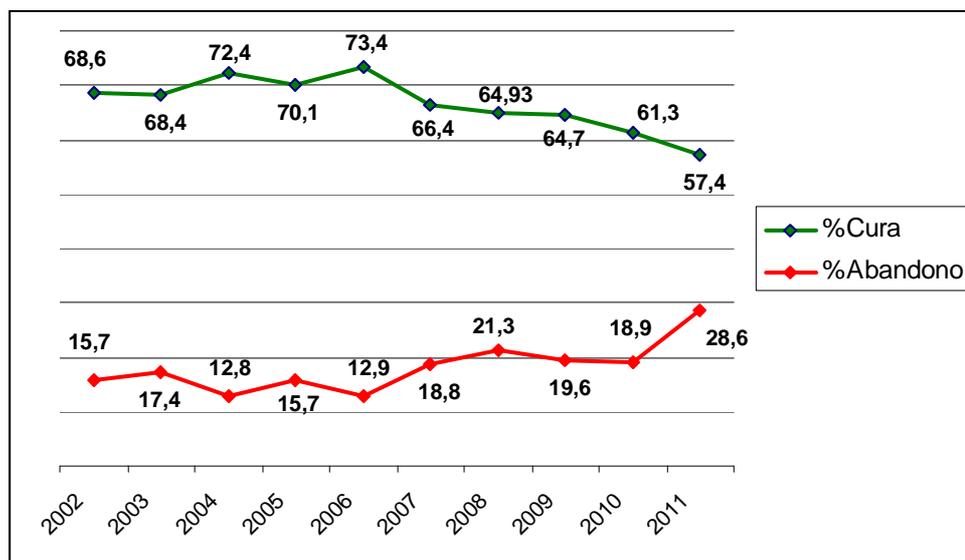
Gerência Distrital	2011	2010	Varição
Centro	33,1	24,7	33,8
LENO	39,4	26,7	47,9
NEB	24,0	20	20,2
NHNI	16,9	17,1	-1,3
GCC	34,0	22,8	49,3
RES	26,7	21,6	23,7
SCS	26,3	20,6	27,7
PLP	25,4	13,7	85,5
Total	28,6	19,8	44,2

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN Base de dados de 27/02/2013.

Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN

No Gráfico 2, apresentamos a linha de tendência das taxas de cura e de abandono do ano 2002 ao ano 2011.

Gráfico 6– Linha de tendência das taxas de cura e de abandono das coortes de tratamento do ano 2002 ao ano 2011



FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN Base de dados de 27/02/2013.

Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN

Os resultados da coorte nos surpreenderam, pois obtivemos um resultado negativo apesar de todos os esforços empregados para aumentar a taxa de cura e reduzir a taxa de abandono de tratamento. Uma análise preliminar aponta para o aumento do consumo de álcool e, especialmente, de drogas ilícitas, como os principais determinantes destes resultados. Ressaltamos que a incidência da tuberculose e os resultados do tratamento são fortemente influenciados pelos determinantes sociais. Assim, onde são altas a incidência de HIV/Aids, o consumo de álcool e outras drogas, associados às questões econômicas, também é alta a incidência de tuberculose e piores os resultados do tratamento, com baixa taxa de cura e elevadas taxas de abandono e de óbito.

Lembramos que a coorte de tratamento de um ano somente é encerrada em setembro do ano seguinte, segundo rotina da OMS.

Para avaliar os resultados obtidos na coorte de 2011, estamos desenvolvendo um estudo operacional de todos os casos de abandono e óbito para identificação dos principais fatores responsáveis e quais as intervenções necessárias para melhoria da taxa de cura da doença.

Em relação às populações mais vulneráveis, uma ação estabelecida no decorrer do ano de 2012, foi a implantação de rotina de identificação e avaliação de sintomáticos respiratório entre a população em situação de rua, com coleta sistemática de escarro para baciloscopia nos abrigos e albergues da FASC. Foram estabelecidas referências e fluxos claros entre os equipamentos da FASC e as unidades da rede da SMS, para atendimento de casos suspeitos ou confirmados de tuberculose. Uma ação estratégica para esta população, altamente vulnerável para adoecimento por tuberculose, foi a criação de uma rede para acompanhamento destes casos na GD Centro, que concentra o maior percentual de população em situação de rua, composta por representantes da GD, dos serviços da rede, do CR TB Centro, da Equipe da Saúde Mental, da FASC e dos Hospitais Sanatório Partenon e Vila Nova, os dois hospitais de referência para internação de tuberculose no Município. Estas reuniões ocorrem a cada dois meses e buscam discutir as dificuldades encontradas e montar estratégias para aumentar a adesão ao tratamento da tuberculose nesta população.

Meta 23: Reduzir a taxa de óbito de tuberculose de 8% para 7% para pacientes que iniciarem tratamento até dezembro/2012.

Na coorte de tratamento de 2011, a taxa de óbito, todas as causas, identificada foi de 7% , com 61 óbitos entre pacientes que iniciaram tratamento para tuberculose. Em 2010 a taxa de óbito havia sido de 9,6%, 79 óbitos, uma redução de 26,4%, tendo sido atingida a meta proposta. (tabela 102)

Tabela 102– Taxa de óbito de todas as causas entre casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, residentes em Porto Alegre, coorte de 2011.

Gerência Distrital	2011	2010	Varição
Centro	11,3	12,4	-8,6
LENO	4,6	9,5	-51,9
NEB	7,7	17,3	-55,5
NHNI	9,2	10	-7,7
GCC	5,2	10,1	-49,1
RES	13,3	2,0	565
SCS	12,6	9,3	36,2
PLP	2,2	6,2	-64,6
Total	7,0	9,6	-26,4

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN Base de dados de 27/02/2013.

Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN

Na qualificação da análise dos óbitos ocorridos entre portadores de tuberculose, através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), é possível calcular o coeficiente de mortalidade por tuberculose, apresentados abaixo na Tabela 103 e Gráfico 7. No ano de 2011 foram registrados 53 óbitos atribuídos à tuberculose entre residentes em Porto Alegre, com um coeficiente de mortalidade de 4,7/1.000 óbitos. O número de óbitos entre os dois sistemas de informação, SINAN e SIM, não coincide, pois os óbitos da coorte de tratamento referem-se ao desfecho daqueles que iniciaram tratamento e os óbitos registrados no SIM referem-se ao estudo realizado em todas as declarações de óbito registrados entre residentes no Município.

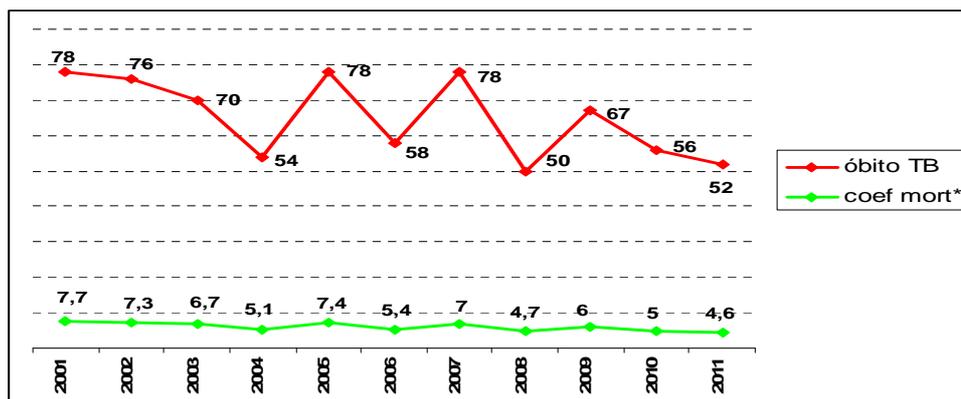
Tabela 103– Coeficiente de mortalidade por tuberculose, entre residentes em Porto Alegre, ano de 2011.

Ano	Óbito TB	Óbitos total	Coef mortalidade*
2001	78	10176	7,7
2002	76	10407	7,3
2003	70	10401	6,7
2004	54	10497	5,1
2005	78	10576	7,4
2006	58	10661	5,4

2007	78	11104	7,0
2008	50	10716	4,7
2009	67	11142	6,0
2010	56	11313	5,0
2011	53	11168	4,7

FONTE: SIM / CGVS / 27/02/12 */1.000 óbitos

Gráfico 7– Nº de óbitos e Coeficiente de mortalidade por tuberculose, entre residentes em Porto Alegre, anos 2001 a 2011.

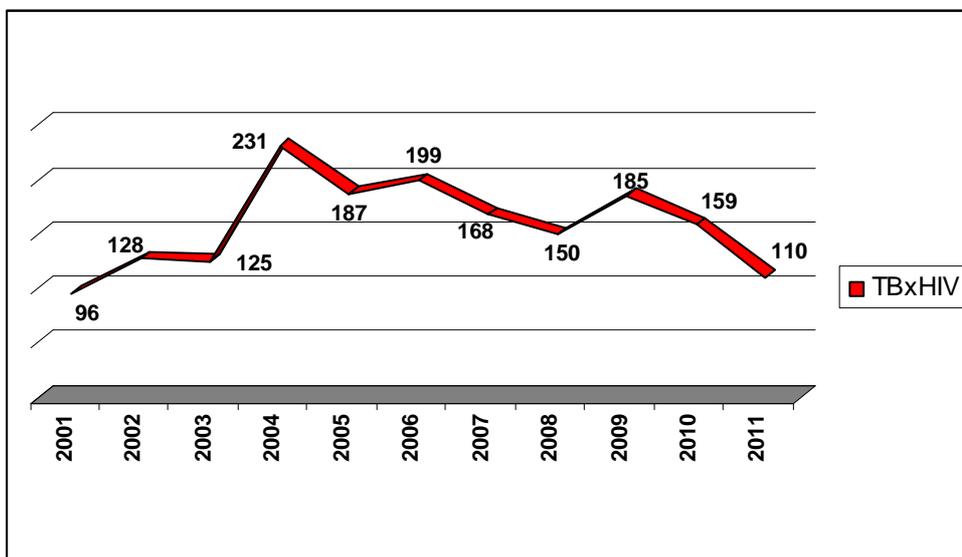


FONTE: SIM / CGVS / 27/02/12 */1.000 óbitos

Na análise dos 454 óbitos entre portadores de Aids no ano de 2011, a coinfeção com TB estava presente em 24,23% deles (110 óbitos), com um coeficiente de mortalidade de 9,5/1.000 óbitos.

No total dos óbitos, a tuberculose esteve presente como causa principal ou associada, em 163 óbitos, sendo 67,5% destes entre portadores da coinfeção TBxAids. Ao longo da última década, observamos uma redução do nº de óbitos entre portadores da coinfeção TBxHIV, um dado extremamente positivo. (gráfico 8).

Gráfico 8– Nº de óbitos pela coinfeção TBxHIV, entre residentes em Porto Alegre, anos 2001 a 2011



FONTE: SIM / CGVS / 27/02/12

Meta 24: Reduzir o nº de casos de meningites tuberculosas para zero casos entre menores de 4 anos.

No ano de 2011 foi registrado um caso de meningite tuberculose entre menores de 4 anos. Em 2012 foram registrados dois caso de meningite tuberculose em crianças menores de 4 anos, 01 na GD Leste/Nordeste e 01 caso na GD Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilha, ambos com HIV negativo. (Tabela 14)

Quadro 38– Número de casos de Meningite Tuberculose entre menores de 4 anos, residentes em Porto Alegre, no período de 2001 à 2012.

Ano	0 a 4 anos
2001	2
2002	0
2003	2
2004	3
2005	0
2006	1
2007	6
2008	4
2009	1
2010	3
2011	1
2012	2

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN Base de dados de 27/02/2013.
Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN

10.1.7 Dengue

Tabela 104 – 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 - PAS 9 Pacto pela Vida – prior IV – 8		Meta PAVS/ SISPACTO/ PAS	2012	2011	Variação %
Casos	Notificado	NP	135	301	-55,15
	Investigado		135	301	-55,15
	Confirmado		25	48	-47,92
	% da meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	
Casos Graves PAVS 21	Notificado	100%	0	0	-
	Investigado		0	0	-
	Confirmado		0	0	-
	% da meta atingida		-	-	-
Óbitos/Letalidade e PAVS 21 Pacto pela Vida prior IV -8 PAS 9	Notificado	Investigação 100% - PAVS e 1,9 % de letalidade (SISPACTO) e PAS manter taxa abaixo de 1%	0	0	-
	Investigado		0	0	-
	Confirmado		0	0	-
	% da meta atingida		-	-	-

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

No ano de 2011, entre os 301 casos notificados e investigados, foram identificados 11 casos de dengue autóctones na Capital. Já no ano seguinte, 2012, não houve a detecção de casos autóctones em Porto Alegre.

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

Realização de Pesquisa Vetorial Especial (PVE)

A Pesquisa Vetorial Especial é realizada quando é repassada ao NVRV a notificação de um caso suspeito de dengue pela EVDT. Em períodos epidêmicos, a PVE é realizada quando se trata de caso importado ou que está em área sem circulação viral.

Tabela 105– Acompanhamento de casos notificados e PVEs realizadas.

Casos	2012	2011	Varição%
Notificados	127	289	-56,06
Com PVE	24	115	-79,13
Sem PVE	103	174	-40,80

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

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

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

Tabela 106– Produção do Laboratório de Entomologia Médica – Dengue

Laboratório de Entomologia Médica	2012	2011	Varição %
Número total de amostras	2.580	3.029	-14,82
Número de espécimes de <i>Ae. aegypti</i>	11.394	7.919	43,88
Número de espécimes de <i>Ae. albopictus</i>	989	1.580	-37,41
Número de espécimes de outras espécies	5.689	8.044	-29,28

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

Tabela 107– Visitas domiciliares – controle de vetores – Somente dengue.

Imóveis inspecionados	2012	2011	Varição%
Residenciais	159.600	182.708	-12,65
Comerciais/ outros	46.028	42.153	9,19
Terrenos baldios	3.432	3.357	2,23
Total (PAVS 340.000 imóveis no ano)	209.061	230.057	-9,13
Fechados/ recusados	132.318	149.577	-11,54
Depósitos eliminados	129.865	81.113	60,10
Bairros visitados*	130	107	21,50

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

Implantação do Monitoramento Inteligente da Dengue – MI Dengue

Em outubro, iniciou-se a implantação do sistema de Monitoramento Inteligente da Dengue – MI Dengue, da empresa ECOVEC, de Belo Horizonte. Foram colocadas 714 armadilhas em 23 bairros de Porto Alegre, selecionados pelo critério de vulnerabilidade e risco de infestação do mosquito *Aedes aegypti*.

Essas armadilhas capturam a fêmea adulta e são vistoriadas semanalmente. Os agentes de combate a endemias realizam a identificação do mosquito no local e enviam por celular as informações sobre a vistoria. Os resultados são disponibilizados on-line para os gestores do Controle Operacional da Dengue, permitindo verificar os níveis de infestação nas diferentes áreas da cidade.

É gerado um Índice Médio de Fêmeas de *Aedes aegypti* (IMFA), que mostra a situação de infestação da cidade a cada semana epidemiológica.

Além dessas informações, a tecnologia permite que se realize, nos mosquitos *Aedes aegypti* coletados nas armadilhas, a identificação da presença ou não do vírus da dengue.

Dessa forma, é possível verificar se existem áreas com circulação viral na cidade, permitindo antecipar a ocorrência de casos humanos de dengue.

Controle Químico

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

Tabela 108– Aplicações de Inseticida.

Aplicações de Inseticida (nº de imóveis)	2012	2011	Variação %
Peridomiciliar	2.850	5.088	-43,99
A partir da via pública	0	8.710	-

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

10.1.8 Hanseníase

Tabela 109– Relação dos casos notificados, investigados, confirmados e proporção de cura para hanseníase.

Notificar e investigar imediatamente casos novos Hanseníase Pacto pela Vida – prior IV – 9 - PAS 8		Meta SISPACTO/ PAS	2012	2011	Variação %
Nº. Casos Novos	Notificado	NP	10	8	25,00
	Investigado		10	8	25,00
	Confirmado		10	8	25,00
	% Investigado		100,00	100,00	-
Proporção de casos curados dentre os casos diagnosticados	Nº. casos curados	SISPACTO/PAS 85% de cura	4	16	-75,00
	Coorte ¹		6	17	-64,71
	Percentil atingido		66,66	94,12	-29,18
	% da meta atingida		Meta não atingida	Meta atingida	-

FONTE: EVDT/CGVS/SINAN NET
Dados até 28/02/2013 sujeitos à revisão

Os casos novos notificados em 2012 comparativamente a 2011 demonstram aumento no diagnóstico dos casos paucibacilares de 1 para 4 (diagnóstico mais precoce) e redução nos casos multibacilares de 8 para 6 (diagnóstico tardio/formas mais graves).

A meta de 85% de cura não foi atingida, pois na coorte de 2012 foi registrado um caso de abandono de tratamento, e uma transferência do paciente para outro país, como o número de casos de Hanseníase é baixo, qualquer intercorrência interfere no percentual de cura.

10.2 Ações e Serviços em Vigilância Sanitária

Quadro 39– Metas anuais constantes na PAS 2012.

Metas	Realizado das Metas	Ações	Realizado das Ações
12. Investigar 100% de casos suspeitos de raiva em razão de morcegos caídos ou adentrados em residências. (PAVS 84 (NVPA))	Meta atingida.	Mapeamento e reconhecimento de área.	Todos os casos suspeitos foram investigados (47) e todas as amostras recebidas e recolhidas foram encaminhadas para análise.
		Criação de fluxo de informação interna e externa sobre procedimentos realizados sobre suspeita de raiva.	Em planejamento, para publicação no Portal de Gestão.
13. Realizar bloqueio vacinal anti-rábico em cães e gatos em 100% dos casos de positividade de raiva em morcegos, herbívoros, cães ou gatos. (NVPA)	Meta atingida.	Vacinar 100% dos cães e gatos em um raio de (300 metros em área urbana e 500 metros em área rural) para cada caso positivo;	Realizada. Houve dois casos positivos durante o ano de 2012 e os bloqueios foram realizados em ambos.
		Mapeamento e reconhecimento de área.	Rotina de trabalho.
30. Licenciamento e fiscalização 100% das empresas que solicitarem autorização de Funcionamento de Empresa, de acordo com o protocolo de fiscalização.	Meta atingida.	Inspeção das empresas existentes, por ocasião da renovação do alvará de saúde;	Rotina de trabalho da equipe.

		Atendimento das reclamações sobre empresas que comercializam saneantes ilegalmente;	Rotina de trabalho da equipe
		Inspeção todas as empresas que encaminharemos solicitação de autorização de funcionamento de empresa da ANVISA;	Rotina de trabalho da equipe
		Inspeccionar toda empresa que solicitar alteração de endereço na AFE;	Rotina de trabalho da equipe
		Renovação do licenciamento das empresas existentes no município.	Rotina de trabalho da equipe
31. Inspeccionar 50% de serviços de imagem (mamografia) em funcionamento.	Meta atingida.	Avaliação Documental e inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial;	Rotina de trabalho da equipe
		Inspeção dos serviços de imagem em funcionamento;	Rotina de trabalho da equipe
		Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe
32. Inspeccionar 100% dos serviços de radioterapia que solicitarem alvará inicial de saúde e demais solicitações.	Meta atingida.	Avaliação documental e inspeção Sanitária em 100% das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações.	Rotina de trabalho da equipe
		Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe
33. Inspeccionar 100% dos serviços de quimioterapia que solicitarem alvará inicial de saúde. (EVSIS) N 26 PAVS 34 E SANITÁRIA CIB 250/07)	Meta atingida. O N passa a ser 26 a partir de dezembro de 2012, devido ao encerramento das atividades do Instituto Kaplan dentro do Hospital Militar.	Avaliação documental e inspeção sanitária nas solicitações de alvará inicial;	Rotina de trabalho da equipe.
		Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe.

<p>34. Inspeccionar 100% dos laboratórios clínicos hospitalares. (EVSIS) N 16 PAVS SANITÁRIA CIB 250/07)</p>	<p>Meta atingida.</p>	<p>Avaliação documental e inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;</p>	<p>Rotina de trabalho da equipe.</p>
		<p>Atendimento das reclamações.</p>	<p>Rotina de trabalho da equipe.</p>
<p>35. Inspeccionar 100% de hospitais gerais. (Inspeccionar 100% dos hospitais gerais, inclusive com unidades de internação pediátrica e obstetra. (EVSIS) N 13 PAVS SANITÁRIA CIB 250/07)</p>	<p>Meta atingida.</p> <p>Retificamos o número de vitorias do 1º quadrimestre/2012 para 04.</p>	<p>Avaliação documental e Inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;</p>	<p>Rotina de trabalho da equipe.</p>
		<p>Atendimento das reclamações.</p>	<p>Rotina de trabalho da equipe.</p>
<p>36. Inspeccionar 100% dos hospitais infantis. (Inspeccionar 100% dos hospitais infantis com e sem UTI neonatal e pediátrica. (EVSIS) N 3 PAVS SANITÁRIA CIB 250/07)</p>	<p>Meta atingida.</p> <p>A cidade de Porto Alegre tem três Serviços de Hospital Infantil: HMIPV, HCC (Hospital da Criança Conceição) e HCSA (Hospital da Criança Santo Antônio), sendo que o HMIPV também é contemplado no indicador Serviço Hospitalar de Atenção ao Parto e a Criança.</p>	<p>Avaliação documental e inspeção sanitária em das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;</p>	<p>Rotina de trabalho da equipe.</p>
		<p>Atendimento das reclamações.</p>	<p>Rotina de trabalho da equipe.</p>
<p>37. Inspeccionar 100% de hospitais maternidade. Inspeccionar 100% dos hospitais maternidade com e sem UTI materna inspeccionados.</p>	<p>Porto Alegre não possui hospital exclusivamente maternidade, sendo que muitos Serviços</p>	<p>Avaliação documental e Inspeção sanitária, das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;</p>	<p>Rotina de trabalho da equipe.</p>

(EVSIS) PAVS SANITÁRIA CIB 250/07)	Hospitalares Gerais prestam esse serviço. Portanto, não é possível realizar essa medição, uma vez que não existe estabelecimento com essas características. Em anos anteriores, foram contemplados nesse indicador o HMIPV e Hospital Fêmeina, mas entendeu-se que os mesmos exercem outros serviços de atenção à saúde, não exclusivos ao que o indicador preconiza.	Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe.
38. Inspeccionar 100% de serviços de hemocentro. (EVSIS) N 1 PAVS 36 e SANITÁRIA CIB 250/07	Meta atingida.	Avaliação documental e inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações.	Rotina de trabalho da equipe.
39. Inspeccionar 100 % de serviços de núcleo de hemoterapia. (Inspeccionar 100% dos serviços de núcleo de hemoterapia. (EVSIS) N 07 PAVS 36 e SANITÁRIA CIB 250/07)	Meta atingida.	Avaliação documental e inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;	Rotina de trabalho da equipe.
		Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe.
40. Inspeccionar 100% de serviços de unidade de coleta e transfusão. (EVSIS) N 1 PAVS 36 e SANITÁRIA CIB 250/07)	Meta atingida.	Avaliação documental e inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;	Rotina de trabalho da equipe.
		Atendimento das reclamações	Rotina de trabalho da equipe.
41. Inspeccionar 100% de serviços de centro de triagem laboratorial de doadores. (EVSIS) N1 PAVS 36 e SANITÁRIA CIB 250/07)	Meta atingida.	Avaliação documental e inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;	Rotina de trabalho da equipe.
		Atendimento das reclamações.	Rotina de trabalho da equipe.
42. Inspeccionar 100% de cozinhas hospitalares.	Meta atingida. A EVA pactuou	Avaliação documental;	Rotina de trabalho da equipe.

	<p>vistoria em 100% das cozinhas hospitalares por entender que o público a qual se destina à alimentação produzida é extremamente vulnerável, uma vez que já se encontram hospitalizados, e, na sua grande maioria, debilitados. Nesse caso, a alimentação é fator relevante durante o tratamento dessas pessoas.</p>	<p>Inspeção sanitária das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;</p>	<p>Rotina de trabalho da equipe.</p>
		<p>Atendimento das reclamações.</p>	<p>Rotina de trabalho da equipe.</p>
<p>43. Investigar 100% dos surtos alimentares notificados.</p>	<p>Meta atingida. Informamos que os 49 surtos notificados foram investigados pela EVA.</p>	<p>Investigação epidemiológica e inspeção sanitária, em 100 % dos surtos notificados;</p>	<p>Rotina de trabalho da equipe.</p>
	<p>Algumas dessas notificações(4) não puderam ser concluídos devido as informações de contato com os envolvidos serem imprecisas (telefones errados) ou ser constatado não se tratar de surto de DTA.</p>	<p>Atendimento das reclamações.</p>	<p>Rotina de trabalho da equipe.</p>
<p>44. Inspeccionar 100% das Estações de Tratamento de Água do DMAE.</p>	<p>Meta atingida.</p>	<p>Inspeção de área física e de boas práticas nas sete ETAs;</p>	<p>Rotina de trabalho da equipe.</p>
		<p>Avaliação documental.</p>	<p>Rotina de trabalho da equipe.</p>
<p>45. Fiscalizar 100% das solicitações de licença para funcionamento das estações de Rádio Base.</p>	<p>Meta atingida. Fiscalizadas 21 solicitações de licença para funcionamento das Estações de Rádio Base.</p>	<p>Inspeção em 100% dos pedidos de instalação.</p>	<p>Rotina de trabalho da equipe.</p>
		<p>Participação dos grupos técnicos que emitem parecer sobre ERB's (câmara técnica de ERB's do COMAM e CAUAE).</p>	<p>Rotina de trabalho da equipe.</p>

46. Implantar a Vigilância em saúde ambiental em 33% das comunidades indígenas. (NVPA)	Meta atingida (44,44%).	Realização de visitas nas comunidades;	40% das comunidades visitadas.
	Implantada a vigilância em 4 comunidades indígenas em 2012.	Levantamento das necessidades em saúde ambiental das comunidades indígenas.	Realizado em 40 % das comunidades.
47. Inspeccionar 100% de serviços de Agência transfusional de doadores. (EVSIS) N 12 PAVS 36 e SANITÁRIA CIB 250/07)	Meta atingida.	Avaliação documental e inspeção sanitária, das solicitações de alvará inicial e das demais solicitações;	Rotina de trabalho da equipe.
		Encaminhamento para investigação das reclamações recebidas.	Rotina de trabalho da equipe.
48. Manter a fiscalização dos ambientes livres do tabaco em 100% das inspeções nos ambientes de interesse a saúde.	Meta atingida.	Vistoria nos estabelecimentos de ambientes de interesse a saúde.	Rotina de trabalho da equipe.

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

Núcleo de Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde – NVPIS

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

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

Tabela 110– Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas na NVPIIS.

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta PAVS/ SISPACTO/ CIB	2012	2011*	Varição %
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	97	40	142,50
	Atendidas		88	26	238,46
	% atendidas em relação às recebidas		90,72	65,00	39,57
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		68	28	142,86

FONTE: Banco de dados do NVPIIS/CGVS

*Dados a partir do segundo trimestre de 2011

Fiscalizações e atendimento a denúncias

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

Tabela 111– Dados de fiscalização.

Indicador	2012	2011	Varição %
Número de vistorias / inspeções realizadas	627	308	103,57
Nº Notificações Lavradas	190	93	104,30
Nº Autos de Infração Exarados	35	50	-30,00
Interdições / suspensão de Atividades	4	12	-66,67

FONTE: Banco de dados NVPIIS/ CGVS/ SMS

Quadro 40– Quantidades de produtos apreendidos e inutilizados quadrimestre

	Produtos Apreendidos		Observações Específicas
	2012	2011	
Quilos	-	-	Durante ano de 2012, no terceiro quadrimestre foram realizadas apreensões de produtos de interesse a saúde quais sejam: - Medicamentos apreendidos em drogaria, por não terem comprovação de origem;
Unidade	449	-	- Cosméticos apreendidos em salão de beleza para monitoramento de qualidade;
Litros	-	-	- Correlatos apreendidos em distribuidora por não ter AFE.

FONTE: Banco de dados NVPIIS/ CGVS/ SMS

Todas as inspeções foram realizadas em atendimento as denúncias oriundas do 156 ou da própria ANVISA.

Tabela 112– Meta constante na PAS da Equipe de Serviços de Interesse à Saúde - EVPIS

Cadastrar, inspecionar e licenciar o comércio de saneantes N 20 - PAS 30		Meta Pactuada	2012	2011	Variação %
Nº Indústrias	Fiscalizadas	Licenciar e fiscalizar 100% das empresas que solicitarem autorização de funcionamento do comércio de Saneantes (distribuidoras, importadoras, exportadoras e transportadoras), que solicitarem alvará sanitário e se houver denúncia.	20	11	81,81%
	Licenciadas		20	7	185,71%

FONTE: Banco de dados do NVPIIS/CGVS

Tabela 113– Cadastro inspeção e licenciamento de indústrias

Cadastrar, inspecionar e licenciar as indústrias de cosméticos e saneantes e reembaladoras. N 11 CIB 250/07		Meta Pactuada	2012	2011	Variação %
Nº indústrias	Fiscalizadas	Licenciamento e fiscalização de 100% da indústria de Saneantes e cosméticos (que solicitarem alvará sanitário e/ ou se houver denúncias)	11	0	-
	Licenciadas		4	0	-

Fonte: Banco de dados do NVPIIS/CGVS

* Esta atividade não havia sido repassada ao município

O licenciamento das indústrias de saneantes passou a ser de competência municipal a partir do ano de 2012.

Tabela 114 - Cadastro inspeção, monitoramento e licenciamento das drogarias.

Cadastrar, inspecionar, monitorar e licenciar as drogarias. N 542 - CIB 250/07		Meta CIB	2012	2011	Variação %
Nº drogarias	Inspecionadas	Inspeccionar 20% das drogarias.	93	84	10,71%
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		108	108	-
	% meta atingida		Meta não atingida	Meta não atingida	-
Nº reclamações / denúncias	Recebidas	Atender 70% das reclamações recebidas	53	21	152,38
	Atendidas		41	10	310,00
	% atendidas em relação às recebidas		77,36	47,62	62,45
	% meta atingida		Meta atingida	Meta não atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		37	15	146,67

FONTE: Banco de dados do NVPIIS/CGVS

Tabela 115 – Cadastro inspeção, monitoramento e licenciamento das farmácias de manipulação

Cadastrar, inspecionar, monitorar e licenciar as farmácias de manipulação. N 150 - CIB 250/07		Meta CIB	2012	2011	Variação %
Nº farmácias de manipulação	Inspecionadas	Inspecionar 30% das Farmácias de Manipulação	29	45	-35,56
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		45	45	-
	% meta atingida		Meta não atingida	Meta atingida	-
Nº reclamações/denúncias	Recebidas	Atender 100% das reclamações.	9	5	80,00
	Atendidas		5	2	150,00
	% atendidas em relação às recebidas		55,55	40,00	38,87
	% meta atingida		Meta não atingida	Meta não atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		9	5	80,00

FONTE: Banco de dados do NVPIIS/CGVS

Tabela 116– Cadastro inspeção e licenciamento dos Serviços de Nutrição Parental (Farmácia Hospitalar com preparo de nutrição)

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

FONTE: Banco de dados do NVPIIS/CGVS

Tabela 117– Cadastro inspeção e licenciamento de Serviços de Nutrição Parental (Farmácia Hospitalar)

Cadastrar, inspecionar e licenciar – Serviços de Nutrição Parental (farmácia hospitalar) - N 21 - CIB 250/07		Meta CIB	2012	2011*	Variação %
Nº drogarias	Inspecionadas	Inspecionar 100% serviços de nutrição parenteral (farmácia hospitalar).	3	16	-81,25
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		21	21	-
	% meta atingida		Meta não atingida	Meta não atingida	-

Nº reclamações/denúncias	Recebidas	Atender 100% das reclamações	0	0	-
	Atendidas		0	0	-
	% atendidas em relação às recebidas		-	-	-
	% meta atingida		-	-	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		-	-	-

FONTE: Banco de dados do NVPIIS/CGVS

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

Tabela 118– Cadastro inspeção e licenciamento de distribuidoras e transportadores

Cadastrar, inspecionar e licenciar as distribuidoras e transportadoras de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos. N 76 - CIB 250/07		Meta CIB	2012	2011	Variação %
Nº distribuidoras e transportadoras	Inspecionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	51	20	155%
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		53	53	-
	% meta atingida		Meta atingida	Meta não atingida	-

FONTE: Banco de dados do NVPIIS/CGVS

Tabela 119- Cadastro, inspeção e licenciamento de importadoras e fracionadoras

Cadastrar, inspecionar e licenciar as importadoras e fracionadoras de insumos farmacêuticos e medicamento. N 4 CIB 250/07		Meta CIB	2012	2011*	Variação %
Nº distribuidoras e transportadoras	Inspecionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	1	-	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		3	-	-
	% meta atingida		Meta não atingida	-	-

FONTE: Banco de dados do NVPIIS/CGVS

*Esta atividade não havia sido repassada ao município

O cadastro e licenciamento de importadoras e fracionadoras de insumos farmacêuticos iniciou em 2012, com acompanhamento do CEVS, em processos estaduais de renovação de alvará. Somente uma empresa foi inspecionada conjuntamente e teve seu alvará renovado pelo município. As demais empresas foram inspecionadas somente pelo Estado.

Tabela 120– Cadastro, inspeção e licenciamento de empresas controladoras de pragas.

Cadastrar, inspecionar e licenciar as empresas controladoras de pragas N 4 - CIB 250/07		Meta CIB	2012	2011	Varição %
Nº empresas	Inspeccionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	23	-	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		3	-	-
	% meta atingida			-	-

FONTES: Banco de dados do NVPIS/CGVS

Temos cadastradas as empresas que entraram com solicitação de alvará. As demais vistorias são reinspeções e atendimento a denúncias sobre controladoras de pragas que no final não se configuraram como empresa que pudessem ser cadastradas.

Núcleo de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde – NVSIS

A Equipe de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde realiza ações de regulação e fiscalização nos estabelecimentos assistenciais de saúde, localizados em Porto Alegre. Busca a adequação destes estabelecimentos às normas sanitárias municipais, estaduais e federais, visando à proteção e manutenção da saúde da população. Estão contidos no universo de ação desta equipe os estabelecimentos nos quadros abaixo.

Fiscalizações e atendimento a denúncias

Tabela 121– Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas na EVSIS.

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. (CIB 250)			2012	2011	Varição %
Nº. de Reclamações e Denúncias	Total recebidas	Meta PAVS/ SISPACTO/ CIB	366	316	15,82
	Atendidas		413	175	136,00
	% atendidas em relação às recebidas		112,84	55,38	103,76
	% meta atingida		Meta atingida	Meta não atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		257	222	15,77

FONTES: Banco de Dados EVSIS/CGVS.

As denúncias e demais solicitações de fiscalização são recebidas através do Ministério Público, da Delegacia de Polícia de Proteção ao Idoso, CREMERS, COREN, ANVISA e do Sistema Fala Porto Alegre (telefone 156). As reclamações e

denúncias foram agrupadas em um só banco de dados a partir desse quadrimestre, pois, ao integrar-se ao Fala Porto Alegre, não são mais realizadas denúncias na CGVS para a Equipe.

Tabela 122– Dados de fiscalização.

Indicador	2012	2011	Variação %
Número de vistorias / inspeções realizadas	2.229	1.803	23,63
Nº Notificações Lavradas	1.036	793	30,64
Nº Autos de Infração Exarados	90	76	18,42
Interdições / suspensão de Atividades	13	7	85,71

FONTE: Banco de dados EVSIS/ CGVS/ SMS

O número de vistorias realizadas refere-se, além de atendimento a denúncias, a solicitações de alvará de saúde e ao atendimento das pactuações. Neste número estão incluídas todas as vistorias, incluindo as de retorno (para inspecionar as adequações à legislação sanitária para as quais os estabelecimentos foram notificados) e as de acompanhamento dos serviços. O total de vistorias e de notificações de 2011 contempla, ainda, as vistorias da Equipe de Vigilância de Produtos de Saúde, lançadas no mesmo banco de dados, quando as duas equipes atuavam em conjunto.

Conforme Terminologia Básica em Saúde – MS – 1983 – série B – Textos Básicos de Saúde, 4, conceitua-se:

Hospital Geral: hospital destinado a prestar assistência a paciente, primordialmente, nas quatro especialidades médicas básicas (clínica médica, cirurgia geral, ginecologia-obstetrícia e pediatria);

Hospital Especializado: hospital destinado a prestar assistência a pacientes, em uma ou mais especialidades.

Segue lista de hospitais, seguindo esta conceituação, existentes em Porto Alegre:

Quadro 41 – Hospitais de Porto Alegre

Hospitais Gerais	Hospitais Especializados
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre	HCR – Hospital Cristo Redentor
HSL/PUCRS – Hospital São Lucas da PUC/RS	ICFUC – Instituto de Cardiologia
HMV – Hospital Moinhos de Vento	HE – Hospital Espírita
HMD – Hospital Mãe de Deus	HP – Hospital Petrópolis
HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição	HBO – Hospital Banco de Olhos
ISCOMPA – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	HPS – Hospital Pronto Socorro
HDP – Hospital Divina Providência	HSP – Hospital São Pedro

HED – Hospital Ernesto Dornelles	HBP – Hospital Beneficência Portuguesa
HVN – Hospital Vila Nova	HSP – Hospital Sanatório Partenon
HBM – Hospital Brigada Militar	HF – Hospital Fêmeina
HPB– Hospital Parque Belém	HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
HPA– Hospital Porto Alegre	
HGE– Hospital Geral do Exército	

Além da pactuação da área materno infantil, onde são avaliadas as áreas de Centro Obstétrico, UTI Neonatal, UTI Pediátrica, a Equipe de Serviços de Saúde também está priorizando outras áreas críticas da assistência hospitalar, incluindo Bloco Cirúrgico (BC), Centro de Material e Esterilização (CME) e UTI Adulto. Estes setores envolvem atendimento e/ou processo de trabalho muito elaborado e complexo, necessitando de uma atenção especial da vigilância em saúde.

Quadro 42 – Outras metas pactuadas pela EVSIS não contempladas plenamente na PAS

Indicador	Meta Pactuada	2012	2011	Observações específicas
Inspecionar os Estabelecimentos de Longa Permanência para Idosos.(ILPI) N 114 (EVSIS) PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	Cadastrar, Inspecionar e licenciar 70% das solicitações que entrarem no ano.	246	145	100% da meta atingida
Inspecionar os serviços de alimentação em creches/escolas infantis. N 600 (EVSIS) PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	Atender 70% das solicitações recebidas que entrarem na equipe e inspecionar 20% das já cadastradas anualmente.	335	203	100% das reclamações atendidas
Inspecionar os serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança no mínimo 1x ao ano. N 2 (EVSIS) PAVS 9 e SANITÁRIA CIB 250/07	Inspecionar 100% dos hospitais anualmente (UTI Neo, UTI Pediátrica e Centro Obstétrico) Atender 100% das reclamações recebidas	02	02	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. Meta atingida.

Inspeccionar os serviços de hospitais especializados N 9 (EVSIS) PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	Inspeccionar 70 % dos serviços hospitalares especializados anualmente (CME, BC, UTI)	08	07	Excluem-se os hospitais especializados no atendimento materno-infantil do quadro 53 (HMIPV e HF). Meta atingida (88,9%).
Inspeccionar 100% dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva (Diálise) SATÉLITE. N 5 (EVSIS) PAVS 37 e SANITÁRIA CIB 250/07	Inspeccionar anualmente 100% dos já cadastrados e que solicitem alvará inicial.	05	15	Meta atingida 100% no ano 2012.
Inspeccionar 100% dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva (Diálise) INTRAHOSPITALARES. N 4 . (EVSIS) PAVS 37 e SANITÁRIA CIB 250/07		04		
Inspeccionar 100% dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva (Diálise) HOSPITALARES N 6 (EVSIS) PAVS 37 e SANITÁRIA CIB 250/07		06		

FONTE: Banco de Dados NVSIS/CGVS

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

Fiscalizações e atendimento a denúncias

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

Tabela 123 – Dados de fiscalização

Indicador	2012	2011	Variação %
Número de vistorias / inspeções realizadas	112	53	111,32
Nº Notificações Lavradas	87	47	85,11
Nº Autos de Infração Exarados	10	1	900,00
Interdições / Suspensão de Atividades	1	0	-

FONTE: Banco de dados NVESIS/ CGVS/ SMS

Tabela 124 – Inspeção de Serviços de Mamografia

Inspeção de serviços mamografia. PAVS Sanitária PAS 31 CIB 250/07		Meta Pactuada	2012	2011	Variação %
Nº serviços SUS N 11	Inspeccionadas	Inspeção de 100% de serviços mamografia SUS	11	7	85,71
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-
Nº serviços Particular N 43	Inspeccionadas	Inspeção de 50% de serviços de mamografia PARTICULAR.	34	20	70,00
	% meta atingida		Meta atingida	Meta não atingida	-

FONTE: Banco de Dados NVESIS/CGVS

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.

Tabela 125 – Inspeção de Serviços de Radioterapia

Inspeção de serviços de radioterapia. N 5 PAS 32 PAVS Sanitária CIB 250/07		Meta Pactuada	2012	2011	Variação %
Nº serviços 5	Inspeccionados	Inspeção de 100% de serviços de Radioterapia	5	5	-
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

FONTE: Banco de Dados NVESIS/CGVS

Tabela 126 – Inspeção de Serviços de Medicina Nuclear

Inspeccionar os serviços de Medicina Nuclear no mínimo 1x ao ano. N 11 PAVS Sanitária CIB 250/07		Meta Pactuada	2012	2011	Variação %
Nº serviços 11	Inspeccionados	Inspeccionar 100% das solicitações de alvará inicial e 50% das demais solicitações	11	11	-
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

FONTE: Banco de Dados NVESIS/CGVS

São considerados aspectos de alto risco e de relevância para a fiscalização: contaminação por agentes físicos (radiação ionizante) dos pacientes, dos trabalhadores, dos familiares e do ambiente; contaminação biológica de pacientes e de trabalhadores; manejo das situações de urgência e de emergência, capacitação da equipe, protocolos, equipamentos, medicamentos e produtos, condições das estruturas físicas do serviço (dimensões e áreas mínimas e distribuição das atividades nos espaços adequados) e controle rigoroso nos procedimentos para terapia e diagnóstico com segurança para pacientes e trabalhadores segundo as normas vigentes (CNEN – Comissão Nacional de Energia Nuclear, ABNT, PORTARIAS DO MS, ANVISA, etc).

Tabela 127 – Inspeção e licenciamento de Serviços de Radiodiagnóstico

Inspeccionar e licenciar serviços de radiodiagnóstico médico N 79 CIB 250/07		Meta Pactuada	2012	2011	Variação %
Nº serviços	Fiscalizados	Inspeccionar 100% das solicitações de alvará inicial e 20% das demais solicitações.	79	53	49,07
	Licenciados		48	34	41,18
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	

FONTE: Banco de Dados NVESIS/CGVS

Observações:

*Metas atingidas no 1º semestre de 2011.

- Os dados de 2011 foram aproximados visto os dados anteriores serem trimestrais.

- Dados de 2012, 100% vistoriados.

Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe de Vigilância de Alimentos – EVA

A EVA tem o papel de fiscalizar a qualidade e segurança dos alimentos produzidos, distribuídos e consumidos no município de Porto Alegre, além de realizar serviço de orientação ao segmento de comércio de alimentos, seja por meio do correio eletrônico, por telefone ou mesmo nas dependências da própria equipe na CGVS, bem como em Eventos.

Tabela 128– Relação de denúncias recebidas e atendidas pela EVA

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07		Meta PAVS/ SISPACTO/ CIB	2012	2011	Variação %
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	1.817	645	181,71
	Atendidas		786	467	68,31
	% atendidas em relação às recebidas		43,25	72,40	-40,26
	% meta atingida		Meta não atingida	Meta atingida	-
	Meta a atender		1.272	452	181,42

FONTE: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS
Medição do indicador anual.

Fiscalizações Sanitárias: processos, denúncias, reclamações, plano de ação da equipe para segmentos de risco, atendimento de surtos.

Comparado 2011 com 2012, percebe-se que a meta pactuada não foi atingida no ano de 2012. Várias razões existiram, as quais justificam o não atendimento: houve mudança no acolhimento das denúncias, que passaram a serem recebidas através do Fala Porto Alegre 156, pois o recebimento das denúncias ocorrem sem triagem prévia ao encaminhamento para a EVA, carências de dados no teor das denúncias, informações incorretas fornecidas pelo reclamante (endereço incorreto, motivações, objeto da denúncia de competência de outras secretarias e/ou equipes); tem-se, ainda, um agravante que é o fato de que quando o fiscal chega ao local, não se detém apenas ao objeto da denúncia, mas verifica outras situações de risco, como ausência de controle de temperaturas, todas as etapas de produção, armazenamento e distribuição dos alimentos, origem e procedência de matérias primas, condições de transporte e armazenamento dos alimentos, buscando garantir a inocuidade dos alimentos desde a sua origem até o consumo final.

Além disso, a equipe conta com um escore reduzido de servidores, os quais devem atender toda a demanda da equipe, além das reclamações (surtos de DTA, alvarás sanitários, feiras e eventos diversos).

Os dados referentes ao termo “denúncia atendida” no período de 2011 até junho de 2012, refere-se quando o estabelecimento está adequado sanitariamente, portanto, devido a esse período para adequações, uma denúncia pode levar até 4 meses ou mais para ser considerada atendida. Somente a partir de Junho de 2012, o conceito de “denúncia atendida” foi alterado pela EVA. A partir dessa data,

passou-se a considerar “denúncia atendida” a primeira vistoria no estabelecimento. Portanto, o comparativo considerando o novo conceito somente poderá ser feito a partir de junho de 2013.

Tabela 129– Dados de fiscalização

Indicador	2012	2011	Variação %
Número de vistorias / inspeções realizadas	5.995	3.373	77,73
Nº Notificações Lavradas	1.266	866	46,19
Nº Autos de Infração Exarados	497	423	17,49
Interdições / suspensão de Atividades	96	37	159,46

FONTE: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

O número de vistorias em 2012 teve um acréscimo em relação ao mesmo período de 2011, pois no ano de 2012 houve aumento de 100% na meta pactuada para vistorias em cozinhas hospitalares, aumento de investigações de surtos de DTA, aumento na pactuação das vistorias em cozinhas escolares, e, por fim, aumento do número de denúncias recebidas pela equipe. Os demais dados da tabela acima não são possíveis de serem analisados, pois refletem a avaliação individual de cada servidor (agentes de fiscalização e Médicos Veterinários) durante a ação fiscal.

Quadro 43– Quantidades de alimentos apreendidos e inutilizados / quadrimestre

2012	2011
29.030 Kg	10.952,92 Kg
13.653 unidades	2.629 unidades
459,5 litros	197 litros

FONTE: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

A ação da vigilância sanitária de alimentos, quando da apreensão de alimentos durante ação fiscal, é importante na prevenção de surtos de DTAs, pois esses alimentos estavam em desacordo à legislação sanitária (vencidos, em temperatura inadequada de conservação, sem procedência, com alterações organolépticas, mal acondicionados, processados em ambientes insalubres) e seriam comercializado e consumidos nessas condições, aumentando o risco de danos a saúde.

Em cada ação da vigilância sanitária de alimentos, apreendendo e inutilizando esses produtos, está se prevenindo a superlotação de hospitais com indivíduos

saudáveis e que em decorrência do consumo desses alimentos, passaram a apresentar doença.

Surtos de DTAs

Dos 49 surtos ocorridos, tiveram-se 1.027 pessoas envolvidas e 385 doentes. A maioria dos surtos ocorridos e investigados aconteceu no comércio e outros em residências.

Esses dados são ferramentas importantes para direcionar e planejar as ações da EVA.

O contato com os comensais doentes é fundamental para obterem-se dados como principais sintomas, período de incubação, demais refeições ingeridas, para que, durante a análise do fechamento, possa-se incriminar alimento e identificar agente causal.

Entretanto, a ação fiscal executada pela EVA é importante no sentido de evitar novos casos e corrigir desvios eventuais que possam ser detectados tanto na vistoria quanto na análise microbiológica dos alimentos que são coletados, a caráter de monitoramento e verificação do status sanitário do local. Nos alimentos coletados podem ser encontradas bactérias de grande importância para a saúde pública como a *Listeria monocytogenes* ou *E. Coli O-157* que possuem alta relevância devido as suas características de resistência a temperaturas de refrigeração e formação de biofilmes ou ao seu grau de patogenicidade, pois quando envolvidas em surtos de DTAs, podem causar gastroenterite, febre em indivíduos imunodeprimidos, encefalite em idosos e crianças, aborto e partos prematuros de gestantes e até a morte do comensais. Apesar dos fatores causais e alimentos envolvidos muitas vezes não serem identificados na investigação do surto específico, a vistoria no local é importante para prevenir novas ocorrências de surtos de DTA ocorridas especificamente pelas referidas bactérias.

A Equipe de Vigilância de Alimentos (EVA) ocupa lugar de destaque, buscando a prevenção, redução e correção dos agravos que possam vir a contribuir para o desencadeamento das DTA. O trabalho realizado pela Equipe na investigação e prevenção de surtos de toxinfecções alimentares é referência para o Brasil inteiro.

Tabela 130– Inspeção de restaurantes

Inspeccionar 20% (600) de Restaurantes e Similares no mínimo 1x ao ano. N 3.000 (estimado) PAVS 43 e SANITÁRIA CIB 250/07	Meta Pactuada	2012	2011	Varição%
Estabelecimentos Vistoriados	20% dos estabelecimentos cadastrados/ estimados	1.795	1.796	-

FONTE:: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

Tabela 131– Inspeção de cozinhas industriais

Inspeccionar 50% (50) de cozinhas industriais no mínimo 1x ao ano. N: 100 PAVS Sanitária CIB 250/07	Meta Pactuada	2012	2011	Varição %
Estabelecimentos Vistoriados	50% das cozinhas industriais cadastrados/ estimados	85	73	16,44

FONTE: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

Considerando o risco sanitário e a importância que ocupa no panorama da cidade, ações nestes segmentos são prioridades da equipe, uma vez que tem impacto direto tanto no número de pessoas afetadas e, conseqüentemente, na capacidade de atendimento da rede, como na produção e economia do município, uma vez que atinge tanto o trabalhador do setor como os comensais.

Tabela 132– Inspeção em super e hipermercados

Inspeccionar as áreas consideradas de risco – de supermercados e hipermercados. N 84 CIB 250/07	Meta Pactuada	2012	2011	Varição %
Estabelecimentos Vistoriados	30% dos super/hipermercados estimados/ cadastrados	84	84	0

FONTE: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

O segmento de super e hipermercados, considerando o número de reclamações merecem uma ação mais efetiva e regular, uma vez que em um mesmo lugar ocorrem diversas atividades de risco elevado, como peixaria, açougue, rotisseria, padaria e cozinha industrial. Os supermercados atendem um grande número de pessoas, tanto consumidores como colaboradores. Ao verificar se

conhecem e aplicam as boas práticas, evita-se que, tanto a população, como os funcionários, fiquem expostos a surtos de DTA e proporciona que tenham acesso a produtos seguros sanitariamente.

Tabela 133– Inspeção em escolas

Inspeccionar 20% Escolas de Ensino Fundamental Municipal e Estadual que manipulam e servem alimentos. N Municipal 56 N Estadual 160 CIB 250/07	Meta Pactuada	2012	2011	Variação %
Estabelecimentos Vistoriados	20% (44) das Escolas de Ensino Fundamental estimados/ cadastrados.	73	5	1.360,00

FONTE: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

A EVA, no final do ano de 2011, avaliou que era de máxima importância que passasse a conhecer e vistoriar as escolas da rede municipal e estadual que trabalham com alimentação escolar. Entende-se que o alimento, além da função de nutrir o indivíduo, deve não veicular doença. O público beneficiado com a alimentação são crianças e adolescentes, grupo mais vulnerável às bactérias patogênicas transmitidas por alimentos. Mas somente em 2012 que foram pactuadas as vistorias nas escolas da rede municipal e estadual.

Atividades Desenvolvidas

A Equipe sempre fiscaliza os eventos, como: Feira do Peixe, Muamba, Carnaval, Navegantes, Desfile das Escolas Campeãs, Acampamento Farroupilha, Feira do Livro, Baile da Cidade, Feira do Pêssego, da uva e da ameixa, Fórum Social Mundial. Esses são eventos que já estão no cronograma da Prefeitura.

No ano de 2012 ocorreram vários Shows com venda de alimentos e a EVA se fez presente, pode-se destacar: “Lady Gaga” e “Madonna”, a inauguração da Arena do Grêmio, “Jogo contra a Pobreza”. Na ocasião, foram dadas orientações para os expositores antes e durante a implantação das praças de alimentação, tendo atuação proativa no local, visando a prevenção de riscos sanitários.

A equipe teve participação no evento promovido pela SMS - “Saúde na Rua” - realizada no Largo Glênio Peres, onde foram dadas orientações à população sobre como organizar os alimentos na geladeira, bem como esclarecer sobre os riscos envolvidos na má conservação e acondicionamento dos alimentos.

A “Feira do Empreendedor”, ocorrida na FIERGS, também teve a participação da EVA, onde foram prestadas orientações ao micro e pequeno empreendedor interessado em negócios envolvidos com alimentação.

Desde 2008 a Equipe não realiza a palestra sobre Boas Práticas de Alimentação, devido à determinação da Portaria Estadual 78/2009 e a RDC 216 da ANVISA/04, a qual instituiu a obrigatoriedade de um Curso em Boas Práticas em Serviços de Alimentação homologado e ministrado por instituições devidamente credenciadas junto a Secretaria Estadual da Saúde. Por consequência disso, tornaram-se frequentes as solicitações à EVA, por parte das instituições e de algumas empresas, para ministrar capacitações com o objetivo de orientar, revisar e conscientizar sobre a importância das boas práticas em serviço de alimentação.

Demonstrativo das ações desenvolvidas pela Equipe de Vigilância de Zoonoses – EVZ

Núcleo de Vigilância de População Animal – NVPA

Quadro 44 – Metas não contempladas na PAS pelo NVPA

Metas não contempladas na PAS	
Previsto 2012	Realizado 2012
Nº de amostras caninas e felinas enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva* - NP LE 13193-09 - (NVPA) - PAVS 81	152

FONTE: Banco de dados NVPA/CGVS

* As amostras caninas e felinas são recolhidas na SEDA, nem sempre é possível fazer a identificação da procedência.

Tabela 134– Relação das atividades realizadas pelo NVPA sem metas pactuadas.

Atividade	2012	2011	Variação %	Observações Específicas
Nº de Inquéritos de mordeduras	240	371	-35,31	
Nº de cães vacinados para RAIVA – NVPA	285	0	-	
Nº de cães vacinados para RAIVA – SEDA	325	33	884,85	
Nº de gatos vacinados para RAIVA – NVPA	129	0	-	
Nº de gatos vacinados para RAIVA – SEDA	0	0	-	
Ações comunitárias realizadas	278	112	148,21	
Nº de aplicações de antiparasitário em cães e gatos (controle parasitário) – NVPA	213	3.090	-93,11	
Nº de aplicações de antiparasitário em cães e gatos (controle parasitário) – SEDA	3.495	0	-	
Microchipagens realizadas – SEDA	3.165	3.090	2,43	Sendo 2325 realizadas pelo NVPA e 765 pela SEDA, em 2011.
No de amostras enviadas para exame sorológico de LVC	96	321	-70,09	
Nº de Orientações dadas para LVC	67	183	-63,39	
Tungíase – Orientações sanitárias dadas	10	*	-	* não era realizado pelo NVPA
Tungíase – Controle Parasitários nos animais específico	281	*	-	* não era realizado pelo NVPA
Vistorias técnicas zoossanitárias	101	73	38,36	
Ações fiscais zoossanitárias	1.923	1.868	2,94	
Ações fiscais Estabelecimento Veterinários – liberação alvará	27	6	350,00	
Nº Notificações Lavradas	144	152	-5,26	
Nº Autos de Infração Exarados	12	39	-69,23	
Interdições / suspensão de Atividades	0	0	-	

Castração de cães e gatos realizadas – SEDA	3.377	668	405,54	Sendo 144 realizadas pelo NVPA e 524 pela SEDA, em 2011.
Número de domicílios visitados em bloqueio vacinal antirrábico	470		-	Em 2011 não teve bloqueio.
Orientações 156 – carrapatos	81		-	Serviço começou a ser realizado pelo NVPA a partir de maio/2012.
Orientações 156 – pombos	121		-	Serviço começou a ser realizado pelo NVPA a partir de maio/2012.
Orientações 156 – pulgas	85		-	Serviço começou a ser realizado pelo NVPA a partir de maio/2012.

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. Tem como objetivo garantir a observação de cães e gatos mordedores; encaminhar cães e gatos agressores que tenham vindo a óbito para exame laboratorial de raiva e orientação de pacientes quanto a condutas referentes aos animais. Em caso de cães agressivos mal domiciliados, é realizada ação de fiscalização no local.

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). Estão incluídas neste item as atividades de reuniões e palestras realizadas nas comunidades e visitas domiciliares realizadas por técnicos do setor.

Ações Fiscais Zoossanitárias

Possui caráter orientativo/ fiscalizatório. Atua em situações de criações irregulares de animais domésticos, tendo como prioridade verificar as condições higiênico-sanitárias e condições de segurança de residências que possuem animais de potencial agressivo, entre outras situações que possam causar risco à saúde. Nestas ações podem ser emitidos documentos fiscais: notificações e auto de infrações - com o objetivo de adequar a situação encontrada minimizando os riscos à saúde da população.

Microchipagem em cães

Atividade que vinha sendo realizada pelo NVPA, associada, principalmente à ação de esterilização de cães e gatos, adoção de animais no canil municipal e colheita de material para diagnóstico de Leishmaniose. A partir de setembro de 2011, os procedimentos de esterilização e adoção de animais foram repassados à SEDA. Esta Secretaria passou a utilizar o espaço físico anteriormente ocupado pelo NVPA absorvendo a maioria das ações referentes à microchipagem de animais.

Leishmaniose Visceral Canina (LVC)

A atividade do NVPA é vinculada, principalmente, à notificação por médicos veterinários de casos suspeitos ou confirmados que serão comprovados através de exame em laboratório oficial para desencadear medidas de controle. Em 2012, quatro casos de LVC foram confirmados no laboratório oficial.

Os dois casos foram localizados no Bairro Lageado, os animais eram originários da própria região. Foram implementadas ações de controle e orientação da família. Um dos cães foi encaminhado à eutanásia particular pelos seus proprietários.

Os outros casos, um é residente no bairro Floresta, que encontra-se em tratamento.

Outro caso estava localizado no bairro Higienópolis, o animal era originário de Uruguaiana e se encontrava há um ano em Porto Alegre. Este último animal foi à óbito em 13.10.12. Em todos os casos foram realizadas ações de orientação da família, recomendada a eutanásia do animal e o uso de coleira repelente. As ações do NVPA referente a LVC desenvolvem-se através de visitas domiciliares para

investigação de casos suspeitos com orientação sobre medidas de controle ambiental aos proprietários dos animais e outros moradores da área em torno do foco.

Raiva

Tendo em vista a situação epidemiológica da Raiva no RS, onde o último caso canino (variante 1/2) ocorreu em 1981, o NVPA procura ampliar e qualificar a vigilância desta zoonose, enviando para diagnóstico amostras de caninos e felinos com sintomatologia compatível com raiva e aqueles envolvidos em agressão e aumentando o número de amostras de morcegos enviadas para diagnóstico de raiva. Nos casos de amostras positivas é realizado bloqueio vacinal antirrábico, casa a casa, nos animais residentes na área do raio de 300m do foco. Os moradores são orientados sobre a doença através de material informativo do NVPA. Além disso, o Núcleo tem trabalhado em parceria com outras instituições (SMAM, CEVS, CPVDF) para orientar adequadamente as demandas referentes a estes mamíferos.

Tungíase

O NVPA busca implementar algumas ações de vigilância da tungíase, atendendo as demandas das comunidades e atuando, através de visitas domiciliares, principalmente na orientação de manejo ambiental e controle do parasito no hospedeiro canino. Esta atividade é desenvolvida em parceria com a comunidade e com a Unidade de Saúde local.

Licenciamento de Estabelecimentos Veterinários

O NVPA vem realizando a liberação de alvarás de saúde de ambulatórios, consultórios, clínicas, hospitais e laboratórios veterinários. São realizadas vistorias nos locais com avaliação das condições físicas e de processo realizados no estabelecimento.

Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores – NVRV

Vigilância do Vetor da Doença de Chagas – Realizar pesquisa de Triatomíneos.

Atualmente, há quatro Postos de Informação de Triatomíneos (PITs) em Porto Alegre instalados estrategicamente, em áreas de mata nativa: na UBS Belém

Novo, na ESF Ponta Grossa, na ESF Paulo Viaro e na ESF Pitinga. A meta pactuada foi à visita mensal de cada PIT.

Tabela 135– Pesquisa de Triatomíneos

Realizar pesquisa de Triatomíneos. (NVRV) PAVS 85	Meta Pactuada	2012	2011	Variação %
Nº de visitas	1 visita PIT/ mês	48	48	-

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

Vigilância e estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose (LTA e LV).

Até o presente momento, no município de Porto Alegre, não foi encontrada a espécie de flebotomíneo *Lutzomyia longipalpis*, principal vetor da LV no Brasil.

Tabela 136– Vigilância de Flebotomíneos

Realizar vigilância e estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose (LTA e LV) . (NVRV) PAVS 80	Meta Pactuada	2012	2011	Variação %
Nº de capturas	Em 100 % dos casos confirmados	20	32	-37,50

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

Fiscalizações e atendimento a denúncias

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

Tabela 137– Dados de fiscalização

Fiscalizações	2012	2011	Variação %
Número de Vistorias Técnicas	1.755	2.490	-29,52
Nº de Notificações	310	430	-27,91
Nº de Autos de Infração	30	41	-26,83

Fonte: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

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

Tabela 138– Relação das reclamações recebidas e atendidas pela EVQA

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta CIB	2012	2011	Variação %
Nº.de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	1.064	758	40,37
	Atendidas		1.006	716	40,50
	% atendidas em relação às recebidas		94,55	94,46	0,10
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		745	531	40,30

FONTE: Banco de dados da Equipe de Vigilância da Qualidade da Água – EVQA/CGVS

Reclamações atendidas

Entende-se por reclamações atendidas aquelas que são finalizadas no período do relatório, mas que podem ter ingressado (recebidas) na equipe em períodos anteriores, uma vez que as demandas, conforme sua complexidade, possuem diferentes tempos e processos no seu atendimento. Por isso, os números destes indicadores não são iguais, podendo preponderar um ou outro em cada período. Cada reclamação exige em média duas vistorias com prazo de 15 dias cada.

A equipe também realiza atendimentos prestando orientações técnicas e informações via e-mail, telefone ou pessoalmente.

O dado referente à variação não é válido para avaliar a produtividade da equipe, já que a demanda é imprevisível e tem origem na população.

Tabela 139– Dados de fiscalização

Indicador	2012	2011	Variação %
Número de vistorias/inspeções realizadas	1.806	1.184	52,53
Nº Notificações Lavradas/ orientações técnicas	485	596	-18,62
Nº Autos de Infração Exarados	49	19	157,89

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

Vistorias

A grande diferença entre o N° de vistorias/inspeções e o N° de notificações e/ou orientações justifica-se porque dentre o total de vistorias encontram-se os retornos e os casos onde é feito um diagnóstico da situação e são encaminhados a outros órgãos, por competência.

Notificações

No total de notificações estão incluídas as orientações técnicas, que ficam registradas dessa forma por não necessitarem da notificação oficial para a solução do problema.

Tabela 140– Inspeção das ETAS do DMAE

Inspeção das Estações de Tratamento de Água do DMAE N 7 PAS 44 CIB 250/07		Meta Pactuada	2012	2011	Variação %
N° ETAS	Inspeccionadas	Inspeção de 100% das Estações de Tratamento de Água do DMAE, por ano.	7	7	-
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

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

No cronograma municipal do SISÁGUA, as inspeções nas sete ETAs ocorrem entre outubro e dezembro.

Quadro 45– Outras metas pactuadas pela EVQA não contempladas plenamente na PAS

Indicador	Meta Pactuada	Realizado	Observações específicas
Nº. de análises de cloro residual livre, turbidez e bacteriológicas para fins de vigilância e monitoramento da qualidade da água realizada. (EVQA) SISPACTO – PACTO DE GESTÃO 33	1908/ano - 50% (954) de realização de análises	1.908	
Nº de relatórios mensais de controle da qualidade da água dos SAA cadastrados, recebidos e digitados no SISAGUA conforme Portaria nº	Alimentar em 50% os dados no SISÁGUA	12	Em 2013 estes relatórios serão digitados diretamente pelo DMAE no Sisagua. A vigilância irá conhecer e analisar diretamente no sistema.

2914/11. (EVQA) PAVS 65			
-------------------------------	--	--	--

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

Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador – EVSAT

Tabela 141– Relação das reclamações recebidas e atendidas pela EVSAT

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta CIB	2012	2011	Variação %
Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	190	32	493,75
	Atendidas		147	32	359,38
	% atendidas em relação às recebidas		77,37	100	- 23,63
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	- 32,33
	N – nº. atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		133	23	478,26

Fonte: Banco de dados EVSAT/ CGVS/ SMS

Tabela 142– Dados de fiscalização

Indicador	2012	2011	Variação %
Número de vistorias/inspeções realizadas	170	07	2.328,57
Nº Notificações Lavradas	10	-	-
Nº Autos de Infração Exarados	-	-	-
Nº Processos de licenciamento analisados	31	19	63,16

Fonte: Banco de dados EVSAT/ CGVS/ SMS

Quadro 46– Outras atividades desenvolvidas pela EVSAT

Indicador	2012	2011
Nº de fichas de notificação / VIGIAR	50	263
Participação em reuniões do conselho de Ética	08	08
Participação em reuniões técnicas em saúde do trabalhador	-	-

Fonte: Banco de dados EVSAT/ CGVS/ SMS

10.3 Doenças e Agravos não Transmissíveis

10.3.1 Programa de Controle do Tabagismo

Quadro 47- Metas anuais constantes na PAS 2012.

Previsto	Realizado da meta	Ações	Realizado das ações
60. Manter 100% dos Serviços de Saúde da SMS com o programa “Unidades Livres do Tabaco” implantado, seguindo os moldes do INCA.	Realizado	Monitoramento do processo e dos resultados do Programa de Controle do Tabagismo.	Dado continuidade ao contato com gerências distritais, verificando quais serviços de controle do tabagismo estão ativos, para posterior atualização do cadastro CNES (119).
		Definição de, no mínimo, um profissional de referência do Programa em cada serviço.	Continuidade da coleta de dados junto às gerências para verificação da existência ou não de profissionais de referência do programa em cada serviço.
		Orientação aos profissionais da área da saúde referente ao “Programa de Controle do Tabagismo”.	Andamento de ações permanentes em educação para todos os trabalhadores da saúde interessados em atuarem no programa.
61. Ampliar o número de unidades cadastradas (no serviço 119 do CNES) com Programa de Controle do Tabagismo ativo aos moldes do INCA, de 24 para 47.	Foram cadastradas 42 unidades. As demais pactuadas estão em processo de adesão ao Programa de Controle do Tabagismo.	Acompanhamento e avaliação dos relatórios trimestrais de produção.	Os relatórios trimestrais (INCA) são avaliados. Realização de ações de educação permanente para acompanhamento.
		Realização de visitas nos serviços orientando os fluxos.	Os serviços integrantes do programa estão sendo convidados para encontros onde são avaliados os fluxos.
		Medicação proveniente do MS disponibilizada em todas as Farmácias Distritais conforme fluxo estabelecido.	Realizada.

Tabela 150- atendimentos realizados em 2012 e 2011.

Descrição do Item	Período				Variação	
	2012		2011		2012/2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pacientes atendidos	1687	100	1793	100	-106	-5,91
Pacientes sem fumar	591	35,03%	792	44,17	-201	-25,37

FONTE: Programa Municipal de Controle do Tabagismo/CGAPSES/SMS

Segundo pesquisa realizada pelo VIGITEL/Ministério da Saúde, no ano de 2011, Porto Alegre possui 20,6% de fumantes em sua população, mantendo-se como capital com maior número de fumantes no país.

Comparando-se os anos de 2011 e 2012, conclui-se que houve diminuição do número de pacientes atendidos e também da porcentagem de pacientes que cessaram o ato de fumar no ano de 2012.

Identificamos sub registro das informações procedentes de algumas unidades de saúde nos anos de 2011 e 2012. Para resolvermos o problema foi realizada ação de educação permanente no mês de setembro de 2012, para correto preenchimento e fluxo das planilhas, que devem ser enviadas, trimestralmente, para a coordenação do programa.

Também foi realizada ação de educação permanente para habilitação de profissionais da saúde na abordagem e tratamento do fumante nos meses de outubro e novembro de 2012, aumentando assim a adesão das unidades para o tratamento do fumante.

Para o ano de 2013 estão previstas três ações de educação permanente na “Abordagem e Tratamento do Fumante”, aumentando assim o número de trabalhadores da saúde envolvidos no controle do tabagismo, e como consequência aumentando o número de unidades de saúde que oferecem o tratamento. Além disso, serão realizados eventos de divulgação do programa de controle do tabagismo nos meses de maio, julho e agosto.

10.3.2 Violência

Tabela 143– Relação das unidades notificadoras de violência doméstica, sexual ou outras violências.

Ampliar a cobertura da ficha de notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências PAS 54 PAS 118		Meta PAVS/ PAS	2012	2011	Varição %
Serviços de saúde	Nº de serviços	PAVS: 49 unidades notificadoras em 2011. PAS: Ampliar em 50% a implantação da notificação da violência nos serviços de saúde públicos	92	51	80,39
	Nº de serviços capacitados		41	14	192,86
	% serviços capacitados (meta 2012)		44,57	27,45	62,37
	Meta atingida		PAS: Meta atingida	-	-

Fonte: EVEV/CGVS/SMS/SINAN NET
OBS: medição anual.

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 144– Relação das notificações de acidentes e violência

Monitorar a ocorrência de acidentes e violência PAVS 55		Meta PAVS	2012	2011	Variação %
Ocorrências	Notificado	100% das ocorrências de acidentes e violências monitoradas	943	765	23,27
	% da meta atingida		-	-	-

Fonte: EVEV/CGVS/SMS/SINAN NET

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 a esse indicador, se tem somente dados de casos notificados. Cabe ressaltar que o total de notificações, qualificadas e digitadas do ano de 2012 foi de 1.640 e no ano de 2011 foi de 1.364. A diferença refere-se a usuários dos serviços de saúde de Porto Alegre que residem em outros municípios.

10.4.1 Tabagismo

10.4 Programa Bolsa Família

Tabela 151– Relação percentual das famílias beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF) acompanhadas pela atenção básica

Percentual de famílias com perfil saúde, beneficiárias do programa bolsa família, acompanhadas pela atenção básica. SISPACTO 22		Meta SISPACTO	1º Sem 2012	1º Sem 2011	Variação %	2º Sem 2012	2º Sem 2011	Variação %
%Famílias beneficiárias	Nº. famílias a serem acompanhadas	30% das famílias cadastradas pela PAS beneficiárias do PBF	30.981	28.447	8,91	34.875	25.564	36,42
	Nº. famílias Acompanhadas	acompanhadas	16.392	13.669	19,92	23.320	12.270	90,06

	% da meta atingida		52,91	48,50	9,09	66,87	47,99	39,34
--	---------------------------	--	-------	-------	------	-------	-------	-------

Fonte: Banco dados PBF/CGVS

OBS: Os dados desse indicador são de análise semestral, havendo variação de cadastros entre um semestre e outro.

O percentual de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, com condicionalidade na saúde, acompanhadas pelos serviços de atenção básica, no ano de 2011, ficou em 48%, tanto na 1ª vigência quanto na 2ª vigência. Em relação ao ano anterior, o ano de 2012 avançou no acompanhamento, sendo que na primeira vigência este semestre aumentou 9,09% e na 2ª vigência, avançou em 39,34%. Comparando-se o percentual de acompanhamento entre 1ª e 2ª vigências de 2012, 52,91% e 66,87%, observa-se um aumento do acompanhamento em 26,38%.

O BOLSA FAMÍLIA é um programa de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza, com renda per capita de até R\$ 140 mensais, que associa à transferência do benefício financeiro o acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social. O Programa Bolsa Família tem interface com a SMS uma vez que um dos critérios para a manutenção do benefício é o acompanhamento das famílias nas condicionalidades da saúde. Essa taxa indica a quantidade de famílias com registro de informações de acompanhamento de saúde no Sistema de Caderno informativo sobre o Índice de Gestão Descentralizada do PBF – IGD Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em relação ao total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família para acompanhamento na saúde (crianças de zero a seis anos, mulheres grávidas ou amamentando).

O IGD (Índice Geral de Descentralização) do município é calculado com base em quatro variáveis com informações específicas do município: a) Taxa de cobertura de cadastros: indica a quantidade de famílias com cadastro válido (com todas as informações obrigatórias corretamente preenchidas e com a informação do número do CPF ou do título eleitoral do Responsável pela Unidade Familiar e de algum documento para os demais membros da família), em relação à estimativa de famílias de baixa renda do município com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo; b) Taxa de atualização de cadastros: indica a quantidade de famílias que tiveram seus dados cadastrais atualizados nos 24 meses anteriores à última atualização ou inclusão da família no Cad único, em relação à estimativa de famílias de baixa renda do município com renda familiar mensal per capita de até meio

salário mínimo; c) Taxa de crianças com informações de frequência escolar: indica a quantidade de crianças e adolescentes com informações de frequência escolar acompanhadas pelo Sistema de Frequência Escolar do MEC, em relação ao total de crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos de idade que pertencem a famílias beneficiárias do Bolsa Família, e, d) Taxa de famílias com acompanhamento das condicionalidades de saúde, já descrita.

O Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família é um índice que varia de zero a um e avalia a qualidade e a atualização das informações do Cadastro Único e a assiduidade e integridade das informações sobre o cumprimento das condicionalidades das áreas de educação e saúde por parte das famílias beneficiárias. O IGD tem como objetivo avaliar mensalmente a qualidade da gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único em cada município e a partir dos resultados identificados e oferecer apoio financeiro para que os municípios melhorem sua respectiva gestão. Com base nesse indicador, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome repassa recursos aos municípios para incentivar o aprimoramento da qualidade da gestão do Programa Bolsa Família em nível local e contribuir para que os municípios executem as ações sob sua responsabilidade.

Ressalta-se que, em Porto Alegre, a administração dos recursos provenientes do IGD é de competência e responsabilidade FASC (Fundação de Assistência Social e Cidadania).

10.5 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 sócio-demográfico.

Tabela 145– 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	2012	2011	Variação %
Dados	Nº dados enviados	12/ano – 1/mês	28	20	40,00

FONTR: EVEV/CGVS/SMS/SIM

* dado de medição anual

Tabela 146– Número de óbitos e declarações emitidas

Intensificar a coleta das declarações de óbitos – DO PAVS 58		Meta PAVS	2012	2011	Variação %
Nº Coletas	Nº óbitos	100% das do coletadas	10.930	11.520	-5,12
	Nº declarações		10.930	11.520	-5,12
	% da meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

FONTE: EVEV/CGVS/SMS/SIM

* dado de medição anual

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 147– Número de óbitos notificados e investigados e percentual de óbitos mal definidos

<i>Aprimorar a qualidade da notificação e classificação das causas básicas de óbito. (R00 - R99) no SIM PAVS 60 SISPACTO 31</i>		Meta PAVS/ SISPACTO	2012	2011	Variação %
Casos dos Óbitos	Óbitos notificados	Máximo de 5% dos óbitos investigados com causas básicas mal definidas	10.930	11.520	-5,12
	Óbitos Investigados		10.930	11.520	-5,12
	Número óbitos mal definidos		305	214	42,52
	% de óbitos mal definidos		2,79	1,86	51,97
	% da meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

FONTE: EVEV/CGVS/SMS/SIM

*Dados parciais, ainda há casos em investigação.

O número absoluto de óbitos por causas mal definidas é mais elevado do que o do ano de 2011, porque ainda estão em curso as investigações de rotina em prontuários ambulatoriais e hospitalares e outros. Após as investigações, os óbitos são recodificados com as informações obtidas.

10.6 Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

O Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), em 1990, com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional.

Por intermédio desses registros é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido. O acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema.

Declaração de Nascido Vivo - DN

O documento de entrada do sistema é a Declaração de Nascido Vivo - DN, padronizada em todo o País.

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.

Tabela 148 – 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	2012*	2011	Varição %
Nº Coletas	Nº de nascidos	100% das DN coletadas	19.397	18.907	2,59
	Nº de declaração		19.397	18.907	2,59
	% da meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

FONTE: SINASC/EVEV/CGVS/SMS

Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe de Apoio Administrativo – EAA

Tabela 149- Demonstrativo do número de processos administrativos sanitários e outros serviços administrativos prestados pela EAA

<i>Indicador por Equipe</i>		2012	2011	Varição
Números de Processos Administrativos Sanitários (PAS) instaurados	EV Engenharia	0	0	-
	EVSAT	0	0	-
	EVPIIS	42	32	31,25
	EVQA	33	48	-31,25
	EVA	558	436	27,98
	EVSIS	69	46	50
	NVRV	10	0	-
	NVPA	22	43	-48,84
Números de Recursos/defesas de Auto de Infração Impetrados	EV Engenharia	0	0	-
	EVSAT	0	0	-
	EVPIIS	29	20	45
	EVQA	11	14	-21,43
	EVA	305	245	24,49
	EVSIS	47	32	46,88
	NVRV	12	0	-
	NVPA	3	8	-62,5
Notificações de Multas Aplicada	EV Engenharia	0	0	-
	EVSAT	0	0	-
	EVPIIS	68	19	257,89
	EVQA	26	3	766,67
	EVA	364	410	-11,22
	EVSIS	65	24	170,83
	NVRV	10	5	100
	NVPA	35	22	59,09
Recursos Defesas de Multas Aplicadas	EV Engenharia	0	0	-
	EVSAT	0	0	-
	EVPIIS	9	8	12,5
	EVQA	0	7	-100
	EVA	26	78	-66,67
	EVSIS	7	44	-84,09
	NVRV	0	2	-100
	NVPA	4	9	-55,56
Multas Pagas	EV Engenharia	0	0	-
	EVSAT	0	0	-
	EVPIIS	24	10	140
	EVQA	3	20	-85

	EVA	195	213	-8,45	
	EVSIS	22	76	-71,05	
	NVRV	1	6	-83,33	
	NVPA	5	6	-16,67	
Valor das Multas Pagas em R\$	EV Engenharia	0	0	-	
	EVSAT	0	0	-	
	EVPIIS	13.889	5.079	173,44	
	EVQA	833	10.943	-92,38	
	EVA	191.043	180.859	5,63	
	EVSIS	24.084	78.470	-69,31	
	NVRV	639	2.865	-77,7	
	NVPA	1.250	1.068	17,05	
	Total	0	0	-	
	Alvarás Iniciais Emitidos CIB 250/07	EV Engenharia	0	0	-
		EVSAT	0	0	-
		EVPIIS	217	343	-36,73
EVQA		44	21	109,52	
EVA		403	196	105,61	
EVSIS		493	357	38,1	
NVRV		0	0	-	
NVPA		83	11	654,55	
Total		319	539	-40,82	
Renovação de Alvarás emitidos	EV Engenharia	0	0	-	
	EVSAT	0	0	-	
	EVPIIS	711	234	203,85	
	EVQA	20	14	42,86	
	EVA	69	99	-30,3	
	EVSIS	342	206	66,02	
	NVRV	0	0	-	
	NVPA	49	3	1.533,33	
Processos de solicitação de alvará em comparecimento (aguardando regularização documental)	EV Engenharia	0	0	-	
	EVSAT	0	0	-	
	EVPIIS	90	88	2,27	
	EVQA	22	16	37,5	
	EVA	58	113	-48,67	
	EVSIS	281	161	74,53	
	NVRV	0	0	-	
	NVPA	4	3	33,33	
Licenças Sanitárias de Eventos emitidas	EVPIIS	0	0	-	
	EVQA	0	0	-	
	EVA	0	0	-	
	EVSIS	0	0	-	

	NVPA	0	0	-
Licenças Sanitárias de Feiras de Alimentos emitidas	EV Alimentos	6	0	-
Licenças Sanitárias de produção Caseiras de Alimentos emitidas	EV Alimentos	5	8	-37,5
Licenças Sanitárias para Canis/Gatis Sem Fins Comerciais emitidas	NV População Animal	0	0	-
Licenças Sanitárias de Transportes emitidas	EV PIS	0	0	-
	EVA	228	193	18,13
	EVSIS	0	0	-
	NVPA	0	0	-

FONTE:: Banco de dados da EAA/CGVS/SMS

11. REGULAÇÃO DO SUS

A Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde é a unidade, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, responsável por regular os fluxos dos usuários nos serviços de saúde disponíveis, tanto para a população local como também para a população referenciada de outros municípios para Porto Alegre. Conta, atualmente, com os serviços de regulação de internação hospitalar (CERIH), regulação de consultas especializadas ambulatoriais e exames especializados (CMCE), 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- Regulação nos prestadores hospitalares de Porto Alegre.

Prestadores	UTI regulada no SI	Emergência regulada no SI	Internações hospitalares no SI
Hospital Vila Nova	Sim	Sim	Sim
Hospital Espírita	Não se aplica	Sim	Sim
Hospital Banco de Olhos	Não se aplica	Sim	Sim
Hospital Beneficência Portuguesa	Sim	Não se aplica	Sim
Hospital Cristo Redentor	Não	Não	Não
Hospital de Clínicas	Não	Não	Não
Hospital Fêmeina	Não	Não	Não
Hospital Presidente Vargas	Sim	Sim	Sim
Hospital Conceição	Não	Não	Não
Hospital Parque Belém	Sim	Não se aplica	Sim
Hospital Porto Alegre	Não se aplica	Não se aplica	Sim
Hospital Psiquiátrico São Pedro	Não se aplica	Não	Não
Sanatório Partenon	Não	Não se aplica	Não
Hospital São Lucas da PUCRS	Sim	Sim	Sim
Hospital de Pronto Socorro	Sim	Sim	Sim
Instituto de Cardiologia	Sim	Sim	Sim
Irmandade Santa Casa	Sim	Sim	Sim

FONTE: Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde.

O quadro 49 descreve os resultados informados nas metas 121, 122 e 123 por prestador hospitalar de Porto Alegre.

11.1 Auditorias, Vistorias e Supervisões Realizadas

1. Análise mensal dos relatórios de homônimos, de divergências, e bloqueio das AIHs de todos os prestadores hospitalares que possuem faturamento SUS.
2. Auditoria das AIHs de todos os prestadores hospitalares que possuem faturamento SUS bloqueadas por esta equipe.
3. Auditoria semanal de todas as contas de pacientes internados em leitos complementares privados por falta de vagas na rede SUS.
4. Auditoria diária das contas demandadas pelo NACH e NRP de todos os prestadores hospitalares que possuem faturamento SUS.
5. Auditoria das queixas oriundas da Ouvidoria da SMS relacionadas a todos os prestadores SUS de Porto Alegre.
6. Auditoria de denúncia proveniente do CAME.
7. Auditoria “in loco” no GHC e HCPA para liberação das AIHs bloqueadas.
8. Auditoria de denúncia no Hospital Beneficência Portuguesa relacionada ao atendimento ambulatorial de neurologia dos pacientes do SUS.
9. Auditoria de contas hospitalares de alta complexidade do Hospital Beneficência Portuguesa não pagas pelo bloqueio, rejeição e outros motivos relacionados com as AIHs.
10. Auditoria Operativa LMC (Leucemia Mielóide Crônica).
11. Auditoria Operativa em Oncologia.
12. Auditoria Operativa em Hemodiálise.
13. Auditoria Analítica no Hospital Cristo Redentor – Traumatologia/Rx (constatadas inconsistências no que se refere ao correto armazenamento de dados referentes a OPMs).
14. Auditoria Operativa AACD – Denúncia de cobrança de órteses e próteses ambulatoriais de pacientes atendidos no estabelecimento.
15. Auditoria Operativa Parque Belém – Cobrança Administrativa.

16. Auditoria Operativa Hospital Divina Providência – Cobrança Administrativa.
17. Auditoria Operativa Hospital Porto Alegre – Cobrança Administrativa.
18. Auditoria Analítica/Operativa APACs de pacientes falecidos.

11.2 Regulação de Serviços Ambulatoriais Especializados de Média e Alta Complexidade

Tabela 152- Oferta de consultas iniciais reguladas pela CMCE.

Descrição	2012	2011	Variação
Centros	78.527	305.444	34,6%
Hospitais	332.780		
Total	411.307	305.444	

FONTE: Sistema Informatizado SMS/POA e Central de Marcação de Consultas.

A oferta de consultas especializadas em 2012 representou um acréscimo de 34,6% em relação a 2011.

O processo de informatização das consultas especializadas iniciou no segundo semestre de 2011, desta forma não foi possível mensurar a oferta de consultas separadamente (Centros de Saúde e Hospitais).

O aumento se deve a inúmeros fatores principalmente a informatização que propicia uma análise mais fidedigna da necessidade real da população.

A renovação dos contratos com os prestadores hospitalares incluiu a condição da oferta de no mínimo 20% de consultas iniciais sobre o valo total ofertado. Para os centros de saúde a oferta inicial passou a ser no mínimo 30%. No ano 2011 a oferta inicial era inferior a 20% em inúmeras sub-especialidades, ocasionando maior número de retornos.

Como já informado em relatórios anteriores, a oferta de exames não pôde ser mensurada, pois o SISREG não possibilita este tipo de relatório.

11.2.1 Regulação da Produção Hospitalar

A regulação da produção hospitalar inclui a descrição e análise da produção hospitalar conforme definido em contratualização, bem como às internações hospitalares realizadas no período analisado.

Desde o 2º semestre de 2011 iniciou-se, de forma rigorosa, a regulação dos serviços de saúde pela GRSS. Com a regulação, paciente que consultavam irregularmente nos hospitais e geravam internações, bem como os pacientes de outros municípios e de outros estados que internavam em Porto Alegre, aumentando a produção dos hospitais, deixaram de fazê-lo. Logo, houve um impacto óbvio na produção das instituições que levarão algum tempo para normalizarem sua produção. Também, em 2012, implantaram-se os novos sistemas informatizados de regulação, ao qual os hospitais estão se adequando, o que também contribui para a diminuição temporária da produção.

Tabela 153- Faturamento hospitalar dos prestadores públicos próprios e não próprios, filantrópicos conveniados de Porto Alegre.

Prestadores	2012		2011		Variação %
	Qdade.	Valor R\$	Qdade.	Valor R\$	
Hospital Conceicao	40036	52.185.866,20	38392	47.059.361,43	4,28%
Hospital Fêmeina	11457	9.949.885,51	12036	10.352.315,28	-4,81%
Hospital Cristo Redentor	5336	9.260.621,28	7559	12.287.147,21	-29,41%
Hospital de Clínicas	33528	63.830.455,65	26557	47.500.307,69	26,25%
Sanatório Partenon	983	1.784.295,04	1103	2.146.345,55	-10,88%
Hospital Sao Pedro	974	1.073.094,31	998	1.142.826,62	-2,40%
Hospital São Lucas da Pucrs	17503	39.471.954,30	17372	38.219.670,79	0,75%
Hospital Banco de Olhos	230	492.829,09	561	1.435.302,58	-59,00%
Hospital Divina Providência	20	20.478,13	99	65.981,96	-79,80%
Hospital Beneficência Portuguesa	2819	4.369.551,60	2322	3.881.967,07	21,40%
Hospital Parque Belém	2730	5.586.181,57	3490	6.165.771,60	-21,78%
Hospital Espirita	3360	3.028.597,92	3229	2.920.838,91	4,06%
Hospital de Pronto Socorro	7132	8.598.009,51	7433	8.421.836,64	-4,05%
Hospital Presidente Vargas	5097	4.947.757,71	4486	4.452.143,23	13,62%
Irmandade Santa Casa de Misericórdia	21188	53.299.020,83	23476	61.173.026,91	-9,75%
Hospital Vila Nova	14374	9.957.497,52	13385	8.019.612,38	7,39%
Instituto de Cardiologia	5539	32.930.609,12	5201	29.460.653,42	6,50%
Unidade São Rafael	515	497.803,95	532	545.121,97	-3,20%
Hospital Mãe de Deus	1	1.535,00	0	0,00	0,00%
Hospital Porto Alegre	23	26.432,00	0	0,00	0,00%
Total	172845	301.312.476,24	168231	285.250.231,24	2,74%

FONTE: SIH/DATASUS

A priori verificamos um incremento no aporte financeiro em comparação ano 2011/2012 no percentual de 2,74%, o mesmo ocorreu em relação ao quantitativo físico no mesmo período.

Observa-se redução do quantitativo em relação aos seguintes prestadores: Hospital Cristo Redentor, Banco de Olhos, Parque Belém e Irmandade Santa Casa. Em relação à redução do Hospital Cristo Redentor e Banco de Olhos tal fato ocorreu por problemas na apresentação das contas por parte dos prestadores. Em relação ao Hospital Banco de Olhos acrescenta-se a observância de urgencialização de procedimentos eletivos em desconformidade com as portarias específicas gerando aumento no número de glosas. No que se refere à Irmandade Santa Casa, tal fato decorreu de problemas internos do prestador na implantação de um novo sistema de gestão clínica (TASY), ocasionando atraso na apresentação das contas. Por fim, no que se refere ao Hospital Parque Belém, tal fato decorre de dificuldades de gestão interna do próprio prestador.

Em contra partida observa-se um aumento de produção por parte de alguns prestadores como: Hospital de Clínicas, Presidente Vargas e Beneficência Portuguesa. No que tange ao primeiro prestador, observa-se à adequação ao novo plano operativo contratualizado com o município de Porto Alegre. Quanto ao Hospital Presidente Vargas, tal fato decorreu do aumento do número de servidores públicos contratados após a saída da FUGAST. Em relação ao Hospital Beneficência Portuguesa, observou-se uma reestruturação na gestão interna do prestador ocasionando um incremento de produção.

Acredita-se que em 2013 haverá um acompanhamento mais rigoroso dos contratos com os prestadores hospitalares, tendo em vista que novas equipes (CPACs) foram nomeadas e adequadas com consequente cobrança rigorosa no cumprimento de serviços contratados.

11.2.2 Internações Hospitalares por Grupo e Especialidade

O conjunto de internações realizadas em 2012 sofreu acréscimo de 158,5% comparado com o ano anterior. Esse fato justifica-se pela maior cobrança dos hospitais pela prévia autorização da SMS, antes da transferência do paciente. A psiquiatria e a clínica médica foram às especialidades com maior número de

internações reguladas apresentando variação positiva de 158% e 129%, respectivamente.

Tabela 154- Regulação de internações hospitalares

Descrição	2012		2011		Varição 2012/2011
	Nº	%	Nº	%	%
UTI Neonatal	1.379	4,4	419	3,4	229,1%
UTI Pediátrica	1.089	3,4	505	4,1	115,6%
UTI Adulto	3.762	12,0	1.115	9,2	237,4%
Infectologia	786	2,5	291	2,4	170,1%
Psiquiatria	8.567	27,5	3.734	30,9	129,4%
Clínica Médica	9.593	30,7	3.713	30,8	158,4%
Pediatria	2.996	9,6	1.125	9,3	166,3%
Traumatologia	2.775	8,9	956	7,9	190,3%
Ordens Judiciais	275	0,8	190	1,5	44,7%
Total	31.149	100	12.048	100	158,5%

FONTE: Sistema Informatizado da SMS/POA.

Salienta-se que o incremento na regulação de serviços de saúde, por meio do processo de informatização do Sistema Municipal de Saúde, ampliou consideravelmente a capacidade de regulação e a conseqüente gestão dos processos que envolvem a oferta internações pela SMS.

Quadro 49- Metas anuais constantes PAS 2012.

Metas	Análise das Metas	Ações	Realizado das Ações
<p>121.Regular, através de um Sistema Informatizado, 90% das internações em leitos de UTI – SUS.</p>	<p>No ano 63.6% dos leitos de UTI foram regulados no sistema informatizado. Em 2011 36,8% dos leitos de UTI regulados no sistema informatizado representando uma variação positiva de 72,8%.</p>	<p>Implantação de Sistema de Informatização;</p>	<p>O Sistema Informatizado para a regulação das internações dos leitos de UTI foi implantado na SMS; Os prestadores que ainda não possuem os leitos de UTI regulados no SI (quadro 48) estão aguardando a integração entre os sistemas próprios e o utilizado pela SMS.</p>
		<p>Capacitação dos Reguladores; Capacitação dos Prestadores;</p>	<p>Os reguladores e demais profissionais (internos e externos) envolvidos neste processo foram capacitados para atender a este formato de regulação;</p>
		<p>Ampliação dos recursos humanos da central de regulação.</p>	<p>Tivemos a exoneração de 2 médicos reguladores, na central de regulação de internações hospitalares neste quadrimestre, mas ainda aguarda-se o ingresso de mais servidores para realizar a regulação dos hospitais que ainda não estão no SI.</p>
<p>122.Regular, através de um Sistema Informatizado, 90% das internações hospitalares oriundas das emergências.</p>	<p>40,8% das internações de emergência SUS estão reguladas no sistema informatizado. O acréscimo em relação a 2011 foi de 0,4%.</p>	<p>Capacitação dos Reguladores;</p>	<p>Os reguladores e demais profissionais (internos e externos) envolvidos neste processo foram capacitados para atender a este formato de regulação; Os prestadores que ainda não possuem as internações oriundas das emergências regulados no SI (tabela 1) estão aguardando a integração entre os sistemas próprios e o utilizado pela SMS</p>
		<p>Ampliação de recursos humanos da central de regulação;</p>	<p>Tivemos a exoneração de 2 médicos reguladores, na central de regulação de internações hospitalares neste quadrimestre, mas ainda aguarda-se o ingresso de mais servidores para realizar a regulação dos hospitais que ainda não estão no SI.</p>
		<p>Estabelecimento de critérios de urgências;</p>	<p>Estabelecidos os critérios de internação em leitos de retaguarda.</p>

<p>123.Regular, através de um Sistema Informatizado, 90% das internações hospitalares.</p>	<p>46,2% das internações hospitalares estão reguladas no SI.</p>	<p>Integração entre SI do prestador e da SMS;</p>	<p>O Sistema Informatizado para a regulação das internações hospitalares foi implantado na SMS;</p>
		<p>Transferência de informações e conexão entre SI dos prestadores e da SMS;</p>	<p>Os reguladores e demais profissionais (internos e externos) envolvidos neste processo foram capacitados para atender a este formato de regulação;</p>
		<p>Implementação de centrais do SI, ou outra estratégia de adesão, em serviços de prestadores que não contam com SI próprio;</p>	<p>Os prestadores que ainda não possuem as internações hospitalares regulados no SI estão aguardando a integração entre os sistemas próprios e o utilizado pela SMS</p>
		<p>Ampliação de recursos humanos na Central de Internações hospitalares;</p>	<p>Houve exoneração de 2 médicos reguladores, na central de regulação de internações hospitalares. Aguarda-se o ingresso de mais servidores para realizar a regulação dos hospitais que ainda não estão no SI.</p>
		<p>Alinhamento de fluxos de internação com os prestadores hospitalares.</p>	<p>Os fluxos de regulação de internação hospitalares já foram definidos pela SMS.</p>
<p>124.Alcançar a proporção de 50% de internações de caráter eletivo.</p>	<p>20,8% de internações com caráter eletivo, representando uma variação positiva de 8,3% das internações</p>	<p>Regulação das internações oriundas das emergências;</p>	<p>Estima-se que com o avanço da regulação nas consultas especializadas, bem como nas emergências, ocorrerá ampliação do acesso da população ao atendimento desejado, aumentando a proporção de internações de caráter eletivo e diminuindo a procura pelas emergências</p>
		<p>Aumento da oferta de consultas eletivas.</p>	<p>A oferta de consultas especializadas em 2012 representou um acréscimo de 34,6% em relação a 2011.</p>

		Diminuição do número de bloqueios de agendas por parte dos Prestadores;	A renovação dos contratos com os prestadores hospitalares incluiu a condição da oferta de no mínimo 20% de consultas iniciais sobre o valo total ofertado. Para os centros de saúde a oferta inicial passou a ser no mínimo 30%. No ano 2011 a oferta inicial era inferior a 20% em inúmeras sub-especialidades, ocasionando maior número de retornos.
		Controle das faturas de ingresso nas AIHs, exigindo regulação prévia da CMCE para casos eletivos;	Na apresentação das contas hospitalares com caráter eletivo ao NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) exige-se o número da regulação gerado através da consulta especializada;
		Bloqueio de contas de atendimentos eletivos apresentados como de urgências.	Na apresentação das contas hospitalares com caráter de urgência, quando não justificado o acesso por este critério ocorre o bloqueio do pagamento.
125.Regular, através de um Sistema Informatizado, 95% das primeiras consultas especializadas.	100% da oferta de consultas médicas especializadas iniciais estão reguladas no SI.	Controle de ingresso de procedimentos eletivos através de emergências;	- Na solicitação de internação com caráter eletivo ao CERIH (Central de regulação de internação hospitalar) exige-se o número da regulação gerado através da consulta especializada para que seja autorizada;
		Cobrança de número de CMCE/AGHOS em laudos de procedimentos eletivos;	Na apresentação das contas hospitalares com caráter eletivo ao NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) exige-se o número da regulação gerado através da consulta especializada;
		Bloqueio das faturas sem informação do código de CMCE;	Elaborado fluxo para bloqueio das faturas sem informação do código de CMCE

		<p>Integração dos sistemas AGHOS com os sistemas dos prestadores;</p>	<p>A integração está sendo realizada entre os sistemas próprios dos prestadores e o sistema utilizado pela SMS para que se possa controlar a efetividade das consultas realizadas e a ociosidade das mesmas;</p> <p>- Neste momento, não é possível mensurar o quantitativo de consultas iniciais em especialidades não médicas, impossibilitando o cálculo geral do percentual de consultas especializadas reguladas no SI.</p>
--	--	---	--

<p>126.Controlar 100% das transferências de consultas.</p>	<p>Com a informatização houve mudança no processo de marcação de consultas, impossibilitando a mensuração da meta.</p>	<p>Monitoramento através do sistema informatizado</p>	<p>Idem realizado da Meta.</p>
<p>127.Regular, através de um Sistema Informatizado, 50% das interconsultas e reconconsultas hospitalares.</p>	<p>0% das interconsultas e reconconsultas hospitalares reguladas no SI</p>	<p>Integração dos sistemas AGHOS com os sistemas dos prestadores;</p> <p>Bloqueio das faturas eletivas sem o código da CMCE/AGHOS</p>	<p>A regulação das interconsultas e reconconsultas hospitalares somente será possível após a integração entre os sistemas próprios dos prestadores e o sistema utilizado pela SMS.</p> <p>O processo de integração dos sistemas ainda está em andamento.</p> <p>Na apresentação das contas hospitalares com caráter eletivo ao NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) exige-se o número da regulação gerado através da consulta especializada.</p>
<p>128.Reduzir para 5% os bloqueios de agendas pelos prestadores conforme estabelecido na contratualização</p>	<p>7% de agendas bloqueadas pelos prestadores</p>	<p>Contrato de metas com prestadores;</p> <p>Monitoramento dos bloqueios solicitados;</p> <p>Proibição de bloqueios para congressos, plantão;</p> <p>Facilitação de remanejamento de agenda sem a diminuição do total ofertado para a população;</p> <p>Estabelecimento de quantidade de consulta ofertada ao ano para possibilitar a redistribuição em período de férias dos profissionais.</p>	<p>Foi estabelecido no contrato com os prestadores a meta de no máximo 5%/ano de bloqueio das agendas;</p> <p>O monitoramento dos bloqueios é realizado mensalmente pela CMCE (Central de marcação de consultas e exames);</p> <p>Foram definidos critérios para a autorização ou recusa dos bloqueios solicitados pelos prestadores</p> <p>Quando ocorre a autorização de um bloqueio, exige-se que o prestador remaneje a oferta para outro período;</p> <p>Prioriza-se junto aos prestadores a distribuição dos bloqueios por motivos de férias ao longo do ano, evitando-se a redução da oferta nos períodos de Janeiro, Fevereiro e Julho.</p>

<p>129.Contratualizar 95% dos prestadores de serviços hospitalares não próprios.</p>	<p>100% de prestadores de serviços hospitalares não próprios contratualizados</p>	<p>Reuniões com os prestadores, CMCE, CERIH e Comissão de Acompanhamento para estabelecer os planos operativos;</p>	<p>Realizam-se reuniões com a presença dos segmentos necessários para o estabelecimento de planos operativos dos prestadores; O contrato do Hospital Parque Belém foi efetivado (está aguardando assinatura) e os demais estão concluídos e vigentes;</p>
		<p>Recursos financeiros para aumentar o teto dos prestadores;</p>	<p>Discutiu-se com o gestor a necessidade do aumento dos recursos financeiros para a renovação e contratualização dos prestadores;</p>
		<p>Ampliação dos recursos humanos do núcleo de relacionamento com o prestador.</p>	<p>Houve exoneração de 2 médicos reguladores, na central de regulação de internações hospitalares. Aguarda-se o ingresso de mais servidores para realizar a regulação dos hospitais que ainda não estão no SI.</p>
<p>130.Contratualizar 50% dos prestadores de serviços ambulatoriais não próprios.</p>	<p>31% dos prestadores de serviços ambulatoriais não próprios estão contratualizados</p>	<p>Realização de chamamento público a partir do diagnóstico de necessidade; Ampliação de recursos humanos do núcleo de relacionamento com prestador.</p>	<p>Somente os prestadores de serviços ambulatoriais não próprios vinculados aos prestadores hospitalares possuem contrato; Atualmente os serviços ambulatoriais não próprios e não vinculados aos prestadores hospitalares aguardam a conclusão do processo de chamamento público que viabilizará a contratação; Realizado a estimativa da necessidade de oferta de serviços ambulatoriais para a contratualização.</p>
<p>131.Reduzir em 20% o tempo médio de espera para o agendamento das primeiras consultas especializadas da rede de atenção primária de saúde através da CMCE</p>	<p>Não mensurável.</p>	<p>Aumento do nº de consultas contratadas;</p>	<p>Esta sendo realizada negociação com os prestadores para o aumento da oferta de consultas em determinadas reprimida;</p>
		<p>Diminuição do nº de bloqueios de agendas pelos prestadores;</p>	<p>- Atua-se especialidades com demanda na redução do número de bloqueio das agendas ofertadas pelos prestadores através de levantamento mensal do percentual bloqueado;</p>

		Liberação do acesso às agendas, para os municípios conforme rede de referências aprovadas pela CIB	Estamos participando juntamente com o estado da elaboração da PPI (Programação pactuada e integrada), para que sejam estabelecidas as referências estaduais para Porto Alegre.
132. Reduzir o tempo médio de espera para igual ou menor que 45 dias no agendamento dos exames especializados de pacientes atendidos na rede de atenção primária de saúde	Não mensurável	Implantação do Sistema AGHOS na Central de exames especializados.	Neste momento o SISREG não possibilita mensurar o tempo médio de espera para o agendamento dos exames especializados;
		Identificação do status atual para redução gradativa do tempo médio de espera.	Está em processo a transição dos agendamentos de exames do SISREG para o SI da SMS, o que possibilitará a mensuração deste dado e a criação de estratégias para a redução do mesmo;
		Elaboração de diretrizes clínicas, priorizando as especialidades com maior demanda reprimida.	Esta em negociação com os prestadores para que os mesmos tenham conhecimento da necessidade do aumento da oferta de exames especializados que possuem maior demanda.
133. Revisar 95% das contas hospitalares de alto custo ingressantes no NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) dentro do mês de competência.	100% das contas de alta complexidade revisadas no mês de competência.	Aumento do número de autorizadores;	Um servidor dedica-se a avaliação administrativa das contas de alto custo, sendo conferidos dados sobre a regulação de ingresso do paciente, materiais especiais e órteses/próteses utilizados e faturados. Nesta conferência são confrontados dados do Sistema Informatizado X prova documental;
		Informatização do NACH; Autorização prévia dos procedimentos eletivos.	Reuniões semanais são realizadas para definir as estratégias de implantação do SI da SMS no NACH, o que viabilizará a autorização prévia dos procedimentos eletivos principais e secundários solicitados pelos prestadores.

<p>134. Bloquear 80% do pagamento das contas hospitalares sem a devida regulação.</p>	<p>100% de bloqueio de pagamento de contas hospitalares sem a devida regulação</p>	<p>Informatização da Regulação;</p>	<p>As contas de caráter eletivo ou urgência sem a devida regulação têm o seu pagamento bloqueado pelo NACH no momento da apresentação da conta;</p>
		<p>Capacitação dos Prestadores Regulação de inter consultas e re-consultas;</p>	<p>Os autorizadores e demais profissionais (internos e externos) envolvidos neste processo serão capacitados para atender a este formato de regulação quando iniciar a implantação do SI da SMS no NACH.</p>
		<p>Autorização prévia de procedimentos eletivos.</p>	<p>O CERIH realiza o cancelamento das solicitações de internações eletivas sem a devida regulação dos prestadores que possuem seus leitos hospitalares no SI</p>
<p>135. Acompanhar 100% dos contratos com prestadores, através da Comissão de acompanhamento</p>	<p>46 % dos contratos com prestadores acompanhados conforme portaria que define as CPACs.</p>	<p>Efativação das Comissões;</p>	<p>Novas CPACs (Comissão permanente de acompanhamento de contratos) já foram nomeadas para 2013;</p>
		<p>Monitoramento trimestral da atuação das comissões;</p>	
		<p>Definir calendário trimestral de reuniões das CPACs;</p>	<p>Os prestadores que não estão contemplados nos 50% de acompanhamento ainda não tiveram as suas reuniões agendadas, porém os membros nomeados do segmento da SMS já realizaram os relatórios necessários. As reunião, serão realizadas a partir de março de 2013.</p>
<p>136. Atualizar regularmente 100% a base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde – CNES</p>	<p>100% dos estabelecimentos cadastrados atualizados no CNES.</p>	<p>Sistematização da atualização da base de dados do CNES;</p>	<p>Base atualizada e exportada ao MS mensalmente dentro do prazo das competências;</p>
		<p>Tornar os campos obrigatórios referentes ao cadastro de profissionais e dos estabelecimentos de saúde no sistema AGHOS;</p>	<p>Elaborado critérios e fluxos para o cadastramento de profissionais e estabelecimentos no CNES.</p>
		<p>Estabelecer rotinas e fluxos de recebimento de informações para a atualização da base</p>	<p>A base do CNES é importada para o SI da SMS mensalmente, com a finalidade de atualizar os dados referentes aos estabelecimentos de saúde e profissionais.</p>

137.Reduzir o absenteísmo das consultas e exames especializados em 10%	Não mensurável	Implantação da funcionalidade de importação de consultas, portabilidades ao sistema AGHOS;	Este dado somente será mensurável após a integração dos sistemas de regulação próprios dos prestadores hospitalares com o SI da SMS que teve prazo estendido para 2013; Através desta informação será possível atuar na redução do absenteísmo utilizando recursos de comunicação da consulta agendada através de torpedo SMS.
		Integração do sistema AGHOS com o sistema dos prestadores;	

12 HOSPITAIS PRÓPRIOS

12.1 Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

Instituição 100% SUS, voltada para a área materno-infantil, com atendimento de média e alta complexidade em Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Psiquiatria feminina. Atendimento ambulatorial e internação. Vários programas especiais nesse perfil de atendimento, tais como: Pré-Natal de Alto Risco e Hospital-Dia - para gestantes hipertensas e diabéticas, Programa de Medicina Fetal, Centro de Referência em Atendimento Infante-Juvenil, Serviço de Referência em Triagem Neonatal, Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente, Programa de Acompanhamento dos Distúrbios da Deglutição, Atendimento às Vítimas da Violência, Centro Municipal Integrado de Planejamento Familiar, Distúrbios da Eliminação, Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais, Triagem Auditiva Neonatal, CAMMI - SAE Hepatites Virais

Tabela 155- Capacidade Instalada Atual do Hospital – Comparativa:

Enfermaria	Nº Potencial de Leitos	Final 2012	Final 2011	Varição Relativa ao Potencial	Varição 2012/2011
Alojamento Conjunto – 8º andar	28	22*	22	0	27
Casa da Gestante – 7º andar	11	10*	11	-9	-9
Centro Obstétrico – 10º andar	7	7	7	0	0
Ginecologia Internação – 7º andar	18	8*	18	-55	-55
Pediatria – 4º andar	38	21**	10	-48	-48
Psiquiatria – 5º andar	24	24	17	0	41
Sala de Observação Pediátrica – SOP	20	0**	8	-100	-100

Sala de Recuperação – 11º andar	11	11	11	0	0
UTI Neonatal – 9º andar	24	16***	20	-33	-20
UTI Pediátrica – 3º andar	12	6**	6	-50	0
Total de Leitos	193	131	130	-32	0

FONTE AMB - HMIPV

* Os Leitos do Alojamento Conjunto, Internação Ginecológica e Patologia da Gestação foram diminuídos por conta de reforma no 7º andar (Unidade de Patologia da Gestação e Internação Ginecológica). A Unidade de Alojamento Conjunto reduziu leitos concomitantemente, para disponibilizar leitos para a Unidade co-irmã.

** Na Pediatria, SOP E UTI Pediátrica, fora do inverno são bloqueados leitos, pela diminuição sazonal da demanda. O quantitativo habitual de RH dessas áreas sofre aumento temporário por ocasião da Operação Inverno, quando é ativado todo o potencial de leitos pediátricos.

Produção

Tabela 156- Procedência dos atendimentos ambulatoriais no HMIPV

		2012	2011	Variação %
		Nº	Nº	
Procedência	Município de POA	67.518	66.342	12
	Outros municípios	37.878	32.716	16
Total		105.396	99.058	6

FONTE Programa Procedência do AMB/SIHO*.

Houve um aumento nos atendimentos ambulatoriais de 6% no ano de 2012 em relação a 2011. Pelos percentuais de variação têm-se mostrado que o aumento nos atendimentos ambulatoriais de pacientes do interior, em relação ao menor aumento para pacientes residentes em Porto Alegre, deve-se ao fato do maior agendamento destes nas especialidades ofertadas via CMCE.

Tabela 157- Procedência das internações no HMIPV

		2012	2011	Variação %
		Nº	Nº	
Procedência	Município de POA	4.103	4.330	-5
	Outros municípios	2.114	2.120	0
Total		6.217	6.450	-4

FONTE: Programa Procedência do AMB/SIHO.

Não houve variação significativa no número de internações de 2011 para 2012, apesar da oscilação entre os quadrimestres. Com as reformas ocorridas, de Unidades de Internação como a Psiquiatria, Ginecologia e Alojamento Conjunto, muitos leitos ficaram inativos, diminuindo naturalmente o número de internações. A entrega da Unidade Psiquiátrica reformada possibilitou a retomada plena da sua capacidade, o que contribuiu junto com o aumento sazonal de RH na Pediatria para a Operação Inverno, para aumentar a capacidade de internações do hospital. Isso diminui o impacto da variação.

Tabela 158- Demonstrativo do nº de atendimentos* realizados, por atividade assistencial.

Unidades		2012	2011	Variação %
		Nº	Nº	
Ambulatório	Nº de atendimentos	91.112	93.164	-2
Bloco Cirúrgico**	Nº de atendimentos	2.068	1.600	29
Internações***	Nº de atendimentos	6.217	6.450	-3,6
Emergência Pediátrica	Nº de atendimentos	15.287	18.903	-19
Triagem Obstétrica	Nº de atendimentos	4.500	4.906	-8
Serviços Apoio Diagnóstico	Nº de atendimentos	420.611	220.706	91
Total	-	539.387	345.457	56

Fontes: Programa Estatística Geral AMB/SIHO

Tabwin – grupo 02 – procedimentos com a finalidade de diagnóstico*.

* atendimentos - considerar exames radiodiagnósticos, laboratoriais e outros, consultas médicas, procedimentos médicos e de enfermagem e outros.

** Considerados todos os procedimentos cirúrgicos realizados em Bloco Cirúrgico: obstétricos, pediátricos, ginecológicos, odontológicos, cirurgia geral, eletroconvulsoterapia, colonoscopia.

*** Em internações está considerado o número de pacientes que internaram. Um paciente pode ter mais de uma internação.

O aumento na produção geral foi de 56%. A Emergência Pediátrica teve diminuição de 19% - motivos – no primeiro quadrimestre, a Emergência Pediátrica deu lugar à Internação Pediátrica, cujo andar foi cedido à Psiquiatria, pois esta última Unidade estava em reforma. Do mesmo modo, no terceiro quadrimestre, os leitos de observação, na Emergência Pediátrica, foram desativados, e a internação passou a ocorrer somente na Unidade de Internação Pediátrica, no 4º andar.

Conseguiu-se um aumento significativo, da ordem de 23%, nos procedimentos do Bloco Cirúrgico, em virtude da resolução do grave problema de recursos humanos em anestesiologia, com a contratação da empresa terceirizada. Ocorreu, também, importante aumento (91%) nos atendimentos prestados pelos Serviços de Apoio Diagnóstico, principalmente por conta dos exames laboratoriais.

Tabela 159- Demonstrativo de atendimentos hospitalares realizados, por serviço.

Serviços		2012	2011	Variação
		Nº	Nº	
Centro Obstétrico	Partos normais	691	616	12
	Cesarianas *	477	539	-12
	Total	1.168	1.155	1,1
Bloco Cirúrgico - cirurgias/ Procedimentos	Ginecológicas **	633	689	-8
	Pediátricas (0 a 12 anos)	290	248	17
	Outras	1.145	663	73
	Total	2.068	1.600	29

Internações	UTI Neonatal	388	386	1
	UTI Pediátrica até 12 anos)	185	248	-25
	Alojamento conjunto***	2.107	2.467	-15
	Internação Pediátrica (até 12 anos)	1.411	2.696	-48
	Internação psiquiátrica	225	223	1
	Internação adulto mulheres****	1.186	1.291	-8
	Sala de Observação Pediátrica	1.574	1.820	-14
Outros	Exames laboratoriais	380.815	173.042	120
	Exames radiodiagnósticos	8.904	9.065	-2
	Diagnóstico por Imagem (Ecografia)	7.957	8.043	-1
	Hemoterapia	Transf = 361	396	-9
		Reserva cirurg=484	464	4
		Exs Hosp. = 2690	2.767	-3
		Exs Ambu = 1.316	903	46
		Total = 4.851	Total = 4.530	7
Exames diagnósticos em Especialidades	6.735	9.007	-25	

FONTE: Programa Estatística Hospitalar AMB/SIHO, Boletim de movimentação hospitalar(BMH) e TABWIN.

** O nº de procedimentos cirúrgicos, continua abaixo do desejado, em virtude das dificuldades nas escalas de anestesistas para o Bloco Cirúrgico.

*** Somados mães e respectivos recém nascidos

Incluídas internações na ginecologia, cirurgia geral e casa da gestante.

A melhora da oferta de anestesistas, conseguida através da terceirização, promoveu aumento significativo dos procedimentos cirúrgicos - diminuição discreta em cirurgia ginecológica, devido à reforma da unidade. Aumento mais importante em cirurgia pediátrica (17%), explicado também pelo ingresso de cirurgiões pediátricos para completar a escala. Grande aumento dos procedimentos nas demais especialidades representando 73%, principalmente às custas das endoscopias digestivas e colonoscopias que foram iniciadas no HMIPV, bem como o incremento da cirurgia plástica de pequenos tumores cutâneos.

Houve aumento significativo do nº de exames laboratoriais. O aparelho de mamografia aguarda calibração desde maio, o que acarretou diminuição do nº de exames radiológicos. Da mesma forma, diminuição do quantitativo de ecografias – médicos afastados e licenças.

Serviços Especializados

Tabela 160- Centro de Referência em Assistência Infanto Juvenil - CRAI

CRAI	2012		2011		Variação
	N	%	N	%	
Acolhimento POA	715	9,2	684	45,6	4,5
Acolhimento Interior	1026	13,2	817	54,4	26
Total *	1741	22,4	1501	100	16
Consulta em Psicologia	2056	26,5	1812	28,9	13,5
Consultas em Serviço Social	1741	22,4	1501	23,9	16
Pacientes Periciados (DML)	1807	23,3	1110	17,7	63
Consultas em Pediatria	2158	27,8	1846	29,4	17
Total de Atendimentos	7762	100	6269	100	24

FONTE: CRAI – HMIPV

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

Aumento de 16% no acolhimento do CRAI, principalmente à custa de pacientes do interior (26%). O aumento da procura deste serviço é fato percebido ano após ano, tanto pela qualidade e integralidade do atendimento, como pela divulgação do Serviço através do Estado, além da progressiva conscientização da população sobre a importância de identificar e denunciar essa chaga social.

Tabela 161– Triagem Auditiva Neonatal – TANU

Nº exames	2012	2011	Variação
UTI Neonatal	253	293	-13,6
Alojamento Conjunto	974	1021	-4,6
Ambulatório	279	261	6,9
Consultorias pediatria	3	7	-57
Total	1509	1582	-4,6
TANU X nascimentos	94,5%	95%	-0,5

FONTE: Equipe da TANU – HMIPV

Obs.: O equipamento esteve aguardando conserto de março a maio/2012.

Tabela 162- Serviço de Referência em Triagem Neonatal – SRTN

Indicadores		2012	2011	Variação
		Nº	Nº	
Exames Laboratório TN	nº de recém nascidos	102.487	85.495	20
	nº de controle (pacientes)	2.125	3.657	-42
Hemoglobinas	nº de recém nascidos	102.487	85,495	20
	nº de pais / família	2.657	2.642	1
Tempo de coleta	nº de pacientes < 7 dias	69.467 (67,8%)	42.048 (53,7%)	65
	nº de pacientes > 7 dias	33.020 (32,2%)	39.467 (46,3%)	-16
Fenilcetonúria	nº de Triagem Neonatal	102.487	85.495	20
	nº de controles	346	265	31
Hipotiroidismo Congênito	nº de Triagem Neonatal	102.487	85.495	20
	nº de controles	1.493	382	291
Anemia Falciforme	nº de Triagem Neonatal	102.487	85.495	20
	nº de controles	217	1.573	-86
Fibrose cística	Nº de Triagem Neonatal	30.949	0	
	nº de controles	69	0	
Tempos Médios decorridos TN	da coleta ao resultado labor.	5 dias	6 dias	-1 dia
	da coleta à 1ª consulta	30 dias	28,7 dias	+1,3 dias

FORNTE:: Equipe SRTN – HMIPV

De forma geral, a variação foi representando um aumento significativo do total de exames realizados em 20%.

Ressalta-se o aumento significativo do nº de coletas em pacientes < 7 dias, o que é almejado – passando de 53,7% para 67,8% das coletas, com diminuição das coletas tardias, que passaram de 46,3 para 32,2%.

Foi iniciada a Fase III do SRTN, com o diagnóstico da Fibrose Cística.

Indicadores de Desempenho Pactuados

Tabela 163– Indicadores Gerais de Produtividade

Indicadores	Unidade de medida	2012			2011			Variação
		Nº	Meta Pactuada	% da meta	Nº	Meta Pactuada	% da meta	
Boletins de Atendimentos /Dia	Nº boletins atendimentos efetivamente atendidos/dia	235	280	84	315	280	112,5	-25
Produção Geral Dia	Número de atendimento geral efetivo/dia	274	250	110	302	250	120,8	-9,3

Procedimentos Ambulatoriais	Número de Procedimentos Ambulatoriais Realizados	569.150	368.000	154	361.893	368.000	98	57
Absenteísmo	Percentual de absenteísmo nas consultas ambulatoriais	17	24	75	18	24	79	-5,2
Atendimentos Sala Emergência/Dia (Em.Ped + T.O.)	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	54	60	90	63	60	105	-14,3
Cirurgias/Dia	Número de cirurgias realizadas/dia	8,5	18	47	6	18	33	41,7
Taxa de Ocupação Geral	Indica o grau de utilização do leito (%)	87	70	124	72	70	102	24
Taxa de Ocupação UTI Pediátrica	Indica o grau de utilização do leito (%)	104	70	148	86	70	123	21
Taxa de Ocupação UTI NEO	Indica o grau de utilização do leito (%)	104	70	148	90	70	128	16
Internações Hospitalares	Número de Internações hospitalares realizadas	6.217	7.080	87	6.450	7.080	91	-4
Exames Radiodiagnósticos/dia	Número de exames radiodiagnósticos realizados/dia	28,5	25	114	30	25	120	-5
Aleitamento Materno	Índice percentual de crianças que receberam LM na primeira hora de vida.	75,5	60	125,8	62,9	60	104,8	20

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

A diminuição do número de exames radiológicos justifica-se, pois o aparelho de mamografia encontrava-se inativo desde maio 2012, aguardando trâmites de conserto.

Houve aumento significativo do nº de procedimentos cirúrgicos diários realizados e aumento da taxa geral de ocupação dos leitos, bem como da taxa de ocupação dos leitos da UTI pediátrica.

A lotação da UTI Neonatal, ao longo dos últimos meses, tem estado sempre muito próxima (ou acima) de 100% dos leitos ativos.

Tabela 164- Indicadores Gerais de Qualidade

Indicador	Unidade de medida	2012			2011			Variação
		Nº	Meta Pactuada	% da meta	Nº	Meta Pactuada	% da meta	
Média de Permanência	Tempo médio de permanência das internações hospitalares	6,1	3,5	-74	5,9	3,5	-68,5	3,4
Taxa de Ocupação	Indica o grau de utilização do leito (%)	87,5	70	125	76	70	108,5	15
Mortalidade Institucional	Nº óbitos ocorridos em pacientes atendidos em unidades de internações e emergência	40	40	100	36	40	90	+ 11
Infecção Hospitalar	Nº de infecções ocorridas em pacientes	167	300	44,3	140	300	53,3	19,3
Consultas ambulatoriais	nº de consultas realizadas nos ambulatorios	83.638	92.000	91	72.705	92.000	79	15
Média de Dietas Distribuídas	nº de dietas distribuídas	44.322	52.000	85,2	58.039	52.000	111,6	-23,6
Média de Refeições Distribuídas	nº de refeições distribuídas	18.383	24.000	76,6	23.323	24.000	97,2	-21,2

FONTE: TABWIN e BMH, CCIH, Serviço de Nutrição do HMIPV, Comitê de Aleitamento Materno do HMIPV.

Houve aumento significativo da taxa geral de ocupação de leitos.

Discreto aumento do número de óbitos (4 óbitos a mais no ano), às custas do aumento do atendimento à Gestação de Alto Risco e Medicina Fetal, resultando recém-nascidos com maior morbimortalidade (prematuridade extrema e malformações severas).

Aumentou em 15% o nº de consultas ambulatoriais, com o ingresso do SAE – Hepatites Virais, que inclusive eliminou a fila de espera existente para a especialidade gastro-hepatites.

Também se abriram maior nº de agendas tendo em vista que no ano de 2012 foram preenchidas todas as vagas de residentes de Pediatria e de Gineco-Obstetrícia, com conseqüente aumento da oferta de consultas.

Quadro 50- Metas anuais constantes no PAS

Metas	Realizado as Metas	Ações	Realizado das Ações
84. Implantar a fase III do SRTN - Sistema de referencia em triagem neonatal.	Falta completar quadro de servidores para adequação ideal do Serviço. Deverá ingressar um farmacêutico bioquímico e 1 assistente administrativo para completar o quadro de RH para Fase III.	Implantação da testagem da fase III do SRTN no primeiro semestre para RN de POA;	Adequação de área física realizada. Fluxos montados. Realizado
		Implantação da testagem da fase III do SRTN no segundo semestre para RN do RS;	credenciamento do MS para Fase III do Serviço de Triagem Neonatal Contratação de empresa para os testes de biologia molecular realizada Fase III instalada
		Completar quadro de servidores.	
85. Implantar 1 serviço de diagnóstico e tratamento fonoaudiológico ao paciente disfágico no município.	meta concluída	Capacitação para a rede de saúde de POA para indicação e encaminhamento de pacientes com diagnóstico ou suspeita de disfagia;	Serviço implantado.
		Organizar fluxo para diagnóstico e tratamento ao paciente disfágico.	
96. Implantar a rede cegonha para atendimento de 100% das gestantes de alto Risco.	Validação interna e submissão ao controle social, tão logo finalizem os projetos. Posterior submissão ao GS, CMS, CGVS e SMA	Adequação do HMIPV à legislação vigente para o atendimento de gestantes de alto risco e rede cegonha;	Projeto arquitetônico de reforma de área física do CO/HMIPV – em fase final Projeto arquitetônico para criação da UTI Adulto Nível II – em fase final Submetida proposta de Reforma da UTI Neo ao Projeto Rede Cegonha do MS, para recurso financeiro Submetida proposta de Ambiência do Alojamento Conjunto ao projeto Rede Cegonha do MS, para recurso financeiro Submetida ao projeto Rede Cegonha do MS proposta de reforma para Casa da Gestante, Bebê e Puérpera em uma das casas desapropriadas Levantamento de necessidades de RH Levantamento de materiais e equipamentos
		Elaboração do projeto de reforma de área física do CO do HMIPV.	
		Elaboração do projeto para adequação da Casa da Gestante conforme a Rede Cegonha;	
		Levantamento das necessidades de RH;	
		Levantamento das necessidades de materiais e equipamentos;	
		Adequação da UTI Neo para nível III;	
Adequação da UTI Adulto para Nível II;			

		Adequação do Centro obstétrico;	
		Capacitação dos profissionais para atendimento à alta complexidade;	
97. Adequar a UTI Pediátrica para nível III com a capacidade plena de 10 leitos.	Projeto em elaboração. Validação interna e submissão ao controle social, tão logo finalizem os projetos.	Levantamento das necessidades de RH;	Levantamento de necessidades de RH Levantamento de materiais e equipamentos
		Levantamento das necessidades de materiais e equipamentos;	
		Elaboração do projeto arquitetônico adequando à legislação vigente;	
		Adequação da área física ao projeto arquitetônico;	
		Submissão do projeto à apreciação do GS, CMS, CGVS e SMA.	
98. Reformar a área física do ambulatório do HMIPV, para manter 100% dos atendimentos a crianças vítimas de violência em espaço adequado e humanizado ao perfil do Centro de Referência em Atendimento Infante Juvenil.	Validação interna e submissão ao controle social tão logo finalize o projeto	Levantamento das necessidades de RH do CRAI;	Levantamento de necessidades de RH de materiais e de equipamentos Projeto arquitetônico e memorial descritivo para reforma do CRAI concluído. Em fase de licitação
		Levantamento das necessidades de materiais e equipamentos do CRAI;	
		Elaboração do projeto de reforma do CRAI adequando à legislação vigente;	
		Elaboração e aprovação dos projetos arquitetônico, estrutural, hidráulico e elétrico do CRAI;	
		Submissão do projeto à apreciação do GS, CMS, CGVS e SMA;	
		Capacitação dos profissionais para atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência.	
99. Ampliar a oferta de leitos de internação hospitalar do HMIPV de 97 para 125 leitos até 2012.	Após término dos projetos, solicitar ingresso de RH e encaminhar aquisições e substituição de mobiliário. Internação Ginecológica em processo de reforma de área física, restrição de leitos. Internação	Levantamento das necessidades de RH;	Levantamento de necessidades de RH e de mobiliário e equipamentos – concluído Elaboração do projeto de modernização do parque tecnológico e mobiliário - em elaboração
		Levantamento das necessidades de aquisição de equipamentos e mobiliário com vistas à inclusão/ substituição;	
		Elaboração do projeto adequando à legislação vigente;	

	Psiquiátrica em funcionamento pleno, 24 leitos. Alojamento Conjunto com reforma concluída.	Elaboração do projeto de modernização do parque tecnológico e mobiliário.	Unidade de Internação Psiquiátrica – obra concluída, em funcionamento Unidade de Internação Pediátrica – aguarda projeto para reforma de área física Unidade de Alojamento Conjunto – reforma concluída Unidade Internação da Mulher – encontra-se em intervenção (pintura e reforma)
100. Implantar um Centro de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis – CAMMI no HMIPV até 2012	Falta completar quadro de servidores para instalação completa do Serviço. Aguardamos liberação dos técnicos de enfermagem, enfermeiros e farmacêuticos exclusivos do programa. Deve ser contratada empresa para realização da obra. Profissional nomeado que havia iniciado as biópsias hepáticas se exonerou. Aguardamos nomeação de outro profissional (não há garantia de que saiba realizar o procedimento)	Execução reforma da área física;	Consultórios para atendimento médico (funcionamento em área temporária) Projeto arquitetônico concluído Zerada a demanda reprimida do atendimento inicial na hepatologia da rede de atenção primária Iniciado etapa diagnóstica por biópsia hepática Realizado adaptação de consultório para administração dos medicamentos Iniciada realização de endoscopias digestivas altas
		Aquisição de equipamentos;	
101. Ampliar e implantar o atendimento em 04 especialidades no HMIPV.	Dificuldades e empecilhos à consecução dessa meta: 1-otorrinolaringologista nomeada para essa função retornou da licença em dezembro. Foi realizado levantamento e descrição de material de consumo necessário para cirurgias, encaminhado para compra; 2-oncologia: profissional nomeada encontra-se realizando projeto; necessidade de prever área física, equipamentos,	Implantação do atendimento de otorrino para cirurgia e pequenos procedimentos ambulatoriais;	Otorrino cirúrgica – adquirido microscópio cirúrgico, nomeado profissional, retornou da licença gestante em dezembro Reconstituição mamária: adquiridas próteses, profissional habilitado, atividade em andamento Oncologia Clínica: nomeado profissional Ecografia mamária: aguarda recursos humanos
		Ampliação do atendimento de cirurgia de reconstituição mamária;	
		Implantação de atendimento de oncologia clínica com quimioterapia;	
		Ampliação da oferta de ecografia mamária, Adequação de área física;	
		Aquisição de mobiliário e equipamentos;	
		Levantamento de necessidade de RH e ingresso dos profissionais;	
		Elaboração de fluxos de atendimento;	

	aquisição de medicações, enfermeiro e farmacêutico habilitados e especializados. 3-ecografia mamária: necessita adaptação de área física e acréscimo de ecografista	Capacitação dos profissionais.	
--	---	-----------------------------------	--

Entregue em 31 de agosto de 2012 a reforma elétrica iniciada em 2011. Encerrada a reforma das fachadas do Bloco A, e encontra-se em andamento a reforma das fachadas do Bloco C.

A Unidade de Internação Psiquiátrica (5º andar) foi remodelada e reativada no seu local original, sendo reinaugurada em abril de 2012, e se encontra com a capacidade plena de 24 leitos ativos.

Durante a vigência da Operação Inverno, todos os leitos da Pediatria, UTI Pediátrica e Sala de observação Pediátrica foram ativados. No restante do ano, em virtude da diminuição da demanda sazonal da Pediatria, novamente são diminuídos os leitos.

Encerrou-se a reforma no Alojamento Conjunto, no 8º andar, e a Unidade retomou sua capacidade plena. Iniciou-se a reforma da Internação da Mulher, motivo pelo qual foram restritos leitos nessa Unidade.

No ano de 2012 teve um acréscimo de 100 servidores efetivos, em relação a 2011 (variação positiva de 14,5%. No total geral de servidores (incluindo temporários e estagiários remunerados), o acréscimo é de 32 servidores (variação positiva de 3,5), em relação a 2011. Entretanto, com relação a 2010, antes da saída da Fugast, constata-se que ainda existe uma defasagem de 9,8% de servidores efetivos, e de 5,2%, se incluirmos temporários e estagiários remunerados.

O efetivo de servidores municipais aumentou em 77,2% em relação a 2010, o efetivo de servidores estaduais e federais decresceu 3,8% e 28,7% respectivamente.

Ainda há carência de Técnicos de Enfermagem em vários setores, bem como algumas especialidades médicas: urologista, neurologista, pediatras, anestesistas, enfermeiros, bem como bioquímico e farmacêutico para o SRTN/Fase III e IV e para

o SAE-Hepatites Virais. Salienta-se ainda, a grande deficiência de assistentes administrativos.

Por outro lado, continua ocorrendo grande número de aposentadorias dos servidores remanescentes do Ministério da Saúde.

A crônica situação da deficiência de anestesistas encontra-se amenizada pela contratação emergencial de empresa médica terceirizada, que iniciou suas atividades no HMIPV em 01 de agosto de 2012, em substituição à Cooperativa que aqui se encontrava, e que não satisfazia completamente as necessidades. O contrato atual, em novos moldes, vem contemplando as expectativas. O contrato se encerrará em janeiro de 2012, mas já estão finalizados os trâmites para o contrato definitivo da empresa terceirizada vencedora do pregão eletrônico.

12.2 Hospital de Pronto Socorro

No ano de 2012 o Hospital de Pronto Socorro Municipal definiu o perfil de atuação para atendimento ao trauma, revisou processos internos e implantou a classificação de risco. Estes fatores contribuíram para que os pacientes tivessem uma melhor orientação sobre sua situação de saúde, bem como, as condições de atendimento do Hospital e acarretando uma redução no número de desistências no período em análise.

Na tabela abaixo se apresenta o desempenho referente o ano de 2012 e comparado com o ano de 2011.

Tabela 165- Total de pacientes atendidos, período 2012.

	Período		Variação 2012/2011	
	2012	2011		
	Nº	Nº	Nº	%
Total de boletins emitidos	179804	188517	-8713	-4,62
Total de boletins efetivamente atendidos	161803	154682	7121	4,60
Procedência - município	153713	163219	-9506	-5,82
Procedência outros municípios	26091	25298	793	3,13
Total	341607	343199	-1592	-0,46

FONTE: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO

No período contata-se uma redução de menos 8. 713 (- 4.62%) boletins emitidos no período. A redução das áreas de atendimento, principalmente no atendimento de pacientes clínicos, resultou na emissão de um número menor de boletins comparado com o mesmo período de 2011 e justifica-se pelo andamento das obras da urgência/emergência.

A redução de atendimentos no HPS observada também ocorreu pelo aumento na oferta de portas de entrada aos pacientes clínicos na atenção primária e de urgência e pela definição do perfil do HPS, no Plano Municipal de Urgências.

Tabela 166- Demonstrativo dos atendimentos realizados por especialidades e Apoio Diagnóstico

Setor1	Período		Variação 2012/2011	
	2012	2011	Nº	%
	Nº	Nº		
Buco Facial	5868	6210	-342	-5,51
Cardiologia	1244	1205	39	3,24
Cirurgia	4338	4290	48	1,12
GESSO	57105	56103	1002	1,79
Neurologia	4960	4996	-36	-0,72
Oftamologia	16803	21017	-4214	-20,05
Otorrino	12154	14285	-2131	-14,92
Cirurgia plástica	2997	3148	-151	-4,80
Politraumatizados	2393	2242	151	6,74
SAE2	41372	45879	-4507	-9,82
SAE6	39702	50497	-10795	-21,38
Outros	50989	1749	49240	2815,32
Sub Total	239925	211621	28304	13,37
Procedimentos Apoio Diagnóstico				
ECG	982	941	41	4,36
ECO	1624	1506	118	7,84
Laboratório	4584	5765	-1181	-20,49
Radiologia1	68790	67476	1314	1,95
Tomografias	6401	6925	-524	-7,57
Sub Total	82381	82613	-232	-0,28
Total	322306	294234	28072	9,54

FONTE: Sistema de Informações Hospitalares - SIHO

Na apresentação total percebe-se um aumento significativo, no aumento dos atendimentos das Sub Especializados de 13,7% e de 9,54% nos procedimentos de apoio diagnósticos. Ao se relacionar os atendimentos com o perfil definido para o HPS estes ainda são discretos. Já para os atendimentos realizados das especialidades de buco facial, neurologia, oftalmologia, otorrino, cirurgia plástica e SAE 2 e SAE6 verifica-se redução. Salienta-se que a redução de menos 20,05% no

número de atendimentos de Oftalmologia é devido à falta de profissionais. Todos os esforços foram realizados pela gestão local e central visando sanear o problema. A lista de chamada de concursados foi esgotada e está sendo providenciada a realização de novo concurso público para suprimento das vagas.

Para reduzir em 10% os atendimentos de pacientes de baixa complexidade e de pacientes crônicos no HPS (meta 74) e para atender ao cronograma de obras foi necessário redefinir o perfil dos atendimentos realizados na antiga Sala seis (SAE), hoje Sala Amarela.

Permanece o excesso de solicitações de exames de radioimagem e de laboratório, por isso estão sendo elaborados protocolos, POPs e fluxos para que os pedidos sejam solicitados de forma mais adequada para os pacientes.

No item referente a Outros, foram computadas: Acolhimento (classificação de riscos) ainda experiência no quadrimestre em questão; Exames externos: onde são computados exames admissionais de servidores, extemporâneos que fazem boletim para coleta de exames de laboratoriais; Boletins emitidos para pacientes atendidos pelo SAMU; Serviço Social – prática adotada para registros desse serviço no boletim de atendimento, originando faturamento.

Na análise levou-se em consideração também quadro de funcionários. No ano houve o acréscimo de 5,42% no quadro de funcionários. Mesmo assim existe uma carência de servidores nas áreas assistenciais e administrativas.

O HPS conta com um alto quadro de servidores com faixa etária acima de 50 anos e com grande percentual de absenteísmo. Esta situação acarreta uma sobrecarga de trabalho e desgaste dos servidores. Por outro lado com a reestruturação de outros Departamentos e Secretarias Municipais conseguiu-se aumentar o quadro de servidores da área de higienização e manutenção devido a cedência de servidores destas áreas de atuação.

No período houve a implantação do Novo Plano de Carreira para Médicos e devido a inclusão de carga-horária diferenciada, houve uma migração dos servidores para esta nova modalidade, ocasionando um déficit de recursos humanos para fechamento de escalas de trabalho devido a redução de horas/plantonista.

Tabela 167- Indicadores de Desempenho - Anual

Indicador	Unidade de Medida	Período		Variação 2012/2011	
		2012	2011	2012/2011	
		Nº	Nº	Nº	%
Taxa de ocupação leitos / dia 1	Nº pacientes internados pelo nº de leitos./Total 140 leitos	87,05	96,35	-9,3	-9,65
Média de Permanência	Dias de Permanência	6,58	6,91	-0,33	-4,78
Boletins de atendimentos efetivamente atendidos/dia 2	Nº boletins atendimentos efetivamente atendidos /dia	478,18	516,48	-38,3	-7,42
Cobertura do atendimento para Porto Alegre	Índice percentual de atendimentos oriundos de Porto Alegre	85,53	86,58	-1,05	-1,21
Produção Geral/ dia3	Número de atendimentos gerais efetivos/dia	883,44	810,08	73,36	9,06
Atendimentos Sala Emergência/dia4	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	474,16	496,58	-22,42	-4,51
Cirurgias/dia 5	Número de cirurgias realizadas /dia	6,96	5,73	1,23	21,47
Pacientes na UTI/dia6	Número de Pacientes UTI/dia	30,75	31,70	-0,95	-3,00
Exames Radiodiagnósticos/ dia	Número de exames radiod. realizados dia	360,49	400,46	-39,97	-9,98
Exames patologia clinica/dia	Número de exames patologia clinica realizados /Dia	593,90	599,8	-5,9	-0,98
Média de dietas enterais	Número de dietas distribuídas/ dia	159,73	183,23	-23,5	-12,83
Média de dietas distribuídas/ dia	Número de dietas distribuídas/dia	441,78	524,89	-83,11	-15,83
Média de refeições distribuídas/ Comensais	Número de refeições distribuídas por comensais	1458,50	1585,52	-127,02	-8,01
Execução de projetos do plano diretor do HPS	Número de projetos implantados - valor inteiro.	2	1	1	100,00
Ensino e pesquisa	Nº de publicações em meios de divulgação-valor Inteiro	1	1	0	0,00

FONTE:: Sistema de Informações Hospitalares - SIHO

Houve uma redução na taxa de ocupação, sendo que um dos motivos foi à melhoria realizada na área física da enfermaria de Neurocirurgia. Para a realização das reformas foi necessário desativar os 26 leitos existentes por um período de 40 dias. Estes leitos foram reativados no 3º quadrimestre.

O cálculo dos boletins de atendimentos, referem-se a emissão diária, descontando as desistências e pacientes fora do perfil.

O aumento do número de atendimentos diários é decorrência a inclusão dos atendimentos prestados pela Classificação de Riscos que passou a ser contabilizado neste quadrimestre.

Houve um aumento na disponibilidade de portas de emergências, principalmente na área clínica, em função de novas contratualizações realizadas pela SMS.

Houve uma redução de 20% dos leitos da Sala de Recuperação (SR), e conseqüentemente uma redução no número de cirurgias eletivas, em função do início das obras de ampliação da SR (Qualisus II). Mesmo assim houve um crescimento do número de cirurgias realizadas, devido a melhorias efetivadas nos fluxos das equipes de especialidades, Bloco Cirúrgico e Sala de Recuperação, com a inclusão de áreas intensivas para recuperação cirúrgica. UTIs de Trauma, Clínica, Pediátrica, Queimados e Cardiológica.

Quadro 51- Metas anuais constantes na PAS

Metas	Realizado das Metas	Observações específicas
74. Reduzir em 10% o atendimento de pacientes de baixa complexidade e de pacientes crônicos no HPS	Meta atingida	Redução em 56,85% o atendimento de baixa complexidade, referente a pacientes amarelos e verdes.
75. Reduzir em 10% o total de pacientes de unidade de internação cuja permanência exceda 20 dias	Meta atingida	A taxa de permanência diminui em 4,78% conforme tabela de indicadores de desempenho anual
76. Concluir 80% a obra da sala de recuperação e bloco cirúrgico	Meta atingida parcialmente	Obra em execução, sendo realizada 5% do total contratado
77. Concluir 20% da obra da urgência e emergência	Meta atingida	Concluído 48,03% da obra da urgência e emergência
78. Adquirir 02 casas na Av. José Bonifácio para qualificação e adequação do HPS	Meta atingida parcialmente	Aquisição do imóvel da Av. José Bonifácio 745

FONTE: PAS–SMS–2012 e Hospital de Pronto Socorro.

13 ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E TRANSPORTE DE PACIENTES

A Rede de Urgências e Emergências é composta pelos componentes pré-hospitalar fixo e móvel, regulação de urgências 192, e portas de emergências hospitalares. Porto Alegre inaugurou em 28 de setembro de 2012 a primeira Unidade habilitada como Unidade de Pronto Atendimento-24 h / Moacyr Scliar. Ao longo de 2013 existe previsão de início das obras das UPAs Azenha e Navegantes. O

município já possui 04 (quatro) Pronto Atendimentos: PA Lomba do Pinheiro, PA Cruzeiro do Sul, PA Restinga e PA Bom Jesus, sendo que no decorrer de 2013 e 2014, existe a previsão de adaptações de área física e processos necessários para habilitação destes serviços em adequação com a portaria de Unidade de Pronto Atendimento.

O SAMU iniciou no 2º semestre de 2012 o processo de APH-Secundário, atuando na regulação de urgência. As portas hospitalares são parte integrante da rede de Atenção às Urgências de acordo com a sua complexidade e tipologia.

É importante destacar a atuação do Núcleo de Educação em Urgências que foi oficializado em 11/09/2012, portaria nº 1029. Entre eventos e capacitações atingiu um público de 873 profissionais nesse ano (ver quadro 1).

As metas pactuadas para o ano de 2012 estão discriminadas no quadro abaixo com detalhamento das ações efetuadas neste ano.

Quadro 52- Metas anuais da CMU pactuadas para 2012.

Metas	Realizado das Metas	Ações	Realizado das Ações
79. Reduzir o tempo médio de Atendimento Pré-hospitalar primário (APH primário) das bases com atendimento com tempo resposta acima de 12 minutos em 10% o tempo resposta até 2013.	Não foi atingida. O tempo médio continua na faixa de 12 minutos. Contudo, a maioria das ações previstas para esta meta foram realizadas. A discussão sobre a realização da meta apontou dificuldades com o trânsito/mobilidade urbana que impactam diretamente no não atingimento desta meta, mas não estão na governabilidade direta da SMS.	Implantação de GPS nas ambulâncias;	Realizada. No 3º quadrimestre/2012 foi implantado um segundo modelo de GPS, para aumentar a confiabilidade do sistema.
		Aumentar número de ambulâncias para atendimento;	Realizada. Foi implantada a nova Base Morro Santana, em maio de 2012, mantendo ativa a Base Bom Jesus.

		Aumento de RH;	<p>Realizada.</p> <p>Ingresso de técnicos de enfermagem, que permitiu completar as equipes do SAMU e qualificar a Baixa Complexidade, compondo equipes completas.</p> <p>Ingresso de médicos para a regulação e Transporte Avançado.</p> <p>Houve seleção interna organizada pela SMS para remanejamento de motoristas de outras secretarias, no entanto, o número selecionado foi insuficiente para as necessidades de reposição e expansão do SAMU. Previsto concurso público para março / 2013.</p>
--	--	----------------	--

		<p>Qualificação tecnológica do SAMU incluindo a telemedicina com ECG, vídeo monitoramento e boletim de atendimento eletrônico via tablet;</p>	<p>Parcialmente realizada. O Projeto de ECG por telemedicina em todas as ambulâncias de Suporte Básico do SAMU, em parceria com o HCor e MS foi implantado, servindo como piloto no Brasil. Faltam ajustes para visualização dos resultados dos laudos dos ECG diretamente nas posições de trabalho dos médicos reguladores e envio às portas de urgência para as quais os pacientes são encaminhados. Persistem discussões com a PROCEMPA para ajustes necessários. Vídeo monitoramento: implantado o acesso às imagens das câmeras da EPTC, permitindo a visualização pela central de regulação das ocorrências em tempo real, bem como da situação do trânsito na cidade. Tablets: implantada primeira fase dos tablets, com informações de alerta, envio e comunicação com as equipes. Boletim de atendimento pelo tablet está em fase de desenvolvimento pelo fornecedor.</p>
--	--	---	--

		<p>Implantação da nova sede do SAMU;</p>	<p>Parcialmente realizada. Houve adaptações do prédio por parte da SMS, para adequação conforme necessidades do SAMU, que estão em fase de conclusão. Contratação do elevador é de responsabilidade do locador, em andamento, de acordo com o prazo de entrega do elevador. Abertura da licitação para a implantação da central de regulação de urgências, cuja obra está prevista para início de fevereiro de 2013, com prazo de 60 dias para entrega.</p>
		<p>Integração do Software do SAMU com a Inforede.</p>	<p>Parcialmente realizada. Plano de integração em desenvolvimento. O SAMU adotou a utilização do sistema AGHOS para a transferência de pacientes para internação hospitalar.</p>
<p>80. Aumentar 1 equipe de suporte básico do SAMU.</p>	<p>Realizada. Houve ampliação do serviço – de 12 para 13 equipes (foi inaugurada a base do Morro Santana).</p>	<p>Ingresso de RH;</p>	<p>Realizada. O número de ingressos de RH permitiu a implantação de uma equipe (Morro Santana). O projeto de ampliação do SAMU foi aprovado pelo Ministério da Saúde, assegurando novos recursos de custeio, que serão repassados a partir do momento em que as novas equipes estejam implantadas e operacionais, com RH adequado às escalas de trabalho.</p>
		<p>Capacitação dos novos profissionais nomeados.</p>	<p>Realizada. Todos os ingressos foram devidamente capacitados pelo NEP SAMU, de acordo com seus cargos.</p>

<p>81. Iniciar a construção de mais uma UPA.</p>	<p>Realizada. Assim, foi ampliado de 4 para 5 unidades de PA. O plano de ação da rede regional de atenção às urgência foi aprovado pelo Ministério da Saúde em maio de 2012. A UPA Zona Norte (Moacir Scliar) foi inaugurada em setembro de 2012. A UPA Azenha aguarda cedência do terreno e a UPA Navegantes está em fase de desapropriação do terreno e de aprovação do projeto arquitetônico pela vigilância.</p>	<p>Início da construção das UPAS;</p>	<p>Parcialmente realizada. UPA Moacir Scliar: inaugurada. UPA Azenha: Foi solicitado p/ para empresa terceirizada que venceu a licitação para aguardar os projetos complementares por que ainda não houve a cedência do terreno p/ município. UPA Navegantes: Projeto arquitetônico em análise pela vigilância, terreno em fase de desapropriação.</p>
		<p>Assinatura do Convênio com o GHC para gerenciar a UPA Zona Norte (Moacir Scliar) incluindo RH;</p>	<p>Realizada. O termo de compromisso foi assinado em setembro de 2012.</p>
		<p>Início das atividades da UPA Zona Norte;</p>	<p>Realizada. A UPA Zona Norte iniciou as atividades em 28 de setembro de 2012.</p>
		<p>Conclusão do projeto de reforma do PACS.</p>	<p>Parcialmente realizada. A empresa contratada deverá apresentar o projeto até abril de 2013, para posterior licitação.</p>
<p>82. Ampliar o serviço de transporte de baixa complexidade, como unidade de apoio para a central de regulação de urgência (SAMU), ampliando de 4 (quatro) para 5 (cinco) ambulâncias em pleno funcionamento até 2013.</p>	<p>Realizada.</p>	<p>Organização do serviço;</p>	<p>Realizada. Houve avanços na organização, pela implantação da Baixa Complexidade no sistema informatizado e equipes completas no quantitativo previsto, com acréscimo de uma 6ª equipe em horário diurno.</p>
		<p>Ingresso de RH de Enfermagem e condutores);</p>	<p>Parcialmente realizada. Houve ingressos somente de técnicos de enfermagem para o quadro geral do SAMU, que inclui as equipes da Baixa Complexidade. Não houve inclusão de motoristas e existe a necessidade de adequar o perfil profissional desse cargo à função.</p>

		Central reguladora e organizadora ligada ao SAMU;	Realizada. Organizada a central da Baixa Complexidade como unidade de trabalho articulada com a central de regulação de urgências. Implantada a supervisão de enfermagem para classificação das demandas de transportes oriundas dos serviços de saúde.
83. Ampliar de 4 para 6 as equipes de atenção domiciliar	Meta não atingida.	Estabelecimento de Fluxo de contra-referência para pacientes com alta hospitalar e de salas de observação e que necessitem de internação domiciliar;	Em pactuação CMU e CGAPSES
		Estabelecimento de fluxos com a atenção primária de saúde para os pacientes que necessitem migrar da atenção domiciliar; AD12 e AD3 para AD1 e para os que necessitem migrar de AD1 para AD2 e AD3;	Em pactuação CMU e CGAPSES
		Implantação e qualificação do sistema de informações;	Necessária finalização das pactuações de fluxos pela CMU e CGAPSES
		Definição de locais prioritários para implantação das equipes de atenção domiciliares, conforme perfil epidemiológico	Serão implantadas inicialmente mais 02 equipes em parceria com o Hospital Vila Nova. Existem 06 equipes no GHC, porém não estão adequadas à nova portaria.
164. Ampliar de 1 para 7 os núcleos de educação permanente nos serviços de urgência da SMS.	Realizada	Efetivação das ações do NEU em todos os serviços de urgência;	Realizada. Efetivação do NEU em todos os serviços de urgências com reuniões quinzenais

		Estruturação dos Núcleos de educação permanente nos serviços de urgência;	Realizada. Estão ativos os NEPs nos PAs Bom Jesus, Cruzeiro do Sul, Lomba do Pinheiro, Restinga e Plantão de Emergência em Saúde Mental do IAPI, além do NEP do SAMU que já estava em atividade. Publicada portaria nº 1029 em 11/09/2012
		Aquisição de materiais e equipamentos para as capacitações;	Realizada. Aquisição de 02 bonecos adultos e dois bonecos crianças para simulação de urgências. Falta dispor de área física para o NEU.
		Capacitação específica para a rede de urgências seguindo as políticas de saúde do MS;	Realizada. Foram realizadas capacitações e eventos com público presente de 586 pessoas
		Manutenção de cursos de Suporte básico e avançado para as equipes da rede de urgências;	Realizada. Capacitação no Manejo da PCR (Parada Cardiorrespiratória) no Adulto - 2 cursos - Público: 124 profissionais
		Capacitação dos profissionais da rede de urgência no Protocolo de Classificação de Risco de 5 níveis de Manchester	Realizada. Foram capacitados 163 profissionais para o protocolo de Manchester
		Qualificação do acolhimento às necessidades de saúde mental;	Realizada. Foram capacitados profissionais da PESH IAPI para o protocolo de Manchester

Em Porto Alegre, as principais causas de óbito são as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas. Por essa configuração epidemiológica foram implementadas, em novembro de 2011, as linhas de cuidado referentes às doenças neurovasculares (AVC) e cardiovasculares (IAM), que apresentaram resultados positivos. A estruturação do cuidado aos usuários com condições agudas de saúde dentro da perspectiva de linhas de atenção representa uma estratégia de qualificação da assistência. Tal

impacto de qualificação pode ser verificado por meio da análise dos resultados de monitoramento da linha de atenção ao AVC e IAM em 2012. Um dos indicadores que auxilia na avaliação do potencial impacto destas ações de saúde é a configuração epidemiológica da mortalidade por estas doenças. O tabela 168 apresenta dados comparativos entre os anos 2011 e 2012 dos óbitos por Doenças do Aparelho Cardiovascular, especificamente das Doenças Isquêmicas do Coração e de Doenças Cerebrovasculares. É possível observar que houve redução na proporção de óbitos nestas duas doenças, em 2012, quando comparadas com o ano de 2011, indicando qualificação da assistência devido a implantação das linhas de cuidados para estes agravos em Porto Alegre.

Tabela 168 – Distribuição do número e proporção das Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) e variação dos percentuais, entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Ano do óbito	2012		2011		Varição 2012 e 2011
	N	% ¹	N	%1	%
I20-I25 -> Doenças Isquêmicas do Coração	919	9,3	1153	10,1	-8,2
I60-I69 -> Doenças Cerebrovasculares*	938	9,5	1136	10,0	-4,9
Doenças do Aparelho Circulatório	2730	27,7	3339	29,4	-5,9
² Total de óbitos	9873		11367		-13,1 ³

1 Cálculo percentual= $\frac{\text{n}^\circ \text{ total do óbito de doença específica no ano}}{\text{n}^\circ \text{ total de óbitos no ano}} \times 100$

2 Total de óbitos = a soma de todos os óbitos ocorridos no ano por todas as doenças

3Variação do número absoluto dos óbitos

Em 2012, a CMU ampliou seu escopo de ações e identificou a necessidade de revisar seu planejamento. Junto à consultoria do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP) a CMU mapeou os principais fluxos de urgência/emergência na rede de atenção à saúde no Município. Este mapeamento iniciou em setembro de 2012 e está oportunizando a revisão e qualificação de vários processos essenciais na trajetória terapêutica do usuário com condição aguda de saúde na rede municipal. Uma vez que este planejamento envolve diversos componentes e atores da rede de saúde, diretrizes estão sendo elaboradas e as pactuações necessárias estão sendo construídas com o objetivo de qualificar a transição do cuidado ao usuário na rede. Até dezembro de 2012, o trabalho esteve focado em alinhamentos conceituais e na elaboração dos fluxos (anexo III). A partir de fevereiro de 2013, será implementado projeto piloto para avaliação/validação destes fluxos e processos em um território do município envolvendo atenção primária, pronto atendimentos e um prestador hospitalar.

13.1 Pronto – Atendimento (PA)

A organização dos fluxos de urgência e emergência tem proporcionado a discussão acerca da vocação de cada componente da rede municipal de atenção à saúde no atendimento de usuários com condições agudas de saúde. Assim, o encaminhamento de pacientes de menor gravidade para serviços de pronto atendimento e, eventualmente, para a atenção primária estão sendo estruturados para potencializar o encaminhamento de pacientes com condições agudas de maior gravidade/complexidade para os serviços hospitalares de emergência pelo complexo regulador de urgência – o SAMU.

Os tabelas 165, 166 e 167 representam os atendimentos e desistências nos PA no anos de 2012 e 2011 e permitem a análise comparativa nas modalidades relacionadas ao total de atendimentos médicos na clínica e pediatria. A UPA Moacyr Scliar, na zona Norte, foi inaugurada em setembro de 2012 e realizou 23648 atendimentos no somatório das especialidades de clínica e pediatria, no período de setembro a dezembro de 2012.

Tabela 169– Distribuição do número de total (clínica e pediatria) de atendimentos e desistências nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e comparativo entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Atendimento Geral	Comparativo Anual						Variação	
	2012			Ano 2011			2012/2011	
	Nº At	Nº Desist	¹ Desist (%)	Nº	Nº Desist	¹ Desist (%)	At	Desist
PACS	94.065	11.480	10,9	87.046	12.980	13,0	8,1%	-16,2%
PA Bom Jesus	78.977	14.054	15,1	78.223	9.359	10,7	1,0%	41,3%
PA Lomba do Pinheiro	72.345	4.211	5,5	69.024	7.765	10,1	4,8%	-45,6%
PA Restinga	75.462	3.619	4,6	74.463	3.968	5,1	1,3%	-9,5%
UPA Moacyr Scliar	23.648	NI	NI	-	-	-	-	-
Total	344.497	33.364	9,7	308.756	34.072	11,0	10,3%	-5,2%

FONTE: SIHO/AMB

¹ Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

NI: não informado. A UPA Moacyr Scliar tem gestão compartilhada com o Grupo Hospitalar Conceição.

Conforme evidenciado no quadro acima pode-se observar um aumento no total de atendimentos realizados nas unidades de pronto atendimento, em 2012, quando comparados com 2011. Cabe ressaltar que, mesmo sem considerar os

atendimentos realizados pela UPA Moacyr Scliar, inaugurada em setembro de 2012, o número de atendimentos, em 2012, foi de 320.824 (sem considerar a produção da UPA Moacir Scliar) e de 344.497 (considerando-se a produção da UPA Moacyr Scliar), quando comparados com os 308.756, realizados em 2011, evidenciando-se um aumento de 10% na produção dos serviços de pronto atendimento, em 2012.

Tabela 170– Distribuição do número de atendimentos e desistências em Clínica Médica das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Atendimento Clínica	Comparativo Anual						Variação	
	2012			Ano 2011			2012/2011	
	Nº At	Nº Desist	¹ Desist (%)	Nº	Nº Desist	¹ Desist (%)	At	Desist
PACS	60.878	10.283	14,5	57.131	11.672	17,0	6,6%	-14,5%
PA Bom Jesus	46.011	12.658	21,6	46.786	8.854	15,9	-1,7%	35,7%
PA Lomba do Pinheiro	45.787	3.133	6,4	43.001	6.594	13,3	6,5%	-51,9%
PA Restinga	45.788	2.448	5,1	44.305	2.598	5,5	3,3%	-8,4%
Total	198.464	28.522	12,6	191.223	29.718	13,5	3,8%	-6,6%

FONTE: SIHO/AMB

¹ Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

Tabela 171- Distribuição do número de atendimentos e desistências em Pediatria das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Atendimento Pediatria	Comparativo Anual						Variação	
	Ano 2012			Ano 2011			2012/2011	
	Nº At	Nº Desist	¹ Desist (%)	Nº At	Nº Desist	¹ Desist (%)	At	Desist
PACS	33.187	1.197	3,5	29.915	1.308	4,2	10,9%	-16,5%
PA Bom Jesus	32.966	1.396	4,1	31.437	505	1,6	4,9%	157,0%
PA Lomba do Pinheiro	26.558	1.078	3,9	26.023	1.171	4,3	2,1%	-9,4%
PA Restinga	29.674	1.171	3,8	30.158	1.370	4,3	-1,6%	-12,6%
Total	122.385	4.842	3,8	117.533	4.354	3,6	4,1%	6,5%

FONTE: SIHO/AMB

¹ Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

A maior redução nas desistências de atendimento ocorreu no PA Lomba do Pinheiro, tendo sido verificada queda nas desistências em 46% no somatório de atendimentos em clínica e pediatria (tabela 169). Esse resultado positivo possivelmente esteja associado ao ingresso de maior número de profissionais médicos nesse serviço, além da implantação da classificação de risco pelo protocolo de Manchester e da reorganização dos processos de trabalho e dos fluxos assistências que estão sendo repactuados na rede.

É importante destacar que, em todos os PAs, houve investimento na capacitação dos profissionais pelo Núcleo de Educação em Urgências (NEU) e a reestruturação de processos de trabalho para fortalecimento da humanização e acolhimento nos atendimentos. Essas ações certamente repercutiram positivamente na assistência prestada nos PAs.

13.1.1 Perfil de Classificação de Risco nos Prontos-Atendimentos

A implantação de protocolo de classificação de risco validado de cinco níveis, no PA Bom Jesus, completou um ano em junho de 2012. As evidências demonstram que esse método de classificação de risco é mais seguro e criterioso na identificação de casos graves, pois reduz a subjetividade no julgamento de risco da condição de saúde dos usuários e aumenta a segurança no reconhecimento de condições com maior potencial de gravidade. A UPA Moacir Scliar também adotou o protocolo de Manchester para a classificação de risco. Seguindo a programação prevista para 2012, foi implantado o protocolo validado de cinco níveis no PA Lomba do Pinheiro, no mês de novembro. No PACS, a previsão de implantação desse protocolo será no primeiro semestre de 2013. Foram habilitados 100 profissionais para atuar no protocolo de classificação de risco em cinco níveis.

Na avaliação das tabelas 172 a 176, que estratificam os atendimentos realizados nos pronto atendimentos pela classificação de risco adotada em cada serviço é possível verificar que a predominância de atendimentos é de pacientes pouco urgentes (verdes). Este dado deve ser positivamente avaliado, uma vez que os fluxos assistenciais na rede de urgência e emergência têm buscado fortalecer a vocação de cada componente da rede. Os serviços de pronto atendimento têm como principal vocação o atendimento aos usuários com condições agudas de baixa gravidade, servindo como retaguarda para a atenção primária e desafogando serviços de emergência hospitalares, os quais tem como principal vocação o atendimento de condições agudas de média e alta gravidade. Ainda persiste o desafio de referenciamento para transição do cuidado do paciente atendido nos PAs e nas emergências hospitalares para a atenção primária, fortalecendo o vínculo do mesmo nas estratégias horizontais de prevenção e promoção em saúde.

Tabela 172– Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Bom Jesus (PABJ), segundo Classificação de Risco (CR) entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – PA Bom Jesus**	Comparativo Anual				Varição%
	2012		2011		2012/2011
	nº	%	nº	%	%
Emergência – Vermelho	148	0,2	169	0,3	-24,7
**Muito Urgente – Laranja	4.666	6,2	1.812	2,8	121,4
Urgente – Amarelo	10.351	13,7	8.759	13,4	1,6
Pouco Urgente – Verde	56.663	74,7	51.986	79,7	-6,3
Não Urgente –Azul	4.001	5,3	2.464	3,8	39,6
Total com CR	75.829	100,0	65.190	100,0	¹ 16,3

Fonte: SIHO/AMB

**O protocolo de Classificação de Risco do Manchester foi implantado em junho de 2011 com a inclusão da cor laranja.

¹ Comparação entre os números absolutos

Tabela 173- Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), segundo Classificação de Risco (CR) entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – PACS	Comparativo Anual				Varição %
	2012		2011		2012/2011
	nº	%	nº	%	% ⁰
Emergência – Vermelho	87	0,1	90	0,2	-37,0
Muito Urgente – Laranja**					
Urgente – Amarelo	6.035	8,0	4.619	8,1	-1,7
Pouco Urgente – Verde	63.650	84,7	51.786	91,3	-7,2
Não Urgente –Azul	5.414	7,2	250	0,4	1533,9
Total com CR	75.185	100,0	56.731	100,0	¹ 32,5

FONTE: SIHO/AMB

**O PACS ainda não implantou o protocolo de Classificação de Risco em 5 cores

¹ Comparação entre os números absolutos

No PACS tabela 173, destaca-se aumento de mais de 1000% de atendimentos de pacientes não urgentes (azuis) em 2012 em relação a 2011. Contudo, este dado não pode ser valorizado, uma vez que um grande número de atendimentos ocorre neste PA sem classificação de risco (ver total de atendimentos no tabela 169e que o método de classificação de risco usado adota apenas quatro níveis de estratificação e não é um protocolo validado tendo, portanto, baixa reprodutibilidade. Ainda, este perfil assistencial difere, significativamente, dos PAs que adotam protocolos de classificação de risco validados (ver tabelas 172, 174, 176). Destaca-se a necessidade de implantação de protocolo de classificação de risco de Manchester no PA do PACS até março de 2013.

Tabela 174– Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (PALP), segundo Classificação de Risco (CR) entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – PALP	Comparativo Anual				Variação %
	2012		2011		2012/2011
	nº	%	nº	%	%
Emergência – Vermelho	73	0,1	38	0,1	0,0
Muito Urgente – Laranja**	680	1,3		0,0	
Urgente – Amarelo	5.209	10,1	2.204	4,5	125,8
Pouco Urgente – Verde	43.801	85,2	46.458	94,3	-9,6
Não Urgente –Azul	705	1,4	569	1,2	21,2
Total com CR	51.383	100,0	49.269	100,0	¹ 4,3

FONTE: SIHO/AMB

**O PALP implantou o Protocolo de Classificação de Risco de 5 níveis em novembro de 2012 com a inclusão da cor laranja.

¹ Comparação entre os números absolutos

Tabela 175- Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Restinga (PARES), segundo Classificação de Risco (CR) entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – PARES	Comparativo Anual				Variação %
	2012		2011		2012/2011
	nº	%	nº	%	%
Emergência – Vermelho	777	1,0	933	1,3	-17,8
Muito Urgente – Laranja**	-	-	-	-	
Urgente – Amarelo	10.543	14,0	10.445	14,0	-0,4
Pouco Urgente – Verde	59.599	79,0	57.775	77,6	1,8
Não Urgente –Azul	4.543	6,0	5.310	7,1	-15,6
Total com CR	75.462	100,0	74.463	100,0	¹ 1,3

FONTE: SIHO/AMB

** O PA Restinga não utiliza o Protocolo de Classificação de Risco em 5 cores

¹ Comparação entre os números absolutos

Tabela 176– Distribuição do número, proporção dos atendimentos nas especialidades de clínica e pediatria na UPA Moacyr Scliar, segundo Classificação de Risco (CR) desde o período de inauguração até dezembro de 2012, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – UPA Moacyr Scliar	2012	
	nº	%
Emergência – Vermelho	36	0,2
Muito Urgente – Laranja	1.029	4,4
Urgente – Amarelo	4.170	17,7
Pouco Urgente – Verde	17.399	73,9
Não Urgente –Azul	913	3,9
Total com CR	23.547	100,0

A tabela 176 apresenta os primeiros dados da UPA Moacyr Scliar conforme nível de gravidade. A tendência de atendimentos é a mesma dos outros PAs, apresentando a maioria dos atendimentos dos pacientes pouco urgentes (verdes) com proporção de 74%. O atendimento dos pacientes urgentes (amarelos) foi de 18%, apresentando maior percentual em relação aos outros PAs, provavelmente devido aos fluxos de encaminhamento a partir da emergência do Hospital Nossa

Senhora da Conceição para a UPA. Estes fluxos e as rotinas decorrentes dos mesmos estão sendo rediscutidos, repactuados e padronizados, pela CMU, na rede de saúde (anexo III)

13.2 – Plantões de Emergência em Saúde Mental (PESM)

Nas tabelas 177 e 178 foram descritos os atendimentos de urgência/emergência em Psiquiatria nos Pronto Atendimentos de Saúde Mental do PACS e IAPI, comparando os anos de 2012 e 2011.

Tabela 177- Distribuição do número do total de atendimentos e desistências em Psiquiatria, menores de 18 anos, temas específicos da Sala de Observação e comparativo no PACS do 3º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Psiquiatria PACS	Comparativo Anual		Variação%
	Ano 2012	Ano 2011	2012/2011
Total de boletins emitidos	15.662	14.673	6,7
¹ Desistências (%)	6,0	7,9	-24,0
Total Paciente Atendidos	14.726	13.419	9,7
% de Pacientes < 18 anos atendidos	3,9	5,6	-29,5
Total Paciente em SO	4.279	4.129	3,6
% de Pacientes que permanecem em SO	29,1	30,8	-5,6
Tempo Médio de Permanência SO/ dias	2,2	2,1	7,6
² % Dependência Química (DQ) em SO	52,6	46,6	13,0
² % de Esquizofrenia em SO	26,5	21,8	21,6
² % Transtorno de Humor Bipolar (THB) em SO	19,1	17,4	9,7
% de Transferências para Internação Hospitalar	76,2	82,9	-8,0

FONTE: SIHO/AMB

1 Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

2 Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia / Total de pacientes atendidos na SO PESM/PACS

No Plantão de Emergência em Saúde Mental do PACS (PESM-PACS) houve aumento dos atendimentos em 7, em 2012, quando comparado com 2011 (tabela 173) e diminuição da proporção das desistências em 24%. Ainda, em relação aos menores de 18 anos houve um decréscimo de 30% nos atendimentos nessa faixa etária. Em relação às principais causas de atendimento dos pacientes que permanecem em sala de observação, a Dependência Química representa 53%, seguida por Esquizofrenia que representa 27% dos atendimentos.

Houve redução dos atendimentos em Esquizofrenia de 22% em relação a 2011, o Transtorno de Humor Bipolar teve uma queda de 10%, enquanto que a Dependência Química teve aumento de 13%. Estes percentuais são calculados utilizando como denominador o total de atendimentos na sala de observação, pois o

sistema de informação somente permite registrar a CID-10 nos pacientes internados no PA.

O tempo médio de permanência em SO teve discreto aumento de 8%, possivelmente pela dificuldade de transferências de pacientes com Dependência Química, os quais apresentam maior proporção de atendimentos no PACS. Pacientes com dependência química freqüentemente necessitam de suporte clínico horizontal e apresentam complexas necessidades de assistência social. No entanto, cabe destacar que, em 2012, no PA de Saúde Mental do PACs, houve redução de 8% no percentual de transferências para internação hospitalar.

Tabela 178- Distribuição do número do total de atendimentos e desistências em Psiquiatria, menores de 18 anos, Sala de Observação, principais causas de atendimento e comparativo no PESH-I-API, entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

PESH-I-API	Comparativo Anual		Varição %
	2012	2011	2012/2011
Total de boletins emitidos	10.474	9.366	11,8
¹ Desistências (%)	1,1	1,4	-21,4
Total Paciente Atendidos	10.474	9.234	13,4
% de Pacientes < 18 anos atendidos	8,5	8,3	1,9
Total Paciente em SO	3.293	2.850	15,5
% de Pacientes que permanecem em SO	31,4	30,9	1,9
Tempo Médio de Permanência SO / dias	1,3	1,4	-4,8
² %Depressão/ total atendimentos	19,4	20,7	-6,0
² % Dependência Química (DQ) / total atendimentos	15,4	32,9	-53,3
² % Transtorno Humor Bipolar (THB)/ total atendimentos*	14,4	1,1	1.226,8
% de Transferências para Internação Hospitalar	100	98,3	1,7

FONTE: Hospital Mãe de Deus

1 Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

2 Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Depressão = Total de pacientes atendidos por DQ, THB e Depressão / Total de pacientes atendidos no PESH/I-API

*No ano de 2011 o THB não configurava entre as três primeiras causas de atendimento

No Plantão de Emergência em Saúde Mental do I-API (PESH –I-API), o número de atendimentos aumentou em 12%, com redução importante nas desistências representando uma queda de 21% (tabela 178). Houve manutenção do percentual de atendimentos de menores de 18 anos (representando 8% do total).

O principal motivo de atendimento no PESH –I-API é por Depressão (20%), seguido por Dependência Química (15%), mostrando que esse perfil de pacientes é atendido em maior proporção no PACS. O THB não configurava como uma das três principais causas de atendimento no PESH/I-API em 2011, o que não permite a comparação do ano de 2012 com o de 2011. O percentual dessas doenças é calculado usando como denominador o total de atendimentos, pois todos os

pacientes atendidos são codificados com a CID-10, tanto em nível ambulatorial com nas internações o que não possibilita comparação com os atendimentos do PACS que tem registro de CID-10 somente de pacientes em sala de observação que aguardam internação.

Em relação às transferências PESH/IAPI verifica-se um percentual de 100% internações para os pacientes que tem indicação de observação no serviço. Possivelmente, isto ocorre porque a principal indicação de internação, neste serviço, é depressão e a sintomatologia dessa doença não altera significativamente durante o período de espera para internação, diferentemente do que ocorre com pacientes de Dependência Química onde a variação dos sintomas ocorre em maior frequência, podendo necessitar de suporte clínico horizontal.

13.3 – Serviço e Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

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

Para análise dos serviços prestados pelo SAMU 192, foram avaliados a proporção dos atendimentos realizados, segundo o perfil das ligações recebidas, o tipo de agravo dos pacientes e o tipo de resposta do regulador, comparando os anos de 2012 e 2011.

A tabela 179 mostra o perfil de ligações ocorridas nos anos de 2012 e 2011. No ano de 2012, houve aumento de 20% no total de ligações ao SAMU, sendo os trotes a principal causa de ligações. Observa-se que houve um incremento importante (11,6%) no número de regulações médicas realizadas em 2012, comparando-se com 2011. O aumento de significativo de 59% de ligações solicitando “informações” pode, talvez, refletir uma tendência positiva de busca de informações acerca do acesso a rede SUS, seja por maior divulgação de

reestruturação de serviços, seja pela implementação gradual da regulação informatizada de acesso na Rede.

Tabela 179– Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações e comparativo entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Perfil atendimentos do SAMU	Comparativo Anual				Varição
	Ano 2012		Ano. 2011		2012/2011
	nº	%	nº	%	%
Trotes	118.215	26,0	112.957	29,7	4,6
Regulação	85.306	18,8	76.451	20,1	11,6
Interrompida	60.662	13,3	45.190	11,9	34,2
Engano	77.934	17,1	59.485	15,6	31,0
Atendida	42.035	9,2	42.206	11,1	- 0,4
Informações	59.124	13,0	37.288	9,8	58,5
Fora Abrangência	2.285	0,5	2.386	0,6	- 4,2
Chamando	5.672	1,2	2.264	0,6	150,5
Repetida	3.581	0,8	1.911	0,5	87,4
Total de Ligações	454.814	100,0	380.138	100,0	¹ 19,6

FONTE: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH): 1º trimestre 2010 versão 1 e 1º trimestre 2011 versão 2

¹ Percentual da variação entre os números absolutos do total de ligações dos anos 2012 e 2011

Classificação das ligações quanto à tipologia e estado:

- 'Trote': Quando o solicitante liga tentando aplicar um trote no SAMU.
- 'Regulação': Quando a ligação é transferida da TARM para a fila de regulação do médico regulador para decisão sobre envio ou não de recursos e orientações.
- 'Interrompida': Quando uma ligação é interrompida durante a abertura de um chamado pela TARM.
- 'Engano': Quando o solicitante liga equivocadamente para o SAMU.
- 'Atendida': Quando a TARM atende a ligação e fecha o chamado sem classificar a ligação.
- 'Informações': Quando o solicitante liga pedindo informações.
- Fora de abrangência: Quando o solicitante liga para um atendimento fora da área de cobertura do SAMU.
- 'Chamando': Quando o solicitante liga, o telefone toca e o solicitante desliga antes da TARM atender a ligação.
- 'Repetida': Quando o solicitante liga para uma solicitação que já existe outra ligação para o mesmo caso.

A tabela abaixo mostra o atendimento do SAMU estratificado pelas causas de atendimento.

Tabela 180- Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a causa, e comparativos entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Tipo atendimento SAMU	Comparativo Anual				Varição do
	2012		2011		2012/2011
	nº	%	nº	%	%
Caso Clínico	15.803	44,9	14.786	43,8	6,8
Traumático	12.959	36,8	12.225	36,2	6,0
Transporte	2.542	7,2	2.520	7,5	0,8
Obstétrico	642	1,8	732	2,2	-12,3
Não Registrado	0	0,0	834	2,5	-100
Psiquiátrico	3.249	9,2	2.676	7,9	21,4
Orientação	0	0,0	4	0,0	-100
Total de APHr	35.195	100,0	33.777	100,0	¹ 4,2

FONTE: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH)

¹ Percentual da variação entre os números absolutos do total de APHr entre os anos 2012 e 2011

O atendimento clínico foi a principal causa de atendimento (45% do total de atendimentos), seguido de trauma (37% do total de atendimentos), e houve discreto incremento de 6% no número de atendimentos clínicos e traumáticos em 2012, comparando-se com 2011. Em relação aos atendimentos psiquiátricos houve importante acréscimo (21%) em relação a 2011. Ainda, foi observado decréscimo de 12% nos atendimentos obstétricos, provavelmente relacionados a qualificação do atendimento às gestantes no município, reduzindo as necessidades de atendimento de urgência neste perfil de pacientes. Importante destacar que não houve atendimentos “não registrados” (havendo redução de 834 casos em relação a 2011), o que demonstra significativa qualificação no processo de trabalho dos médicos reguladores.

Na tabela abaixo pode ser observado o coeficiente de mortalidade dos atendimentos pré-hospitalares nos anos de 2012 e 2011.

Tabela 181- Distribuição dos coeficientes de mortalidade dos Atendimentos Pré Hospitalares (APH) realizados pelo SAMU dos anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Ano	APH	Óbitos	*Coeficiente
	n	n	‰
2012	35.196	1.024	29,1
2011	33.777	965	28,6

Fonte: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH)
*Óbitos para cada 1000 atendimentos

Não houve variação significativa neste indicador, apresentando 29 óbitos para cada 1000 atendimentos em 2012. A implantação do transporte de baixa complexidade (que tem gestão do próprio SAMU) ao assumir a assistência a uma parte dos pacientes menos graves, possibilitou ao SAMU aumentar a disponibilidade de acesso para atendimento a pacientes mais graves, com tempo de resposta menor.

13.4 Serviços de Emergência Hospitalares

Uma vez identificada necessidade de melhoria nos fluxos de acesso e na transição do cuidado nos serviços de emergência hospitalares, através de discussões com os hospitais realizadas no segundo semestre de 2012, foram intensificadas as discussões sobre o tema e, juntamente com a consultoria do PGQP (valendo-se de metodologia participativa) e subsidiado pelas portarias ministeriais sobre o tema, foram construídos mapas dos processos de atenção aos pacientes agudos na rede de saúde municipal.

Após a construção deste mapa de processos e de fluxos, entre setembro de 2012 e janeiro de 2013 (anexo 3), que definem o acesso dos usuários aos serviços de urgência/emergência na rede de saúde, foi pactuado com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e outros equipamentos de saúde de Porto Alegre (PA Bom Jesus e do PACS e atenção primária) a implementação de um projeto piloto da SMS para revisão, validação e melhorias nos processos e fluxos assistenciais aos usuários com condições de saúde agudas na rede de urgência. Para tanto, no final do segundo semestre de 2012, foram iniciadas reuniões com o HCPA com plano de estruturar o piloto para aplicação dos fluxos da urgência construídos junto com o PGQP e em acordo com as portarias ministeriais.

Foram definidas datas para iniciar a aplicação dos fluxos assistenciais da rede de urgência contando com a participação dos pronto-atendimentos que serão referência para a emergência do HCPA. Planeja-se neste projeto piloto para qualificação da rede de atenção às urgências a acolhida dos pacientes de menor complexidade, em casos selecionados, pela atenção primária conforme regionalização. Este componente da rede de saúde participou da construção da padronização dos processos e fluxos relacionados às urgências, compondo o grupo de trabalho responsável pelo projeto piloto de atenção as urgências com o HCPA.

Conforme os resultados deste piloto e dos decorrentes ajustes no mapa de processos assistenciais, programa-se a ampliação da implementação destes fluxos assistenciais aos pacientes agudos em toda rede de urgência municipal.

14. FINANCIAMENTO DO SUS

O resumo das informações financeiras anexo I Execução de Receita e Despesa Relatório Anual.

15 DESEMPENHO DOS INDICADORES NO CICLO DE VIDA

15.1 Ciclo de Vida da Criança

A Área Técnica de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente atua em consonância com a Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno, com a Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, e com as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2010-2013. As metas têm o propósito final oferecer atenção integral à saúde à criança e ao adolescente.

Segue abaixo quadro com as metas da PAS de 2012 relacionadas ao cuidado de saúde da criança e do adolescente. Alguns dos resultados apresentados são provisórios.

Quadro 53– Metas anuais constantes na PAS 2012

Meta	Realizado da Meta	Ações	Realizado das Ações
2. Aumentar a cobertura da vacina Sabin (3ª dose) de 86,43% para 90% em crianças menores de um de ano.	Atingido cobertura de 80,1%.	Realização de busca ativa de faltosos de vacinação menores de um ano;	Realizadas.
		Evitar oportunidades perdidas de vacinação e registrar corretamente as vacinas, na carteira de vacinação, no fichário e no boletim mensal de doses aplicadas;	
		Revisão da população e área de atuação de cada Unidade para realizar cálculo da cobertura vacinal adequadamente;	
		Ampliação do nº de locais de vacinação nas Campanhas Nacionais contra a Poliomielite e envolver todos os segmentos da SMS;	
		Realização e divulgação diferenciada com busdoor, cartazes, mídia, panfletagem na semana anterior a campanha nos principais centros de compra e carro de som percorrendo vários bairros da cidade divulgando o dia da Campanha.	Ação não realizada.
Capacitação dos profissionais dos serviços de controle de infecção dos hospitais para a notificação;			

<p>3. Aumentar a cobertura da vacina da hepatite B de 86,9% para 89,9% para crianças menores de um ano de idade.</p>	<p>Atingido cobertura de 85,3%.</p>	<p>Realização de busca ativa mensal dos faltosos de vacinação;</p>	<p>Realizadas.</p>
		<p>Evitar oportunidades perdidas de vacinação;</p>	
		<p>Atualização permanente dos profissionais da Rede Básica de Saúde sobre Sala de Vacina (conforme Normas PNI/MS);</p>	<p>Realizada.</p>
		<p>Registros qualificados das vacinas, na carteira de vacinação, no fichário e no boletim mensal de doses aplicadas;</p>	<p>Fomentou-se o planejamento para atualização junto as Responsáveis Técnicas de enfermagem das 8 Gerências Distritais. Planejou-se capacitação para 2013, visto que a prevista para outubro de 2012, pelo CGVS, não fora realizada.</p>
		<p>Ampliação das ESF;</p>	<p>Realizadas.</p>
<p>Contratação de técnicos de enfermagem exclusivos para a sala de vacina nas UBS;</p>			
<p>Revisão da população e área de atuação de cada Unidade para realizar cálculo da cobertura vacinal adequadamente;</p>			
<p>4. Aumentar a cobertura da vacina tetravalente, aos doze meses de idade de 84,89% para 90%. Meta 19 SISPACTO 2012</p>	<p>Atingido cobertura de 79,8%.</p>	<p>Ampliação do nº de serviços de APS com suas respectivas salas de vacinas;</p>	<p>Realizadas.</p>
		<p>Realização de busca ativa mensal dos faltosos de vacinação;</p>	
		<p>Evitar oportunidades perdidas de vacinação;</p>	
		<p>Contratação de técnicos de enfermagem para as UBS;</p>	
		<p>Ampliação das ESF;</p>	
		<p>Revisão da população e área de atuação de cada Unidade para realizar cálculo da cobertura vacinal adequadamente;</p>	
<p>Atualização permanente dos profissionais da Rede Básica de Saúde sobre Sala de Vacina (conforme Normas PNI/MS).</p>	<p>Realizada.</p>		

		Registros qualificados das vacinas, na carteira de vacinação, no fichário e no boletim mensal de doses aplicadas;	Fomentou-se o planejamento para atualização junto as Responsáveis Técnicas de enfermagem das 8 Gerências Distritais. Planejou-se capacitação para 2013, visto que a prevista para outubro de 2012, pelo CGVS, não fora realizada.
14. Redução da sífilis congênita de 13,6/1.000 NV para 13/1.000 NV com equidade segundo raça/cor. Meta 16 SISPACTO 2012	Incidência: 14,9/1.000 288 casos - taxa de incidência por raça/cor: branca: 10,3/1.000; negra: 17,5/1.000.	Descentralização da entrega do resultado de exames;	Aguarda-se a definição do Chamamento Público que contratará laboratórios para realização de coleta de exames entrega de resultados de forma descentralizada nas Unidades de Saúde da APS.
		Ampliação da busca ativa de gestantes faltosas no pré-natal;	Realizadas.
		Implementação das reuniões de regionalização da assistência obstétrica;	
		Estimulo a presença do parceiro nas consultas de pré-natal, instituindo a rotina de rastreamento de sífilis, HIV e hepatites virais;	
		Ampliação da cobertura de ESF;	Realizadas.
		Implantação do teste rápido da Sífilis para gestantes nos serviços da atenção primária junto ao pré-natal	
		Contratação de RH para as UBS;	
		Avaliação da incidência da Sífilis Congênita por Gerência Distrital;	Realizada.

<p>26. Investigar em todos os serviços de saúde da atenção primária 100% dos óbitos infantis. Meta 14 SISPACTO 2012</p>	<p>Meta da PAS : realizada. Meta SISPACTO 47,2% investigado os óbitos infantis e fetais</p>	<p>Descentralização da investigação dos óbitos infantis para os serviços de saúde conforme Portaria Ministério da Saúde;</p>	<p>Todos os óbitos infantis foram notificados às US de referência de acordo com o endereço registrado na Declaração de Óbito, sendo solicitado o preenchimento de Ficha de Investigação de Óbito Infantil. A partir de 2013, o processo, até então coordenado pela EEV/CGVS, será gerenciado pela AT da Saúde da Criança.</p>
		<p>Monitoramento da implantação da análise crítica do óbito Infantil.</p>	<p>A implantação da análise crítica de todo óbito infantil pela AT da Saúde da Criança deverá ocorrer a partir de 2013.</p>
<p>54. Efetivar 70% das metas pactuadas nos componentes I, II e III do Termo de Compromisso Municipal para o PSE.</p>	<p>Vide comentário e tabelas específicas abaixo.</p>	<p>Execução, monitoramento e avaliação dos componentes I (Avaliação Clínica e Psicossocial), II (Promoção e Prevenção da Saúde) e III (Educação permanente).</p>	<p>Planejamento das capacitações para o PSE 2013; Foram realizadas formações com representantes das escolas e dos serviços de saúde das 08 GDs para preenchimento Portal SIMEC;</p>
<p>56. Reduzir a mortalidade infantil em 0,2 por 1.000 NV, com equidade segundo</p>	<p>9,2/1.000 Por raça/ cor: branca: 9,1/1.000; negra: 9,3/1.000.</p>	<p>Realização de busca ativa das gestantes faltosas no pré-natal;</p>	<p>Realizada.</p>
		<p>Captação precoce das gestantes até 14 semanas de gestação;</p>	
		<p>Ampliação do diagnóstico intra-uterino de doença e malformações;</p>	

raça/ cor. Meta 13 SISPACTO 2012		Garantia de exame de ecografia obstétrica para todas as gestantes durante o PN;		
		Garantia da realização dos exames previstos na rotina pré-natal para as gestantes atendidas na rede;		
		Ampliação do acesso ao pré - natal com realização do teste rápido de diagnóstico de gestação nas USs;		
		Ampliação do acesso aos métodos contraceptivos;		
		Ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento de fatores relacionados ao trabalho de pré - termo: ITU, HPP (progesterona);		
		Avaliação e tratamento odontológico das gestantes;		Realizadas.
		Orientação aos familiares sobre cuidados e segurança do recém-nascido;		
		Avaliação de qualidade da assistência neonatal;		Não foi realizada. Em 2013 será composto o Fórum Perinatal da Rede Cegonha com os serviços de atenção obstétrica e neonatal..
Qualificação do acesso aos exames da rotina pré-natal.	Realizada.			
57. Aumentar a taxa de AME na 1ª consulta do RN acompanhado pelo programa PRÁ-NENÊ para 83%.	81,3%	Incentivo a alimentação saudável;	Realizadas.	
		Produção de material institucional		
		Realização de campanhas e eventos alusivos à promoção do AME.		
		Fortalecimento e ampliação da rede Amamenta Brasil.		
		Fortalecimento da regionalização do parto garantindo referência e contra referência.		
		Articulação junto às maternidades de estratégias de manutenção do AME na sala de parto, no alojamento conjunto e na internação neonatal.		
		Aumento da oferta de consultas de pré-natal, puerpério e puericultura.		
		Capacitação de 100% das nutricionistas da SMS no SISVAN e responsáveis.		Nas reuniões da Inforede está sendo operacionalizado o Índice de Massa Corporal (IMC), para que seja acionado o alarme nutricional nos casos de desvios nutricionais.

		Implantação do SISVAN através do sistema AGHOS.	Em processo, vinculada a implantação do sistema.
		Qualificação dos registros no SIAB-PMAQ.	Realizadas.
		Realização de educação permanente em saúde.	
58. Aumentar a taxa de AME aos 4 meses de vida, de 72,5% para 80% acompanhados pela ESF.	74,9% Esse resultado foi obtido através do cálculo da média dos valores de cada mês de 2012.	Vide ações meta 57.	Vide realizado das ações meta 57.
64. Ampliar a cobertura da triagem auditiva neonatal universal 82,3% para 85% dos RN SUS.	81,4%	Organização de uma rede de saúde auditiva neonatal com avaliação anual por serviço;	Não realizada.
		Implantação do Pra Nenê informatizado com campo específico para o TANU;	Em processo de elaboração das abas específicas da puericultura no prontuário eletrônico com Inforede.
		Divulgação sobre a TANU no pré-natal.	Realizada.
67. Aumentar para 30% a taxa de primeira consulta do acompanhamento de recém-nascido em até sete dias de vida.	22,1%	Aumento e qualificação do acompanhamento pré-natal;	Realizadas.
		Ampliação da ESF;	
		Qualificação da contra referência da puérpera na alta hospitalar;	
		Ampliação das atividades de grupo na U.S;	
		Aumento do nº de 1ª consultas programáticas;	Não há como medir o número de consultas.
		Busca ativa precoce das puérperas faltosas;	Realizada.
		Implantação da estratégia da Primeira Semana de Saúde Integral.	Não realizada.
68. Aumentar de 57,6% para 60% a proporção de coleta de teste de triagem neonatal RNs no período de 3 a 7 dias de vida.	Realizado 72,9%	Implantação da Primeira Semana Integral com definição de protocolo assistencial da criança e da mãe: Pré-Nene. Atividades, acolhimento;	Não realizada.
		Padronização das orientações fornecidas no pré-natal e na maternidade;	Realizada.
		Aumento de RH (técnicos de enfermagem e enfermeiros);	
		Ampliação da coleta hospitalar dos recém-nascidos internados	

<p>120. Reduzir índices abaixo de 14,8% a proporção de nascidos vivos de mães com idade menor de 19 anos, com equidade segundo raça/cor.</p>	<p>14,8% Por raça/cor: branca: 12,6%; negra: 21,1%. A existência de grande diferença entre raça/cor indica a presença de forte componente social condicionando esse resultado. Pode também sugerir maior dificuldade de acesso das adolescentes negras aos meios anticoncepcionais oferecidos pela SMS.</p>	Aumento de RH (técnicos de enfermagem e enfermeiros);	Realizadas.
		Ampliação da coleta hospitalar dos recém-nascidos internados.	
		Implementação das ações de PF ao PSE;	
		Implementação das ações de acolhimento de adolescentes de ambos os gêneros nos serviços de saúde;	
		Implementação das ações educativas de planejamento familiar para adolescentes de ambos os gêneros nos serviços de saúde;	
		Qualificação dos servidores para Atenção Básica abordagens adequadas aos adolescentes nos serviços;	
		Ações específicas conforme raça; ver com a política da população negra;	
		Realização de diagnóstico das regiões e US com maior índice de gestação na adolescência;	Realizado.
		Definição dos serviços prioritários para intervenção junto à comunidade em geral;	Ação ainda não realizada.
		Capacitação dos profissionais;	Realizadas.
		Fortalecimento das ações para a realização de consultas para menores de idade sem a presença do responsável;	
		Estabelecimento de acolhimento específico para meninos e meninas nas unidades de saúde;	
		Diminuição de oportunidades perdidas de atenção à saúde da população jovem (escolas, festas, etc);	
		Fortalecimento dos métodos contraceptivos para adolescentes.	

FONTE: Área técnica Saúde da Criança e do Adolescente/CGAPSES/ NI/ECE/CGVS/SMS/PMPA.

Tabela 182- PAS 2012 – Cobertura vacinal

Vacina	2012	2011	Varição %
Sabin	80,1	86,4	-7,3
*Hepatite B	85,3	86,9	-1,9
*Tetravalente	79,8	84,9	-6,0
BCG	96,8	93,6	+3,5
Tríplice viral a partir de 1 ano	85,6	86,1	-0,6

FONTE: NI/ECE/CGVS/SMS/PMPA.

* Terceira dose das respectivas vacinas.

Em 2012 houve queda das coberturas vacinais em relação a 2011. O sub-registro é uma possível causa das baixas coberturas vacinais observadas nos

últimos anos. O Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal (MRCV) tem identificado coberturas vacinais mais elevadas (Hepatite B – 93,3%, VOP – 93,8%, Tetravalente – 93,0% e Rotavírus- 89,4%), sinalizando a possibilidade de problemas no registro das doses aplicadas.

O aumento da complexidade da sala de vacinas e as modificações do calendário vacinal com a introdução de novas vacinas exigem a presença de profissionais capacitados e permanentemente atualizados. O monitoramento mensal das coberturas vacinais e a busca ativa dos faltosos deveria ser um compromisso de cada Unidade de Saúde. A rotatividade dos profissionais de saúde dificulta a consolidação das rotinas da sala de vacina e a persistem as dificuldades estruturais para a realização da busca ativa. A baixa incidência das doenças infecciosas nos diminuiu a preocupação da sociedade e reduziu a prioridade da prevenção dessas doenças pelos serviços de saúde.

Tabela 183- Meta 14 PAS 2012 - Meta 16 SISPACTO 2012 - Número de casos e taxa de incidência de sífilis congênita.

Gerência Distrital	2012	2011	Variação %
Casos	288	277	+3,8
Taxa de incidência (/1.000)	14,9	14,7	+0,3

FONTE: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMPA.

Não houve redução do número de casos de sífilis congênita em 2012, sendo e taxa de incidência semelhante a 2011. Apesar do aumento na notificação de caso de sífilis em gestante em 2012, seu número permanece inferior ao de casos de sífilis congênita indicando a necessidade de aprimoramento das ações de pré-natal.

A meta 54 da PAS 2012 - Efetivar 70% das metas pactuadas nos componentes I, II e III do Termo de Compromisso Municipal para o PSE – está relacionada a execução da Estratégia Saúde Escolar na qual se insere o Programa Saúde na Escola. Os dados deveriam ser obtidos a partir dos relatórios do Portal SIMEC. Contudo, o portal não oferece um resultado consolidado e nem dos componentes. Os resultados são apresentados por ação, como demonstrado nas tabelas 184 E 185. As ações do componente I (avaliação clínica e psicossocial) eram de responsabilidade da Saúde, as do componente II (promoção e prevenção), da Educação, e as do componente III, de ambas. Houve

inúmeras dificuldades na alimentação do Portal SIMEC, que deveria ser realizada tanto pelo representante da escola (componente II), como da unidade de saúde (componente I), com posterior validação pelo diretor da escola. Além da dificuldade de acesso e da limitada velocidade de execução do Portal, o fechamento do banco no final de novembro (30/11/2012) dificultou a inserção de dados de ações desenvolvidas em novembro e impediu a colocação das atividades de dezembro. Em várias escolas, os diretores não validaram as ações. Os dados do componente III foram digitados pelo GTI-Municipal, mas o portal não importou os dados. Por tais motivos, os números do relatório do Portal SIMEC foram inferiores aos registrados no banco de dados da Estratégia Saúde Escolar (tabela 184). Segundo esse banco, em 2012, 200 escolas públicas (55,2% das 362) tiveram atividades de avaliação clínica e psicossocial ou de promoção de saúde desenvolvidas pelas equipes das Unidades de Saúde. Por exemplo, foram realizadas avaliações nutricionais em mais de 26 mil escolares.

As ações do componente II foram desenvolvidas essencialmente pelas escolas (tabela 185) e os dados apresentados foram obtidos do Portal SIMEC. As ações de promoção de saúde e prevenção desenvolvidas pelas SMS incluíram a Agenda de Saúde Escolar e o Projeto Galera Curtição. Em 2012, foram distribuídas agendas a todos os alunos da Rede Municipal de Ensino (SMED). As 45 mil agendas continham temas relacionados aos direitos das crianças e dos adolescentes, alimentação, vida saudável, lazer, higiene, trânsito, inclusão e diversidade e exploração sexual. O Projeto Galera Curtição contou com a participação de 6.500 estudantes, 316 professores de 90 escolas da rede pública de ensino, municipal e estadual. Foram abordados de forma lúdica temas como educação à saúde sexual e reprodutiva, gênero, sexualidade e diversidade sexual, prevenção de DST/AIDS, hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis, uso abusivo de álcool e outras drogas, raça/etnia, violências e *bullyng*.

Em relação ao componente III - educação permanente e capacitação de profissionais da educação e da saúde – foram treinados 60 profissionais da saúde para avaliação da acuidade visual, 400 profissionais da saúde e da educação nas temáticas de Saúde Sexual e Drogas, e 320 profissionais da saúde e da educação em formação em gestão PSE.

Tabela 184- Meta 54 PAS 2012 - Efetivar 70% das metas pactuadas nos componentes I, II e III do Termo de Compromisso Municipal para o PSE – Ações do componente I.

Componente I - ação	Relatório Portal SIMEC			Relatório Estratégia Saúde Escolar			
	Qt Pactuada	Qt Realizada	Atingido (%)	Escola PSE N	%	Total N	%
Realizar avaliação antropométrica e avaliar o estado nutricional e de hábitos alimentares	50.986	11.060	21,7	17.317	34,0	26.751	52,5
Aferir a pressão arterial e identificar os educandos com HAS	50.986	1585	3,1	1.619	3,2	3.402	6,7
Realizar verificação da carteira de vacinação	50.986	1256	2,5	330	0,6	1.271	2,5
Observar possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados	50.986	20	0,0	518	1,0	518	1,0
Realizar a triagem de acuidade visual dos educandos (Teste de Snellen) e identificar problemas visuais	50.986	3.841	7,5	5.061	9,9	11.010	21,6
Triagem auditiva	0	0	0,0	257	-	301	-
Avaliar o estado de saúde bucal	50.986	4.281	8,4	7.602	14,9	18.339	36,0
Identificar os educandos sem registro civil	50.986	2.414	4,7	1.460	2,9	1.577	3,1

Fonte: Portal SIMEC e Estratégia Saúde Escolar/ATASCA/CGAPSES/SMS/PMPA.

Tabela 185- Meta 54 PAS 2012 - Efetivar 70% das metas pactuadas nos componentes I, II e III do Termo de Compromisso Municipal para o PSE – Ações do componente II

Relatório Portal SIMEC			
Componente II - ação	Qt. Pactuada	Qt. Realizada	% Atingido
Realizar atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis com a comunidade escolar, considerando os alimentos regionais.	98.487	21.791	22,1
Oferecer práticas corporais orientadas, relacionadas à realidade da comunidade, incluídas no cotidiano escolar	98.487	18.095	18,4
Realizar atividades no cotidiano escolar abordando a temática dos riscos e danos do uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas.	98.487	12.732	12,9
Realizar atividades no cotidiano da escola abordando as temáticas da diversidade sexual, bullying, discriminação e preconceito da família e da comunidade.	98.487	20.675	21,0
Realizar atividades de sensibilização, responsabilização e intervenção do cuidado consigo mesmo e com o ambiente escolar.	98.487	26.627	27,0

Fonte: Portal SIMEC.

Tabela 186- Meta 57 PAS 2012 -Taxa de aleitamento materno exclusivo na primeira consulta do recém-nascido (%)

Taxa de Aleitamento Materno Exclusivo na 1ª consulta - PAS 57		Meta PAS	2012	2011	Varição %
Nº recém-nascidos acompanhados pelo Programa Prá-nenê	Acompanhados pelo programa pra-nenê	Aumentar a taxa de AME na 1ª consulta do RN acompanhados pelo Programa Pra-nenê para 83%	9659	10366	-7 %
	Com aleitamento materno na 1ª consulta (Programa Prá-nenê)		7857	8454	7 %
	Taxa de AME na 1ª consulta		81,34	81,56	0,27%

FONTE: CGVS/ Prá-Nenê.

Tabela 187- Meta 58 PAS 2012 - Taxa de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família (%)

Crianças menores de 4 meses acompanhadas nas ESF									
2012				2011				Varição %	
Exclusivo	%	Misto	%	Exclusivo	%	Misto	%	Exclusivo	Misto
9708	74,8	3262	25,2	9215	74,3	3182	25,7	0,7	-1.9

FONTE: SIAB/ DATASUS.

As proporções de crianças em aleitamento materno exclusivo na primeira consulta do recém-nascido no Programa Pra-Nenê em 2012 e de crianças aleitamento exclusivo aos 4 meses acompanhadas pelas Equipes da Estratégia de Saúde da Família se mantiveram semelhantes a 2011. Para a elevação desses percentuais as ações devem ser dirigidas ao estímulo e ao preparo ao aleitamento materno durante o acompanhamento pré-natal; ao aleitamento materno na primeira hora de vida; a não utilização de fórmulas lácteas nas maternidades e nos primeiros dias de vida; ao acolhimento imediato da mãe e do bebê pela Unidade de Saúde após a alta da maternidade e quando houver dúvidas sobre o aleitamento; e a capacitação das equipes das USs para a temática do aleitamento materno.

Tabela 188- Meta 64 PAS 2012 -Taxa de cobertura da triagem auditiva neonatal (número de Emissões Otoacústicas Evocadas -Procedimento: 02.11.07.014-9 e de Potencial Evocado Auditivo – 02.11.07.027-0) dividido pelo número de AIH de partos ocorridos em Porto Alegre.

	2012*	2011	Varição %
Porto Alegre	81,4	70,8	+15,0

FONTE: SIA e SIH/Datasus. * Dados provisórios.

Em 11/03/2013, data da consulta ao SIH, o número menor de AIH de partos dos meses de novembro e dezembro de 2012 ainda estavam abaixo do esperado, indicando que a tabulação não estava completa. O aumento da cobertura da triagem neonatal pode ser inferior ao encontrado. Em relação a 2011, houve aumento de 6,3% no número de exames realizados, passando de 14.685 para 15.613 em 2012. Para o aprofundamento da análise da cobertura da triagem auditiva neonatal há necessidade de aprimoramento da forma de obtenção da informação que permita a avaliação mais precisa de cada maternidade e especificamente dos recém-nascidos de mães moradores de Porto Alegre.

Tabela 189- Meta 67 PAS 2012 - Aumentar de 20% para 50% a taxa de primeira consulta do acompanhamento de recém-nascido em até sete dias de vida até 2013.

FONTE: PPN/EEV/CGVS/SMS/PMPA. * Dados provisórios.

Em 2012 houve aumento da proporção de crianças que iniciaram o seu

	2012*	2011	Variação %
Porto Alegre	22,1	19,6	+12,7

acompanhamento no Programa Pra-Nenê de 19,6% em 2011 para 22,1% em 2012. A meta de 50% prevista no PMS 2010-2013 estava relacionada à taxa de primeira consulta do acompanhamento de recém-nascido em até 10 dias de vida até 2013. Com a modificação do ponto de corte em 7 dias o valor da meta deveria ter sido readequado, sendo sugerido meta de 25% até 2013.

Tabela 190- Meta 68 PAS 2012 – Proporção de coleta de teste de triagem neonatal no período de 3 a 7 dias (%)

Gerência Distrital	2012	2011	Variação %
Centro	71,7	53,6	+33,8
NHNI	68,9	53,0	+30,0
NEB	69,3	58,2	+19,1
LENO	74,5	62,5	+19,2
GCC	72,8	57,1	+27,4
SCS	73,0	55,6	+31,2
PLP	77,7	63,5	+22,5
RES	72,8	58,3	+24,7
Porto Alegre	72,9	57,6	+26,6

FONTE: SRTN/HMIPV/SMS/PMPA.

Em 2012, houve aumento no número de teste do pézinho (triagem neonatal) realizados em Porto Alegre passando de 14.154 em 2011 para 15.587. A proporção de coleta no período considerado ideal (3 a 7 dias de vida) apresentou elevação de 26,6% em 2012 em relação a 2011. A maioria das GD atingiu mais de 70% de coleta entre 3 e 7 dias. Esse indicador permite avaliar o momento do início do acompanhamento do recém-nascido nas Unidades de Saúde e pode refletir o grau de acesso à atenção primária e a sensibilidade das famílias à questão da importância do acompanhamento precoce das crianças. Nas coletas realizadas nas maternidades houve aumento em 2012 (72,1%) na proporção de coletas no período ideal em relação ao resultado de 2011 (46,5%).

Tabela 191- Taxa de internações por asma (CID J45 e J46) em menores de 5 anos de idade (/1.000).

	2012*	2011	Variação %
Porto Alegre	12,4	14,4	-14,0

FONTE: SIH/Datasus e IBGE. * Dados provisórios.

Tabela 192- Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (CID J00 a J22) em menores de 5 anos de idade (/1.000).

	2012*	2011	Variação %
Porto Alegre	34,7	35,5	-2,1

FONTE: SIH/Datasus e IBGE. * Dados provisórios.

Houve redução das taxas de internação hospitalar por asma e por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos entre 2012 e 2011. Esses menores valores podem ser reflexo do número incompleto de AIHs pelo atraso na alimentação da base de dados de 2012 do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) no momento da consulta para a elaboração desse relatório.

Tabela 193- Número de consultas de profissionais de nível superior e em saúde mental (psicólogo e psiquiatra) de adolescentes (10 a 19 anos).

Profissional	2012	2011	Variação %
Nutricionista	14.693	7.154	+105,4
Enfermeiro	80.783	70.621	+14,4
Psicólogo	10.117	9.837	+2,8
Assistente social	4.149	4.970	-16,5
Médico	219.683	217.288	+1,1
Psiquiatra	12.711	12.127	+4,8

FONTE: SIA/ DATASUS

Procedimentos: 0301010030, 0301010048, 0301010064, 0301010072, 0301010056.

De forma geral, houve significativo aumento no número de consultas por profissional de nível superior entre 2012 e 2011 para a população adolescente, refletindo a organização e ampliação da atenção à saúde dos adolescentes nas Gerências Distritais. Houve significativa ampliação do número de consultas de nutrição provavelmente relacionada ao desenvolvimento da avaliação antropométrica nas escolas e à identificação de adolescentes obesos e com sobrepeso, bem como pela inclusão do nutricionista nas equipes dos Núcleos de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente.

Tabela 194- Indicadores do Ciclo de Vida da Criança e do Adolescente não pactuados e solicitados pelo CMS.

Indicador	Período				Variação	
	2012*		2011		2012/2011	
	N	%	N	%	N	%
Número de nascimentos	19.266		18.907		+359	+1,9
Nascimentos com baixo peso	1.799	9,3	1.930	10,2	-131	-6,8
Nascimentos com muito baixo peso	291	1,5	279	1,5	12	+4,3
Parto cesáreo	10.034	52,1	10.096	53,4	-62	-0,6
Apgar no 5º minuto <7	231	1,2	230	1,2	+1	+0,4
Escolaridade materna >=8a	14.651	76,0	14.291	75,6	+360	+2,5
Malformações congênitas ao nascimento	340	1,8	280	1,5	+60	+21,4
Número de óbitos de 0 a 4 anos	27	-	31	-	-4	-12,9
População de 1 a 4 anos	62.707	-	62.546	-	+161	+0,3
Taxa de mortalidade de 0 a 4 anos (/100.000)	43,1	-	49,6	-	-7	-13,1
Mortalidade proporcional por faixa etária - 0 a 4 anos (%)	0,26	-	0,27	-	-0,01	-4,1
Cobertura de inscritos no Programa Pra - Nenê	9.659	50,1	10.366	54,8	-707	-6,8
Cobertura de crianças com teste do pezinho	15.587	127,8	14.154	109,4	+1.433	+10,1
AIH de parto em residentes em Porto Alegre	12.195	-	12.933	-	-738	-5,7
AIH de parto ocorrido em Porto Alegre	19.191	-	20.753	-	-1.562	-7,5

FONTE: SIH/DATASUS; IBGE; SINASC, SIM, PPN/EEV/CGVS/SMS/PMPA. * Dados provisórios.

Tabela 195- Relação das notificações da Paralisia Flácida Aguda em menores de 15 anos residentes em Porto Alegre

Relação das notificações da PAF em menores de 15 anos residentes em Porto Alegre PAVS 93		Meta PAVS	2012	2011	Variação %
Casos	Notificado	3 casos/ano	6	4	50,00
	Investigado		6	4	50,00
	Confirmado		6	4	50,00
	% meta atingida		Meta não atingida	Meta não atingida	-

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINANNET.

Tabela 196- Relação Número de coletas oportunas em relação aos casos de PAF

Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda -PFA PAVS 94		Meta PAVS	2012	2011	Variação %
Casos	Notificado	80% dos casos notificados	6	4	50,00
	Investigado		6	4	50,00
	Nº coletas		6	4	50,00
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET.

15.2 Ciclo de Vida do Adulto

15.2.1 Saúde Do Trabalhador - CEREST

Quadro 54– Metas anuais constantes na PAS 2012.

Meta	Realizado da Meta	Ação	Realizado das Ações
29. Implantar 01 unidade sentinela notificadora de agravos de saúde no HPS.	Não realizado.	Capacitação dos servidores do HPS para o registro dos dados necessários no AGHOS.	Não realizado. Está em processo de reavaliação.
70. Implantar fluxo de notificações e ações em Saúde do Trabalhador em 02 Gerências Distritais de Saúde.	Não realizado.	Realização de 01 seminário para toda a rede de saúde.	Não realizado. Está em processo de reavaliação.
		Realização de reuniões de capacitação.	Não realizado.
		Oficializar a coordenação de Saúde do Trabalhador.	Realizado.
		Acompanhamento e monitoramento da notificação nas GD já capacitadas.	Realizado através dos indicadores das notificações realizadas.

119. Implantar o fluxo de notificações e Ações para crianças e adolescentes em situação de trabalho em 03 Gerências Distritais.	Implantado o fluxo LENO e GCC.	Realização de seminário para toda a rede de saúde.	Não realizado. Está em processo de reavaliação.
		Realização de oficinas para as GDs escolhidas.	Não realizado.
		Acompanhamento e monitoramento nas GDs com notificação implantada.	Realizado através dos indicadores de notificação.

Considerações

Meta 29: Foram realizadas 03 reuniões com a diretoria do HPS com continuidade do projeto no ano de 2013. Esta meta depende da implantação da informatização dos serviços municipais.

Em 2012 foi feita uma reunião com a direção Grupo Hospitalar Conceição (GHC) para implantação de mais uma unidade sentinela notificadora de agravos em saúde do trabalhador (Acidentes Graves e Fatais) no Hospital Cristo Redentor, em conformidade com a Portaria da RENAST/MS, devendo continuar ao longo de 2013.

Segundo o CGVS houve um incremento nas notificações de violências/trabalho infantil para pessoas moradoras de Porto Alegre considerando 7 casos em 2011 e 11 casos em 2012.

Metas 70 e 119: Foi definido após a avaliação dos resultados das metas e ações referentes às metas 70 e 119 utilizar a estratégia do matriciamento e implantar o fluxo em saúde do trabalhador de forma gradual e compartilhada levando em consideração o processo de trabalho das equipes.

Foram realizadas ações de matriciamento na Gerência LENO. Na Gerência Glória/Cruzeiro/Cristal foi apresentado projeto para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância em Saúde (PET- Saúde/VS) da Secretaria de Gestão do Trabalho da Educação na Saúde (SGTES) do MS.

No ano de 2012 investiu-se em ações mais diretas com as Coordenações, principalmente com serviços de urgências municipais e com as coordenações de Gerências Distritais o que possibilitou ações de matriciamento em Saúde do Trabalhador na APS, referentes ao trabalhador adulto e infanto-juvenil.

Devido ao período de redefinição de atribuições e respectivas atividades entre o CEREST e as áreas de Vigilância e Atenção em Saúde do Trabalhador na

SMS, as atividades de capacitação a serem realizadas pelo CEREST/ CGVS foram suspensas e serão retomadas no ano de 2013. Foi realizado ações de matriciamento na gerência LENO e capacitação na Gerência Centro. Na Glória Cruzeiro Cristal foi apresentado projeto para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância em Saúde(PET/VS) da Secretaria de Gestão do Trabalho da Educação na Saúde (SGTES) do MS.

Quadro 55- Óbitos relacionados ao trabalho notificados e investigados.

Indicador	2012	2011
Número de óbitos suspeitos relacionados ao trabalho	499	360
Óbitos relacionados ao trabalho investigados	455	360
Número de óbitos relacionados ao trabalho confirmados decorrentes de acidente típico em atividade laboral.	10	19
Número de óbitos relacionados ao trabalho confirmados decorrentes de acidente de trajeto para a atividade laboral.	1	3

FONTE: Banco de dados EVSAT/ CGVS/ SMS

Investigação de óbito por acidente de trabalho

Em 2011, foram investigados todos os óbitos por acidente de trabalho e os óbitos de motociclista para verificar sub-notificação desses óbitos. Em 2012, optou-se por ampliar a investigação dos óbitos de causa externa. Esses foram investigados pela internet para conhecer a história do óbito e verificar se este estava relacionado ao trabalho. Nos casos de dúvida, foram realizadas visitas domiciliares para esclarecer se o óbito era de acidente de trabalho.

No ano de 2012, verificamos que houve 10 óbitos no primeiro quadrimestre; dois no segundo e quatro no terceiro. Esses óbitos foram investigados ao longo do ano, perfazendo o total de 16 óbitos relacionados ao trabalho. O que ocorre é que os dados que estão sendo apresentados por quadrimestre, referem-se ao momento em que foram investigados. Como é de conhecimento, as declarações de óbito entram no SIM gradativamente, não significando que são digitadas no quadrimestre do óbito. Assim, na medida em que foram entrando no SIM, foram sendo investigados pela equipe.

Em relação à visita domiciliar, para cada entrevista realizada, foram realizadas de duas a quatro visitas domiciliares para encontrar a família e conversar com ela. Após todo o processo de investigação, pudemos qualificar a causa básica

do óbito em várias situações. Cinco óbitos relacionados ao trabalho estavam sub-notificados em 2012.

Quadro 56- Outras metas pactuadas pela EVSAT não contempladas plenamente na PAS

Indicador	Meta Pactuada	2012	2011	Observações específicas
Notificar os agravos à saúde do trabalhador constantes na portaria GM/MS 777/04 para SINAN (EVSAT) PACTO PELA VIDA – Prior. VII ST 23	150	386	475	Ultrapassada meta pactuada
Ampliar a rede de unidades sentinelas para notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador. (EVSAT) PAVS 49 PAS 29	3 sentinelas	3	3	Esta meta já foi alcançada em 2011.
Nº de notificações dos agravos à saúde do trabalhador constantes no SIST-RS. (EVSAT) SISPACTO INDICADORES – RS 15	400/ano	710	629	Ultrapassada meta pactuada

FONTE: Banco de dados EVSAT/ CGVS/ SMS

Notificações SINAN/SIST

Quadro 57 - Outras notificações SINAN

Indicador	2012	2011
Casos de outras doenças e agravos notificados SINAN*	15	78
Casos de acidente com material biológico notificados SINAN	371	443

FONTE: Banco de dados EVSAT/ CGVS/ SMS

* Não inclui os casos de acidentes com material biológico.

Quadro 58– Número de Notificações 2012 e 2011.

Descrição do Item	Período		Variação	
	2012	2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	
Notificar agravos à saúde do trabalhador constantes na Portaria GM/MS 777/2004 para SINAN (EVSAT) PACTO PELA VIDA - Prior.VII ST 23 - pactuado 150/ano	386	475	-89	-18%
Nº de notificações dos agravos à saúde do trabalhador constantes no SIST/RS(EVSAT) SISPACTO INDICADORES -RS 15 - pactuado 400/ano	710	629	81	13%
Ampliar a rede de unidades sentinelas para notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador (EVSAT) PAVS 49	3	3	0	0
Total				

Fonte: EVSAT/CGVS/SMS

As metas pactuadas relativas às notificações em ST foram atingidas. Houve aumento no número de notificações pelo SIST e ocorreu a redução no número de notificações pelo SINAN.

Outras ações realizadas

1- Capacitações para Porto Alegre:

- Capacitação de fluxo Intersetorial na Reunião Ampliada da Rede de Proteção à - - Criança e ao Adolescente da região nordeste na sede do NACIPAZ;
- Seminário LER/DORT Controvérsias que persistem;
- Seminário da Rede de Proteção da Criança e Adolescente Microrregião Centro como painelistas (Trabalho Infantil – aspectos legais, culturais, danos à saúde e trabalho em rede).
- Capacitação da NR-32 promovida pela SMS, como palestrante, direcionado para profissionais enfermeiros da Rede de Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre.
- Capacitações técnicas em Saúde do Trabalhador em municípios da área de abrangência do CEREST Regional Porto Alegre. As capacitações ocorreram nos municípios de Osório, Santo Antônio da Patrulha, Cidreira e Imbé para servidores da APS da 18ª Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul.

2- Capacitações para Trabalhadores Rurais:

- Capacitação para trabalhadores de assentamentos do MST nos municípios de Viamão, Tapes, Eldorado do Sul e Nova Santa, conforme demanda/intermediação do CMS, visando certificação para alimentos orgânicos.

3- Capacitações em Cursos/Simpósios:

- Curso de Capacitação Verão Numa Boa. Palestrando sobre as Ações do Setor Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil no município de Capão da Canoa.
- Palestra no II Simpósio sobre Trabalho Infantil - "O impacto do trabalho na saúde de crianças e adolescentes" em Palmeira das Missões – RS

4- Trabalhos Apresentados em Congressos:

- Trabalhos apresentados no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO).

5- Promoção de Oficinas:

- Oficina Regional de Discussão da Política Estadual de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

6- Participação em Eventos /Congressos /Seminários:

- Encontro Nacional da RENAST-Brasília
- Encontro Macro-Sul da RENAST
- II Simpósio Atenção Primária em Saúde e a Saúde do Trabalhador
- II Fórum Regional dos SESMT das Prefeituras da Granpal - Fórum de discussão da Política Estadual de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

7- Ações Intersetoriais - Acampamento Farroupilha:

- Ações de Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Trabalhador Adolescente com Ministério Público do Trabalho, Ministério do Trabalho e Emprego SRT/RS, Fórum Estadual de Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Trabalhador Adolescente, Comissão Municipal de Erradicação do Trabalho Infantil; FASC; SMED.

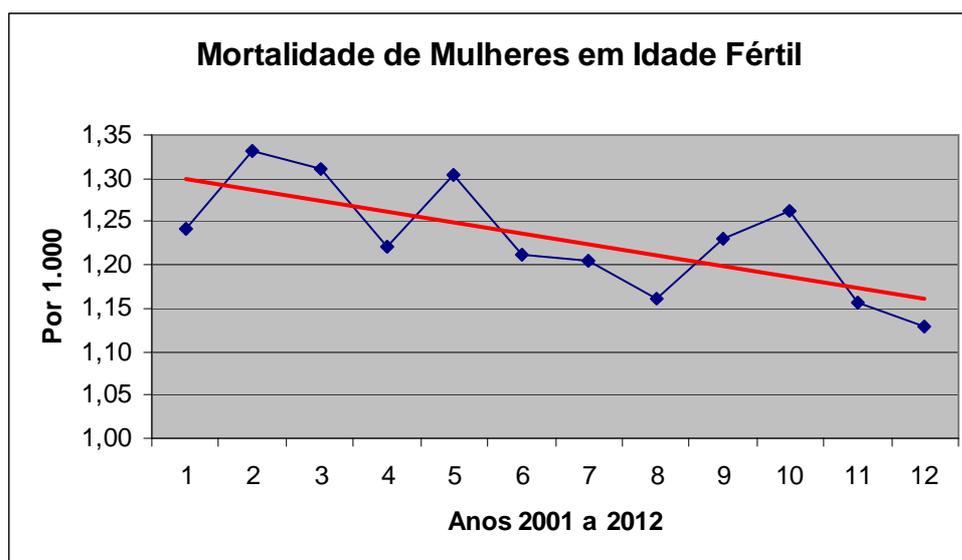
15.2.2 Saúde da Mulher

Tabela 197- Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (10-49 anos) e mortalidade materna, período 2012/ 2011

Descrição do Item	Período		Variação	
	2012	2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Nº absoluto de óbitos de mulheres em idade fértil	508	520	-12	-2%
Nº absoluto de morte materna	9	6	3	50%
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	100%	100%		
Nº Absoluto de Nascidos Vivos	19.266	18.907	359	2%

FONTE: SIM/CGVS/CMM.

Gráfico 9 - Taxa de Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (10-49 anos)



FONTE: SIM CGVS/ POA.

Observa-se que a taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil diminuiu 2% em 2012 com relação a 2011, apresentando diferença significativa em relação aos anos anteriores, mantendo uma tendência de queda. Possivelmente isso está relacionado à melhora das condições de saúde e econômicas da população. A principal causa de óbitos continua sendo o distúrbio cardiovascular e após as neoplasias, sendo a principal o câncer de mama.

O Relatório de Mortalidade Materna, conforme pactuado com o Conselho Municipal de Saúde será apresentando junto com o relatório do primeiro quadrimestre de 2013.

Temos 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil investigados, atingindo a pactuação.

Assistência ao Pré Natal

Tabela 198- Proporção de Recém Nascidos Vivos (RNV) e o Nº de Consultas do PN, período 2012/2011

Descrição do Item	Período				Variação	
	2012		2011		2012/2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RNV de mães que realizaram 7 ou + consulta pré-natal (6 consultas de pré-natal + 1 consulta de puerpério)	13.564	70%	13.378	71%	186	-1%
Percentual de gestantes Cadastradas no SISPRENATAL com início do Pré-Natal até 120 dias da DUM*	4717*	75,3%	7049	73,6	-2.332	-13%

FONTE: SISPRENATAL E SINASC.

*Números parciais devido a não digitação de todos os formulários de 2012.

O pactuado na PAS 2012 é uma cobertura de 74% das gestantes com consultas de pré-natal realizadas. No ano de 2012, a cobertura ficou em 70%, correspondendo a 95% da meta pactuada.

Tabela 199 - Proporção de Partos Normais

Indicador	2012		2011		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nº de Partos	19.266		18.907		359	2%
Normal	9.222	48%	8.726	46,69%	496	6%
Cesarianas	10.034	52%	9.962	53,31%	-72	-1%

FONTE: SINASC.

Verifica-se um aumento de 6% no percentual de partos normais realizados e uma redução de 1% no percentual de cesarianas.

Saúde Sexual e Reprodutiva

Tabela 200- Procedimentos realizados e contraceptivos utilizados – 2012/2011

Descrição do Item	Período		Variação	
	2012	2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Anticoncepcional Oral				
Noretisterona 0,35 mg (minipilula)	19.064	21.508	-2.444	-11%
Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg	150.135	173.750	-23.615	-14%

Levonorgestrel 0,75mg (concepção de emergência)	715	225	490	218%
Anticoncepcional injetável				
Anticoncepcional injetável (uso trimestral)	52.837	4.431	48.406	1092%
Anticoncepcional injetável (uso mensal)	71.864	53.814	18.050	34%
DIU (dispositivo intra-uterino)	655	1.384	-734	-53%
Laqueadura Tubária	1.088	1.177	-89	-8%
Vasectomia	703	770	-67	-9%

FONTE: Assistência Farmacêutica e TABWIN.

Em 2012 houve uma redução na distribuição do contraceptivo noretisterona, o qual é utilizado na fase de amamentação. Entende-se essa redução como uma normalização no uso desse contraceptivo pela população, visto que em 2011 ocorreu um aumento devido ao desabastecimento desse medicamento em 2010.

O contraceptivo hormonal combinado, que é o mais utilizado, teve uma diminuição na distribuição de -14%. Percebe-se um aumento significativo na distribuição de Levonorgestrel 0,75mg (concepção de emergência), 218%, o que possibilita inferir uma melhora no acesso a esse medicamento.

Com relação ao injetável trimestral, cabe ressaltar que a magnitude do aumento de 1082% na distribuição deve-se, principalmente, à regularização do fornecimento desse, visto que em 2011 houve falta do insumo no mercado nacional.

Observa-se uma redução de 53% no número de procedimentos para a colocação de DIU no ano de 2012. É provável que esteja ocorrendo um registro aquém do número de procedimentos realizados, a AT Saúde da Mulher irá identificar junto aos setores envolvidos se essa situação está ocorrendo.

O número de laqueaduras tubárias realizadas em 2012 foi 8% menor na comparação com o ano anterior e as vasectomias também apresentam uma redução 9%.

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 considerada aceitável esta variação no número de procedimentos realizados e de métodos contraceptivos distribuídos.

Concluindo, continua ocorrendo uma oferta regular de todos os métodos contraceptivos para os usuários do Município.

Câncer de Colo do Útero

Tabela 201- Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Colo do Útero

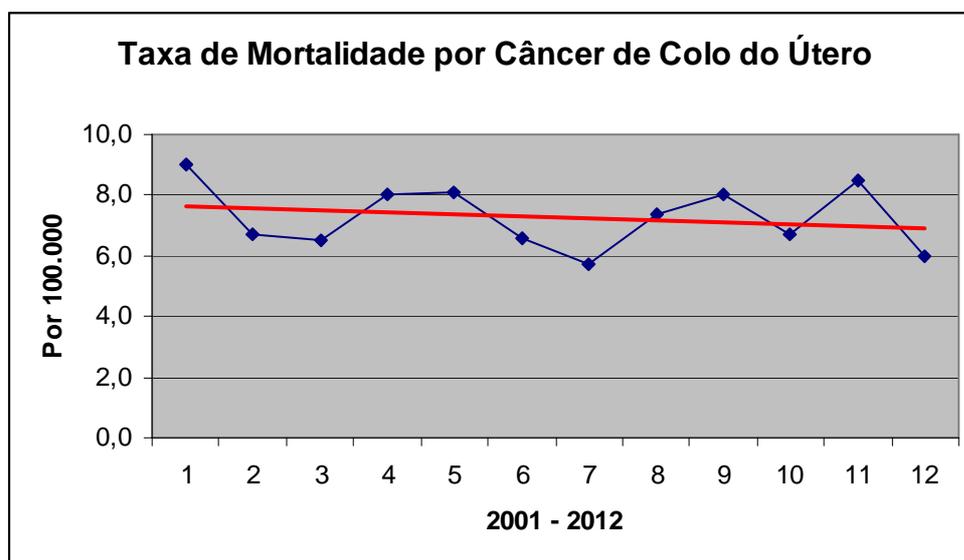
	Período		Variação	
	2012	2011	Nº	%
Total de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 64 anos	54.493	53.625	868	2%
Razão entre 25-64 anos	0,39	0,38	0,01	2%
Total de exames na população de 10 - 69 anos	71.481	79.675	-8.194	-10%
Razão entre 10- 69 anos	0,35	0,39	-0,04	-10%
Colposcopias	10.770	15.568	-4.798	-31%

FONTE: SISCOLO e TABWIN

Houve um aumento de 2% no número de CP realizados na faixa etária priorizada, atingindo 87% da meta que é de 0,45.

No segundo e terceiro quadrimestres de 2012 não houve oferta de colposcopias por um dos prestadores, o que justifica a redução no número de exames. As pacientes que necessitam desse exame nas regiões onde não há exames disponíveis estão sendo encaminhadas via AGHOS para ginecologia colo do útero, conseguindo, dessa forma, realizar o exame no tempo esperado.

Gráfico 10- Mortalidade por Câncer de Colo do Útero



FONTE: SIM/ CGVS/ POA.

Observa-se, em 2012 uma redução na taxa de mortalidade por câncer de colo do útero e, considerando o histórico das mortes deste 2001, uma tendência de queda nos óbitos por essa patologia.

Câncer de Mama

Tabela 202- Nº de ecografias mamárias e mamografias realizadas período 2012-2011

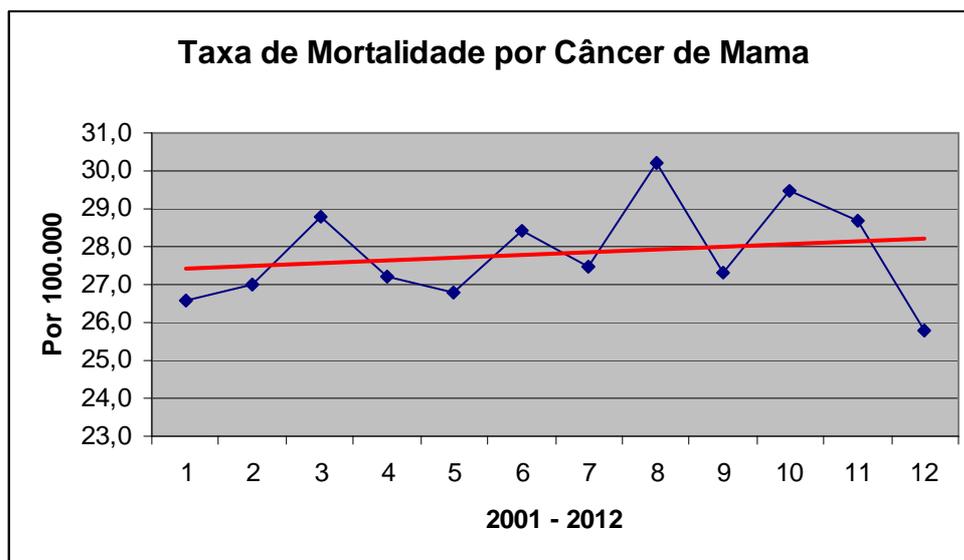
	Período		Variação	
	2012	2011*	Nº	%
Mamografias	46.875	50.154	-3.279	-7%
Razão de Mamografias	0,15	0,16	-0,01	-7
Mamografias na faixa etária 50-69 anos	26.365	27.678	-1.313	-5
Razão 50-69 anos	0,16	0,17	-0,01	-5%
Ecografias Mamárias	14.921	15.568	-647	-4

FONTE: SISMAMA/TABWIN

Observada uma redução de 5% nos exames realizados em 2012 na população prioritária, tendo atingido 89% da Meta pactuada, que é de 0,18.

A ecografia mamária que é um exame complementar a MMG apresentou uma redução de 4% com relação ao realizado em 2011.

Gráfico 11- Mortalidade por Câncer de Mama



FONTE: SIM/CGVS/POA

O Gráfico mostra redução nos óbitos por câncer de mama nos últimos dois anos, tendo uma queda bastante expressiva em 2012.

Como o câncer de colo do útero, a mortalidade específica por câncer de mama é muito irregular também apresentando picos de maior e menor incidência.

Quadro 59- Metas e Ações da Programação Anual de Saúde

Metas	Realizado das Metas	Ações	Realizado das Ações
<p>27. Reduzir a razão de mortalidade materna abaixo de 32,1/100 mil/NV.</p>	<p>O Relatório de Mortalidade Materna, conforme pactuado com o Conselho Municipal de Saúde será apresentado junto com o relatório do primeiro trimestre de 2013.</p>	<p>Identificação de fatores que contribuíram para o óbito materno;</p>	<p>Realizada.</p>
		<p>Mapeamento dos casos de mortalidade materna por região da cidade com recorte raça/cor;</p>	
		<p>Ampliação do nº de consultas de pré-natal;</p>	<p>O pactuado na PAS 2012 é uma cobertura de 74% das gestantes com consultas de pré-natal realizadas. No III trimestre a cobertura foi de 72%, correspondendo a 97% da meta pactuada.</p>
		<p>Qualificação dos registros da Declaração de Óbito;</p>	<p>Realizada.</p>
		<p>Publicização dos dados relativos a Mortalidade Materna com recorte de raça/cor;</p>	<p>Relatório Anual sobre Mortalidade Materna é apresentado no 2º trimestre do ano posterior após fechamento do SIM.</p>
		<p>Inserção de dados específicos sobre a saúde da mulher negra nos protocolos de saúde da mulher;</p>	<p>Em processo de construção do protocolo da mulher negra. *Foi constituído um grupo técnico para elaboração do Protocolo das Mulheres Negras. Este grupo reúne-se mensalmente na SMS. O documento está em fase de conclusão.</p>
		<p>Ampliação das ações de planejamento familiar.</p>	<p>Realizada.</p>

<p>28. Implantar a rotina de rastreamento cardiovascular na rotina de atenção a mulher em 20% dos US.</p>	<p>Não atingida. Em fase de elaboração do protocolo.</p>	<p>Constituição do Grupo de Trabalho;</p>	<p>Realizada.</p>
		<p>Adaptação do protocolo de doenças Cardiovasculares do DAB (Departamento de Atenção Básica do MS) para atendimento as mulheres;</p>	<p>Elaboração do fluxograma para rastreamento de doença cardiovascular na consulta ginecológica de rotina.</p>
		<p>Capacitação dos profissionais para atendimento conforme protocolo.</p>	<p>Não realizada. Capacitação prevista por GD em 2013.</p>
		<p>Implementação das ações educativas nos serviços de saúde para divulgação dos riscos das doenças cardiovasculares e medidas preventivas.</p>	<p>Não realizada. Ação consta no planejamento para 2013.</p>
<p>62. Aumentar razão de 0,17 para 0,18 de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos.</p>	<p>Razão atingida 0,15, atingido 89% da meta.</p>	<p>Monitoramento da aplicação da diretriz clínica para o rastreamento precoce do CA de mama em 100% dos serviços de saúde;</p>	<p>Realizada.</p>
		<p>Monitoramento das metas estabelecidas de mamografias a serem solicitadas por US;</p>	<p>Realizada. Em acompanhamento através do grupo de monitoramento. Em 2012 foi atingida a razão de 0,15, o equivalente a 83% da meta. Mesmo com a iniciativa da SMS na contratação de médicos ainda não houve preenchimento de todos os cargos, sendo que algumas regiões ainda estão com equipes de saúde incompletas.</p>
		<p>Promover ações que aumentem a adesão das mulheres para a realização de mamografias.</p>	<p>Realizada.</p>

<p>63. Aumentar a razão entre exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos em relação à população alvo, de 0,14 para 0,16.</p>	<p>Meta parcialmente atingida. Razão 0,13.</p>	<p>Ampliação do nº de consultas ginecológicas por ginecologistas e enfermeiros;</p>	<p>Estabelecido turno estendido em UBS. Realizadas atividades aos sábados, em diversos serviços da APS.</p>
		<p>Ampliação do nº de ESF;</p>	<p>Realizada.</p>
		<p>Aumento do nº de ginecologistas nas UBS</p>	
		<p>Estabelecimento de metas de nº de CP coletados por US;</p>	
		<p>Monitoramento das metas estabelecidas por US;</p>	
		<p>Implementação das ações educativas nos serviços de saúde para divulgação da importância da realização do exame e prevenção de doenças.</p>	<p>Realizada.</p>
		<p>Implementação das ações de acolhimento e facilidade de agendamento do exame nos serviços de saúde.</p>	<p>Estabelecido turno estendido em UBS e unidades de Saúde da Família. Realizadas atividades aos sábados, em diversos serviços da APS.</p>
<p>69. Aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de Pré-natal de 73,2% para 74%</p>	<p>Cobertura de 70%, correspondendo a 95% da meta pactuada.</p>	<p>Ampliação das ESF;</p>	<p>Realizada.</p>
		<p>Implantação do teste rápido de gravidez;</p>	
		<p>Ampliação das atividades de grupo/comunidade;</p>	<p>Orientação às GD.</p>
		<p>Qualificação do acolhimento garantindo consulta pré-natal precocemente até 120 dias da DUM.</p>	<p>Realizada.</p>
		<p>Reuniões anuais com US e Hospitais de referência.</p>	<p>Realizada.</p>
		<p>Criação de mecanismos para monitorar a regionalização obstétrica.</p>	<p>Utilização dos dados do SINASC para verificação dos partosXhospitalXunidade de saúde, a fim de monitorar a regionalização.</p>

		Descentralização gradativa da coleta e dos resultados dos exames para US.	Em andamento o processo de chamamento público para contratualização dos laboratórios de análises clínicas e de imagem que visa atender esta ação.
		Garantia de no mínimo uma ecografia obstétrica por gestante.	A demanda para o aumento da oferta do exame está em discussão entre GS, GRSS, e CGAPSES.
		Realização da busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal	Os serviços de saúde realizam as buscas ativas. Na ESF, é, preferencialmente, o agente de saúde quem realiza as VD e em algumas UBS essa prática também está bem incorporada às ações dos profissionais e outras UBS, por carência de recursos humanos, há prejuízo dessa ação.
		Investigação do esquema vacinal em todas as gestantes evitando oportunidades perdidas (durante a consulta pré-natal, grupos de gestantes, visita domiciliar, não restringir vacinação em função de horário, data e área de atuação).	A análise do esquema vacinal de todas as gestantes atendidas na Rede de Atenção Primária se dará com a implantação efetiva do SISPRENATAL que ainda não foi disponibilizado pelo MS.
		Registro qualificado das vacinas na carteira de vacinação, no fichário e no boletim mensal de doses aplicadas e no SISPRENATAL.	
		Revisão da população e área de atuação de cada Unidade para realizar cálculo da cobertura vacinal adequadamente.	

		Realização da busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal.	Os serviços de saúde realizam as buscas ativas. Na ESF, é, preferencialmente, o agente de saúde quem realiza as VD e em algumas UBS essa prática também está bem incorporada às ações dos profissionais e outras UBS, por falta de recursos humanos, há prejuízo dessa ação.
115. Implantar diretrizes clínicas para 100% das equipes que atendem especificamente mulheres em situação de vulnerabilidade afrodescendentes.	Documento está em fase de conclusão. O processo conta com a participação da AT Saúde da Mulher, Saúde da Pop Negra e profissionais da Rede.	Montar GT para elaboração da diretriz clínica;	Realizada.
		Elaboração das diretrizes clínica;	Documento está em fase de conclusão. O processo conta com a participação da AT Saúde da Mulher, Saúde da Pop Negra e profissionais da Rede
		Divulgação da diretriz clínica.	Planejamento para 2013.

FONTE: Área técnica/ CGAPSES.

15.3 Ciclo de Vida do Idoso

O envelhecimento é um fenômeno universal e uma aspiração natural de qualquer sociedade. No nosso país vivemos uma revolução demográfica marcada pela desigualdade social e o novo perfil de morbidade e mortalidade.

O censo 2010 nos surpreendeu pelo aumento significativo da população idosa em Porto Alegre, que passou de 11,8% em 2000 para 15% (211.896) em 2010. Chamando-nos atenção a existência de uma população cada vez mais longeva.

Esse bônus demográfico, secundário ao declínio das taxas de fecundidade e mortalidade, obtidas pelos investimentos público em saúde, saneamento e educação, entre outros e das conquistas médico-tecnológicas, nos desafia a responder de maneira ágil a nova realidade epidemiológica. Torna-se necessária uma política de saúde cuidadosamente planejada de modo que os recursos sejam usados com a máxima eficiência. Pois, além do cuidado primário, secundário e terciário, serão crescentes os gastos com cuidados sociais impostos pela incapacidade física e cognitiva que esta faixa da população tende a desenvolver com o passar dos anos. Sendo importante almejar uma melhoria na qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão no processo de envelhecer.

Talvez a tarefa mais complexa de nossa política seja a manutenção da autonomia e independência do idoso, incidindo diretamente nessa conquista social.

São apenas 03 as metas da Área Técnica de Saúde do Idoso no PAS 2012, duas relacionadas a Doenças e Agravos não Transmissíveis (Fratura de Fêmur e Acidente Vascular Cerebral), e uma relacionada à Política Nacional do Idoso que prevê a criação de Serviços Especializados de Média Complexidade para compor a rede de atenção ao idoso (CAPI).

A atuação da área no ano de 2012 foi fortalecida junto ao controle social, gerências e serviços, assim como entre as demais áreas técnicas da CGAPSES, CGVS (Equipe de Serviços), Coordenação de Urgências, INFOREDE, COMUI (Conselho Municipal do Idoso) e Coordenadoria do Idoso, entre outros.

O Centro de Atendimento à Pessoa Idosa (CAPI) apesar de representar um equipamento para incluir a recuperação, manutenção da autonomia e independência

da pessoa idosa, não teria um caráter aberto a todos os munícipes idosos. Por isso optou-se por acatar a posição do controle social e planejar o reforço das equipes de todas as gerências, privilegiando o território como o local de vínculo e tratamento da pessoa idosa.

Avançamos na discussão do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) hoje ligada à Coordenação Municipal de Urgências. O Programa, cuja base é hospitalar e possuirá composição multidisciplinar, deverá dialogar com a rede, capacitar seus profissionais, orientar os cuidadores e familiares.

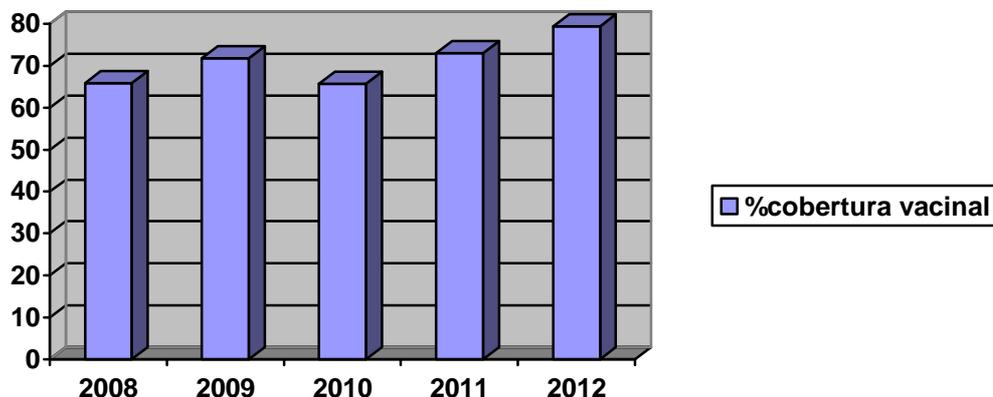
As constantes denúncias vindas via Ministério Público ou usuários têm sido abordadas junto às unidades locais, muitas vezes em parceria com a FASC. Àquelas relacionadas às Instituições de Longa Permanência (asilos, geriatrias e clínicas geriátricas) são repassadas à Equipe de Serviços da CGVS, que se aproximou dessa área técnica no último quadrimestre.

O mês alusivo ao idoso (outubro) trouxe a tona uma grande riqueza de trabalho executado na rede de atenção primária. Demonstrando um interesse real nesse ciclo de vida, para além do cuidado individual.

Considerando-se que o idoso é a personificação da cronificação de agravos sofridos ao longo de sua vida, que determinam uma velhice associada a doenças e limitações, a Área Técnica foi convidada a compor o Grupo de Trabalho relacionado às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), cujo objetivo é a construção de uma política de enfrentamento, centrada prioritariamente na prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde.

Do ponto de vista das ações estratégicas ligadas a essa população, a campanha de imunização contra influenza nos idosos e outras populações vulneráveis, começou com um atraso e foi acompanhada com alterações climáticas que postergaram a chegada do inverno (frio). Esse fato levou a uma adesão inicial muito baixa e a necessidade de prolongamento do período da campanha. Não obstante aos fatos acima descritos, os casos divulgados pela mídia levaram a uma procura pela vacina nos postos de saúde, levando a um aumento de cobertura (79,43), considerando os últimos anos. Aproximando o município da meta de cobertura almejada de 80%.

Gráfico 12- Cobertura Vacinal contra Influenza em população com 60 ou mais anos residentes em Porto Alegre no período de 2008 a 2012



Fonte: Núcleo de Imunizações CGVS – 05/09/2012.

Quadro 60- Metas anuais constantes na PAS

Metas	Realizado das Metas	Ações	Realizado das Ações
65. Manter índices de internações hospitalares de pessoas idosas por fratura de fêmur menor de 29,6/10.000 hab.	Meta atingida 21,4/10.000 hab.	Implantação de ações preventivas e educativas sobre alimentação saudável e atividades físicas;	A temática foi exaustivamente trabalhada nos programas de educação continuada das várias áreas técnicas.
		Distribuição e utilização da Caderneta do idoso em 100% das EFS para identificar idosos frágeis e monitorar o número de quedas;	Reforço da importância da utilização da caderneta junto às gerências distritais / chefias e equipes que estão trabalhando o acolhimento.
		Capacitação de cuidadores;	Essa abordagem foi discutida junto aos agentes comunitários de saúde e coordenação de urgência (SAD).
		Implementação de ações intersetoriais;	Planejamento de oficinas para prevenção de quedas em conjunto com profissionais da universidade e outras secretarias.
		Implantação do SAD.	Participação da área técnica no GT junto a Coordenação de Urgência.

<p>66. Reduzir os índices de internações por AVC para menos de 85,3 por 10.000/hab em população com mais de 60 anos.</p>	<p>Meta atingida 54,9/10.000 hab.</p>	<p>Identificação dos Idosos que apresentem fatores de risco que levam ao AVC;</p>	<p>Temática inserida nas ações de educação continuada, incorporada na saúde da mulher, e intensificada no processo do acolhimento com identificação de necessidades.</p>
		<p>Implementação de ações preventivas para os fatores de risco;</p>	<p>Incorporação de práticas preventivas e promocionais que incidam sobre os hábitos de vida saudáveis nos grupos de acompanhamento de doenças, de convivência e de atividades físicas.</p>
		<p>Distribuição e utilização da Caderneta do Idoso em 100% das EFS para identificar idosos frágeis e monitorar a hipertensão arterial e outros fatores de risco;</p>	<p>Reforço da importância de sua utilização junto às gerências distritais / chefias de serviços e equipes que estão trabalhando o acolhimento.</p>
		<p>Cadastramento dos pacientes crônicos com garantia de medicamentos;</p>	<p>O acesso à medicação continua sendo garantido, o processo de informatização permanece em evolução (tanto o prontuário, quanto ao controle de dispensação). As equipes estão sensíveis para que não haja interrupção de dispensação de medicamentos de uso continuado. O processo de acolhimento com identificação de necessidades reforça o cuidado aos usuários crônicos.</p>

		Educação para hábitos de vida saudável.	As Unidades continuam sendo estimuladas a criação de grupos de promoção à saúde, estes têm crescido em todas as GDs.
86. Criar um Centro de Atendimento a Pessoa Idosa, na região central da cidade.	Revisão do Projeto apresentado e rejeitado pelo CMS. Reapresentação do Projeto nos conselhos local (Santa Marta) e distrital (Centro). Encaminhamento para contratação de recursos humanos.	Reapresentação do Projeto no CMS;	O projeto foi apresentado no Conselho Local (Sta Marta) e Cons. Distrital (Centro). Houve uma conclusão que, face a não cobertura de idosos para cidade como um todo, a rede de APS deve ser fortalecida e o matriciamento, inclusive com a inclusão de geriatras.
		Contratação de RH;	Iniciada a discussão para inclusão de geriatra nos NASFs.
		Definição de fluxos para população adstrita;	Adoção dos fluxos já existentes.
		Compra de equipamentos.	Não se aplica.

Além da área do idoso, outras áreas técnicas vem trabalhando essa temática nos programas de educação continuada e práticas locais.

Junto com a disponibilização das cadernetas foi reforçada a importância da utilização da mesma. O olhar dos profissionais tem sido mais atento aos riscos e agravos relacionados.

Ao participar do GT para criação do Programa de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa) a área técnica problematizou e reforçou a importância da capacitação do cuidador.

O perfil de morbimortalidade do idoso é o resultado da exposição à fatores de risco em sua juventude e idade adulta. Para uma política de saúde que impacte neste ciclo vital, faz-se necessário investimentos que combata o sedentarismo, o tabagismo, a alimentação rica em colesterol, gordura saturada e sal, nos ciclos que antecedem o mesmo. Essa abordagem está sendo discutida junto aos profissionais da rede, inclusive, os agentes comunitários de saúde. A temática está inserida nas ações de educação continuada de outras áreas técnicas, incorporada na saúde da mulher, e intensificada no processo do acolhimento com identificação de necessidades.

Observou-se um aumento nas ofertas de práticas preventivas e promocionais que incidem sobre os hábitos de vida saudáveis nos grupos de acompanhamento de doenças, de convivência e de atividades físicas. A caderneta do idoso ainda é um instrumento pouco valorizado pelos profissionais de saúde, é necessário um estímulo ao preenchimento e uso na rotina de cuidados.

O acesso garantido para as medicações de uso continuado, nas USF e algumas UBS melhoram a adesão e continuidade do tratamento. O processo de informatização permanece em evolução (tanto o prontuário, quanto ao controle de dispensação). As equipes estão sensíveis para que não haja interrupção de dispensação de medicamentos de uso continuado. O processo de acolhimento com identificação de necessidades reforça o cuidado dos usuários crônicos. O projeto do CAPI Centro foi reescrito com base nas diretrizes da Política Nacional do idoso.

Houve uma conclusão que face a não cobertura de idosos para cidade como um todo, a rede de APS deve ser fortalecida e o matriciamento, inclusive com a inclusão de geriatras.

Iniciada a discussão para inclusão de geriatra nos NASFs.

As metas para saúde do idoso são anuais, trabalha-se com fonte de informação cuja alimentação é muito lenta, pois pressupõe vários passos. Apesar de usarmos o quadrimestre para fins de comparações, ou para prognósticos, os dados não são confiáveis, visto que são parciais.

Os dados das ofertas de consultas também não se mostram como fonte fidedigna de informações, pois também são parciais.

A Área Técnica de Saúde do Idoso possui apenas 03 metas no PAS 2012, duas relacionadas as Doenças e Agravos não Transmissíveis (Fratura de Fêmur e Acidente Vascular Cerebral), e uma relacionada à Política Nacional do Idoso que prevê a criação de Serviços Especializados de Média Complexidade para compor a rede de atenção ao idoso (CAPI).

Ao longo do quadrimestre houve uma reorientação da discussão sobre a criação do Centro de Atendimento à Pessoa Idosa (CAPI). Pensando-se em potencializar a assistência ao idoso, houve indicação dos conselhos de saúde para incrementar as equipes dos NASF com geriatras, e os demais recursos humanos deverão absorver as demandas próprias desse ciclo de vida. Reforçando a tese que é a rede de atenção primária quem deve articular a rede nos diferentes níveis de complexidade.

Considerando a integralidade de atenção, o período de setembro a dezembro foi fértil com relação às ações de cunho preventivo e promocional pelo conjunto da rede de atenção primária. Este fato foi especialmente verificado no mês de outubro, onde mais de cinquenta atividades alusivas ao mês que comemora o idoso, foram desenvolvidas em todas as gerências. Houve incremento do número de grupos de promoção de saúde em todas as GD.

Tabela 203- Internação de Idosos

Descrição do Item	Período				Variação	
	2012		2011		2012/2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
65. Reduzir o nº de internações hospitalares de pessoas idosas por fratura de fêmur de 29,6 para 25 por 10.000/ hab até 2013.	455	21,4/10.000	489	23,0/10.000	- 35	- 7%
66. Reduzir o nº de internações por AVC em população com mais de 60 anos para menos de 85,3 por 10.000/10.000/hab até 2013.	1169	54,9/10.000	1299	61,14/10.000	-130	

FONTE:TABWIN – 13/03/2013

Método de cálculo: número de internação por fratura de fêmur (ou AVC) em pessoas com 60 ou mais anos residentes em Porto Alegre / total da população com 60 ou mais anos no mesmo período de tempo e local considerados X 10.0000.

Com relação às metas do SISPACTO, Porto Alegre já atingiu o pactuado. Faz-se necessário ousar na direção de reduzir a mortalidade nos idosos com menos de 70 anos de idade.

Tabela 204- Total de consultas médicas realizadas na rede de atenção primária para todas as idades e total (%) de consultas utilizadas pelas pessoas com 60 ou mais anos por Gerência Distrital nos anos de 2011 e 2012.

Gerência Distrital	Total de Consultas		Total de Consultas de Idosos(%)	
	2012	2011	2012	2011
GD Centro	15.105	14.090	3.329 (22%)	3.246 (23%)
GD GCC	60.337	53.019	12.650 (21%)	9.913 (19%)
GD LENO	42.467	43.968	8.102 (19%)	8.283 (19%)
GD NHNI	33.357	22.694	7.740 (23%)	4.440 (20%)
GD NEB	55.908	52.108	11.831 (21%)	11.135 (21%)
GD PLP	57.431	53.128	10.097 (18%)	9.522 (18%)
GD RES	30.994	29.251	5.508 (18%)	4.749 (16%)
GD SCS	47.319	49.603	9.695 (20%)	10.390 (21%)
Total Geral	342.918	317.861	68.952 (20%)	61.678 (19%)

FONTE: TABWIN – 13/03/2013

A maioria das gerências ofertou um percentual de 20 ou mais por cento de suas consultas para os idosos de acordo com a referência legal. As gerências que ofertaram menos de 20% são as mesmas que possuem uma relação menor entre idosos e população geral. Na região Partenon - Lomba os idosos representam 12 % da população residente e na Restinga – Extremo Sul eles são 11 %.

Tabela 205- Total de consultas médicas especializadas realizadas na rede de serviços especializados ambulatoriais e substitutivos em todas as idades, e total e percentual (%) de consultas utilizadas pelas pessoas com 60 ou mais anos nos anos de 2011 e 2012.

Ano	Total De Consultas	Total de Consultas - Idosos	Percentual de Consultas -Idosos
2011	142.529	31.610	22%
2012	125.119	28.388	23%

FONTE: TABWIN – 13/03/2013

Assim como as consultas da atenção primária, as consultas especializadas também respeitaram a referência legal.

Tabela 206- Total de Primeiras Consultas Odontológicas, Procedimentos Básicos e Especializados realizados nos serviços próprios da SMS em todas as idades, e total e percentual (%) de consultas / procedimentos utilizadas pelas pessoas com 60 ou mais anos nos anos de 2011 e 2012.

Ano	2011	2011	2012	2012
Procedimento	Total	Idosos	Total	Idosos
1ª Consulta	17.947	2.242 (12,5%)	19.314	2.663 (14%)
Procedimentos Básicos	53.392	8.213 (15%)	55.566	9.104 (16%)
Procedimentos Especializado	33.924	4.669 (14%)	30.544	4.073 (13%)

FORTE: TABWIN – 13/03/2013

Do total de primeiras consultas na área de saúde bucal ofertadas pelos serviços próprios da SMS no ano, 14% foram ocupadas pelos idosos. Considerando todas os procedimentos básicos da saúde bucal do ano (55.566), os idosos utilizaram 9.104 (16%). Observou-se um aumento de ofertas de consultas odontológicas no período, assim como um maior percentual de idosos ocupando essas agendas.

16 POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

16.1 Saúde da População Negra

A Área Técnica de Saúde da População Negra esta em processo de ampliação de suas ações junto aos serviços de saúde, buscando cumprir com a responsabilidade que cabe ao município referente a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria Ministerial 992).

Esta área tem monitorado e acompanhado os processos de trabalho que são de responsabilidade de outras áreas técnicas, mas que devem fazer a transversalidade com a saúde da população negra. Vale a pena salientar que nas análises dos dados relativos as doenças como AIDS, Tuberculose, Sífilis, Sífilis Congênita e Mortalidade Materna e por causas externas por homicídios de jovens negros, a população negra ainda mantém-se com os piores dados. Nesta análise cabe aprofundar os marcos históricos agregados a sociedade de discriminação racial que têm imputado a comunidade negra de acessar os bens de serviços da forma mais adequada. As políticas universais têm demonstrado que não dão conta desta população, é necessário urgentemente a inclusão de políticas de ações afirmativas como forma de promover a equidade em saúde e reduzir a iniquidade entre brancos, negros e indígenas.

Quadro 61 – Metas anuais constantes na PAS 2012

Meta	Realizado das Metas	Ações	Realizado das ações
<p>107. Analisar a coleta, processamento e análise de dados com enfoque raça, cor e etnia em 100% dos sistemas de informação.</p>	<p>A análise dos dados não alcançou 100% da meta, pois não foi incorporado ainda nos processos de trabalho. Os dados analisados e publicizados através do Boletim Epidemiológico em nenhuma das edições de 2012 levou em consideração a análise de raça/cor.</p>	<p>Qualificar a coleta, processamento e análise de dados com enfoque raça, cor e etnia nos sistemas com os campos já existentes;</p>	<p>A análise do quesito raça/ cor esta sendo realizada por alguns setores da CGVS e algumas Áreas Técnicas da CGAPSES. Atualmente monitora-se, apoiando e construindo gradativamente junto a estes setores a efetiva incorporação nos processos de trabalho da análise do recorte raça/cor. Salienta-se a inexistência deste quesito na totalidade dos sistemas de informação, impossibilitando a análise deste item de forma integral em diferentes contextos. No 3º quadrimestre iniciou-se uma avaliação do quesito raça/cor junto ao ObservaPOA, ao qual esta sendo realizado o cruzamento de dados de saúde, com os dados socioeconômicos da população de Porto Alegre.</p>
		<p>Inclusão do quesito raça, cor e etnia como campo de preenchimento obrigatório no prontuário eletrônico e cadastro de usuários no sistema AGHOS;</p>	<p>Realizada.</p>
		<p>Capacitação dos trabalhadores para a coleta de dados desagregados por raça, cor e etnia.</p>	<p>No 3º quadrimestre foi realizado o 2º módulo do Curso Promotor@s em Saúde da População Negra, constituído por 4 módulos, com a temática “quesito raça /cor”, perfazendo a carga horária de 16 horas/aula. Também neste quadrimestre foi realizado a Campanha: Qual sua cor /raça e etnia? Esta campanha contou com material em bus door, cartazes e folder’s com informação referente à relevância da auto-declaração e da coleta do quesito raça /cor.</p>

<p>108. Implantar ações informativas referentes às doenças mais prevalentes na população das etnias da raça negra e indígenas em 100% dos serviços do SUS.</p>	<p>No ano de 2012 foi alcançada parcialmente a meta, pois foram realizados materiais e campanhas para a população em geral, na qual a população negra e indígena esta inserida. Entretanto materiais específicos foram elaborados somente pela AT de Saúde da População Negra e Indígena.</p>	<p>Inclusão nas campanhas publicitárias das doenças mais prevalentes na população das etnias da raça negra e indígena;</p>	<p>Foi produzido um folder que apresenta a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, incluindo informações sobre doenças mais prevalentes na população negra.</p>
		<p>Inclusão do tema de forma transversal no calendário de educação permanente da SMS;</p>	<p>A Área Técnica de Atenção à Saúde da População Negra realizou em parceria com a GD LENO, duas oficinas do quesito raça/ cor para os trabalhadores desta região.</p>
		<p>Realização e apoio às ações de mobilização em prol da saúde da população negra e indígena.</p>	<p>A Mobilização Pró Saúde da População Negra ocorreu no período proposto de 20 de outubro a 20 de novembro, com ações em oito regiões de saúde, envolvendo um número maior de serviços do que em 2011.</p>
<p>109. Tratar e acompanhar 100% dos pacientes diagnosticados com Doença Falciforme.</p>	<p>Todos os casos novos de Doença Falciforme realizados através da Triagem Neonatal são diagnosticados através do Ambulatório de Triagem Neonatal no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas são acompanhados no primeiro momento pelo próprio Hospital passando após a serem referendados para os Hospitais de Referência (HCPA e GHC).</p>	<p>Conclusão do protocolo de fluxo de atendimento em doença falciforme;</p>	<p>Protocolo concluído pelo GT de Doença Falciforme, aguardando publicação, através de Portaria Municipal.</p>
		<p>Implementação da diretriz clínica do MS;</p>	<p>O tratamento específico da Doença Falciforme é realizado nos Hospitais de Referência (HCPA e GHC), uma vez que ambos já seguem a diretriz estabelecida pelo MS, estando em consonância com a Portaria que define o Fluxo para Doença Falciforme em Porto Alegre.</p>
		<p>Capacitação dos profissionais para o atendimento das pessoas com Doença Falciforme.</p>	<p>Foi realizada uma capacitação para trabalhadores de todas as gerências distritais de saúde e para diversos cargos sobre a Doença Falciforme. Neste curso contamos com os palestrantes da Associação Gaúcha de Doença Falciforme e do Ambulatório de Hematologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.</p>

111. Ampliar um quilombo atendido pela ESF.	A meta foi alcançada em 100%, pois o Quilombo do Alpes, esta inserido na USF Alpes, que esta em transformação gradativa para USF.	Cadastrado das ESF;	Manteve-se no 3º quadrimestre o trabalho de discussão com as equipes. Em relação ao Quilombo Silva, aguarda-se a realização da reunião dos Quilombolas que pautará a inclusão deles junto à USF IAPI, uma vez que há alguns pontos ainda não definidos. Para o Quilombo dos Alpes aguarda-se a resolução do Conselho Municipal de Saúde referente ao Plano de Expansão da Estratégia Saúde da Família. Os Quilombos Areal e Fidelix mantêm-se vinculados a USF Modelo.
		Contratação de RH;	USF IAPI contratada. Em relação à UBS Estrada dos Alpes, aguarda-se a resolução do Conselho Municipal de Saúde referente ao Plano de Expansão da Estratégia Saúde da Família. Já realizada a previsão de servidores para contratação via IMESF.
		Capacitação das equipes.	As Ações de Educação Permanente estão sendo planejadas para as equipes já contratadas, e para as demais que serão contratadas. Tais equipes serão incluídas no calendário de educação permanente da CGAPSES para 2013.

FONTE: Área Técnica Saúde da População Negra/ CGPSES.

Está prevista para o ano de 2013, a manutenção de ações de educação permanente com o aumento de três turmas do Curso Promotoras em Saúde a População Negra, assim fortalecendo as metas 107 e 108. Também esta prevista, oficinas de Qualificação da coleta do quesito raça/ cor nas oito gerências de saúde. Outras ações de fortalecimento da rede para atendimento as pessoas com doença falciforme. Outras ações estão transversais estão previstas, além de ações diretamente ligadas a Área Técnica de Saúde da População Negra.

16.2 Saúde dos Povos Indígenas

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

Estas metas e ações têm o propósito de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade cultural, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos de saúde de maior magnitude e transcendência entre a população em geral, reconhecendo a eficácia de sua medicina tradicional e o direito desses povos à manutenção e afirmação de suas culturas.

Em abril de 2012 concluiu-se a elaboração das Cadernetas de Saúde do Jovem e da Jovem Kaingang, ação conjunta das áreas técnicas Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Atenção à Saúde da Criança e Adolescente, elaboradas com a participação de dois indígenas da etnia Kaingang (um enfermeiro e um professor bilíngüe), sendo um Kamé e outro Kairú, as duas marcas/metades que compõem a totalidade cosmológica da cultura Kaingang.

Em novembro de 2012 aconteceu o IV^o Encontro dos Kujás na aldeia Kaingang do Morro do Osso. Foi uma ação conjunta da Secretaria Municipal de Saúde - SMS e da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Segurança Urbana – SMDHSU, com a participação da Fundação Nacional do Índio - FUNAI, Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde – SESAI, EMATER e Secretaria Estadual de Saúde - SES.

O Encontro dos Kujás e a elaboração das Cadernetas de Saúde do Jovem e da Jovem Kaingang, são ações que visam o resgate e o reconhecimento da medicina tradicional Kaingnag.

No terceiro quadrimestre de 2012 concluiu-se o diagnóstico de tuberculose na aldeia Mbyá Guarani da Lomba do Pinheiro com a realização de teste de Mantou e radiografias pulmonares em 95% (noventa e cinco por cento) dos indígenas da comunidade. Foi uma ação conjunta das áreas técnicas Atenção à Saúde dos Povos

Indígenas e Controle da Tuberculose com o Sanatório Partenon/SES e a Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde – SESAI.

Programação Anual de Saúde (PAS) a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre tem 4 (quatro) metas relacionadas ao cuidado de saúde dos povos indígenas para o ano de 2012, conforme quadro abaixo

Quadro 62- Metas anuais constantes na PAS

Meta	Realizado das Metas	Ações	Realizado das Ações
<p>108. Implantar ações informativas referente às doenças mais prevalentes na população das etnias da raça negra e indígenas em 100% dos serviços do SUS.</p>	<p>A meta foi alcançada parcialmente, pois foram realizado materiais e campanhas para a população em geral, na qual a população negra e indígena estão inseridas. Entretanto, materiais específicos foram elaborados somente pela AT de Saúde da População Negra e Indígena.</p>	<p>Inclusão nas campanhas publicitárias das doenças mais prevalentes na população das etnias da raça negra e indígena;</p>	<p>Fomentou-se a o debate entre as Áreas Técnicas de Atenção à Saúde da CGAPSES, no sentido de contemplar a visualização e fomentar a discussão frente ao recorte raça/cor/etnia da prevalência de agravos, bem como da relevância da transversalidade, quando da constituição de ações de educação permanente, no sentido contemplar a integralidade da atenção à saúde. Destaca-se a afirmação realizada na necessidade de focar ações nas populações ao qual evidencia-se tecnicamente, a maior vulnerabilidade.</p>
		<p>Inclusão do tema de forma transversal no calendário de educação permanente da SMS;</p>	<p>Participação de uma indígena da etnia Charrua no folder “Qual a sua cor, raça ou etnia?”</p>
		<p>Realização e apoio às ações de mobilização em prol da saúde da população negra e indígena.</p>	<p>Fomentou-se a o debate entre as Áreas Técnicas de Atenção à Saúde da CGAPSES, no sentido de contemplar a visualização e fomentar a discussão frente ao recorte raça/cor/etnia da prevalência de agravos, bem como da relevância da transversalidade, quando da constituição de ações de educação permanente, no sentido contemplar a integralidade da atenção à saúde. Destaca-se a afirmação realizada na necessidade de focar ações nas populações ao qual evidencia-se tecnicamente, a maior vulnerabilidade.</p>

<p>110. Implantar uma Equipe Multidisciplinar de Saúde da Família Indígena.</p>	<p>A Meta não foi atingida. A Equipe Multidisciplinar de saúde Indígena não foi implantada. Atualmente está em processo de contratação da equipe que já foi aprovado pelo CMS.</p>	<p>Seleção e contratação dos técnicos e Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento para compor a EMSI;</p>	<p>Fomentou-se a o debate entre as Áreas Técnicas de Atenção à Saúde da CGAPSES, no sentido de contemplar a visualização e fomentar a discussão frente ao recorte raça/cor/etnia da prevalência de agravos, bem como da relevância da transversalidade, quando da constituição de ações de educação permanente, no sentido contemplar a integralidade da atenção à saúde. Destaca-se a afirmação realizada na necessidade de focar ações nas populações ao qual evidencia-se tecnicamente, a maior vulnerabilidade.</p>
		<p>Elaboração e execução do projeto arquitetônico de ampliação do posto de saúde existente na Aldeia Kaingáng da Lomba do Pinheiro (sede da EMSI);</p>	<p>Participação de uma indígena da etnia Charrua no folder “Qual a sua cor, raça ou etnia?”</p>
		<p>Elaboração e execução do Projeto arquitetônico da unidade de atendimento na Aldeia Charrua Polidoro;</p>	<p>Fomentou-se a o debate entre as Áreas Técnicas de Atenção à Saúde da CGAPSES, no sentido de contemplar a visualização e fomentar a discussão frente ao recorte raça/cor/etnia da prevalência de agravos, bem como da relevância da transversalidade, quando da constituição de ações de educação permanente, no sentido contemplar a integralidade da atenção à saúde. Destaca-se a afirmação realizada na necessidade de focar ações nas populações ao qual evidencia-se tecnicamente, a maior vulnerabilidade.</p>
		<p>Aquisição de móveis e equipamentos para a sede da EMSI e a unidade de atendimento Charrua;</p>	<p>Participação de uma indígena da etnia Charrua no folder “Qual a sua cor, raça ou etnia?”</p>

		Aquisição de veículo e contratação de serviço de deslocamento;	Fomentou-se a o debate entre as Áreas Técnicas de Atenção à Saúde da CGAPSES, no sentido de contemplar a visualização e fomentar a discussão frente ao recorte raça/cor/etnia da prevalência de agravos, bem como da relevância da transversalidade, quando da constituição de ações de educação permanente, no sentido contemplar a integralidade da atenção à saúde. Destaca-se a afirmação realizada na necessidade de focar ações nas populações ao qual evidencia-se tecnicamente, a maior vulnerabilidade.
		Capacitação permanente dos profissionais da EMSI sobre a cultura das etnias Kaingáng e Charrua.	Participação de uma indígena da etnia Charrua no folder “Qual a sua cor, raça ou etnia?”
112. Reduzir para 10/ano, eventos diarréicos em criança indígena menores de 5 anos relacionados com deficiência em saneamento.	A Meta não foi atingida	Elaboração do projeto de esgotamento sanitário na Aldeia Polidoro;	Foi elaborado pelo DEMAÉ.
		Execução do projeto de esgotamento sanitário da Aldeia Polidoro.	Não foi executado.
113. Atender integralmente os portadores de diabetes e de hipertensão em 100% das comunidades indígenas.	Meta parcialmente atingida.	Diagnosticar e atender os diabéticos e hipertensos na Aldeia Kaingáng da Lomba do Pinheiro;	Iniciado o processo de identificação de hipertensos e diabéticos, pelo Agente de Saúde Indígena responsável por esta aldeia (contratado pela SESAI).
		Identificar e atender os diabéticos e hipertensos da Aldeia Charrua Polidoro.	Iniciado o processo de identificação de hipertensos e diabéticos pela Agente de Saúde Indígena desta aldeia (contratada pela SESAI).

A Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas reconhece o avanço promovido para consolidação da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na cidade de Porto Alegre, através do trabalho que vem sendo afirmado e construído pela SMS. Ressaltam-se como prioridades a implantação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), o esgotamento sanitário na aldeia Polidoro do povo

Charrua e o reconhecimento da medicina tradicional dos povos Kaingang, Mbyá Guarani e Charrua.

O processo de implantação da EMSI, constitui-se como inovador na SMS, devendo atender aos requisitos e especificidades, como por exemplo, em relação à formação dos profissionais que atuarão na equipe. Convém destacar o respeito às especificidades culturais das comunidades indígenas, bem como a participação das comunidades envolvidas. Neste sentido, ao longo do ano realizaram-se reuniões sistemáticas da Área Técnica com as comunidades indígenas, promovendo-se a discussão permanentemente das ações propostas, bem como a avaliação dos nós críticos existentes para a efetivação das ações planejadas.

A criação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena representará a concretização da qualificação da atenção à saúde de uma população extremamente vulnerável. Atualmente, a atenção à saúde está sendo realizada pela rede de serviços da CGAPSES e da SMS, tanto em relação à assistência especializada quanto à primária, as quais são atendidas em serviços como: ESF Panorama, UBS Restinga, UBS Tristeza, ESF Safira, UBS Mapa, Pronto Atendimento Partenon / Lomba do Pinheiro, dentre outros.

Em relação à aldeia Polidoro Charrua, optou-se pela realização de um projeto de esgotamento sanitário

16.3 Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

Diretriz: Aperfeiçoamento da atenção a segmentos populacionais vulneráveis e das intervenções específicas.

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre possui 03 Equipes de Saúde Prisional - ESP instaladas em 02 Unidades de Saúde Prisional, sendo 02 ESP no Presídio Central de Porto Alegre-PCPA e 01 ESP na Penitenciária Feminina Madre Pelletier-PFMP, que iniciaram suas atividades efetivamente em Julho de 2011. Estas equipes têm por objetivo organizar, planejar, sistematizar e realizar a atenção à saúde, através de um conjunto de ações que abrangem a promoção da saúde, prevenção dos agravos, assim como o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde de forma equânime e integral às pessoas privadas de liberdade.

Em abril de 2012, as equipes passaram a ser cadastradas no CNES. As ações de assistência foram implantadas em conformidade com os protocolos clínicos implantados pelas equipes responsáveis.

O ano de 2012 serviu para consolidar procedimentos nas unidades e organizar fluxos, anteriormente inexistentes junto a estrutura da SMS. Entre estes podem ser citados as negociações junto ao poder judiciário, SES/RS e Susepe para o tratamento de pacientes com Hepatite e uso do medicamento acompanhado, onde ficou definido que os presos, em tratamento, não poderiam ser transferidos e quando para progressão de suas penas (semi-aberto) ficariam, ainda, sob a responsabilidade da equipe unidade PCPA no prazo de até 12 meses para completar seu tratamento.

Para o atendimento às presas foi definido que a referência de atendimento de emergência ginecológica será realizada no Hospital Fêmeina. A casa prisional tinha muitas dificuldades neste tipo de atendimento em hospitais gerais.

Fato importante a relatar e com significativo impacto para as ações em saúde nos estabelecimentos prisionais é a diminuição do número de presos e presas ingressantes no sistema. Os fatores que contribuíram para esta redução foram a decisão do poder judiciário do não envio de presos para o PCPA, à inauguração do Presídio de Arroio do Meio com cerca de 600 vagas e no caso da PFMP à inauguração do Presídio Feminino de Guaíba. No PCPA, no final de dezembro, o número de presos era de cerca de 3900 homens em contrapartida dos quase 5000 anterior, assim como na PFMP cuja população em dezembro era de 279 mulheres, cujo número anterior a estas medidas já chegou a ser de quase 500 mulheres.

A unidade de saúde PFMP, sob gestão da SMS, qualificou sobremaneira a atenção à saúde das mulheres presas, exemplo disto pode-se citar que alguns exames e atendimentos alcançaram o 100% de rastreamento e realização, considerando presas ingressantes e presas em galerias.

No PCPA, as principais ações no período destaca-se a realização pelas equipes da busca ativa em 02 galerias, de maior prevalência da TB. As equipes ainda estão realizando esta atividade que enfrenta alguns problemas para a continuidade, frente a rotineira movimentação dos presos destas galerias, que ora

são colocados em liberdade a qualquer momento, ora são encaminhados para outras casa prisionais.

Os profissionais das equipes participaram, em 2012, das ações de educação permanente realizadas pela CGAPSES, nas áreas de DST/AIDS, implantação do teste rápido, de Pneumologia/TB, saúde da mulher, implantação do teste rápido para gravidez, entre outras.

Salienta-se a realização da vacinação contra a gripe A, disponibilizadas a todos os presos e presas que aceitassem realizar a imunização. O trabalho junto às promotoras de saúde coordenado pela equipe da PFMP. Assim como, o estabelecimento de fluxos diferenciados para internação de presos, via GRSS, para o Hospital Vila Nova e Hospital de Clínicas.

Foram fornecidos aproximadamente, no ano de 2012, mais de 100 mil medicamentos, considerando-se duas unidades, assim como, materiais de consumo regularmente disponibilizado. As consultas clínicas realizadas chegam a cerca de 2000, na PFMP e a pouco mais de 7000 no PCPA,

Ressaltam-se, ainda, a compra de equipamentos, mobiliários entre outros materiais para a qualificação dos espaços das unidades. O recurso para aquisição de material permanente é oriundo do fundo Estadual de Saúde, na qual, por meio de projeto específico a SMS se candidatou. Até o final do mês de dezembro, quase 90% dos itens já haviam sido comprados e foram distribuídos nas unidades.

Quadro 63– Metas anuais constantes na PAS 2012

Meta	Realizado das Metas	Ação	Realizado das Ações
114 Atender 100% das pessoas ingressadas no Presídio Central de Porto Alegre-PCPA e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier – PFMP.	Meta atingida. Habilitação das equipes: Equipes de saúde prisional habilitadas e com CNES, sob registros- PCPA1:6957560- PCPA2:6957579- PFMP:6957544	Habilitação das três equipes de saúde prisional sendo 2 no Presídio Central e 1 na Penitenciária Feminina Madre Pelletier;	Equipes de saúde prisional habilitadas e com CNES.
	Ações de educação permanente: equipes participaram de atividades de educação permanente organizadas tanto pelo município como	Capacitação das equipes do Presídio Central e da Penitenciária Feminina Madre Pelletier;	As equipes de saúde prisional participaram de atividades de educação permanente propostas organizadas tanto pelo município como pelo Estado. (SES/RS e SUSEPE).

	<p>pelelo Estado-SES/RS e SUSEPE</p> <p>Elaboração do projeto para criação de mais uma equipe no PCPA:</p> <p>Projeto elaborado e aprovado pelo CMS</p> <p>Ampliação de uma equipe no PCPA:</p> <p>Ação não realizada</p> <p>Ações de saúde para mulheres e homens ingressantes no PCPA e na PFMP.</p> <p>Ações de atenção primária e fluxos de contra-referência realizados para o atendimento de presas e presos ingressantes</p>	<p>Elaboração do projeto de criação para mais uma equipe de saúde prisional no PC;</p>	<p>Projeto elaborado e aprovado pelo CMS em 2012.</p>
	<p>Elaboração do projeto de criação do Núcleo de Atendimento em Saúde Prisional – NASP;</p>	<p>Ação não realizada, em análise.</p>	
	<p>Ampliação de uma equipe no PC;</p>	<p>Terceira equipe, ainda não implantada no PCPA.</p>	
	<p>Realizar as ações de saúde para mulheres e homens ingressantes no PC e na PFMP.</p>	<p>Realizado atendimentos as pessoas privadas de liberdade que ingressaram no Presídio Central de Porto Alegre e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier.</p>	

Análise das Metas da PAS

Ação 1: Equipes de saúde prisionais PCPA e PFMP, cadastradas em CNES, desde Abril de 2012. Atualização mantida sistematicamente.

Ação 2: Os profissionais das equipes de saúde prisional, participaram de diferentes ações de educação permanente voltadas à prevenção e diagnóstico, como o treinamento para realização do teste Mantoux. Além disso, foram realizadas no âmbito do município ações de educação permanente promovidas pelas gerências distritais, as quais as Unidades de Saúde Prisionais estão vinculadas, isto é, GD-GCC (PFMP) e GD-PLP (PCPA).

Ação 3: Com um perfil diferenciado das equipes de Saúde da Família, as Equipes de Saúde Prisional já possuem uma equipe multidisciplinar contando com psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais oriundos da SUSEPE. Com a implantação da nova equipe que prevê profissionais para esta área, entende-se que o atendimento das necessidades em saúde mental e outras áreas poderá ser reorganizado e, conseqüentemente suprido, utilizando-se o apoio prestado pelas gerências distritais e a parceria SUSEPE/ SES.

Ação 4: Aguarda-se o repasse financeiro do Ministério da Saúde. Estima-se que a questão se encaminhará para solução no primeiro quadrimestre de 2013, visto que a Área Técnica de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade tem contatado o Ministério da Saúde.

Ação 5: A atenção à saúde prestada, não somente no último quadrimestre, mas também no presente, tem demonstrado a redução de indicadores que representam a exclusão no tocante à saúde da população privada de liberdade, revertendo com isso, na melhoria da saúde desta população. A atuação das equipes, através da realização dos diagnósticos e tratamentos, tem qualificado e consolidada a necessidade do investimento em saúde desta população, impactando positivamente nos indicadores.

Os dados quantitativos apresentados nos quadros abaixo apresentam, principalmente, as atividades realizadas em 2012, frente que as equipes de saúde prisional iniciaram suas atividades em julho de 2011 e os primeiros dados com as suas ações foram repassados em Outubro do mesmo ano, porém no formato atual somente em Dezembro de 2011

.Tabela 207- Procedimentos realizados Presídio Central

Áreas	Atendimento/ Situação	2011	2012	Varição 2011/2012
	Procedimentos	1928	1500	-428
Médica	Clinico	7826	7165	-661
Mental	Psicossocial	1890	885	-1005
	Psiquiátrico	796	1084	288
Tuberculose	Em Tratamento		74	
DST/AIDS	Em Tratamento		73	
Hepatites	Diagnosticados		41	
Hipertensão	Em Tratamento		70	
Diabetes	Em Tratamento		299	

Tabela 208- Procedimentos realizados Penitenciária Feminina Madre Pelletier

Áreas	Atendimento/Situação	2011	2012	Varição 2011/2012
Odontologia	Procedimentos	1458	1602	144

Médica	Clinico	2387	1487	-900
Mental	Psicossocial	991	265	-726
	Psiquiátricos	372	111	-261
Tuberculose	Em Tratamento	3	3	
DST/AIDS	Em Tratamento	18	18	
Hepatites	Diagnosticadas	2	3	
Hipertensão	Em Tratamento	59	59	
Diabetes	Em Tratamento	7	7	
Ecografia obstétrica		48	79	31
Mamografias		13	15	2
Citopatológico		241	453	212
Ecografia mamária		não informado	20	

17 CONTROLE SOCIAL

Até o fechamento deste Relatório Anual de Gestão – RAG 2012, 28 de março de 2013, não acusamos o recebimento, por parte do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, de informações para subsidiar este item do relatório.

Transcrevemos abaixo o apreentado nos 1º, 2º e 3º quadrimestre 2012:

1º Quadrimestre:

Até o período analisado, a rede descentralizada de conselhos de saúde em Porto Alegre conta com 13 Conselhos Distritais instituídos, 72 Conselhos Locais.

O *Conselho Gestor do HMIPV* se reúne mensalmente, na primeira segunda-feira de cada mês, com a presença de representantes dos gestores, trabalhadores e usuários, para discutir e votar assuntos de relevância, tanto na área assistencial quanto na área administrativa, para o hospital e para a comunidade usuária.

Das plenárias, ocorreram 8 reuniões ordinárias e 2 extraordinárias, com as seguintes principais pautas: 1) posse do novo Núcleo de Coordenação do CMS; 2) definição de Regimento Interno Padrão para os Conselhos Distritais de Saúde; 3) modelo de matriciamento para Atenção Primária em Saúde e implantação dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família; 4) programa de controle da Tuberculose e Serviço de Apoio Especializado em Hepatites Virais; 5) Projetos do Pró-Saúde; 6) Rede de atenção em Saúde Mental para Crianças e adolescentes; 7) Relatório de Gestão do 3º trimestre de 2011; 8) Programação Anual de Saúde 2012; 9)

Regionalização e Telessaúde; 10) Projeto de alteração da Lei Complementar 277/92.

2º Quadrimestre:

Pela Gestão da SMS, a ampliação e o fortalecimento do Controle Social na Saúde é acompanhado no item referente a Humanização, que acompanha os Conselhos implementados nos Serviços SUS em Porto Alegre.

3º Quadrimestre:

Pela Gestão da SMS, a ampliação e o fortalecimento do Controle Social na Saúde é acompanhado no item referente a Humanização, que acompanha os Conselhos implementados nos Serviços SUS em Porto Alegre.

-

CONCLUSÕES

A nova estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, ocorrida durante o ano de 2012, proporcionou que a Assessoria de Planejamento e Avaliação da SMS pudesse exercer de fato sua função específica. 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.

Com esta nova estrutura percebe-se um avanço progressivo na prestação de contas, das metas do PMS, e amadurecimento tanto da gestão como no controle social no processo de realização da Programação Anual de 2013. 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.

Outro marco importante, foi a realização dos Seminários do Consolida SUS que teve como objetivo apresentar o resultado do trabalho realizado pelas equipes

de monitoramento sobre a elaboração das metas regionais com base na PAS 2012, fortalecendo a proposta de descentralização do planejamento, gerando o comprometimento dos trabalhadores e controle social na qualificação da gestão do SUS.

A implantação do novo sistema de informações em andamento, com informações qualificadas obtidas em tempo real com relatórios mais detalhados e precisos, proporciona o planejamento e as ações mais adequadas e possibilita uma nova perspectiva para saúde do município

Na área da Humanização, entre as ações acompanhadas e monitoradas, destacando-se a cogestão com a qualificação das reuniões de equipe, dos CLS e dos projetos com o foco em acolhimento e ambiência. Com este enfoque, o CMH realizou oficinas internas para a definição dos critérios de certificação conforme diretriz da Política de humanização.

A estruturação da Humanização na SMS passou pela reavaliação e atualização permanente do CMH e dos seus GTH, que potencializaram a suas atuações nas regiões e junto aos serviços ao realizarem os diagnósticos da Humanização em saúde nas suas áreas de abrangência.

Na Ouvidoria, pode-se identificar que o perfil das demandas estão sendo modeladoras das ações estratégicas da SMS, com ênfase nas ações de informatização e de ampliação da rede de atenção primária e especializada, convergindo para a melhoria dos diagnósticos apresentados pela ouvidoria.

O ano de 2012 também caracterizou-se pelo avanço na reestruturação do eixo Qualificação Profissional com destaque na adesão entre as áreas da SMS envolvidas, bem como pela consolidação do eixo Integração Ensino e Serviço, salientando-se a crescente articulação entre os eixos, com vistas à construção da Política de Educação Permanente no âmbito da SMS.

Quanto à ação de Integração de Novos Servidores, que se iniciou em 2012, vem demonstrando impacto positivo junto aos servidores ingressantes, segundo a avaliação desses e chefias contatadas bem como através de eventuais considerações de outros servidores no sentido de que também gostariam de participar desta atividade. No enfrentamento e combate as doenças transmissíveis agudas destaca-se a descentralização do tratamento de 1ª linha do tratamento da

tuberculose, para os serviços da atenção primária e ampliação do Tratamento Diretamente Observado e a implantação do teste rápido para diagnóstico precoce da Sífilis e da AIDS. A tuberculose, a sífilis e a AIDS permanecem como desafios para a gestão da saúde no Município pelos altos índices de registro de novos casos. Em 2012, ocorreu uma ampliação significativa da cobertura de APS nos moldes da ESF, ainda que dificuldades persistam, como a fixação de profissionais e a indisponibilidade de terrenos para a construção de novas unidades, com o padrão produzido pela SMS. Ocorreu, ainda, a ampliação das portas de entrada de urgência, emergência e a ampliação do acesso aos serviços de saúde mental.

Na Rede Regional de Atenção às Urgências é importante destacar que Porto Alegre foi a segunda capital do país a organizar o Plano de Ação juntamente com o estado e o Ministério da Saúde. Contribuíram para a execução do plano a ampliação de serviços de como a UPA Moacir Scliar em Setembro de 2012, a abertura de nova base do SAMU no Morro Santana e a ampliação para 05 equipes de transporte de baixa complexidade. Ainda para qualificar a assistência, o protocolo de classificação de risco de Manchester está implantado nos PAs da Bom Jesus, da Lomba do Pinheiro e da UPA Moacir Scliar e no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre.

A implementação das linhas de cuidado do AVC e IAM foram marcos importantes e impactaram na redução da mortalidade por estas patologias no ano de 2012. Igualmente, foi construído, junto com a consultoria do PGQP, o mapa de processos da rede de U/E Municipal. Este processo oportunizou a revisão dos fluxos assistências urgência na rede de saúde. Estão sendo reestruturadas pactuações e grades de referência por tipologia e vocação de serviços de urgência para o fortalecimento das estratégias de regulação da atenção ao paciente com condição aguda de saúde, com o objetivo de colocar o paciente certo no local certo. Foram iniciadas as repactuações dos fluxos assistências e de regulação com os serviços de emergência hospitalares. A Coordenação Municipal de Urgências cumpriu com a maioria das metas propostas para o ano.

Como necessidades ainda prevalentes, destaca-se a readequação da atenção especializada ambulatorial conforme as necessidade regionais, com destaque à reorientação dos Centros de Especialidades, e a ampliação dos NASF e da Atenção Domiciliar, equipamentos importantes para o cuidado territorializado.

Em relação à saúde da mulher destaca-se a redução na taxa de mortalidade por câncer de colo do útero e, considerando o histórico das mortes deste 2001, uma tendência de queda dos óbitos por essa patologia. Também ocorreu redução nos óbitos por câncer de mama nos últimos dois anos, sendo expressiva em 2012.

Por fim destaca-se no último quadrimestre o início da elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014-2017, no qual foram formados grupos de trabalho com a participação de gestores, trabalhadores e controle social para a elaboração do diagnóstico situacional. A análise situacional foi dividida em 4 eixos: Condições de Saúde da População; Determinantes e Condicionantes da Saúde; Acesso, Ações e Serviços de Saúde; e Gestão em Saúde. A conclusão está prevista até o final de maio do corrente ano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. **Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142.** Brasília, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**, 2ª edição. Brasília, 2009.

Brasil. Ministério da Educação – MEC; Ministério do Trabalho e Emprego – **Lei Federal Nº 11.788.** Brasília, 2008.

BRASIL - Ministério da Saúde. **VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** BRASIL, 2010.

BRASIL, 2012 – <http://www.saude.rs.gov.br/dados/Brasil.pdf>.

_____ Conselho Nacional de Saúde Carta Nº 937 - CONEP/ CNS/ MS e seus membros designados pelas portarias Nº 374, Nº 558 e Nº 711, e atual renovação junto à CONEP de 10 de junho de 2010 e Resolução CNS 240/9

_____ Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/RS nº 25/03,2006; Resolução CIB/RS nº 45/07.**

_____ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos e Estimativas 2009.** Brasil, 2009.

_____ **Ministério da Saúde.** Portarias de Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006; nº 699 de 30 de março de 2006; nº 3.085 de 1.º de dezembro de 2006; nº 204 de 29 de janeiro de 2007; e nº 1.229 de 24 de maio de 2007. Nº 204/GM de 29 De Janeiro de 2007. **Portaria de Nº 558, Brasília, 2010.**

_____ **Ministério da Saúde. Portarias de Nº 374.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde. 2008

_____ **Ministério da Saúde** Portaria Nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto 2006.

_____ **Ministério da Saúde,** PORTARIA Nº 442 DE 13 DE AGOSTO DE 2004 que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal de Saúde.** Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Decreto Municipal 15.042.**
Porto Alegre, 1996.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Decreto Municipal 16.127,**
Porto Alegre, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Resolução nº 36/2004,**
Conselho Municipal de Saúde, 2004.

_____ **Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul** - Portaria SES nº 09/93.
Gerenciamento do Processo de Descentralização no SUS. Rio Grande do Sul, 1993

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Programação Anual de Saúde 2012.

ANEXO I

Secretaria Estadual da Saúde - Fundo Estadual de Saúde

RMGS009

EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA RELATÓRIO ANUAL

Emitido em: 11/03/13 12:02

PERÍODO DE EXECUÇÃO: 2012

SITUAÇÃO DO PERÍODO: FECHADO

UNIDADE EXECUTORA: Prefeitura Municipal de Porto Alegre

CRS: Porto Alegre - 1. CRS

	SALDO EM: 31/12/2011	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/12/2012
FONTE MUNICIPAL					
Recursos Municipais Aplicados em Saúde					
40 - Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS	0,00	524.149.374,	16.903,26	524.166.277,	0,00
SUBTOTAL	0,00	524.149.374,	16.903,26	524.166.277,	0,00
FONTE ESTADUAL					
Assistência Farmacêutica					
4050 - Farmácia Básica	2.354.854,34	2.481.904,84	100.696,97	3.779.282,55	1.158.173,60
4051 - Diabetes Mellitus	669.226,74	478.707,68	39.332,84	621.646,96	565.620,30
Atenção Básica					
4011 - Incentivo Atenção Básica	3.765.668,10	8.185.746,03	215.967,73	9.456.707,61	2.710.674,25
4020 - Gestão Plena	1.976.373,77	139.903,31	211.510,51	1.995.806,74	331.980,85
4030 - Inverno Gaúcho	322,64	0,00	11,40	334,04	0,00
4040 - Verão Numa Boa	2.141,77	629.662,87	62,71	2.204,48	629.662,87
4071 - Unidades de Saúde Murialdo	362.149,36	2.021,82	22.481,50	291.046,54	95.606,14
4080 - PACS	0,00	354.497,00	0,00	0,00	354.497,00
4090 - PSF	1.213.597,26	2.103.500,00	65.956,61	2.768.949,85	614.104,02
4110 - Saúde Bucal	8.667,53	234.603,26	3.268,46	210.189,96	36.349,29
4121 - Saúde Prisional	0,00	746.700,00	239,99	406.318,98	340.621,01
4160 - Primeira Infância Melhor - PIM	811.477,58	485.500,00	64.954,46	491.615,79	870.316,25
4230 - Hospitais Públicos	3.859.855,49	24.658.324,3	255.476,52	19.694.478,6	9.079.177,68
Consulta Popular					
4240 - região resolve-custeio(aquisição serviços, consultas e	1.800.895,61	7.029,82	132.609,56	893.955,64	1.046.579,35
4244 - região resolve-reforma de hospital	0,00	225.000,00	4.445,93	0,00	229.445,93
4245 - região resolve-aquisição equiptos para hospital	0,00	69.613,32	2.861,47	0,00	72.474,79
Convênios					
4310 - atendimento aos cidadãos presos	2.866,55	0,00	66.970,26	69.603,00	233,81
Média e Alta Complexidade					
4111 - CEO - Centros de Especialidades Odontológicas	208.800,00	94.400,00	750,76	0,00	303.950,76
4112 - LRPD - Laboratorios Regionais de Protese Dentária	14.040,00	28.880,00	342,96	0,00	43.262,96
4170 - Salvar-Emerg/Salvar/UPAS	2.193.022,49	2.651.615,55	169.377,86	1.539.424,24	3.474.591,66
4220 - Cuca legal /CAPS	0,00	298.243,54	8.510,52	0,00	306.754,06
4221 - Regionalização	0,00	294.684,24	0,00	0,00	294.684,24
Programa Solidariedade					
4300 - Nota Solidária	79.154,68	575,26	5.812,12	45.146,99	40.395,07
Termo de Compromisso					
4293 - Aquisição de equipamentos	0,00	2.000.000,00	115.132,24	0,00	2.115.132,24
Vigilância em Saúde					
4180 - Sanitária	292.778,52	920,98	21.077,72	94.068,78	220.708,44
4190 - Epidemiologia	1.698.128,03	106.029,08	26.295,20	665.792,93	1.164.659,38
4200 - Ambiental	61.461,22	0,00	44.567,86	106.029,08	0,00
SUBTOTAL	21.375.481,6	46.278.062,9	1.578.714,16	43.132.602,8	26.099.655,9
FONTE FEDERAL					
Assistência Farmacêutica					
4770 - Farmácia Básica Fixa	3.785.656,48	7.474.804,62	238.747,90	9.292.592,07	2.206.616,93
Atenção Básica					
4510 - PAB Fixo	25.428.110,8	37.163.841,7	2.438.722,76	45.394.572,1	19.636.103,2
4520 - PSF - Saúde Família / Saúde na Escola	4.306.417,90	14.462.703,2	24.737,66	14.820.911,8	3.972.946,98
4521 - PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da	75.400,00	1.503.200,00	0,00	0,00	1.578.600,00
4530 - PACS - Agentes comunitários	4.347.207,64	4.425.734,00	0,00	8.302.291,85	470.649,79
4540 - Saúde Bucal	844.704,32	1.003.485,00	0,00	566.456,41	1.281.732,91
4550 - Fator Incentivo Povos Indígenas (PSF - Indígena)	51.393,30	1.050,00	0,00	52.443,30	0,00
Emenda Parlamentar União, ou CONVÊNIO COM FUNASA					

**EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA
RELATÓRIO ANUAL**

Emitido em: 11/03/13 12:02

PERÍODO DE EXECUÇÃO: 2012

SITUAÇÃO DO PERÍODO: FECHADO

UNIDADE EXECUTORA: Prefeitura Municipal de Porto Alegre

CRS: Porto Alegre - 1. CRS

	SALDO EM: 31/12/2011	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/12/2012
4931 - Aquisição Equipamentos e Material Permanente	1.134.108,98	575.878,21	100.348,04	859.803,38	950.531,85
4935 - Construção ou ampliação de Unidades Básicas de	551.045,32	40.000,00	25.026,40	28.488,24	587.583,48
Gestão do SUS					
4841 - Incentivo Custeio dos CAPS	74.000,00	347,85	0,00	59.732,91	14.614,94
4850 - Qualificação, Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	4.722.722,61	1.129.865,24	318.673,14	873.418,35	5.297.842,64
4890 - Gestão do Trabalho	18.836,17	0,00	0,00	0,00	18.836,17
4900 - Educação em Saúde	838.304,68	12.250,20	52.080,26	107.835,49	794.799,65
4920 - Estrut. Serviços e Org. Ações Assist. Farmacêutica	47.858,62	0,00	2.392,86	50.251,48	0,00
4930 - Inc a Implant de UBS e ou Org. De Pol. Especifica	68.400,00	0,00	0,00	0,00	68.400,00
INVESTIMENTOS - DESPESAS DE CAPITAL					
4901 - Qualificação Gestão do SUS e QualiFar/SUS	109.678,16	72.857,00	6.058,68	0,00	188.593,84
Média e Alta Complexidade					
4590 - Teto Financeiro (toda a produção ambulatorial e de	46.638.633,1	423.558.094,	5.217.847,32	452.318.877,	23.095.697,4
4600 - CEO (Centro Especialidade Odontológica)	1.590.517,03	347.587,90	6.476,84	644.770,17	1.299.811,60
4620 - SAMU	4.833.842,29	3.411.106,97	258,23	3.340.926,64	4.904.280,85
4630 - Centro Ref. Saúde Trabalhador	1.239.916,90	360.368,19	50.189,88	190.874,18	1.459.600,79
4660 - FIDEPS - Hospitais Universitários de Ensino e pesquisa,	65.423,32	0,00	64.481,67	7.605,46	122.299,53
4690 - Fundo Ações Estratégicas e Compensação	4.961.498,65	67.737.671,3	0,00	63.242.885,3	9.456.284,65
Programa Federal					
4621 - UPAS - Construção e, ou Reformas	268.410,03	0,00	17.024,65	0,00	285.434,68
4929 - Academias da Saude - Construção e Custeio	0,00	120.000,00	2.537,02	0,00	122.537,02
4940 - Estruturação dos centros de economia de saúde e	2.184.785,39	1.144.483,57	116.431,86	2.140.082,92	1.305.617,90
4953 - Vigilância, Prevenção e Controle das Hepatites Virais.	0,00	322.145,12	0,00	0,00	322.145,12
4962 - Estruturação de unidades de atenção especializada em	925.111,89	2.071,08	34.404,64	634.494,08	327.093,53
Vigilância em Saúde					
4710 - Teto Financeiro da Vigilância em Saúde (Epidemiológica	4.191.777,09	4.996.198,56	549.421,43	5.083.971,04	4.653.426,04
4720 - Fortalecimento Gestão da VISA (VIGISUS II)	122.145,97	0,00	8.482,86	0,00	130.628,83
4730 - Campanha de Vacinação	423.756,90	55.713,68	3.574,19	88.940,24	394.104,53
4740 - Incentivo Programa DST/AIDS	1.277.433,02	1.887.047,25	152.834,48	1.266.536,58	2.050.778,17
4750 - Termo Ajustes e Metas - TAM (MAC - VISA)	4.038.910,43	1.068.308,48	39.552,40	1.135.559,39	4.011.211,92
4760 - Piso Atenção Básica em VISA - PAB VISA	84.009,97	0,00	3.055,90	11.850,00	75.215,87
SUBTOTAL	119.250.017,	572.876.813,	9.473.361,07	610.516.170,	91.084.020,8
TOTAL	140.625.498,75	1.143.304.250,	11.068.978,49	1.177.815.050,	117.183.676,78

ANEXO II

PRINCIPAIS NOTÍCIAS E CAMPANHAS VEICULADAS NO ANO DE 2012

JANEIRO

Combate ao AVC em Porto Alegre tem reconhecimento mundial

A programação desenvolvida pela Secretaria Municipal de Porto Alegre (SMS) dentro das atividades propostas pela World Stroke Organization (WSO) para o Dia Mundial do AVC, em 29 de outubro, e para a Semana Nacional do AVC, que se encerrou na mesma data, contribuiu para que o Brasil ganhasse o primeiro lugar (Medalha de Ouro) na premiação concedida pela organização aos países participantes. O certificado de reconhecimento da WSO (Organização Mundial do AVC) a Porto Alegre foi entregue na cerimônia de abertura do Congresso Mundial de AVC, em Brasília, dia 10 de outubro de 2012.

Instituto de Saúde da Família inicia contratação de agentes

O então secretário Municipal de Saúde em exercício, Marcelo Bosio, participou na tarde da segunda-feira, 16, do ato de assinatura dos primeiros contratos de trabalho pelo Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (Imesf) dos 264 agentes comunitários de saúde protegidos pela emenda 51 (profissionais que estão dispensados de se submeter a processo seletivo público, conforme determina a constituição federal).

Auditoria no SUS é tema de debate em Porto Alegre

Antecedendo as discussões do Fórum Social Temático - Crise Capitalista, Justiça Social e Ambiental, o então secretário Municipal de Saúde, em exercício, Marcelo Bosio, participou na manhã no dia 23, da abertura do seminário que tratou da efetivação do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (SUS). No evento, realizado no auditório do Ministério Público Estadual, Bosio defendeu a importância de se ter uma informação qualificada, de fácil acesso aos usuários e que sirva como uma ferramenta de gestão eficaz e transparente no Sistema Único de Saúde (SUS).

FEVEREIRO

Secretário de Saúde é destaque entre os melhores do país

O secretário municipal de Saúde, Carlos Henrique Casartelli, constou de uma lista dos 100 melhores secretários municipais de Saúde do Brasil. O reconhecimento foi apontado pela MS Brasil Congresso, Feiras e Eventos, que há cinco anos promove a entrega do Prêmio Qualidade e Excelência na Saúde Pública. Neste ano, a premiação foi realizada na noite do dia 17 de março, no encerramento do 5º Encontro Nacional de Secretários da Saúde, em Florianópolis.

Capital ganha serviço de atendimento integral a hepatites

A nova estrutura da Capital para assistência aos portadores de hepatites crônicas deverá servir de modelo a outras capitais do Brasil. A afirmação foi feita pelo secretário municipal de Saúde, Carlos Henrique Casartelli, durante o Seminário de Integração SAE – Hepatites Virais, realizado no Hotel Coral Tower. No encontro, o projeto do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em Hepatites Virais foi apresentado aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Este é o primeiro serviço do país a oferecer assistência a todas as necessidades dos portadores de hepatite crônica em um mesmo local, com estrutura mantida por governo municipal.

Governos se unem para enfrentar o crack e outras drogas

Representantes dos governos federal, estadual e municipal reuniram-se em Porto Alegre, desde segunda-feira, 13, para a pactuação de ações a serem desenvolvidas em conjunto em um plano denominado "Crack, é Possível Vencer". O encontro, realizado no Hotel Novotel (avenida Soledade, 575) encerrou-se dia 14 de fevereiro, com a participação do prefeito José Fortunati no ato de validação política do cronograma de atividades e das metas a serem propostas.

Hospital Independência recebe ampla reforma estrutural

Para garantir segurança, qualidade no atendimento e plenas condições de trabalho, o Hospital Independência teve a infraestrutura totalmente recuperada. Na manhã de quarta-feira, 15, o prefeito José Fortunati e representantes das entidades parceiras no projeto visitaram as instalações e

conversaram com a equipe responsável pela obra sobre as intervenções necessárias para a reabertura do hospital, prevista para o segundo semestre.

Divulgado resultado de análise de risco de dengue na Capital

O primeiro Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti* (Liraa) de 2012, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) entre 23 e 27 de janeiro, registrou índice de infestação predial de criadouros do mosquito transmissor da dengue de 1,8% em Porto Alegre. O resultado foi considerado de médio risco pelo Ministério da Saúde. Dos 14.681 imóveis inspecionados, 265 apresentaram criadouros. O maior índice de infestação encontrado foi de 6,5%, na área que engloba os bairros Três Figueiras, Jardim do Salso, Chácara das Pedras e Bom Jesus.

Saúde leva serviços permanentes aos desfiles de Carnaval

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) esteve presente no Carnaval 2012, com serviços de assistência médica e controle da qualidade de alimentos comercializados. Também foram distribuídos 50 mil preservativos como medida de prevenção à Aids. Uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), montada junto à pista de desfiles do Complexo Cultural Porto Seco, contou com equipe de dois médicos, dois enfermeiros e quatro técnicos em enfermagem, além de assistente administrativo e pessoal de apoio. A estrutura funcionou na já na Muamba Oficial, dias 10 e 11 de fevereiro.

Oferta de material para controle de diabetes é ampliada

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ampliou a oferta de material aos portadores de diabetes que utilizam a rede de saúde pública. Agora, para fazer em casa o monitoramento dos níveis de açúcar no sangue (glicemia), além dos pacientes com diabetes tipo 1 e mulheres com diabetes na gravidez, as pessoas que têm o diabetes tipo 2 também podem receber o serviço, desde que necessitem de insulina (hormônio que regula a glicemia) de ação rápida e de ação lenta. Os pacientes que precisam de apenas um dos tipos de insulina, mas são transplantados ou têm mais de 65 anos, também podem solicitar o material.

MARÇO

Saúde investe em expansão do atendimento odontológico

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vai criar neste ano mais 20 cargos de dentista para que os profissionais atuem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Eles serão selecionados por concurso público já autorizado. No ano passado, haviam sido criados nove cargos para ampliar o número de profissionais de odontologia nos serviços municipais de atenção primária. Atualmente, trabalham 160 dentistas nas UBS e 35 nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Até 2013, a previsão é também aumentar em 50% a quantidade de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com atendimento em saúde bucal. Isso significa expandir dos atuais 35 para 70 o número de equipes com esse atendimento. Em 2010, eram apenas 12. Ou seja: o número praticamente triplicou em pouco mais de um ano.

Começa o mês de mobilização contra obesidade

O Mês de Mobilização da Saúde na Escola, aberto dia 15 de março, terá atividades de prevenção à obesidade entre crianças e adolescentes até 7 de abril. A programação vai envolver também os familiares dos alunos da rede pública de ensino e chamar atenção sobre a importância das boas condições de saúde para o desenvolvimento desde a infância. Realizado por iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, o Mês de Mobilização conta com adesão das secretarias municipais de Saúde (SMS) e de Educação (Smed). A abertura ocorreu às 15h, na Colônia de Pescadores da Ilha da Pintada, onde crianças da comunidade assistiram a uma palestra e a demonstrações práticas sobre hábitos saudáveis de alimentação.

Nova unidade atenderá jovens com dependência química

A cidade conta a partir de 6 de março com mais nove leitos para tratamento de dependência química de jovens de 12 a 14 anos, inteiramente pelo Sistema Único de Saúde. A unidade Viva Jovem do Hospital Porto Alegre (rua Antônio Francisco Rocha, 100, bairro Azenha) foi inaugurada como resultado de nova parceria da prefeitura com a Associação dos Funcionários Municipais (AFM), entidade mantenedora do hospital.

Comunidade recebe nova sede da USF São Vicente Mártir

Para atender cerca de 3 mil pessoas, foi construído o novo prédio da Unidade de Estratégia de Saúde da Família (USF) São Vicente Mártir. Durante a entrega da sede, foi feito o lançamento da Campanha Porto Alegre na Luta contra o Câncer de Mama – Você Merece este Cuidado, que segue até 31 de março. O novo prédio foi construído com investimento de R\$ 336 mil, para substituir a antiga sede, que era de madeira. As instalações da unidade foram ampliadas de 50 metros quadrados para 160 metros quadrados. Todo o mobiliário e os equipamentos são novos, somando investimento de R\$ 61,7 mil.

Rede Amamenta fortalece incentivo ao aleitamento materno

As equipes de tutores municipais do projeto Rede Amamenta participaram, dia 15, do primeiro seminário de 2012 para integração e estabelecimento de metas. A Política Nacional de Incentivo à Amamentação, desenvolvida pelo Ministério da Saúde e à qual Porto Alegre está vinculada, estimula o aumento dos índices de aleitamento materno. Os tutores da Rede Amamenta vão até as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pactuam ações de incentivo ao aleitamento nas comunidades. Em oficinas realizadas a cada três meses e com seis horas de duração, os profissionais das UBS também recebem capacitação para as atividades.

HPS vai investir R\$ 2 milhões em modernização da radiologia

O Hospital de Pronto Socorro (HPS) conta com R\$ 2 milhões em caixa para compra de quatro equipamentos que vão modernizar o serviço de radiologia. Os recursos, depositados na conta da prefeitura na terça-feira, 13, estavam incluídos na Proposta Orçamentária do Estado para 2011, por meio de uma emenda parlamentar do deputado estadual Carlos Gomes (PRB). Começa agora o processo de licitação para aquisição dos aparelhos. Com os novos instrumentos, não serão mais utilizados filmes nem produtos químicos para revelação das imagens, que passarão a ser digitais e estarão disponíveis na rede de informação do hospital em apenas cinco minutos. Farão parte dos equipamentos um sistema digital DRX e dois conjuntos de digitalizadores multicassete.

Casartelli participa de encontro nacional de secretários de saúde

O secretário municipal de Saúde, Carlos Henrique Casartelli, participa do 5º Encontro Nacional de Secretários de Saúde 2012, em Florianópolis, até domingo, 18. Casartelli será homenageado por ser considerado um dos 100 melhores secretários municipais de Saúde do Brasil. O reconhecimento é apontado pela MS Brasil Congresso, Feiras e Eventos, que há cinco anos faz a entrega do Prêmio Qualidade e Excelência na Saúde Pública.

A MS Brasil considera como fonte instituições oficiais como Ministério da Saúde, Tribunal de Contas do Estado e o Índice de Desenvolvimento Municipal da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (Firjan), levando em conta as iniciativas desenvolvidas para proteção da saúde coletiva, projetos e obras em andamento, recursos humanos e operacionais oferecidos pelos serviços prestados aos usuários do SUS, índices de mortalidade infantil e percentual do orçamento público investido em Saúde. No caso de Porto Alegre (única capital destacada neste ano), são aplicados 19,56% da receita, ou seja, 4,56 pontos percentuais além dos 15% que a Constituição Federal determina para as prefeituras.

Fila de consultas para atendimento a hepatites é zerada

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) zerou, em três semanas, uma fila de espera de quatro anos de pacientes que aguardavam por consulta para diagnóstico de hepatites pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para atender a todas as solicitações que esperavam pelo agendamento, foram encaminhados 258 pessoas por semana para o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em Hepatites Virais, que entrou em funcionamento no andar térreo do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) na segunda quinzena de fevereiro.

A marcação de consultas para este novo serviço é feita depois que o paciente passa primeiro pelo atendimento por um clínico geral em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Ligado à Área Técnica de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/Aids) da SMS, este é o primeiro ambulatório do Brasil mantido por governo municipal para prestação de assistência a todas as necessidades de portadores de hepatites crônicas em um mesmo local.

ABRIL

Prefeitura entrega reforma do Centro de Saúde Murialdo

Foi entregue segunda-feira, 2, a reforma do andar térreo do prédio do Centro de Saúde Murialdo, na avenida Bento Gonçalves, 3.722, bairro Partenon, para implantação de Centro de Especialidades, Farmácia Distrital e sede da Gerência Distrital de Saúde da Região Partenon- Lomba do Pinheiro. O andar térreo do prédio foi municipalizado em janeiro de 2009, juntamente com as demais unidades básicas de saúde do Murialdo. Estiveram presentes na solenidade o prefeito José Fortunati e o secretário municipal de Saúde, Carlos Henrique Casartelli.

Famílias do Rubem Berta recebem nova unidade de Saúde

As famílias transferidas da Vila Dique para o loteamento Porto Novo, no bairro Rubem Berta, serão beneficiadas com a nova Unidade de Saúde Santíssima Trindade. O secretário municipal de Saúde, Carlos Henrique Casartelli, e o superintendente do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Carlos Eduardo Nery Paes, entregaram quarta-feira, 4, a nova Unidade de Saúde. O serviço irá beneficiar cerca de quatro mil pessoas.

Inaugurado novo prédio da Saúde da Família Wenceslau Fontoura

Com estrutura e profissionais de saúde bucal e saúde da família, foi inaugurada na manhã de terça-feira, 10, a nova sede da Unidade de Saúde da Família Wenceslau Fontoura. Localizada na Rua José Luiz Martins Costa, 200, Bairro Mario Quintana, a nova unidade de mais de 200 metros quadrados tem espaço para grupos de apoio, salas de vacina, curativo e atendimento. Além da qualificação do atendimento, a nova sede recebeu gabinete odontológico e novos equipamentos e mobiliário, que servirão para atender a cerca de 680 famílias cadastradas.

Entregue nova unidade psiquiátrica do Hospital Presidente Vargas

Foi entregue dia 13 a nova Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV). Com 24 leitos, sendo cinco para gestantes usuárias de crack, a unidade passou por melhorias na climatização e nas redes hidráulica e elétrica, com base nas normas técnicas da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (Anvisa).

Experiência com teste rápido do HIV é apresentada no México

Técnicos da Unidade de Saúde da Família Ernesto de Araújo (USF) apresentaram dia 13 o pôster “A Descentralização do diagnóstico do HIV através do teste rápido do anti-HIV: uma estratégia para promover o debate sobre HIV/AIDS em uma comunidade de Porto Alegre, Brasil”, na 5ª Conferência Latino-americana e 4ª Conferência Interamericana de Promoção à Saúde e Educação em Saúde, na Cidade do México. O trabalho aborda alguns dos principais resultados da descentralização do diagnóstico do HIV na saúde básica, sendo a capital gaúcha pioneira no Estado na utilização do teste neste nível de atenção.

Inaugurado novo serviço para usuários de álcool e drogas

Para qualificar o tratamento aos usuários de crack, álcool e outras drogas, a prefeitura inaugurou terça-feira, 17, o segundo Consultório na Rua com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família Sem Domicílio. Uma Kombi foi adquirida para transporte dos profissionais.

Parceria amplia atendimento cardiológico em Porto Alegre

Três novas instalações para atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) foram inauguradas na tarde de quinta-feira, 19. Os novos espaços, sala de ergometria e ecordiograma, ambulatório e Centro de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica, viabilizados por meio de convênio assinado com a prefeitura, ficam no Instituto de Cardiologia.

Assembleias do OP terão cadastramento do Cartão SUS

Entre os dias 19 de abril e 22 de maio, as 17 assembleias regionais do Orçamento Participativo (OP) 2012/2013 terão um espaço onde os participantes poderão encaminhar a confecção do Cartão Nacional de Saúde. O serviço será prestado também no dia 24, durante a assembleia temática do OP sobre Saúde e Assistência Social, no Teatro Dante Barone, da Assembléia Legislativa.

Melhorias qualificam atendimento em cardiologia pelo SUS

Novos espaços serão entregues dia 19 para ampliar e qualificar o atendimento prestado a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), no Instituto de Cardiologia. Serão inaugurados a sala de ergometria, o ambulatório para atendimento exclusivo ao SUS e o Centro de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica, único do país a oferecer assistência pela rede de saúde pública.

Prefeitura entrega obras de reforma na UBS Rubem Berta

Serão entregues sexta-feira, 20 as obras de reforma da Unidade Básica de Saúde Rubem Berta, localizada na rua Wolfram Metzler, 675. O prédio foi totalmente recuperado, com reforma geral que incluiu revisão do telhado, eliminação de infiltrações, criação de novo espaço para armazenamento e dispensário de medicamentos (farmácia), criação de novo consultório médico, melhorias na recepção e construção de rampa na entrada da unidade, facilitando acessibilidade de cadeirantes e de pessoas com necessidades especiais.

Índice de infestação predial eleva risco de dengue

O Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti* (LIRAA) de março de 2012 mostrou índice elevado de criadouros de larvas do mosquito transmissor da dengue e de mosquitos adultos em Porto Alegre. A taxa de infestação é de 4,7%, considerada de alto risco pelo Ministério da Saúde. Foi a mais alta registrada na Capital desde 2007.

A amostragem levantada pela Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (CGVS-SMS) atingiu 14.287 imóveis em 76 bairros, dos quais 31 (o equivalente a 41%) estão com índice de infestação superior a 3,9% - classificado como de alto risco. Em 41 bairros (54%), a incidência encontrada foi de risco médio. Apenas quatro bairros estão em condição satisfatória, com índice de infestação predial inferior a 1%.

Hospital Independência tem mais da metade das obras concluídas

Mais de 50% da restauração do Hospital Independência está concluída. O andamento das obras, iniciadas em janeiro deste ano e com previsão de entrega para setembro, foi vistoriado pelo secretário Marcelo Bosio quarta-feira, 25, em visita acompanhada por representantes da Sociedade Sulina Divina Providência (que vai gerenciar o hospital), da Câmara de Vereadores, de entidades de classes e jornalistas.

MAIO

Inaugurada reforma da emergência do Hospital Vila Nova

Com 400 metros quadrados, a Emergência recebeu novos equipamentos, para oferecer mais qualidade no atendimento e conforto aos usuários. Os pacientes passaram a ser acolhidos de acordo com o protocolo de Manchester, que classifica os casos conforme a gravidade e prioriza assistência aos de maior risco.

Imunizadas mais de 15 mil pessoas contra gripe na Capital

Entre os dias 5, quando se iniciou a Campanha Nacional de Vacinação contra a Gripe, até 8 de maio, foram imunizadas 15.150 pessoas em Porto Alegre. O número foi equivalente a menos de 10% da meta pretendida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), de vacinar pelo menos 272.502 pessoas. Por isso, foi reforçado junto aos meios de comunicação o apelo para que a população buscasse os postos de saúde para se proteger. Nos primeiros quatro dias, foram vacinados 11.634 idosos de 60 anos ou mais, 1.762 crianças de seis meses a menos de 2 anos, 1.210 profissionais de saúde e 529 gestantes. Entre as crianças, 1.027 foram vacinadas contra a gripe pela primeira vez.

Entregue reforma da Unidade de Saúde Básica Tronco

O atendimento às mais de 7,2 mil famílias cadastradas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Tronco foi qualificado com a reforma, iniciada em novembro do ano passado e entregue em 8 de maio de 2012. O prédio recebeu caixa d'água e cobertura na entrada da unidade para abrigar os usuários que aguardam atendimento, além de novos equipamentos e mobiliário. A obra era uma demanda resgatada do Orçamento Participativo 2006/2007.

Prefeitura inaugura Base do Samu no Morro Santana

Para ampliar a cobertura de urgência e emergência na Capital, foi entregue dia 15 mais uma Base do Samu, localizada na rua Doutor Heitor Pires, bairro Morro Santana. Com a nova unidade, a cidade passou a contar com 12 equipes de suporte básico descentralizadas. A unidade Morro Santana serve de apoio principalmente à Região Leste, somando-se à cobertura que já vinha sendo feita pelas Bases do Samu Bom Jesus e Centro Vida (Região Norte-Eixo Baltazar).

Ampliada a oferta de serviços de Saúde no bairro Camaquã

Uma ampla reforma e um novo gabinete odontológico foram entregues dia 17 à comunidade do bairro Camaquã que utiliza a Unidade de Saúde da Família (USF) São Gabriel. Participaram da cerimônia líderes do Orçamento Participativo e moradores da região. A reforma incluiu pinturas interna e

externa, eliminação de infiltrações, revisão elétrica geral e substituição de piso e telhado. Além da restauração, foram adquiridos novos equipamentos e mobiliário. A unidade foi redimensionada para receber gabinete odontológico e uma equipe de saúde bucal.

Prefeitura entrega reforma de Unidade de Saúde na Restinga

Foram entregues dia 18 as obras de reforma e ampliação do prédio da Unidade de Saúde da Família Quinta Unidade, na Vila Restinga, que recebeu também novos equipamentos e mobiliário. A obra atendeu a demandas do Orçamento Participativo definidas nos anos de 2007 e 2009 e resgatadas no Plano de Investimento 2011. Estão beneficiadas 8 mil pessoas da região da Quinta Unidade e do Portal dos Pinheiros da Restinga.

Prefeitura lança campanha de combate ao uso de drogas

Chamar a atenção dos jovens para o valor da vida foi o mote da campanha “Eu não dependo de droga nenhuma”, lançada na manhã de 23 de maio, no Paço Municipal. Foi uma iniciativa desenvolvida em parceria entre as secretarias municipais da Juventude (SMJ) e Saúde (SMS), para atuar na prevenção da dependência química, destacando atitudes positivas longe das drogas. Foram promovidos ciclo de palestras, blitzes em bares e casas noturnas e ações em todas as escolas da Capital.

Assembleias do OP fazem 637 cadastros do cartão SUS

Durante as assembleias do Orçamento Participativo deste ano, entre 19 de abril e 22 de maio, na Assembleia Legislativa, e o Dia da Solidariedade, promovido na Restinga, em 19 de maio, 637 pessoas aproveitaram o serviço de cadastramento do cartão SUS oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde. Foi entregue aos usuários o novo modelo de cartão biométrico, com identificação por imagem.

Cruzeiro do Sul recebe Unidade Básica de Saúde reformada

Cerca de 15 mil pessoas foram beneficiadas com a reforma da Unidade Básica de Saúde Cristal. As obras para qualificar o atendimento na região foram entregues dia 24 de maio pelo prefeito José Fortunati.

Ação marca Dia Mundial sem Tabaco e contra o câncer bucal

A Secretaria Municipal da Saúde promoveu ações de prevenção e educação, no dia 31 de maio, para assinalar o Dia Estadual de Luta Contra o Câncer Bucal e o Dia Mundial sem Tabaco. Foi distribuído material informativo e educativo na Esquina Democrática, onde também foi montado um espaço para exames clínicos de prevenção ao câncer bucal. Com o tema “Você é daqueles que ainda acham que fumar é uma coisa legal?”, os folhinhos entregues à população chamaram atenção para as 4,7mil substâncias nocivas presentes no cigarro. Por meio de questionário, os interessados puderam ainda avaliar o grau de dependência de nicotina e o risco individual de contrair o câncer bucal – doença que está associada não apenas ao fumo, mas também ao consumo elevado de álcool e à exposição solar.

JUNHO

Prefeitura garante 354 leitos a mais para o SUS

O Plano de Ação para a Rede de Atenção às Urgências de Porto Alegre e da Região Metropolitana - desenvolvido em parceria entre os governos municipal, estadual e federal e anunciado pela Secretaria Municipal de Saúde em 25 de junho - garantiu mais 354 leitos para o SUS na rede hospitalar da Capital. Os novos leitos são para apoio às emergências e fazem parte de um total de 1.077 a serem implantados pelo município até o final de 2013. Neste ano, serão investidos R\$ 18,6 milhões, a partir de recursos federais.

12 Hospital Beneficência Portuguesa ganha 36 novos leitos

Em 28 de junho, a Prefeitura de Porto Alegre formalizou a entrega de 36 leitos clínicos ao Hospital Beneficência Portuguesa, para ampliar e qualificar o apoio ao apoio aos atendimentos de emergências hospitalares pelo SUS.

Hospital Parque Belém recebe novos leitos

Um total de 35 novos leitos clínicos e outras 10 unidades de UTI foram entregues ao Hospital Parque Belém. Além dessas novas vagas destinadas ao SUS, no Centro de Dependência Química foram qualificados 28 leitos para tratamento de adolescentes, sendo que o número de vagas no setor, que

era de 50, passou para 60. Ainda neste semestre a UTI terá mais 10 leitos novos, 20 leitos qualificados e 14 leitos de longa permanência recuperados. Também foi anunciado que até o final deste ano o hospital contará com um setor de pronto atendimento com capacidade para 20 leitos de observação.

Vacinação contra a poliomielite

No Dia Nacional de Vacinação contra a Poliomielite, 16 de junho, foi lançada a campanha de imunização para crianças de zero a 4 anos, na Unidade Básica de Saúde São Cristóvão, onde também foi entregue a obra de reforma do prédio. A campanha, que se encerraria em 6 de julho, foi prorrogada até o início da última semana do mês, em razão do baixo índice de procura pela vacina. A meta em Porto Alegre era imunizar no mínimo 95% da população infantil na faixa etária recomendada, ou seja, 83.907 crianças. Até 5 de julho, haviam sido vacinadas 84,76%.

Oficinas capacitam população para primeiros socorros

Por meio da Coordenação Municipal de Urgências e do Samu, a Secretaria Municipal de Saúde realizou no sábado de 2 de junho, na Base do Samu Morro Santana, a primeira de uma série de oficinas itinerantes de primeiros socorros dirigida às comunidades de diferentes regiões da cidade. A ideia é oferecer informações sobre o atendimento do Samu, a missão do serviço e a forma de acioná-lo. Outro objetivo é explicar às pessoas o que fazer enquanto aguardam a chegada da equipe de socorro.

Nova unidade de saúde beneficia 7 mil pessoas na Restinga

Mais de 7 mil pessoas passaram a ser atendidas na nova Unidade de Saúde da Família Núcleo Esperança, no bairro Restinga, inaugurada dia 4 de junho. Mantida em parceria com o Hospital Moinhos de Vento, a unidade funciona com duas equipes de Saúde da Família, composta por dois médicos, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem e oito agentes de saúde da família, um auxiliar administrativo e um higienista. A equipe de Saúde Bucal é formada por um dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico em saúde bucal.

Prefeitura convoca mais 276 servidores na área da Saúde

A fim de qualificar o atendimento ao cidadão e avançar no processo de informatização das unidades de saúde, a prefeitura contratou 276 novos servidores. As nomeações foram anunciadas pelo prefeito José Fortunati dia 5 de junho, quando também foi assinado o edital de convocação dos profissionais estatutários selecionados em concursos públicos realizados pelo município.

Convênio permitirá implante cerebral pelo SUS

De forma inédita no Estado, os pacientes do SUS portadores de doença de Parkinson terão acesso ao implante de estimulador cerebral profundo. Conforme foi anunciado, serão repassados aproximadamente R\$ 835 mil ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre por meio de convênio firmado em 5 de junho.

Teste do pezinho pelo SUS avança em diagnósticos e tratamentos

O Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) comemorou o Dia Nacional da Triagem Neonatal neste ano, em 6 de junho, com importante avanço na realização do teste do pezinho em recém-nascidos. O hospital é o único no Rio Grande do Sul que faz o exame pelo SUS, desde 2001. A partir de 1º de junho, incluiu a investigação de fibrose cística nos testes. Também conhecida como mucoviscidose, a doença afeta principalmente os sistemas respiratório e gastrointestinal de bebês. Com esse acréscimo, o Serviço de Referência de Triagem Neonatal (SRTN) do HMIPV ingressou na Fase 3 do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Em breve, serão acrescentados outros testes ao programa de triagem neonatal, que estão com implantação em fase de estudo.

Lançada em Porto Alegre campanha de teste rápido de Aids

A Secretaria Municipal de Saúde lançou na véspera do Dia dos Namorados a campanha “Em qualquer relação..., camisinha”. Consultório móvel, show musical, malabares e distribuição de material informativo e camisinhas movimentaram o Largo Glênio Peres e a Usina do Gasômetro, onde foram também realizados testes rápidos para diagnóstico de HIV e sífilis.

Ações marcam o Dia Mundial de Combate ao Trabalho Infantil

A Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST/POA), distribuiu fôlderes e cartazes nos serviços da rede de saúde de Porto

Alegre, dentro das ações alusivas ao Dia Mundial e Nacional de Combate ao Trabalho Infantil – que transcorre em 12 de junho. Servidores usaram durante todo o dia camisetas com referência ao tema, produzidas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Unidades de saúde são certificadas pela Rede Amamenta

Seis unidades de saúde municipais receberam a Certificação das Equipes de Saúde da Rede Amamenta Brasil (do Ministério da Saúde) por terem alcançado níveis satisfatórios de aleitamento materno entre as mães atendidas. A solenidade de entrega ocorreu no auditório do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, com a presença de 53 servidores das seis unidades certificadas.

Nova unidade de saúde Rubem Berta abre vacinação contra pólio

Na mesma solenidade em que foi lançada a Campanha de Vacinação contra a Poliomielite, dia 16 de junho, foram entregues as obras de reforma da Unidade Básica de Saúde São Cristóvão, no bairro Rubem Berta. O prédio foi totalmente restaurado e teve a área física aumentada de 248 metros quadrados para 358 metros quadrados. A obra possibilitou a construção de novos consultórios, mais espaço para a sala de odontologia (que ganhou duas novas cadeiras de atendimento) e instalação de salas para grupos, de reuniões, de esterilização, de limpeza de materiais e de nebulização, entre outras benfeitorias.

Saúde municipal apoia ativismo feminino contra Aids

Um grupo de 19 mulheres vivendo com HIV/Aids no Rio Grande do Sul, em Santa Catarina e no Paraná participou em Porto Alegre, entre os dias 18 e 22 de junho, da 6ª Oficina do Projeto Saber para Reagir em Língua Portuguesa. O encontro, apoiado pela Secretaria Municipal de Saúde e realizado no Hotel Deville Aeroporto, teve como proposta fortalecer o ativismo e o controle social das políticas públicas para combater desigualdades entre mulheres e homens e ampliar o acesso de mulheres vivendo com HIV/Aids a serviços de prevenção, tratamento e apoio em países onde a língua oficial é o português.

Comunidade da Agronomia recebe Unidade de Saúde reformada

A Unidade de Saúde da Família (USF) Herdeiros comemorou dez anos, dia 23, com festa de confraternização e entrega de reforma, ampliação e adaptação da área física para instalação de um gabinete odontológico. O prédio, onde é atendida uma população de aproximadamente 3,5 mil pessoas, teve a área ampliada de 184 metros quadrados para 229 metros quadrados e ganhou um anexo para abrigar a nova sala de grupos, construído com recursos buscados junto ao Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci).

Unidade Básica de Saúde Belém Novo ganha novas instalações

Os moradores do Extremo Sul da Capital receberam a Unidade Básica de Saúde Belém Novo totalmente reformada. Além da recuperação estrutural do prédio, a área foi ampliada em quase 100 metros quadrados, com investimento total de R\$ 353 mil do município. A obra foi entregue em solenidade com a presença de lideranças comunitárias e profissionais da saúde.

Caminhada pela Vida reúne mais de 900 pessoas contra drogas

A 19ª Caminhada pela Vida reuniu na manhã de domingo, 24 de junho, no Parque da Redenção, mais de 900 pessoas em adesão à causa da Semana Gaúcha de Prevenção ao Uso Abusivo de Drogas Lícitas e Ilícitas. Entre os caminhantes, estiveram ex-usuários de substâncias psicoativas que hoje trabalham em projetos desenvolvidos por instituições e organizações não-governamentais para auxiliar dependentes químicos a se livrarem de entorpecentes.

Realizada mais uma etapa do teste rápido de aids

Dando continuidade a uma série de ações de combate à aids e à sífilis, a Secretaria Municipal de Saúde promoveu no Parque da Redenção, próximo ao Monumento do Expedicionário, mais uma etapa da campanha do teste rápido para diagnóstico dessas doenças. O tempo para acolhimento coletivo e testagem foi de aproximadamente 30 minutos.

JULHO

Hospital Vila Nova inaugura 50 novos leitos

Para melhorar o atendimento da saúde na Zona Sul, a Associação Hospitalar Vila Nova passou por ampliação e qualificação de leitos e serviços. Foram entregues pela prefeitura 50 novos leitos de longa permanência para pacientes do SUS, que fazem parte do lote de 354 novos leitos que serão

instaladas na rede hospitalar da Capital ainda em 2012. Também foram inaugurados no hospital dois novos serviços: consultas especializadas e cirurgias em oftalmologia para usuários do SUS, e assistência domiciliar a pacientes depois de passarem por internação.

Campanha do teste rápido de aids é realizada na Redenção

A população que circulou pelo Parque Farroupilha no dia 1º, domingo, aproveitou a ação montada pela Secretaria Municipal de Saúde para se prevenir contra aids e sífilis. A campanha contou com uma estrutura onde foram montados quatro consultórios para aplicação dos testes e sala de aconselhamento coletivo e apoio individual. O resultado do exame fica pronto em 15 minutos.

Atendimento em saúde na Restinga tem unidade reformada

Depois de ampla reforma na área física e nas estruturas elétrica e hidráulica, a Unidade Básica de Saúde da Restinga passou a prestar atendimento em ambiente informatizado, climatizado e com novo mobiliário. A obra foi entregue oficialmente aos moradores em ato com a presença do prefeito José Fortunati.

Fórum nacional busca avanço à saúde da população negra

A política pública de saúde da população negra desenvolvida em Porto Alegre fez parte do enfoque do Fórum Enfrentando o Racismo Institucional para Promover a Saúde Integral da População Negra no SUS, realizados dias 3 e 4 de julho, em Brasília. O evento teve a participação de gestores e de representantes de movimentos sociais, para a produção de uma proposta de trabalho integrada. Porto Alegre foi representada pela coordenadora da área técnica de Saúde da População Negra da Secretaria Municipal de Saúde, Elaine Soares.

Entregue reforma na Unidade Básica de Saúde Belém Velho

A Unidade Básica de Saúde Belém Velho foi totalmente restaurada e reentregue à comunidade dia 4 de julho. Com mais de 30 anos de existência, a unidade ganhou rampa de acesso, ventiladores, climatização nos consultórios e novos equipamentos e mobiliário. Foram colocadas cercas, iluminação direta com a troca de janelas e cobertura na área externa.

Santa Casa amplia atendimento em leitos do Sistema Único de Saúde

Dando prosseguimento à entrega de novos leitos à rede hospitalar da Capital, a Secretaria Municipal de Saúde formalizou a abertura de 153 leitos na Santa Casa de Misericórdia no dia 5 de julho. Desse total, 74 ficaram disponíveis imediatamente. Os novos leitos fazem parte do lote de 354 unidades destinadas à rede hospitalar de Porto Alegre dentro do Plano de Ação para a Rede de Atenção às Urgências.

Hospital São Lucas da PUC terá 75 novos leitos

Para o Hospital São Lucas da PUCRS, foram garantidos 40 novos leitos clínicos para apoio aos atendimentos de urgência pelo SUS, mais 15 leitos para UTI e 20 para Emergência. A formalização foi feita em 6 de julho.

Nova unidade de saúde beneficia 7 mil moradores da Zona Norte

A comunidade da Zona Norte passou a contar com mais um serviço administrado pela Secretaria Municipal de Saúde. Com investimento de R\$ 665 mil, a prefeitura entregou à região a Unidade de Saúde da Família Fradique Vizeu, que recebeu novos equipamentos e mobiliários, adquiridos com recursos que somaram mais R\$ 121 mil. São atendidas na unidade mais de 7 mil pessoas. Iniciada em agosto de 2011 e concluída em fevereiro de 2012, a obra era uma demanda do Orçamento Participativo de 2009.

Serviços de saúde ampliam horário e avaliam benefício ao usuário

Foi realizada em julho uma experiência piloto prevendo o funcionamento ampliado de algumas unidades de saúde, localizadas na Gerência Distrital de Saúde Leste Nordeste (GDS). A testagem do novo sistema na unidade foi para avaliar se o funcionamento após o horário comercial facilita o acesso aos usuários trabalhadores. As Unidades de Saúde da Família (USF) Milta Rodrigues, Tijuca, Laranjeiras, Jardim Carvalho e Vila Pinto passaram a atender em horário estendido até 19h. O Ambulatório Básico Bom Jesus e a Unidade Básica de Saúde Vila Jardim passaram a funcionar até 20h.

Teste rápido e vacina na Redenção no Dia contra Hepatites

O Dia Mundial da Luta contra as Hepatites Virais, em 28 de julho, foi assinalado pela Secretaria Municipal de Saúde com uma campanha, das 10h às 17h, no Parque da Redenção (em frente ao Monumento ao Expedicionário). Foram oferecidos testes rápidos para diagnóstico de hepatites B e C, e vacinas para hepatite B. Médicos do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em Hepatites Virais do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) permaneceram no local para esclarecimentos sobre o exame, as doenças, vacinação e tratamento. A vacinação foi realizada também, no mesmo horário, no Hospital Parque Belém, no bairro Belém Velho).

Saúde amplia atendimento e reforça equipes médicas

Com o objetivo de garantir e qualificar o atendimento à população, a Secretaria Municipal de Saúde reforçou as equipes de profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Pronto-Atendimentos e no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV). Foi ampliado o número de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, entre outros, a partir de contratações emergenciais para a Operação Inverno e da posse de novos servidores. Com a conclusão de obras de reforma na Unidade Pediátrica do HMIPV, o total de leitos aumentou de 30 para 68 – dos quais 20 ficaram para observação, dez para UTI e 38 para internação. Os serviços de pronto atendimento também tiveram as equipes ampliadas para o atendimento da maior demanda no período de inverno.

AGOSTO

Agendamento eletrônico substitui fichas em consultas

A partir de 3 de agosto, os usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Bananeiras, na avenida Aparício Borges, passaram a ter as consultas agendadas pelo sistema eletrônico, durante todo o dia – o que eliminou a necessidade de filas e o número limitado de atendimentos diários. Todas as pessoas que procuram a unidade são acolhidas. Se a necessidade for de consulta, é feita a marcação, e os casos que possam ser resolvidos sem que seja preciso passar pelo médico recebem encaminhamento. Nenhum usuário volta para casa sem ser ouvido pela equipe. Esta primeira experiência de marcação eletrônica de consultas na atenção primária em saúde se estenderá, gradativamente, a todas as 55 Unidades Básicas de Família e 88 Unidades de Saúde da Família.

Instituto de Saúde da Família convoca 449 aprovados em concurso

O Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) convocou 449 aprovados no concurso realizado em maio, para o preenchimento inicial das 1.142 vagas abertas. Para a primeira etapa de nomeações, foram chamados 66 médicos, 315 agentes comunitários de saúde, oito assistentes administrativos, seis atendentes de gabinete odontológico, um contador, seis cirurgiões dentistas, 14 enfermeiros, cinco técnicos de saúde bucal, um técnico contábil, 26 técnicos de enfermagem e um técnico de segurança do trabalho. Participaram do concurso 15.235 candidatos. Logo depois, foram chamados mais 28 técnicos em enfermagem, com a previsão de nomeação, em outubro, de 140 agentes de combate a endemias. Até o final deste ano, deverão ser contratados mais 80 agentes comunitários de saúde aprovados na seleção.

Ações marcam o Dia Mundial da Amamentação

A Secretaria Municipal da Saúde, por meio da área técnica de Nutrição, realizou a oficina **Mãe-bebê** no dia 1º de agosto, no Mezanino da Usina do Gasômetro. A atividade marcou o Dia Mundial da Amamentação e teve o objetivo de promover e apoiar a prática do aleitamento materno, que, além de benéfica para a saúde do bebê, fortalece o vínculo da mãe com a criança.

Projeto destaca importância de cuidados com a saúde entre alunos

Alunos e professores de 30 escolas da rede municipal de ensino lotaram a Casa do Gaúcho, no Parque da Harmonia, na primeira semana de agosto, para o lançamento do Projeto Galera Curtição 2012. As atividades, organizadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e pela Secretaria Municipal de Educação (Smed), vão envolver também as escolas estaduais interessadas em participar do projeto, que tem o objetivo de chamar a atenção dos jovens sobre a importância de cuidados com a saúde. Durante todo o segundo semestre letivo de 2012, será realizada uma gincana

entre escolas municipais e estaduais. As tarefas terão atividades de lazer, culturais e educativas, todas elas valendo pontuação. Além de saúde, o projeto vai abordar os temas sexualidade, raça e gênero. Os enfoques tomam como base o programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE).

Vigilância de alimentos realiza 364 vistorias na Capital

A Equipe de Vigilância de Alimentos (EVA) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) realizou, no mês de julho, 364 vistorias no comércio de alimentos da Capital, incluindo supermercados, restaurantes, lancherias e ambulantes regulares. Do total, 113 estabelecimentos foram notificados por apresentarem irregularidades higiênicas-sanitárias que desrespeitam a legislação vigente e colocam em risco à saúde da população, incluindo manipulação, cozimento, temperatura ou acondicionamento inadequados de alimentos, produtos com validade vencida ou de procedência duvidosa. No período, também foram lavrados 44 autos de infração, 22 de apreensão, com um total de mais de duas toneladas de alimentos apreendidas e inutilizadas por apresentarem condições impróprias para o consumo humano. Quatro estabelecimentos foram notificados por surtos de intoxicação alimentar. Por oferecerem maior risco à saúde pública, outros 11 estabelecimentos tiveram suas atividades suspensas até se adequarem às normas vigentes.

Multivacinação para menores de 5 anos

Crianças com menos de 5 anos foram levadas aos postos de saúde, entre 18 e 24 de agosto, para atualizar as carteiras de vacinação e receber as doses necessárias, conforme o calendário básico. O lançamento da Campanha de Multivacinação foi feito na Unidade Básica de Saúde Bananeiras.

Propostas de melhoria da saúde da população negra serão premiadas

Foi aberta em agosto a segunda edição do prêmio **Promoção da Equidade em Saúde da População Negra**. As inscrições começaram a ser recebidas dia 27, quando ocorreu o lançamento do concurso em solenidade no City Hotel, em Porto Alegre, depois de sessão de autógrafos de autores dos textos que compõem o livro "Olhares sobre a Equidade em Saúde: Elementos Acerca da Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em Porto Alegre". As inscrições seguem até 4 de novembro. O resultado final do concurso será divulgado em 8 de novembro. Dia 20 do mesmo mês, ocorrerá a cerimônia de entrega dos prêmios.

Ação alerta para riscos e danos associados ao cigarro

Uma ação para alertar a população sobre os riscos à saúde e os danos sociais, econômicos e ambientais associados ao tabaco foi realizada dia 28, das 9h às 19h, em frente ao Chale da Praça XV. Durante a atividade, que marcou o Dia Nacional de Combate ao Fumo, comemorado em 29 de agosto, a Secretaria Municipal de Saúde distribuiu material educativo com orientações sobre prevenção e tratamento do tabagismo. Também foram exibidos depoimentos de ex-fumantes e documentários sobre o tema.

SETEMBRO

Mais 20 leitos reforçam suporte a emergências na Capital

O Hospital São Lucas da PUCRS recebeu dia 6 mais 12 leitos clínicos pediátricos e oito para adultos, que vão se somar a outros 20 clínicos para adultos já abertos em julho. Todos eles servirão de suporte aos atendimentos de urgência e emergência a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). A entrega oficial foi feita pelo secretário municipal de Saúde, Marcelo Bosio, no Anfiteatro Irmão José Otão.

Hospital Presidente Vargas inaugura nova rede elétrica

Foram entregues segunda-feira, 10, as obras de reforma da rede elétrica do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), que tiveram investimento de mais de R\$ 3,3 milhões. Entre outras melhorias, o sistema ganhou nova entrada de energia e ramal de média tensão (abrangendo os blocos A, B e C), grupo gerador, novas subestações de energia, iluminação de emergência e proteção a descargas atmosféricas, com a instalação de para-raios poliméricos.

Porto Alegre implanta novo sistema de combate à dengue

Um novo sistema de monitoramento do mosquito *Aedes aegypti* começou a ser implantado na manhã de quarta-feira, 12, em Porto Alegre. Foram instaladas pela Coordenadoria-Geral de Vigilância em Saúde as primeiras 20 armadilhas de um total de 680 para a captura de mosquitos adultos. O sistema

será implantado até sexta-feira, 14, em 18 bairros da cidade, e permitirá a identificação das áreas com maior densidade de mosquitos adultos, sendo possível realizar a verificação da presença do vírus da dengue nos insetos.

Hospital Independência reabre atendendo pacientes do SUS

A população de Porto Alegre já conta com mais uma opção de atendimento especializado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) entregou na manhã de sexta-feira, 28, o novo Hospital Independência. Localizado na avenida Antônio de Carvalho, 450, bairro Jardim Carvalho, o hospital foi totalmente remodelado para prestar assistência em traumatologia e ortopedia, além de outras especialidades. Inicialmente, irá realizar consultas especializadas, exames e atendimento laboratorial, e em 30 dias serão feitas as primeiras cirurgias e internações.

Prefeitura entrega UPA Zona Norte

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Zona Norte Moacyr Scliar, localizada na Praça Ernest Ludwig Herman, junto ao Terminal Triângulo da avenida Assis Brasil, foi entregue à população sexta-feira, 28. Planejada para ampliar a oferta de serviços de urgência e emergência, a nova UPA ocupa 1,5 mil metros quadrados de área construída e poderá atender de 300 a 450 casos de baixa e média complexidades por dia, contando com 6 consultórios e 22 leitos: 12 para adultos, 4 pediátricos, 4 para estabilização de pacientes e 2 de isolamento.

OUTUBRO

Ação marca o Dia Mundial da Saúde Mental

Música, poesia, ginástica terapêutica, exposição de trabalhos artísticos e artesanais são algumas das atividades do sarau "Conviva", que está sendo realizado nesta quarta-feira, 10, no Largo Glênio Peres, para marcar o Dia Mundial de Saúde Mental. Neste ano, a data tem como tema "Depressão: a crise global". Durante o evento, que reúne profissionais e usuários dos serviços de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), estão sendo distribuídos pôsteres com informações sobre os principais sintomas da depressão e as formas de tratamento da doença. Com o objetivo de conscientizar e orientar a população sobre questões de saúde mental, usuários trazem seus depoimentos, mostrando como enfrentam, convivem e superam os agravos psíquicos de que são portadores.

Saúde e GHC firmam acordo para atendimento na UPA Zona Norte

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vai colocar médicos à disposição do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) para suprir a necessidade de mais profissionais para uma jornada de 48 horas semanais na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar, na zona Norte. O acordo foi firmado nesta terça-feira, 16, em reunião na SMS com a direção do GHC.

Comunidade da Cohab Cavallhada terá Unidade de Saúde da Família

Cerca de 10 mil pessoas serão beneficiadas com a nova Unidade de Saúde da Família Cohab Cavallhada, que estará concluída em 240 dias. Na manhã de sexta-feira, 19, o prefeito José Fortunati e o secretário municipal de Saúde, Carlos Henrique Casartelli, assinaram ordem de início para construção da Unidade, na rua Paulo Maciel, 220, naquele bairro.

Ação de saúde bucal atrai famílias na Redenção

Famílias que circularam pelo Parque Farroupilha domingo, 21, tiveram a oportunidade de participar de uma ação de saúde bucal. Promovido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o evento integra a segunda Semana Municipal de Saúde Bucal de Porto Alegre e a 11ª Semana de Saúde Estadual de Promoção da Saúde Bucal, que tem como tema "A Saúde Bucal como Direito de Cidadania".

Outubro Rosa reforça combate ao câncer de mama no Glênio Peres

Para chamar a atenção das mulheres sobre a importância da prevenção do câncer de mama, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) promove segunda-feira, 22, das 10h às 16h, atividades em dois quiosques instalados no Largo Glênio Peres. Em um deles, serão distribuídos material informativo e preservativos masculino e feminino. O outro será ocupado pela Área Técnica de Saúde Nutricional da SMS, que vai prestar orientações sobre os dez passos da alimentação saudável em todas as faixas de idade e oferecer serviços de medição de peso e de índice de massa corporal (IMC).

Secretaria da Saúde e Hospital Mãe de Deus são premiados

O trabalho desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e o Sistema de Saúde Mãe de Deus será destacado com o Prêmio Top Cidadania ABRH-RS 2012. A entrega será realizada quarta-feira, 24, às 20h, no Grêmio Náutico União. A homenagem se deve ao trabalho desenvolvido, há mais de três anos, pela Unidade de Internação São Rafael, que atua de forma humanizada no acolhimento e na ressignificação de mulheres em situação de dependência química e vulnerabilidade social, auxiliando na organização de suas rotinas, na reinserção familiar e comunitária, e na desintoxicação.

Saúde lança edital de projetos na área de DST/Aids

A partir de sexta-feira, 26, casas de religião de matriz africana de Porto Alegre poderão se habilitar a participar do Edital de Seleção Pública de Projetos que tenham como objetivo a prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, a atenção às pessoas que vivem com vírus e a promoção de Direitos Humanos. O lançamento do edital foi realizado na noite de sexta-feira, no Mercado Público, pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio da área técnica de DST/Aids/Hepatites Virais.

Campanha contra AVC avalia riscos e orienta público na Redenção

A Campanha Nacional de Combate ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) 2012, desenvolvida de 20 a 29 de outubro com o slogan “Eu me importo”, terá no sábado, 27, no Parque da Redenção, uma programação especial organizada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em parceria com o Hospital Moinhos de Vento. Das 9h às 15h, em frente ao Monumento ao Expedicionário, estarão montadas duas tendas para informações sobre prevenção e tratamento de AVC e avaliação individual de risco da doença.

Assistência a AVC e infarto na Capital reduz a mortalidade

As mortes por doenças do aparelho circulatório estão diminuindo significativamente em Porto Alegre, segundo dados da Equipe de Eventos Vitais da Coordenadoria-Geral de Vigilância em Saúde (CGVS). A queda pode ser atribuída às Linhas de Cuidado da Dor Torácica e do Acidente Vascular Cerebral (AVC), implantadas em novembro do ano passado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). De janeiro a junho de 2011, ocorreram 533 óbitos na Capital por infarto agudo do miocárdio. No mesmo período deste ano, foram 450, o que mostra uma queda de 12,2%. A incidência de mortes por AVC, que foi de 546 casos nos primeiros seis meses de 2011, diminuiu para 480 de janeiro a junho de 2012 – ou seja, menos 8,6%.

O total de mortes por causas diversas em Porto Alegre também diminuiu, em 3,8%, no primeiro semestre de 2012 (quando foram registrados 5.115 óbitos) em relação a 2011 (5.318). Essa constatação leva a Secretaria Municipal de Saúde a associar a redução no número total de óbitos à queda de mortalidade em consequência de infarto e AVC.

NOVEMBRO

13 Servidores da saúde são homenageados

A Secretaria Municipal de Saúde realizou segunda-feira, 5, no Teatro da Amrigrs, homenagem ao Dia do Servidor Municipal. Ao todo, 367 servidores que completam 15, 20, 25, 30 e 35 anos de trabalho na saúde da Capital foram agraciados com medalhas pelo tempo de serviço e também acompanharam o espetáculo “Se meu Ponto G Falasse”.

14 Projeto VigiAr avalia emissão de poluentes por veículos

A emissão de poluentes por veículos que circulam em Porto Alegre será medida entre 5 e 9 de novembro pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), para identificação de fatores ambientais que interferem na qualidade do ar e podem causar doenças respiratórias. A avaliação faz parte das atividades do Programa de Vigilância de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos (VigiAr), desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde, a Secretaria de Vigilância Ambiental (SVA) e a Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM).

15 Divulgado resultado do prêmio Saúde da População Negra

A segunda edição do prêmio Promoção da Equidade em Saúde – Saúde da População Negra, promovida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), já tem os ganhadores definidos. Na categoria Experiências Exitosas (para projetos bem-sucedidos desenvolvidos em unidades de saúde ou instituições), venceu o trabalho inscrito pela Unidade Básica de Saúde Chácara da Fumaça, que

promoveu sessões de cinema e esquetes para chamar atenção de adolescentes sobre as condições de saúde da comunidade afrodescendente. Na categoria Artigos Acadêmicos, saiu vencedora Cleusa Maria Machado Gomes, autora de um estudo comparativo do abandono do tratamento de tuberculose por mulheres brancas e negras no Serviço de Tisiologia do Centro de Saúde Bom Jesus, pertencente à Gerência Distrital Leste-Nordeste. E na terceira categoria, instituída neste ano, para a Gerência Distrital de Saúde com o maior número de trabalhos inscritos, venceu a Gerência Leste-Nordeste. A premiação será entregue dia 23 de novembro, às 16h, em solenidade no City Hotel.

16 Projeto Tchê Ajudo humaniza atendimento de emergência

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) lançou segunda-feira, 12, no Pronto Atendimento (PA) Bom Jesus, o projeto Tchê Ajudo, com a proposta de humanizar e tornar mais resolutivo os atendimentos de urgência e emergência pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além do Bom Jesus, também os PA Lomba do Pinheiro e Cruzeiro do Sul foram readequados inicialmente para prestar aos pacientes e seus familiares um acolhimento mais ágil e encaminhá-los com maior rapidez à assistência adequada.

17 Programas de auditório educam e divertem estudantes

Durante uma semana, de 7 a 14 de novembro, 4,8 mil estudantes de Ensino Fundamental de 48 escolas da rede pública participarão de programas de auditório promovidos pelo Projeto Galera Curtição, que está sendo realizado neste semestre letivo pelas secretarias municipais de Saúde e da Educação, com uma gincana que envolve atividades educativas, culturais e de lazer. As atrações ocorrem no Centro Humanístico Vida, nos dias úteis, em dois horários, com início às 9h30 e às 14h. Os programas de auditório são uma atividade bônus para as 48 escolas com maior pontuação na primeira etapa da gincana, entre os 40 estabelecimentos de ensino municipais e 54 estaduais que fazem parte do projeto. Cada programa tem a participação de quatro escolas, com 100 alunos de cada uma. Com mediação de um apresentador, eles se dividem em quadros educativos e de competição, que incluem jogos de perguntas e respostas e provas de esforço físico.

18 Livro narra história da Vigilância em Saúde de Porto Alegre

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) lançou dia 16, durante o 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, o livro “Vigilância em Saúde de Porto Alegre: A Construção de uma História”. Dezenas de pessoas participaram da solenidade realizada na Faculdade de Educação da Ufrgs.

19 Brasileiros e estrangeiros debatem saúde e cidadania

Os mais de 8 mil participantes do 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que está sendo realizado em Porto Alegre, foram saudados pelo secretário municipal de Saúde, Carlos Henrique Casartelli, quinta-feira, 15, à noite, durante a abertura oficial. Ao dar as boas-vindas aos congressistas, no Centro de Eventos da PUCRS, Casartelli enfatizou que a dimensão do evento, com a presença de representantes de todos os estados do Brasil e do exterior, demonstra a relevância das discussões a serem feitas sobre como melhorar e qualificar a assistência em saúde. A cerimônia de abertura teve apresentação do Coral da Ufrgs e de danças típicas regionais do Brasil. Contou também com a presença do ministro da Saúde, Alexandre Padilha, do secretário estadual de Saúde, Ciro Simoni, e do presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Luiz Augusto Facchini, entre outras autoridades.

20 Servidores apresentam experiências dos serviços de saúde

Os desafios e as perspectivas da saúde coletiva no país serão discutidos até domingo, 18, durante o 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco), realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ufrgs). Nos quatro dias do evento, profissionais de saúde da Capital apresentarão ações e projetos desenvolvidos em suas áreas de atuação na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e mostrar a diversidade dos espaços cotidianos dos serviços de saúde da cidade.

21 Vinte leitos qualificam UTI do Hospital Parque Belém

Uma ampla reforma promoveu a qualificação de 20 leitos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Parque Belém. A entrega oficial do novo espaço foi realizada durante cerimônia na manhã de terça-feira, 27. A solenidade contou com a participação do prefeito José Fortunati, do secretário municipal da Saúde, Carlos Henrique Casartelli, do presidente do hospital, Luiz Augusto Pereira, de vereadores e profissionais de saúde. Os leitos para a UTI se somam aos 35 leitos para internação

clínica entregues em junho deste ano, completando 55 destinados ao hospital pelo Plano de Ação para a Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana de Porto Alegre.

22 Saúde realiza mais de mil testes para diagnosticar HIV

Mais de 1,2 mil pessoas aproveitaram a campanha do Teste Rápido Itinerante promovida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para fazer a testagem rápida de HIV/Aids. O tema da campanha da SMS deste ano destaca a importância de se realizar o diagnóstico do HIV – “Uma gota de sangue do seu dedo pode fazer a diferença”. Com esse slogan, a campanha, que se iniciou no sábado, 24, na Restinga, e teve prosseguimento no domingo, 2, na Redenção, até as 20h, terá encerramento dia 5 de dezembro, com testagem, das 10h às 16h, no CAR da Lomba do Pinheiro, localizado na Estrada João de Oliveira Remião, 5450. O objetivo é incentivar as pessoas a incluírem o teste como mais um exame de rotina.

DEZEMBRO

23 Projeto Galera Curtição premia vencedores

A Escola Municipal de Ensino Fundamental Grande Oriente do Rio Grande do Sul é a vencedora do Projeto Galera Curtição, que reuniu estudantes das redes públicas estadual e municipal de ensino em uma gincana educativa para prevenção em saúde neste semestre letivo. Em segundo lugar, ficou a Escola Estadual de Ensino Fundamental Vicente da Fontoura, e a terceira colocação foi conquistada pela Escola Estadual de Ensino Fundamental Nações Unidas.

24 Capital tem novo centro de atendimento para dependência química

Foi inaugurado quinta-feira, 13, um novo Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD) Modalidade III, com funcionamento 24 horas para assistência a adolescentes e adultos com dependência química. O terceiro Centro instalado pela prefeitura na Capital atenderá à população da região Partenon-Lomba do Pinheiro, que possui cerca de 180 mil habitantes, conforme o censo do IBGE de 2010. O atendimento será realizado em convênio com o Sistema de Saúde Mãe de Deus.

25 Aberta Feira de Resultados na Atenção Primária em Saúde

As experiências exitosas das unidades de saúde na Rede de Atenção Primária do Município estarão expostas ao público até as 17h desta quinta-feira, 13, no Hotel Continental, na Capital. Promovida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Feira de Resultados divulgará os objetivos alcançados em 2012, desencadeados ou apoiados pelas ações de educação permanente, em especial as experiências exitosas das unidades de saúde executadas em toda a cidade.

26 Lançada campanha de cuidados com a saúde para o final de ano

A população que circulou na Usina do Gasômetro domingo, 16, teve a oportunidade de participar de atividades promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que lançou a campanha Viva Porto Alegre Mais Saudável. O objetivo é alertar e conscientizar as pessoas, com ações lúdicas e criativas, sobre a importância da valorização da vida, com prevenção a acidentes de trânsito e com fogos de artifício.

27 Teste rápido de HIV é apresentado para representantes da ONU

Em visita na tarde de terça-feira, 18, ao Centro de Saúde Modelo, na Capital, a administradora adjunta do Programa das Nações Unidas (PNUD) e subsecretária-geral da ONU, Rebeca Grynspan, realizou a testagem rápida de HIV, sífilis e hepatites B e C. “É um teste normal, muito agradável e fácil de fazer”, destacou logo após a coleta de sangue.

28 Saúde na Rua presta serviços e orientação ao público

O projeto Saúde na Rua, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na Praça XV, no Centro da Capital, continua nesta quarta-feira, 19, com prestação de serviços e orientação sobre prevenção a doenças e acesso a tratamentos. Aberta terça, 18, a feira de atendimentos segue até quinta-feira, 20, das 9h às 18h, em uma área de 300 metros quadrados, onde estão concentrados diversos setores que compõem a estrutura da rede municipal de saúde.

29 Campanha de cuidados com a saúde realiza ações na rua

Ações lúdicas, informativas e de conscientização estão sendo realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em diversos locais da cidade. A campanha Viva Porto Alegre Mais Saudável, lançada

no último dia 16 de dezembro, chama a atenção das pessoas sobre a importância da prevenção de acidentes de trânsito, com fogos de artifício e afogamentos, em nome da valorização da vida.

ANEXO III

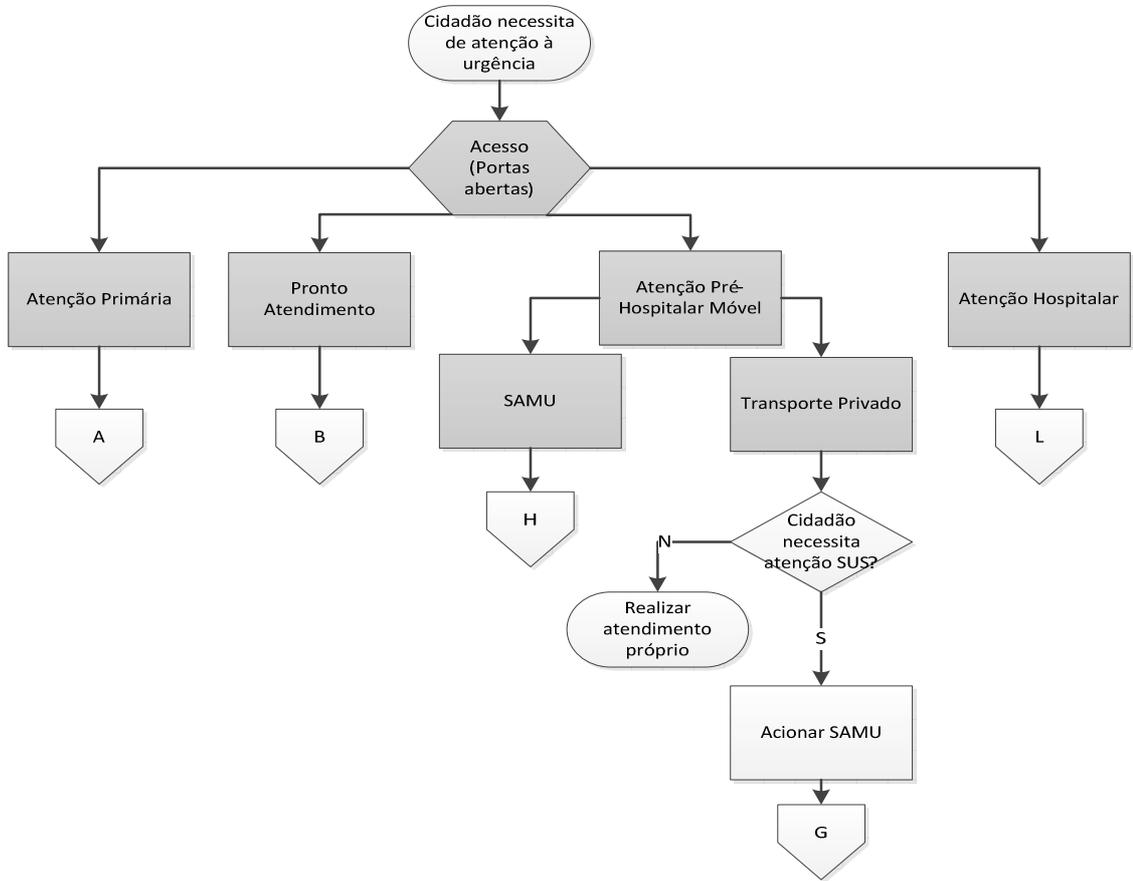
Fornecedores	Principais Entradas	Requisitos das Entradas
1. Governo Federal	<p>1.1 Legislação, políticas públicas, normatizações e publicações</p> <p>1.2 Recursos financeiros</p>	<p>1.1.1 Acesso à informação em tempo hábil</p> <p>1.2.1 Disponibilizados e liberados</p> <p>1.2.2 Liberação para a Secretaria correta e conforme o previsto</p> <p>12.3.3 Apoio técnico para a execução</p>
2. Governo Estadual	<ul style="list-style-type: none"> • Legislação, políticas públicas, normatizações e publicações • Recursos financeiros 	<p>2.1.1 Acesso à informação em tempo hábil</p> <p>Disponibilizados e liberados</p> <p>Liberação para a Secretaria correta e conforme o previsto</p> <p>Apoio técnico para a execução</p>
3. Governo Municipal	<p>3.1 Legislação, políticas públicas, normatizações e publicações</p> <p>3.2 Recursos financeiros</p> <p>3.3 Recursos humanos</p> <p>3.4 Portal de Gestão</p>	<p>3.1.1 Acesso à informação em tempo hábil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizados e liberados • Liberação para a Secretaria correta e conforme o previsto • Apoio técnico para a execução • Quantidade suficiente para atender as demandas da SMS • Perfil necessário para a função <p>3.4.1 Disponibilidade e apoio técnico</p>
4. Instâncias Colegiadas	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas, pactuações e planos de investimentos 	<p>4.1.1 De acordo com as necessidades regionais de atenção à urgência</p>
5. PROCEMPA	<p>5.1 Acesso às informações</p> <p>5.2 Equipamentos</p>	<p>5.1.1 Disponibilidade do sistema</p> <p>5.2.1 Condições de uso e nas especificações adequadas</p>

Fornecedores	Principais Entradas	Requisitos das Entradas
6. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde - CGVS	<p>6.1 Assessoria técnica</p> <p>6.2 Inspeção da unidade</p> <p>6.3 Informações epidemiológicas relevantes que impactem na oferta dos serviços</p> <p>6.4 Informações de unidades prestadoras de serviços de referência interditas e desinterditadas</p>	<p>-38. Parecer claro, formal, isento de qualquer interesse e com base na legislação vigente</p> <p>-37. Em tempo adequado</p> <p>- Parecer claro, formal, isento de qualquer interesse e com base na legislação vigente</p> <p>- Em tempo adequado</p> <p>6.3.1 Informações em tempo hábil</p> <p>6.4.1 Informações em tempo hábil</p>
7. Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde	7.1 Informações de serviços contratualizados e descontratualizados	<p>7.1.1 Agilidade da informação</p> <p>7.1.2 Informações consistentes</p>
8. Empresas Fornecedoras de Serviços de Telecomunicações	<p>8.1 Linhas telefônicas</p> <p>8.2 Radiocomunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade • Cobertura • Transmissão • Assistência técnica ágil e resolutiva <p>8.2.1 Disponibilidade</p> <p>8.2.2 Cobertura</p> <p>8.2.3 Transmissão</p> <p>8.2.4 Assistência técnica ágil e resolutiva</p>
9. Órgãos de Segurança Pública	9.1 Segurança e mobilidade para equipe que realiza a atenção	<p>9.1.1 Agilidade</p> <p>9.1.2 Efetividade</p>
10. Assessoria Jurídica	<p>10.1 Ordens judiciais com o parecer jurídico e orientações para execução</p> <p>10.2 Parecer jurídico para implementação de projetos</p>	<p>10.2.1 Informações completas, corretas e pertinentes</p> <p>10.2.2 Informações completas, corretas e pertinentes</p>

Atividades do Processo

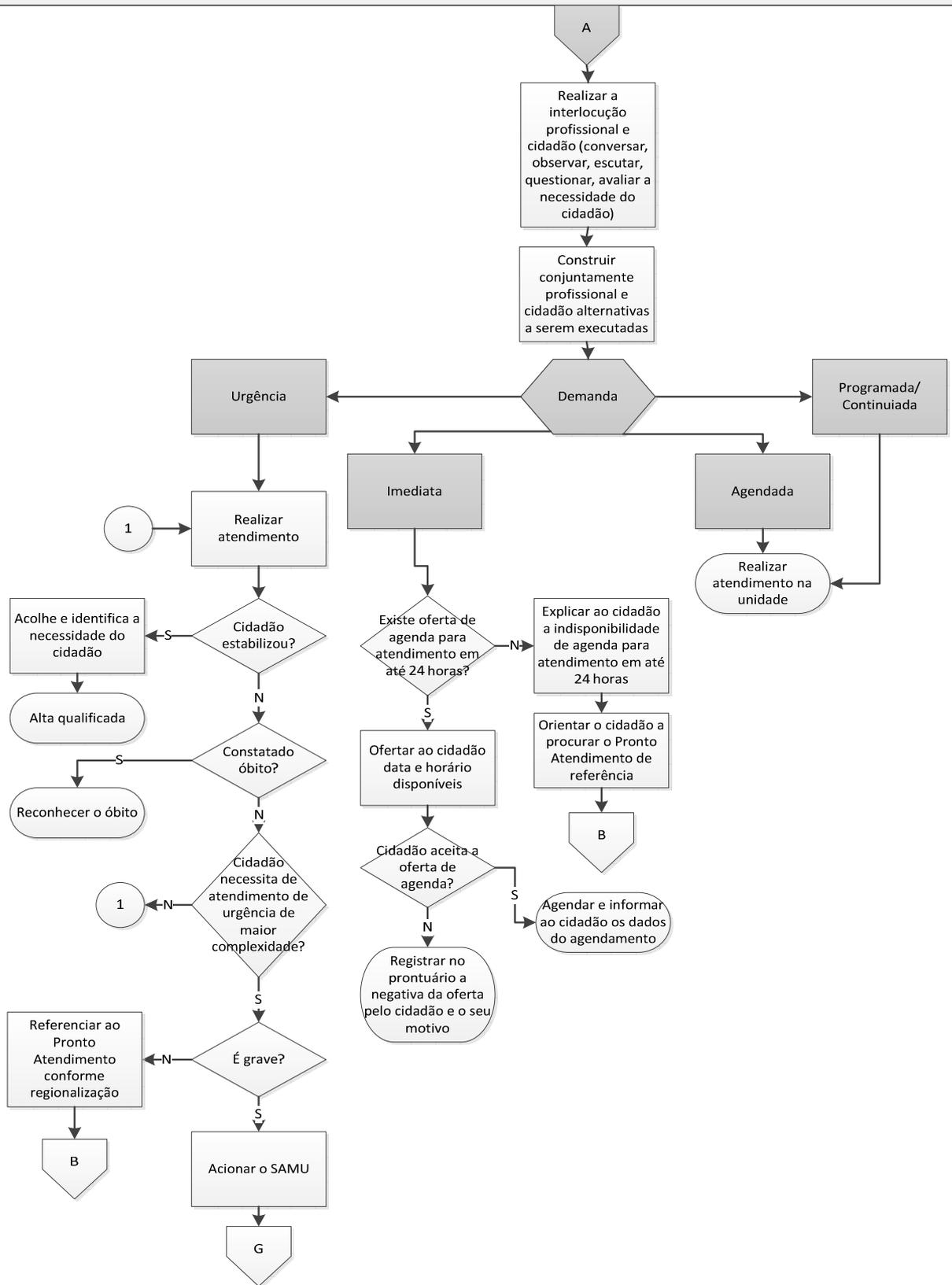
ATENÇÃO INTEGRAL ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Cidadão



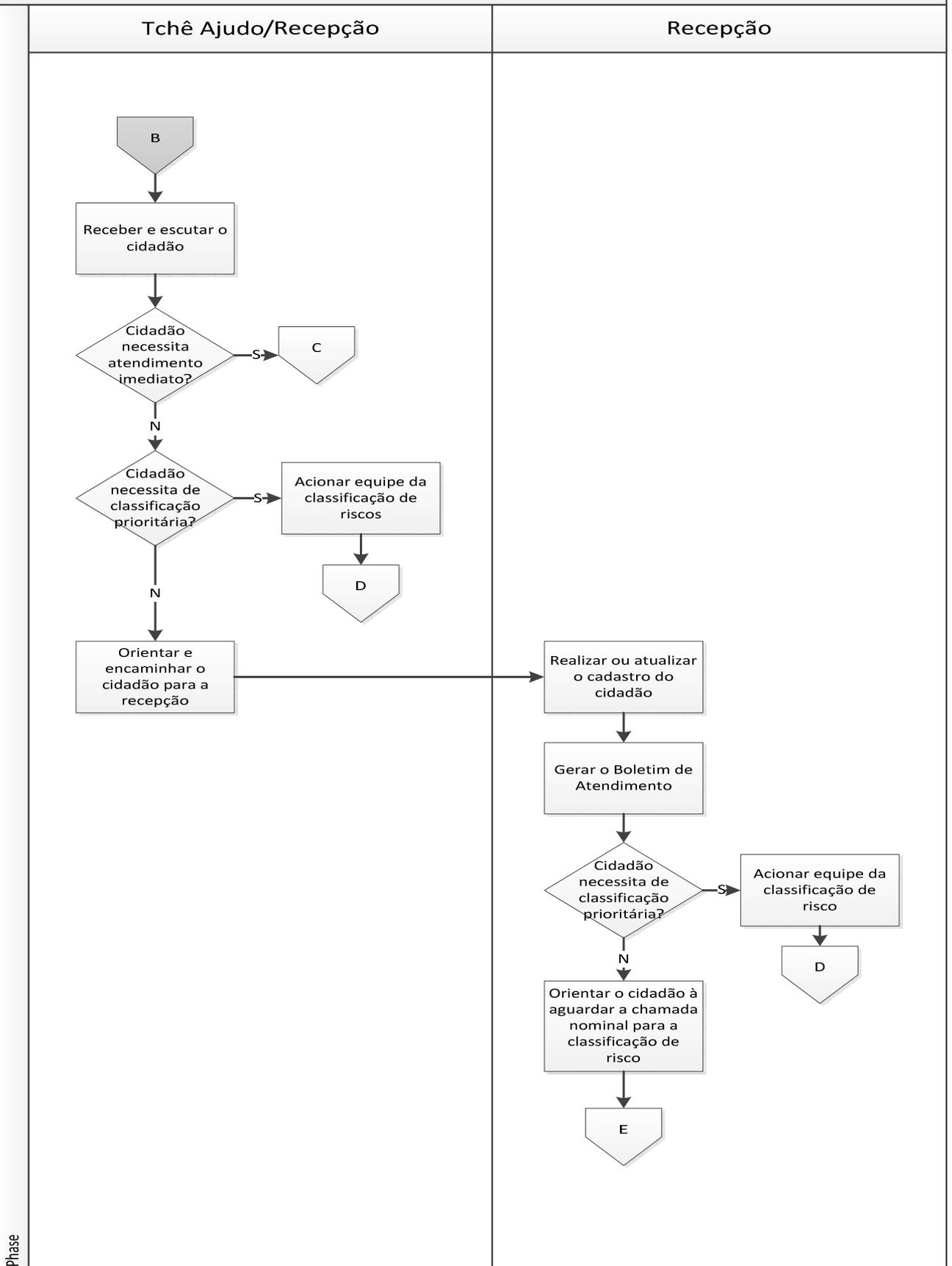
Phase

Unidade Primária e Especializada de Saúde

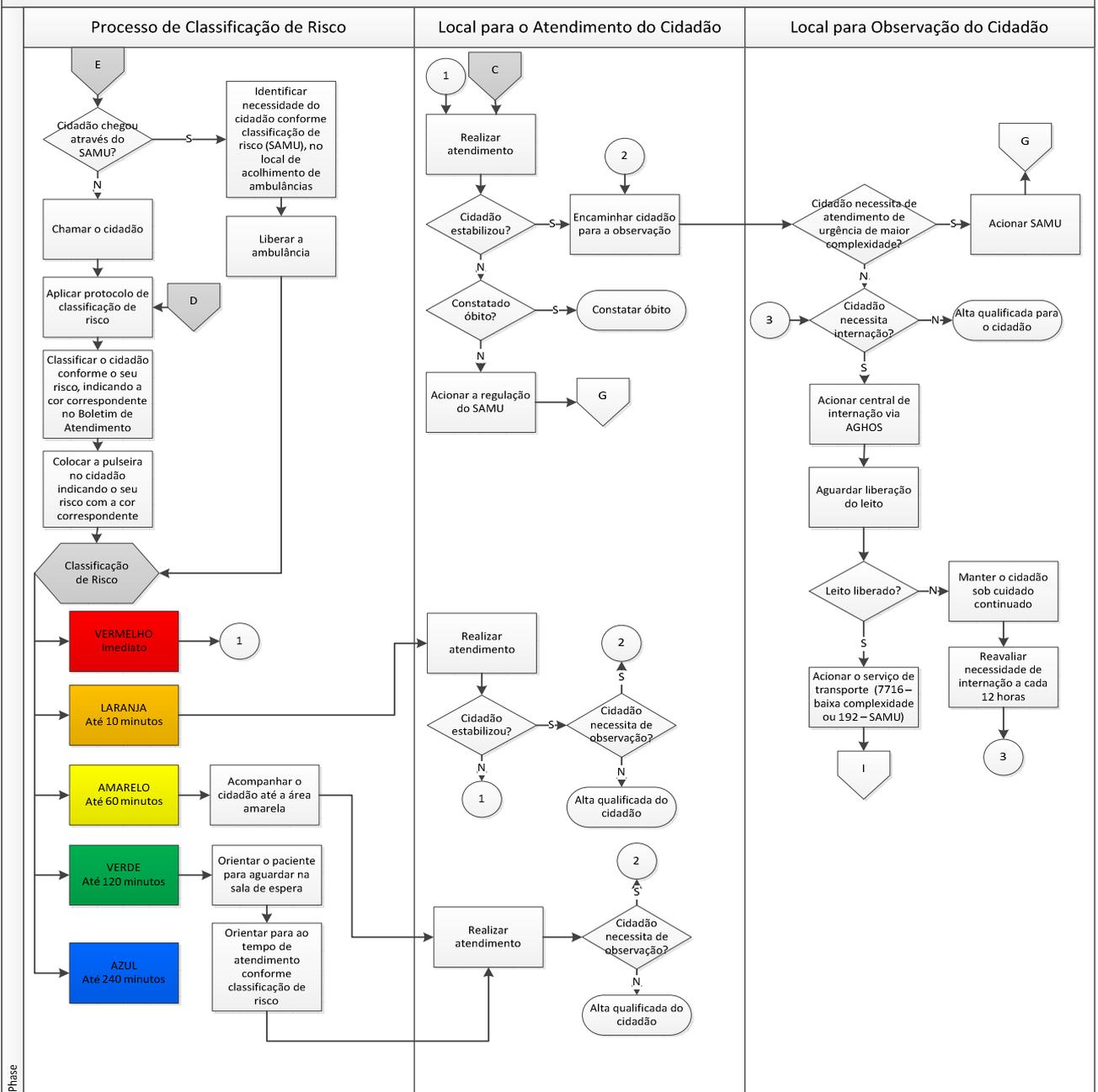


Phase

ATENÇÃO INTEGRAL ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

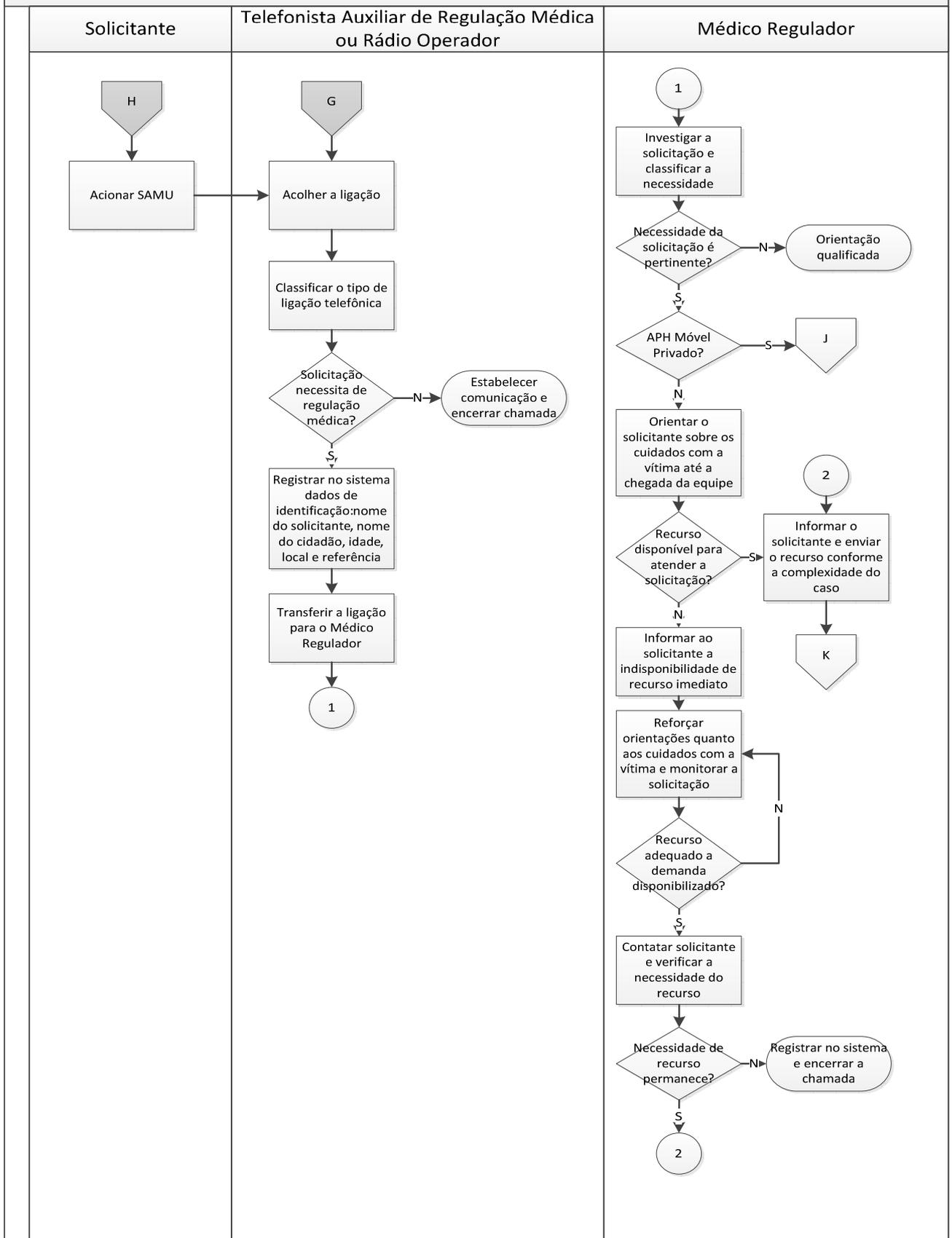


ATENÇÃO INTEGRAL ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

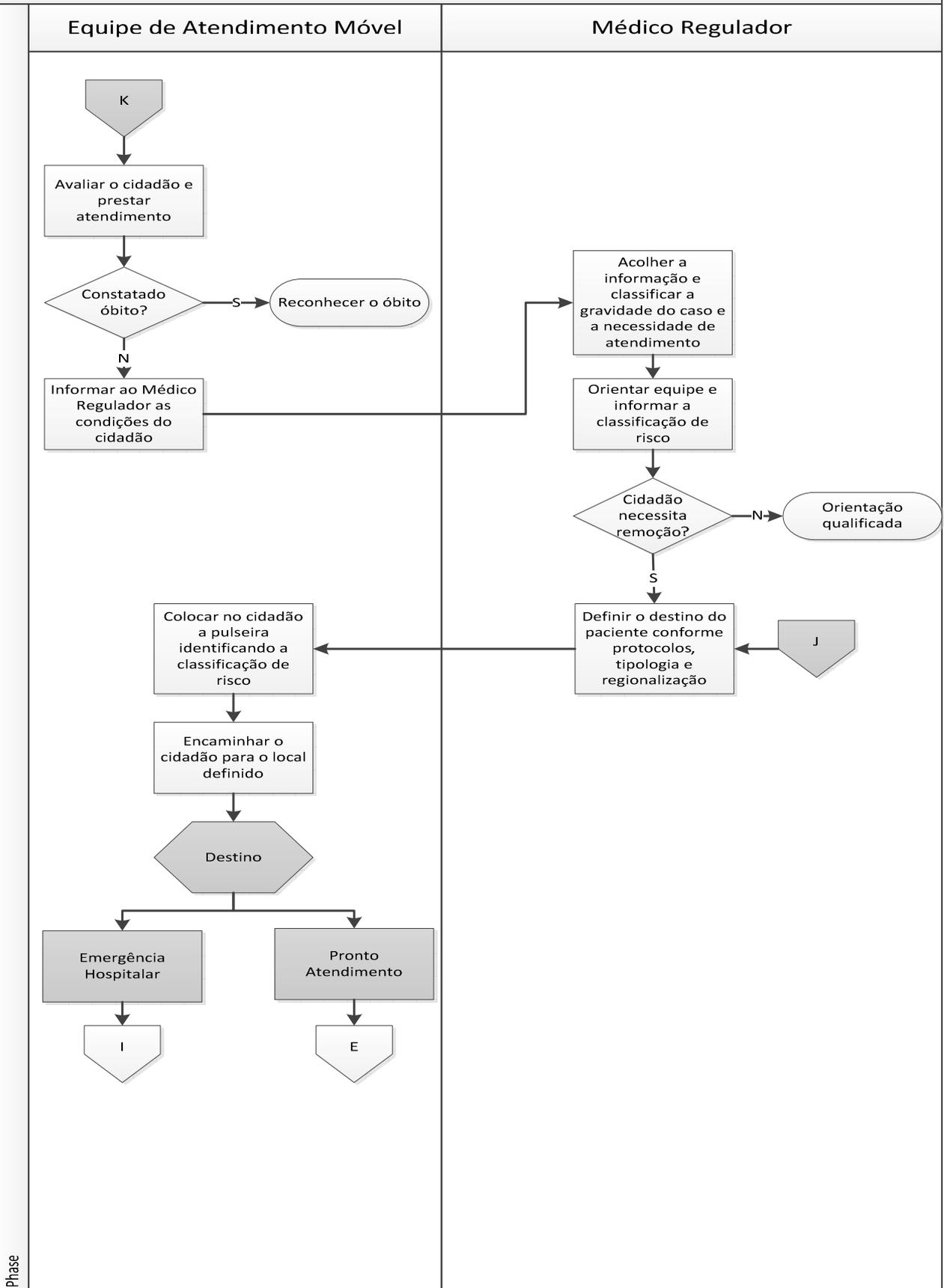


Phase

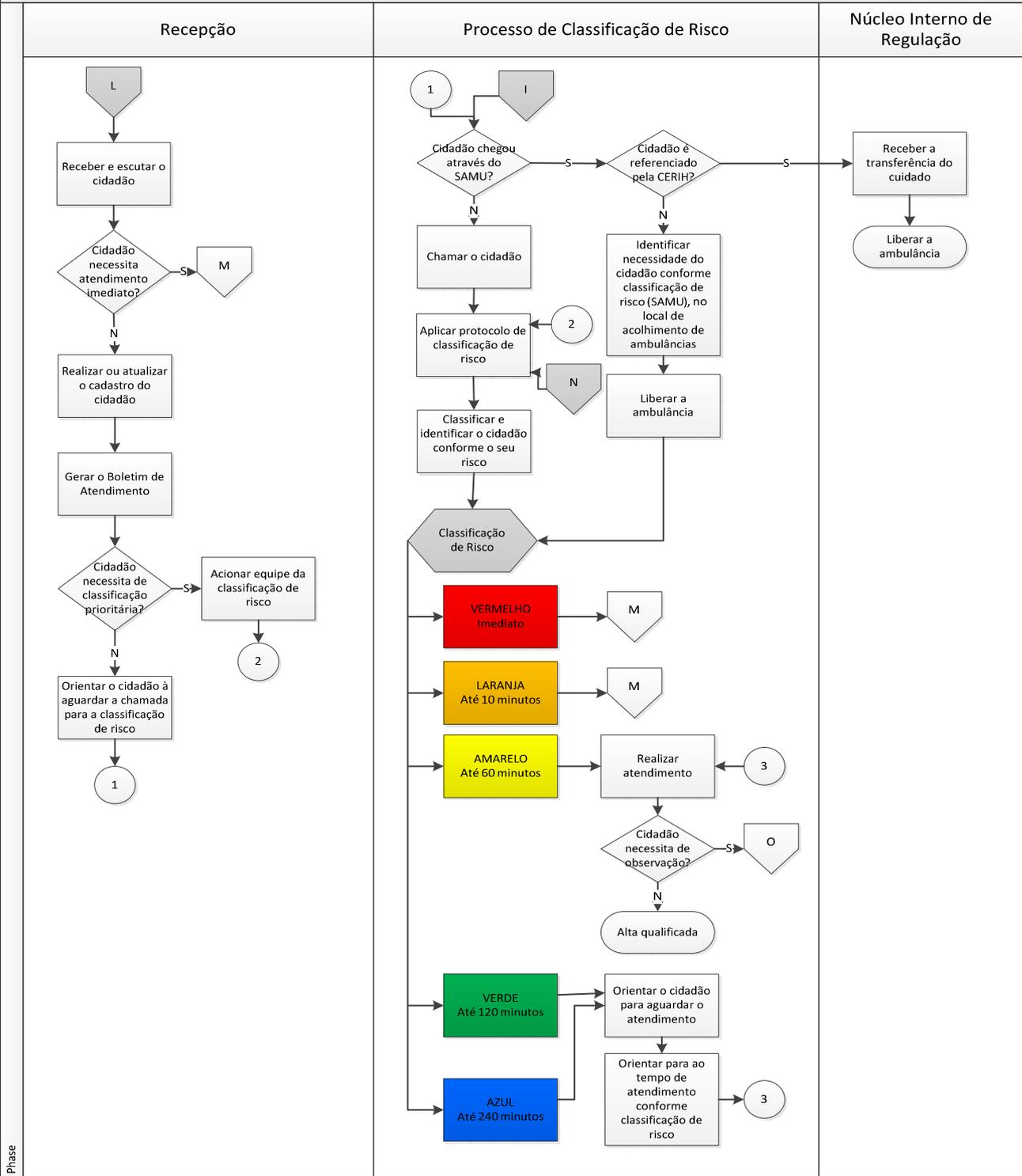
ATENÇÃO INTEGRAL ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS



ATENÇÃO INTEGRAL ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

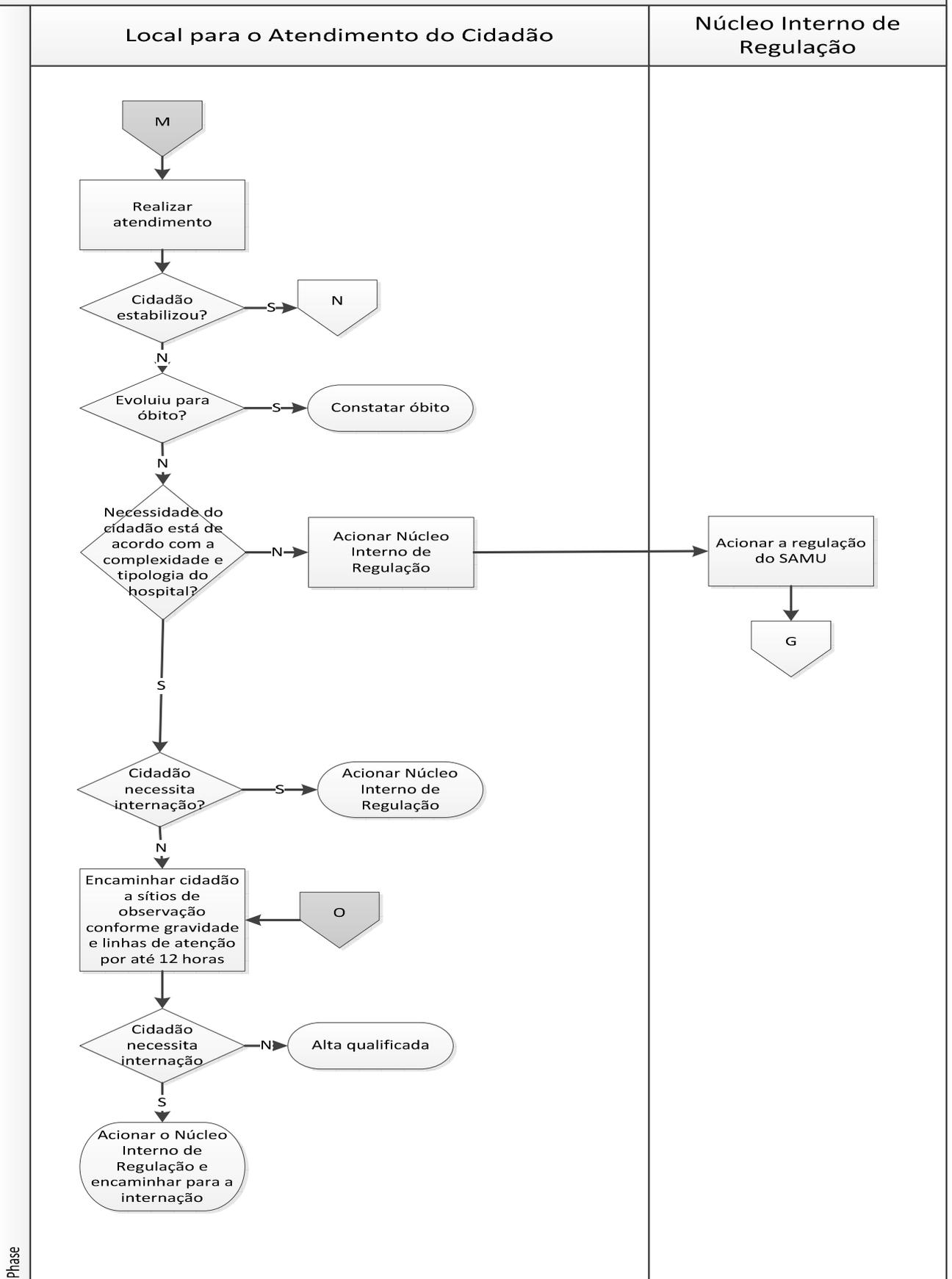


ATENÇÃO INTEGRAL ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS



Phase

ATENÇÃO INTEGRAL ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS



Phase

Produtos	Clientes	Requisitos dos Clientes
1. Saúde através da redução de danos decorrentes de quadros agudos	1.1 Cidadão	1.1.1 Acessibilidade 1.1.2 Acolhimento 1.1.3 Equidade 1.1.4 Integralidade 1.1.5 Resolubilidade 1.1.6 Agilidade

Fatores Críticos de Sucesso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atender as diretrizes do SUS integralmente. 2. Classificação correta das necessidades do cidadão. 3. Pactuação e cumprimento dos fluxos assistenciais. 4. Pactuação e cumprimento das linhas de cuidado. 5. Cumprimento dos planos operativos contratualizados. 6. Protocolos assistenciais padronizados, atualizados, divulgados e aplicados. 7. Educação permanente da equipe. 8. Qualidade da comunicação de trabalho entre equipes e profissionais. 9. Qualidade da assistência. 10. Qualidade da regulação do sistema. 11. Gestão por meio da informação. 12. Orientação e sensibilização ao cidadão.

Indicadores de Desempenho do Processo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Índice de chamadas ao SAMU pertinentes e sem recurso disponível imediato 2. Tempo médio para atendimento ao cidadão pelo SAMU 3. Percentual de regulações do SAMU de APH secundário 4. Tempo mediano de espera para transporte de baixa complexidade 5. Tempo médio entre chegada do cidadão e o processo de classificação de necessidades 6. Tempo médio para atendimento do cidadão por grau de risco / demanda 7. Proporção de atendimentos por classificação de risco / demanda 8. Percentual de evasão por grau de risco / demanda 9. Percentual de atendimentos por origem (demanda espontânea ou demanda referenciada) 10. Tempo médio de espera para liberação do leito para internação 11. Percentual de internação via serviços de emergência 12. Número de cidadãos internados na emergência, por motivo de atendimento 13. Tempo médio de permanência do cidadão internado na emergência / pronto atendimento 14. Percentual das linhas de atenção implementadas e em monitoramento regular 15. Percentual de óbitos na emergência / pronto atendimento analisados pela Comissão de Óbitos 16. Horas treinamento por serviço

Documentos de Referência para o Processo
<ul style="list-style-type: none"> • Legislação e diretrizes do SUS. • Plano Municipal de Saúde. • Plano Anual de Saúde. • Plano Regional de Atenção às Urgências. • Relatório de Gestão periódico. • MPR SMS-003 – Atenção à urgência. • MPR CAPSES-001 Acolhimento com Identificação de Necessidades do Cidadão. • MPR GRSS-001 Regulação da Internação. • Mapas dos processos específicos. • Procedimentos operacionais padrão específicos. • Protocolos clínicos. • Protocolos assistenciais. • Banco de dados da SMS e dos prestadores. • Planos operativos contratualizados (prestadores).

Definições

Alta qualificada: Alta do paciente com encaminhamento que permita a continuidade dos cuidados ao cidadão como encaminhamento para: serviço de saúde especializado, atenção primária, atenção domiciliar, investigação conforme protocolos clínicos estabelecidos.

Atenção hospitalar: A atenção hospitalar representa um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde realizado em ambiente hospitalar.

Atenção pré-hospitalar: É o atendimento a portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica que ocorre fora do ambiente hospitalar e pode ser definido como a assistência prestada em um primeiro nível de atenção à saúde. É fundamental para garantir suporte e a sobrevivência das pessoas vitimadas por quadros de maior gravidade.

Atendimento de urgência de maior complexidade: Configurado quando não há o restabelecimento das condições clínicas após as manobras e/ou procedimentos de ressuscitação, bem como quando o quadro clínico e os recursos locais são insuficientes para o diagnóstico e/ou terapêutica necessários. Então o recurso tecnológico que atenda à estas necessidades, deverá ser oferecido em outro componente da rede.

Atendimento imediato: O atendimento imediato está identificado quando o cidadão apresenta iminente ou potencial risco de vida, decorrente de instabilidade ventilatória, instabilidade hemodinâmica e/ou de depressão de sensório.

Cidadão: É o indivíduo que faz parte de uma sociedade caracterizada por um conjunto de regras culturais e de convivência reconhecidas legalmente (direitos e deveres). No caso do exercício da cidadania (considerando o Sistema Único de Saúde neste contexto), o cidadão deve atuar em benefício da sociedade, bem como esta última deve garantir-lhe os direitos básicos à vida, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, trabalho, entre outros (REZENDE FILHO, C. B; CÂMARA NETO, I. A. **A evolução do conceito de cidadania.** Taubaté. s/ ano).

Cidadão estabilizado: Cidadão estabilizado é aquele que tendo sido admitido com iminente ou potencial risco de vida restabeleceu sua condição clínica após as manobras e/ou procedimentos de ressuscitação.

Classificação prioritária: Definida quando o cidadão apresentar visivelmente sinais clínicos de maior comprometimento, suscitando precoce identificação de necessidades.

Constatação de óbito: Ato médico decorrente da avaliação clínica, na qual o paciente apresenta ausência de movimentos respiratórios espontâneos e ausência de batimentos cardíacos, em resposta às manobras de ressuscitação em pacientes graves e críticos ou, quando ainda acompanhado de cianose cutânea generalizada e/ou livores, característicos de óbito, em demanda espontânea.

Demanda Agendada: Entende-se por demanda agendada o atendimento ao cidadão que procura a unidade de saúde em demanda espontânea que não constitua urgência e, por meio do acolhimento e identificação de necessidades, verifica-se a data de agendamento do cuidado para o mais breve (até 30 dias) possível, de acordo com a gravidade do caso e a disponibilidade de atendimento (Adaptado do Manual do PMAQ).

Demanda Imediata: Entende-se por demanda imediata o atendimento ao cidadão que procura a unidade de saúde em demanda espontânea em que o grau de sofrimento ou possibilidade de agravamento do quadro determine necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento ou recuperação do estado de saúde e, por meio do acolhimento e identificação de necessidades, verifica-se a data de agendamento do cuidado para até 24 horas, de acordo com a gravidade do caso e disponibilidade do atendimento (Adaptado do Manual do PMAQ).

Demanda Programada/Continuada: Entende-se por demanda programada/continuada as ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e que necessitam de um acompanhamento continuado (Adaptado do Manual do PMAQ).

Demanda Urgência com Observação: Entende-se por demanda de urgência o atendimento àqueles agravos à saúde que apresentam risco de vida e, por isso, necessitam de assistência imediata para recuperação do estado de saúde ou estabilização/suporte de vida e encaminhamento a outro ponto da rede (Adaptado do Manual do PMAQ).

Estabilização do cidadão: Cidadão estabilizado é aquele que tendo sido admitido com iminente ou potencial risco de vida restabeleceu sua condição clínica após as manobras e/ou procedimentos de ressuscitação.

Evasão: Cidadão que passaram pela classificação de riscos e não completaram atendimento por iniciativa própria.

Definições

Local para o atendimento: Local para realização do atendimento ao cidadão conforme a necessidade de cuidados clínicos adequados, como: sala vermelha, sala amarela, sala de observação.

Necessidade de observação: A necessidade de observação se configura quando a demanda assistencial não se esgota no atendimento de consultório, sendo necessário intervenção, procedimentos, exames de apoio diagnóstico e/ou terapêuticos para a definição de consulta definitiva.

Orientação qualificada: Fornecimento de informações, adequadas e pertinentes, dos cuidados necessários ao cidadão para continuidade do atendimento para sua recuperação clínica.

Processo de classificação de risco: Aplicação do protocolo de classificação de risco, por equipe técnica qualificada, independentemente do local onde se encontra o cidadão.

Regulação: Conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos cidadãos por serviços de saúde e o acesso a esses. Para responder às diretrizes do SUS, deve-se viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde de forma a adequar, à complexidade de seu problema, a gama de tecnologias exigidas para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz. Principais ações: 1) regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; 2) controle dos leitos disponíveis e da agenda de consultas especializadas e de SADTs; 3) padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio dos protocolos assistenciais; 4) estabelecimento de referência entre unidades de saúde, segundo fluxos e protocolos padronizados; 5) organização de fluxos de referência especializada intermunicipal; 6) controle e monitoração da utilização mais adequada aos níveis de complexidade; 7) subsídio ao redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão); 8) implantação de complexos reguladores.

Regulação Médica: A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos cidadãos. Ao médico regulador também compete funções gestoras, ou seja, tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento.

Remoção: Remover o cidadão de uma unidade de atenção à saúde para outra.

Saúde: Estado de bem-estar físico, mental e/ou social condicionado à construção cultural e social de uma sociedade.

Solicitação pertinente: Solicitação de atendimento que apresenta necessidades pertinentes ao serviço.

Tipologia: Características pertinentes ao contexto.

Controle das Alterações

Data da Revisão	Revisão No.	Descrição da Alteração	Elaborado/Revisado por	Aprovado por, Data e Rubrica
13/12/2012	00	Elaboração na versão inicial do MPR	Ana Maria Silveira Andre Schetz Andrea Regner Arnaldo Villela Diego Nunes Fátima Ali Itanajara Ferreira Jader Gus Jorge Osório Márcio Rodrigues Míria Patines Rita Nascimento Rosane Ciconet	Jorge Osório