



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

**RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO - 2013**

## AUTORIDADES MUNICIPAIS

JOSÉ FORTUNATTI

**Prefeito Municipal**

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARLOS HENRIQUE CASARTELLI

**Secretário Municipal de Saúde**

JORGE LUIZ CUTY DA SILVA

**Secretário Adjunto**

INÉLIO FIGLESKI

**Secretário Adjunto**

FABIANO BRUM BERESFORD

**Coordenação Geral**

SILVIA GIUGLIANI

**Conselho Municipal de Saúde**

ANDREA PEREIRA REGNER

**Assessoria de Planejamento e Programação**

RICARDO NASCIMENTO DE AZEREDO

**Assessoria de Comunicação**

ROSANE TEREZINHA BALTAZAR

**Coordenadoria de Atenção Primária e Serviços Especializados Ambulatoriais e**

**Substitutivos**

FÁTIMA ALI

**Coordenação Municipal das Urgências**

FERNANDA DOS SANTOS FERNANDES

**Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde**

JOSÉ CARLOS SANGIOVANNI

**Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde**

MÔNICA KRANEN

**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**

VALDECIR BARELLA

**Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo**

LÍVIA DISCONSI WOLITZ DE ALMEIDA

**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**

TÂNIA MARIA COUTO COELHO

**Assessoria Parlamentar**

## GERÊNCIAS DISTRITAIS

CRISTINA KLEY

**Centro**

ANA LÚCIA DE LEÃO DAGORD

**Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas**

GISELDA DO CARMO PEREIRA CACIQUI

**Norte/ Eixo Baltazar**

WANIZE WILDE JANKE

**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**

Heloisa Helena Rousselet de Alencar

Humberto José Scorza

Kelma Nunes Soares

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  
ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde  
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  
CEIAPI – Centro de Especialidades IAPI  
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

COMEN – Conselho Municipal de Entorpecentes

COMUI – Conselho Municipal do Idoso

CP – Concurso Público

CRTB – Centro de Referência em Tuberculose

CS – Centro de Saúde

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

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  
EASs – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde  
EC – Emenda Constitucional  
ED – Equipe de Desenvolvimento  
EESCA – Equipes Especializadas de Saúde Integral da Criança e do Adolescente  
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  
HMOV – Hospital Moinhos de Vento  
HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição  
HPS – Hospital de Pronto Socorro  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IE – Instituições de Ensino  
IGD – Índice de Gestão Descentralizada  
IMESF – Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família  
IPA – Instituto Porto 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

PA – Pronto Atendimento

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

PROCEMPA – 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

SITETB – Sistema 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

SUSEPE – Superintendência dos Serviços Penitenciários

TB – Tuberculose

TBC – Tuberculose  
TBDR – Tuberculose Droga Resistente  
TDO – Tratamento Diretamente 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	16
2	ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	18
3	LEGISLAÇÃO/NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS MUNICIPAL	21
4	PARTICIPAÇÃO DA SMS EM INSTÂNCIAS COLEGIADAS	22
5	HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO AO RECEBIMENTO DE RECURSOS	23
6	GESTÃO NA SAÚDE	25
6.1	Gestão do Trabalho em Saúde	26
6.1.1	Caracterização da Força de Trabalho	26
6.1.2	Saúde do Servidor	33
6.1.3	Atendimento Funcional	34
6.1.4	Educação Permanente em Saúde	37
6.2	Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde	59
6.3	Ouvidoria do SUS	64
6.4	Assessoria de Comunicação	67
7	REDE DE SERVIÇOS E REFERÊNCIAS	69
7.1	Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde	69
7.2	Rede de Serviços Especializados Ambulatorial e Substitutiva	74
7.3	Rede de Serviços de Atenção às Urgências	78
7.4	Rede de Serviços de Internação Hospitalar e Domiciliar	78
8	INFRA-ESTRUTURA DE APOIO	79
8.1	Programação e Compras	80
8.2	Equipe de Patrimônio - EP	80
8.3	Núcleo de Licitações e Contrato - NLC	81

8.4	Equipe de Transportes	83
8.5	Informatização da Saúde	84
9	PRODUÇÃO	85
9.1	Atenção Primária à Saúde	85
9.1.1	Estratégia de Saúde da Família	86
9.2	Atenção Especializada	88
9.2.1	Consultas Médicas Especializadas	88
9.2.2	Saúde Bucal	89
9.2.3	Saúde Nutricional	94
9.2.4	Saúde Mental	98
9.3	Assistência Farmacêutica	126
10	AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE	132
10.1	Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis e Outros Agravos	132
10.1.1	Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais	133
10.1.2	Hanseníase	144
10.1.3	Leptospirose	145
10.1.4	Sarampo/Rubéola	146
10.1.5	Dengue	147
10.1.6	Meningite Bacteriana	153
10.1.7	Influenza	154
10.1.8	Tétano	155
10.1.9	Paralesia Flácida Aguda	155
10.1.10	Tuberculose	156
10.2	Ações e Serviços em Vigilância Sanitária	170

10.2.1	Demonstrativo das Ações Desenvolvidas pela Vigilância Sanitária	170
10.3	Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis	202
10.3.1	Programa de Controle do Tabagismo	202
11	REGULAÇÃO DO SUS	204
11.1	Auditorias, Vistorias e Supervisões Realizadas	205
11.2	Regulação de Serviços Ambulatoriais e Especializados de Média e Alta Complexidade	206
11.2.1	Regulação da Produção Hospitalar	208
11.2.2	Internações Hospitalares por Grupo e Especialidade	210
12	HOSPITAIS PRÓPRIOS	211
12.1	Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	211
12.2	Hospital de Pronto Socorro	221
13	ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E TRANSPORTE DE PACIENTES	224
13.1	Pronto-Atendimentos (PA)	227
13.1.1	Perfil de Classificação de Risco nos Pronto-Atendimentos	229
13.2	Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM)	232
13.3	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	234
14	FINANCIAMENTO DO SUS	238
15	DESEMPENHO DOS INDICADORES NO CICLO DE VIDA	239
15.1	Ciclo de Vida da Criança e do Adolescente	239
15.2	Ciclo de Vida do Adulto	255
15.2.1	Saúde do Trabalhador	255
15.2.2	Saúde da Mulher	259
15.2.3	Saúde do Homem	266
15.3	Ciclo de Vida do Idoso	267

16	POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	274
16.1	Saúde da População Negra	274
16.2	Saúde dos Povos Indígenas	275
16.3	Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade	276
17	CONTROLE SOCIAL	277
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	278
	REFERÊNCIAS	283
	ANEXOS	284

## APRESENTAÇÃO

**Porto Alegre é a 10ª capital mais populosa do país**, permanecendo na mesma posição desde o Censo realizado em 2000, e ocupa a 12ª posição com maior densidade demográfica: 2.837,52 habitantes por Km². Possui uma **população de 1.409.351 habitantes**, sendo 653.787 homens e 755.564 mulheres. A razão de sexo é a menor do Estado; para cada 100 mulheres há 86,5 homens. A taxa de fecundidade no município é baixa, sendo apontado nos dados em 2011 um coeficiente geral de 42,39/1000 mulheres entre 10 e 49 anos. A expectativa de vida aumentou para 74 anos e o aumento da população com mais de 80 anos, é quase igual à de menores de 1 ano.

Os dados do MS-VIGITEL 2012 apresenta dados relativos ao estilo de vida, onde são analisados vários atributos, comparando os índices de Porto Alegre com a média nacional. É demonstrado os percentuais locais frente aos índices nacionais, como segue: (1) obesidade 54,1% contra 51%; (2) atividade física 37% contra 35%; (3) consumo de refrigerantes e sucos artificiais 35,2% contra 26%;(4) diagnóstico de hipertensão arterial 26,2% contra 24,6%; e tabagismo em mulheres 19,3% contra 9,2%., dentre outros.

A construção do índice de carência realizado com base nos indicadores e condicionantes de saúde dos 17 distritos municipais possibilitou a classificação destes distritos por vulnerabilidade através de pontuação, considerando a média e o desvio padrão. Esta ferramenta foi de extrema importância na análise das necessidades frente às ofertas em saúde. Estes dados quando analisados espacialmente no município apontam para questões de resolução premente na rede, como por exemplo a mobilidade entre os pontos de atenção, bem com subsidiam as discussões de cardápio de ofertas e de economia de escala.

Na esfera municipal, a territorialização dos serviços está em franca implementação; são muitos os desafios a serem enfrentados, tais como: a informatização das ofertas da rede de serviços; o perfil populacional; e a revisão permanente das necessidades de saúde e disponibilidade dos serviços em cada região, fruto das migrações intra-municipais e do incremento de serviços.

Porto Alegre é município integrante da 10ª Região de Saúde, onde também estão os municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão. É



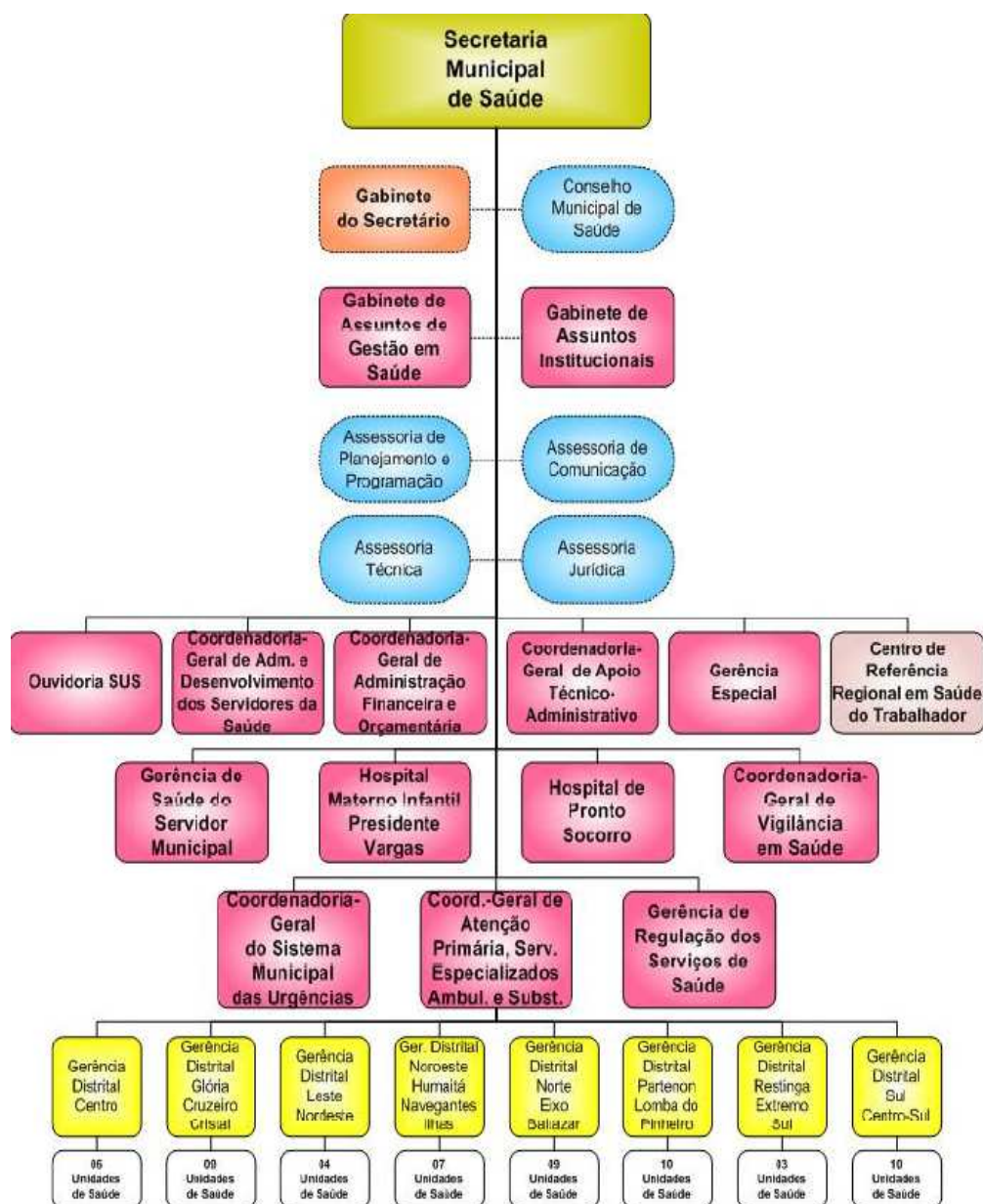
referência formal para o estado em diversas ofertas de atenção pactuadas, dada a concentração tecnológica. Em 2013 foi rediscutido, revisado e finalizado pelas equipes técnicas da SMS ainda em dezembro, a participação de Porto Alegre no Plano Diretor de Regionalização (PDR) Estadual, ciente do espaço que Porto Alegre ocupa neste cenário e tencionando discussões quanto ao contra referenciamento, considerando a necessidade de fluidez da rede de atenção em saúde, a co-responsabilização, e a valorizando da transição responsável do cuidado.

Em dezembro de 2013 a SMS abriu forte debate interno a partir de fóruns constituídos com a finalidade de trabalhar conjuntamente na remodelagem da rede de atenção em saúde. A identificação da vocação dos diversos serviços e setores da SMS é percebido como fator crítico de sucesso para esta remodelagem. A percepção deste universo e sua interconectividade para produção de resultados em saúde se dará através destes espaços de trabalho coletivo que vem sendo oportunizados.

O processo de construção dos relatórios de gestão tem proporcionado o aprimoramento do instrumento como ferramenta de monitoramento do conjunto de ações e metas definidas na Programação Anual de Saúde (PAS). É fortalecido pela Lei Complementar 141/12, sendo o principal instrumento de resultados assistenciais em saúde da Secretaria Municipal de Saúde, e deve ser percebido como potencial instrumento dinâmico de gestão dos diversos serviços da SMS.

## 2 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

No mês de abril, um novo organograma da SMS foi publicado pela Secretaria Municipal de Administração, como parte da reforma administrativa da Prefeitura de Porto Alegre. Abaixo é apresentado o referido organograma:



Ao organograma anterior a este, foram incluídos o Gabinete de Assuntos de Gestão em Saúde e o Gabinete de Assuntos Institucionais, criados por meio do Decreto municipal número 16838, de outubro de 2010. A Ouvidoria SUS foi criada enquanto unidade de trabalho ligada diretamente ao Gabinete do Secretário em

2012, por meio do Decreto 17663, de fevereiro de 2012. O Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador foi criado enquanto unidade de trabalho ligada diretamente ao Gabinete do Secretário em 2012, por meio do Decreto 17898, de agosto de 2012. A denominação da unidade de trabalho Coordenadoria Geral de Atenção Primária e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos, que substituiu a Coordenadoria Geral da Rede de Atenção Primária à Saúde (CGRAPS), foi efetivada por meio do Decreto 17898, de agosto de 2012.

O decreto base que define a estrutura organizacional da SMS é o de número 9.391 de 1989. O mesmo vêm sofrendo alterações ao longo deste período até o momento, sendo que no período de janeiro à abril de 2013 foram emitidos os decretos:

- Nº 18.164, DE 9 DE JANEIRO DE 2013, que 'Regulamenta a Lei nº 11.398, de 27 de dezembro de 2012, – que altera a estrutura organizacional da Administração Centralizada (AC), das Autarquias e da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA).'

- Nº 18.254, DE 3 DE ABRIL DE 2013, que 'Altera os incs. I, IV, VII, XII, XIX, XX e XXVIII do art. 2º do Decreto nº 9.391, de 17 de fevereiro de 1989, alterando a estrutura organizacional do Gabinete do Vice-Prefeito (GVP), do Gabinete do Prefeito (GP), e revoga o parágrafo único do art. 7º do Decreto nº 17.078, de 23 de maio de 2011.'

- Nº 18.263, DE 16 DE ABRIL DE 2013, que 'Altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o inc. XII do art. 2º do Decreto nº 9.391, de 17 de fevereiro de 1989, e o item 12 do inc. II do Anexo ao Decreto nº 8.713, de 31 de janeiro de 1986.'

- Nº 18.278, DE 24 DE ABRIL DE 2013, que 'Altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e o inc. XII do art. 2º do Decreto nº 9.391, de 17 de fevereiro de 1989.'

O primeiro exclui um Cargo de Confiança da Assessoria de Planejamento e Programação (ASSEPLA) da SMS e o segundo altera a subordinação de um Assessor Especialista da SMS/ASSEPLA, com Função Gratificada, para o Gabinete de Vice-Prefeito.

O terceiro inclui unidades de trabalho (já existentes) no organograma da Coordenadoria Geral do Sistema Municipal de Urgências, excluindo-as do organograma de outras coordenações da SMS (SAMU subordinado ao HPS e Pronto-Atendimentos subordinados às Gerências Distritais). Além disso, altera a lotação de Funções Gratificadas relacionadas a esses mesmos serviços, para acompanhar as alterações supracitadas na estrutura do organograma, bem como altera a lotação de um (01) Cargo de Confiança definido no decreto 6309/88 para o Gabinete do Secretário.

O quarto decreto criado e que altera a estrutura da SMS extingue duas unidades de trabalho da CGAPSES e duas Funções Gratificadas das mesmas unidades de trabalho, bem como altera as denominações básicas de outras duas Funções Gratificadas instituídas pelo Anexo I do Decreto 6309/88 para 'Responsável por Atividades I'.

Apesar destas alterações já realizadas, outras tantas ainda são necessárias para alinhar a estrutura da SMS aos seus objetivos frente ao SUS. Como ação da meta da ASSEPLA na PAS 2013, a partir do segundo semestre a equipe do planejamento da SMS pretende aprofundar as discussões acerca do organograma da SMS, de forma que o mesmo se alinhe à missão e aos objetivos da SMS na efetivação do SUS em Porto Alegre.

No mês de maio, foi publicado o DECRETO Nº 18.278, DE 24 DE ABRIL DE 2013, que "Altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e o inc. XII do art. 2º do Decreto nº 9.391, de 17 de fevereiro de 1989.". Ainda no mesmo mês foi REPUBLICAÇÃO o DECRETO Nº 18.263, DE 16 DE ABRIL DE 2013, que "Altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o inc. XII do art. 2º do Decreto nº 9.391, de 17 de fevereiro de 1989, e o item 12 do inc. II do Anexo ao Decreto nº 8.713, de 31 de janeiro de 1986."

No mês de dezembro foi publicado o DECRETO Nº 18.505, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2013, que altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde criando a Gerência de Tecnologia da Informação e dá outras providências.

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

No primeiro quadrimestre de 2013 foram publicadas as Portarias 307, 308 e 357/ 2013, respectivamente no DOPA n° 4.476 e 4.484, de 02 e 12 de abril de 2013, disciplinam as diretrizes e normas que orientem a qualidade da aquisição e manutenção de materiais de consumo médico-hospitalares mediante um processo de normalização na inclusão, expansão e exclusão de itens da relação de materiais padronizados, maximizando a economia, a segurança, protegendo os interesses do Serviço Público e a qualidade da assistência prestada à Comunidade e alteram a composição estrutural, atribuições e respectivos membros componentes, da Comissão de Padronização de Materiais de Consumo Médico-Hospitalares da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, COMPAMATE – SMS/ POA,

Na edição n° 4.421, de 10 de janeiro de 2013, do DOPA. Foram publicadas as Resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre n° 37, 38, 39, 40, 42, 43 e 44/2012, que versam do credenciamento do Hospital Vila Nova para o recebimento de incentivos como Hospital Filantrópico cem por cento SUS; aprovação do Parecer 46/12, referente à Prestação de Contas da 30ª etapa Programa Nota Solidária do Hospital Parque Belém; aprovação do Regimento Interno do CDS Lomba do Pinheiro, do CDS Eixo Baltazar e do Conselho Gestor do Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro; o projeto de transferência da gestão do PA Lomba do Pinheiro ao Hospital São Lucas da PUC; aprovação do Parecer 08/12 - Regimento Interno do Conselho Distrital de Saúde Noroeste; aprovação do Parecer 47, 48/ 2012, referentes ao Plano de Aplicação da 29ª e 30ª etapas Programa Nota Solidária do Hospital Espírita de Porto; e discussão da Política de Atenção Básica a ser desenvolvida na Cidade (Proposta de Ampliação da Estratégia de Saúde da Família).

As Resoluções n° 45, 46, 47, 48 49 e 50/2012, do Conselho Municipal de Saúde, publicadas no DOPA n° 4.463 (13 de março de 2013), referentes a Prestação de Contas da 29ª etapa do Programa Nota Solidária do Hospital Espírita de Porto Alegre; a atualização do Plano Municipal de Vigilância Sanitária de Porto Alegre; a Planilha de Pactuação Municipal de Metas para 2012 – SISPACTO; do processo Eleitoral do CDS Lomba do Pinheiro; dos Agentes Comunitários de Saúde e do Calendário de Reuniões Ordinárias do Plenário para o ano de 2013.

**DECRETO Nº 18.399, DE 9 DE SETEMBRO DE 2013** - Cria a Comissão Técnica de Análise de Regularização Fundiária do Município (CTARF), dispondo sobre as suas atribuições; e revoga o Decreto nº 15.432, de 26 de dezembro de 2006.

**DECRETO Nº 18.370, DE 5 DE AGOSTO DE 2013** - Regulamenta a Lei nº 4.235, de 21 de dezembro de 1976 – que cria a Secretaria Municipal do Meio Ambiente e dá outras providências –, no que diz respeito à criação do Comitê de Sustentabilidade, no âmbito da Administração Pública Municipal, estabelecendo sua composição e rol de competências, com o objetivo de organizar e promover as ações de sustentabilidade desenvolvidas pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, e revoga o Decreto nº 17.831, de 15 de julho de 2012

**DECRETO Nº 18.482, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2013.-** Cria Grupo de Trabalho (GT), para incrementar a temporada de veraneio nas praias do Lami e Belém Novo, no Município de Porto Alegre.

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

##### **Comissão Intergestores Bipartite (CIB)/RS**

Integrantes da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RS - Titular: Carlos Henrique Casartelli; Suplente: Jorge Luiz Cuty da Silva - Conforme Of. Nº 1252/13-GS em 14/08/2013.

Integrantes da Secretaria Técnica (SETEC) Bipartite – CIB/RS - Titular: Carlos Henrique Casartelli; Suplente: André Luís Béllio – Conforme Of. Nº 06/13-GS em 21/06/2013.

Integrantes do CIR 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) - Titular: Carlos Henrique Casartelli; Suplente: Jorge Luiz Cuty da Silva – Conforme Of. Nº 1251/13-GS em 14/08/2013.

Integrantes da Secretaria Técnica (SETEC) CIR - Titular: Lurdes Maria Toazza Tura Conforme - Of. Nº 1250/13-GS em 14/08/2013, Suplente: Kelma Nunes Soares – Conforme Of. Nº 1250/13-GS em 14/08/2013.

##### **Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)**

Integrantes da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA) - Titular: Carlos Henrique Casartelli; Suplente: Inélio Figleski – Conforme Of. Nº 646/13-GS em 06/05/2013.

Integrantes do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) - Titular: Carlos Henrique Casartelli; Suplente: Inélio Figleski – Conforme Of. Nº 647/13-GS em 06/05/2013.

### **Conselho Municipal de Saúde**

Integrantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) – 1ª Representação - Titular: Carlos Henrique Casartelli; Suplente: Jorge Luiz Cuty da Silva - Conforme Of. Nº 833/13-GS em 07/06/2013.

Integrantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) - 2ª Representação – Titular: Rosane Baltazar - Conforme Of. Nº 1311/13-GS em 23/08/2013; Suplente: Lurdes Maria Toazza Tura - Conforme Of. Nº 817/12-GS em 16/05/2012.

Integrantes da Secretaria Técnica do (SETEC) do Conselho Municipal de Saúde (CMS) - Titular: Lurdes Maria Turra; Suplente: Kelma Nunes Soares - Conforme Of. Nº 739/12-GS em 21/05/2013.

## **5 HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO AO RECEBIMENTO DE RECURSOS**

**PORTARIA Nº 1.738, DE 19 DE AGOSTO DE 2013** - Estabelece incentivo de custeio para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

**PORTARIA Nº 2.178, DE 1º DE OUTUBRO DE 2013** - Estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Rede de Atenção Psicossocial e PO 0002 - Crack é possível vencer).

**Portaria SAS/MS nº 1217 de 04 de novembro de 2013** - Habilita Centro de Atenção Psicossocial para realizar os procedimentos específicos

**PORTARIA Nº 2.867, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2013** - Estabelece recurso a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade do Distrito Federal (DF), Estado do Rio Grande do Sul e Município de Porto Alegre (RS) - Bloco da

Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Plano Orçamentário 0002 - Crack É possível vencer).

**PORTARIA MS/SAS nº 1379 de 9 de dezembro de 2013** - Habilitação de 26 leitos no HCPA sede e 20 leitos na unidade Álvaro Alvim, num total de 46 leitos. Os leitos são para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental (alcool, crack e outras drogas).

**RESOLUÇÃO Nº 534/13 - CIB/RS** - Autoriza o repasse de recurso financeiro do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde do município, referente à competência agosto de 2013, de acordo com as Resoluções nº 401/11, nº 074/12 e nº 242/13 – CIB/RS: CAPS ad III CNES 7313810.

**RESOLUÇÃO Nº 634/13 - CIB/RS** - Autoriza o repasse financeiro do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde do município de Porto Alegre, no valor de R\$ 14.400,00 (quatorze mil e quatrocentos reais), para realização de exames de eletroforese de hemoglobina, solicitados pelas unidades de saúde que constituem a Rede de Atenção Básica do Estado, a *Resolução Nº 667/13 – CIB / RS* – que aprova o credenciamento do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de Equipes de Saúde da Família (ESF), de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de Equipes de Saúde Bucal (ESB) apresentados pelos municípios, conforme Anexo I desta Resolução: 3 novos NASFs.

**RESOLUÇÃO Nº 693/13 – CIB / RS** - Autoriza o repasse financeiro do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde do município listado abaixo referente ao custeio de Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica: Oficina Terapêutica Tipo I CNES 2264722 USF Esmeralda e CNES 5878632 UBS Panorama.



## 6 GESTÃO DA SAÚDE

**Quadro 1** – Metas anuais constantes na PAS 2013

Metas	Realizado
<b>106.</b> Assessorar 100% das coordenações, assessorias e Gerências Distritais para o Planejamento do SUS.	Meta atingida. Durante o ano de 2013, todas as ações de assessoramento aos diversos setores da SMS foram sendo gradativamente efetivadas, com assessorias em todas as gerencias e coordenações da CGADSS, Gerencia de Tecnologia da Informação, GRSS, CGAPSES. As demais coordenações receberam assessorias para elaboração dos seus relatórios trimestrais. No primeiro trimestre, quatro das seis ações previstas para o ano já haviam sido realizadas. No segundo trimestre foi cumprida mais uma das seis ações, faltando somente as ações de capacitação em planejamento para as Equipes de Monitoramento das Gerências Distritais e para os setores da SMS. Estas capacitações aconteceram no terceiro trimestre, cumprindo-se assim a totalidade das ações programadas para 2013.
<b>107.</b> Acompanhar 100% das metas da Programação Anual de Saúde e do Plano Municipal de Saúde.	Meta atingida. Todas as metas da PAS foram acompanhadas ao longo do ano através dos Relatórios Trimestrais de Gestão, sendo que duas ações previstas para 2013 foram redimensionadas para ocorrer a partir da Modelagem da Rede de Atenção à Saúde, a saber: Revisão do Organograma da Secretaria Municipal de Saúde e Elaboração de diretrizes clínicas conforme prioridades identificadas.

O ano de 2013 foi marcado pela elaboração e aprovação por unanimidade do PMS 2014-2017, representando o êxito de trabalho no SUS em conjunto entre gestores, trabalhadores, controle social e instituições de ensino.

A aproximação do planejamento com o financeiro da SMS e da Secretária de Planejamento Estratégico e Orçamento - SMPEO contribuiu na elaboração do Plano Plurianual de governo.

Destaca-se o fortalecimento e o trabalho desenvolvido pelas equipes de monitoramento das oito gerências distritais da cidade, apresentados no II Seminário do ConsolidaSUS quais foram os avanços e desafios ocorridos no ano 2013.

Enfatiza-se o trabalho de regionalização da saúde da SMS com a entrega dos mapas de saúde e do aplicativo do GeoSaúde disponível, atualmente, na rede intranet, para a visualização dos mapas com áreas de atuação, gerências distritais, distritos sanitários e estabelecimentos de saúde. Para a multiplicação no uso dessa ferramenta GeoSaúde nos serviços, houve a qualificação de mais de 150 profissionais de todas as áreas da SMS.

Com o objetivo de qualificar a Rede de Atenção à Saúde – RAS na SMS, a em dezembro, a Assessoria de Planejamento e Programação (ASSEPLA) iniciou com as coordenações o processo de Modelagem da Rede de Atenção à Saúde resgatando a missão da SMS, a vocação dos serviços a partir do foco das necessidades do usuário.

O intuito é que em 2014 a SMS avance na atualização do organograma e na elaboração de seu regimento interno com padrões mínimos de cada serviço tendo a perspectiva de qualificar os fluxos de atendimento ao usuário no SUS. Pretendemos seguir no alcance das metas e dos objetivos propostos no PMS 2014-2017 que entrará em vigor.

## 6.1 Gestão do Trabalho em Saúde

### 6.1.1 Caracterização da Força de Trabalho

**Quadro 2** – Metas anuais constantes na PAS 2013

<b>Metas 2013</b>	<b>Realizado da Metas</b>
<b>88.</b> Nomear 10 cargos de Auxiliar de Farmácia	Meta não atingida. As ações previstas foram realizadas, o edital do concurso sairá em janeiro de 2014.
<b>89.</b> Repor 100% das vacâncias geradas por exoneração dos servidores municipais.	Meta atingida. A partir do monitoramento constante e dinâmico que tem contado com a compreensão das demais instâncias da PMPA as vacâncias vem sendo repostas.

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

A rede municipal de saúde de Porto Alegre contava, em dezembro de 2013, com uma força de trabalho composta de 8.160 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.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos servidores por categorias profissionais, referentes ao período de 2013, comparando-a com o ano anterior.

No relatório, foi adotado o comparativo entre as datas de 31 de dezembro de 2012 e 2013, 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.

### Quantitativo da Força de Trabalho

**Tabela 1 - Evolução da força de trabalho da SMS, por tipo de vínculo, período 2012-2013.**

Vínculo	2013		2012		Varição 2013/2012
	Nº	%	Nº	%	%
<b>Municipal</b>	4.656	57,06	4.706	58,01	-1,06
<b>Estadual</b>	516	6,32	576	7,1	-10,42
<b>Federal</b>	253	3,1	277	3,41	-8,66
<b>Lei 7.770/96*</b>	0	0	50	0,62	-100
<b>Terceirizados**</b>	896	10,98	877	10,81	2,17
<b>ESF</b>	1.839	22,54	1.626	20,04	13,1
<b>Total</b>	<b>8.160</b>	<b>100</b>	<b>8.112</b>	<b>100</b>	<b>0,59</b>

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

\*Lei Municipal 7.770/96 estabelece diretrizes para a contratação temporária no âmbito da Prefeitura Municipal de Porto Alegre

\*\*Terceirizados: profissionais contratados através de processo licitatório.

**Tabela 2 – Quantitativos de profissionais do IMESF, período 2012-2013**

Cargo	2013	2012	Varição N°
Administrador	4	0	4
Agente Comunitário	641	527	114
Agente de Combate as Endemias	122	135	-13
Assessor Jurídico	0	1	-1
Assistente Administrativo	23	9	14
Atendente de Gabinete	57	13	44
Autonomo	0	1	-1
Cirurgião Dentista	55	11	44
Contador	1	1	0
Diretor Administrativo	1	3	-2
Diretor Técnico	1	1	0

Enfermeiro	171	33	138
Médico	78	68	10
Mais Médicos*	67	0	67
Técnico em Contabilidade	2	2	0
Técnico em Enfermagem	291	81	210
Técnico em Saúde Bucal	35	9	26
Técnico em Segurança do Trabalho	2	1	1
Vice-presidente	1	1	0
<b>Total</b>	<b>1.551</b>	<b>897</b>	<b>654</b>

Fonte: IMESF

\* Programa Mais Médicos

O IMESF foi criado em julho de 2011 e as primeiras contratações ocorreram em fevereiro de 2012. Alguns agentes comunitários de saúde foram mantidos tendo em vista a Emenda Constitucional 51/2006, para os outros cargos foram realizados concursos públicos ao longo do ano de 2012 e 2013

**Tabela 3** - Evolução do quantitativo de servidores efetivos, por nível de cargo, período 2012 e 2013.

Nível de Cargo	2013		2012		Varição 2013/2012
	Nº	%	Nº	%	%
Superior (NS)	2.478	45,68	2.553	45,93	-2,94
Médio (NM)	2.351	43,34	2.410	43,35	-2,45
Elementar (NE)	596	10,99	596	10,72	0
<b>Total</b>	<b>5.425</b>	<b>100</b>	<b>5.559</b>	<b>100</b>	<b>-2,41</b>

Fonte: Relatório PROCEMPA

OBS: Os servidores adidos dos anos 2012 e 2013 estão computados separadamente, desta forma, altera os totais de servidores por nível de cargo, em comparação com as Tabelas 4, 5 e 6.

**Tabela 4** – Evolução do quantitativo de servidores efetivos e cargos em comissão, por cargos Nível Superior- NS, período 2012-2013

CARGO	2013	2012	VARIAÇÃO Nº
Administrador	27	26	1
Arquiteto	5	5	0
Arquivista	1	1	0
Assessor Especialista - CC	6	6	0
Assessor Técnico - CC	5	5	0
Assistente - CC	3	4	-1
Assistente Social	79	83	-4
Bibliotecário	2	2	0
Biólogo	12	11	1
Chefe de Equipe - CC	2	0	2

Chefe de Gabinete - CC	1	1	0
Cirurgião-Dentista	144	155	-11
Coordenador-Geral - CC	3	2	1
Economista	3	3	0
Enfermeiro	461	465	-4
Engenheiro	14	15	-1
Engenheiro Químico	1	1	0
Farmacêutico	70	66	4
Físico	1	2	-1
Fisioterapeuta	35	34	1
Fonoaudiólogo	13	11	2
Gerente de Atividades III NDS - CC	2	1	1
Gerente III - CC	1	1	0
Gerente IV - CC	1	0	1
Médico	1.370	1.430	-60
Médico Veterinário	21	22	-1
Nutricionista	53	57	-4
Ouvidor Sus - CC	1	1	0
Procurador Municipal	5	5	0
Professor	13	12	1
Psicólogo	92	97	-5
Secretário Adjunto - CC	1	1	0
Sociólogo	2	2	0
Técnico em Comunicação Social	3	4	-1
Terapeuta Ocupacional	27	22	5
<b>TOTAL</b>	<b>2.480</b>	<b>2.553</b>	<b>-73</b>

Fonte: Relatório PROCEMPA

**Tabela 5** - Evolução do quantitativo de servidores efetivos e cargos em comissão, por cargos Nível Médio- NM, período 2012-2013

<b>CARGO</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>VARIAÇÃO N°</b>
Agente de Fiscalização	53	55	-2
Assistente Administrativo	433	435	-2
Assistente Administrativo Hospitalar	14	15	-1
Auxiliar de Enfermagem	942	981	-39
Auxiliar de Gabinete Odontológico	64	68	-4
Auxiliar de Serviço Social	7	7	0
Auxiliar de Serviços Técnicos	5	5	0
Chefe de Equipe – CC	0	3	-3
Eletrotécnico	8	7	1
Gestor E – CC	1	1	0
Monitor	16	15	1
Oficial de Gabinete – CC	1	1	0
Técnico de Segurança do Trabalho	6	6	0
Técnico em Contabilidade	2	4	-2
Técnico em Enfermagem	630	635	-5

Técnico em Higiene Dental	4	4	0
Auxiliar de Laboratório e Análises / Técnico em Laboratório e Análises Clínicas	48	50	-2
Técnico em Nutrição e Dietética	12	12	0
Técnico em Radiologia	101	104	-3
Técnico em Tratamento de Água e Esgotos	1	1	0
Visitador Sanitário	1	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>2.349</b>	<b>2.410</b>	<b>-61</b>

Fonte: Relatório PROCEMPA

**Tabela 6** - Evolução do quantitativo de servidores efetivos e cargos em comissão, por cargos Nível Elementar- NE, período 2012-2013

<b>CARGO</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>VARIAÇÃO N°</b>
Apontador	28	27	1
Ascensorista	2	3	-1
Atendente	65	65	0
Aux Elet Mec	1	1	0
Auxiliar de Cozinha	24	25	-1
Auxiliar de Serviços Gerais	79	82	-3
Carpinteiro	3	3	0
Chapeador	1	0	1
Continuo	38	39	-1
Costureira	3	3	0
Cozinheiro	14	14	0
Eletricista	22	24	-2
Estofador	1	0	1
Gari	6	5	1
Guarda Municipal	1	1	0
Instalador	7	8	-1
Jardineiro	1	0	1
Maquinista	3	4	-1
Marceneiro	2	2	0
Mecânico	6	6	0
Motorista	141	136	5
Motorista (CLT)	2	1	1
Operador de Estação de Tratamento	1	1	0
Operador de Maquinas	1	1	0
Operador de Radio Transceptor	3	4	-1
Operário	28	26	2
Operário (CLT)	26	27	-1
Operário Especializado	21	21	0
Pedreiro	4	3	1
Pintor	5	5	0
Porteiro	1	1	0
Recepcionista	26	28	-2
Soldador	4	4	0

Telefonista	26	26	0
<b>TOTAL</b>	<b>596</b>	<b>596</b>	<b>0</b>

Fonte: Relatório PROCEMPA

### Movimentação de pessoal

**Tabela 7** - Comparativo da movimentação de pessoal, período 2012-2013

ANO	INGRESSOS	SAÍDAS	VARIAÇÃO N°
	EFETIVO	EFETIVO	
<b>2013</b>	60	194	-134
<b>2012</b>	502	315	187

Fonte: Relatórios PROCEMPA

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.

Estamos em alinhamento direto com a Secretaria de Administração e de Planejamento Estratégico e Orçamentário de modo a garantir a reposição das vacâncias com a máxima agilidade necessária.

A CGADSS, juntamente com os demais componentes da SMS, que estão apresentando relatórios detalhados de necessidade de reposição de recursos humanos, de modo a definir as necessidades de concurso, criação de cargos e nomeações que serão necessárias.

Solicitou-se ainda em 2013 criação de cargos de farmacêutico, a qual está em tramitação.

A respeito de concursos, em 2013 movimentou-se:

- Auxiliar de Farmácia – cuja conclusão ocorrerá em 2014;
- Realização de concurso para Biomédico;
- Conclusão concurso Fonoaudiólogo;
- Realização de concurso de especialidades médicas: Pneumologia, Radiologia, Traumatologia/ Ortopedia, Cardiologia, Emergencista, Oftalmologia e Intensivista Adulto;

- Concursos solicitados em 2013 cuja conclusão ocorrerá e 2014: Medicina Interna, Psiquiatria Adulto e Infantil, Urologia, Cirurgia Geral e Torácica;
- Solicitação de concurso para enfermeiro;

Em termos de nomeações, concentramos parte das mesmas no cargo de Técnico de Enfermagem, a partir da criação de cargos que ocorreu em dezembro de 2013, transformando 106 cargos de auxiliar em técnico. Em 2013 obteve-se autorização para 50 nomeações que iniciaram em 2013 e finalizarão em 2014. Igualmente obteve-se autorização para nomear 24 médicos, utilizando-se as especialidades com concurso vigente, situação que igualmente iniciou-se em 2013, com finalização para 2014 em função do aguarde para especialidades cujo concurso homologou em 2014. Há de se apontar que diversas nomeações foram realizadas e profissionais desistiram de assumir, de modo que o cargo demora mais tempo para ser coberto.

Cirurgiões Dentistas e auxiliares de gabinete odontológico também tiveram nomeação autorizada e iniciada em 2013. Por fim, salienta-se a nomeação de 2 fonoaudiólogos.

Para além das informações prestadas estamos analisando todos os cargos que operam na saúde buscando verificar os encaminhamentos que devem ocorrer (criação de cargos, solicitação de concurso e/ou nomeação).

### Contratos temporários/ Lei Municipal 7.770

**Tabela 8 – Contratações Temporárias – Lei 7.770/96 – Período 2012-2013**

<b>CARGO</b>	<b>NÍVEL</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>VARIAÇÃO</b>
Agente Comunitário de Saúde	NM	0	47	-47
Agente de Combate a Endemias	NM	0	2	-2
Auxiliar de Cozinha	NE	0	0	0
Auxiliar de Gabinete Odontológico	NM	0	0	0
Auxiliar de Laboratório e Análises	NM	0	0	0
Biólogo	NS	0	0	0
Biomédico	NS	0	0	0
Cozinheiro	NE	0	0	0
Enfermeiro	NS	0	1	-1
Farmacêutico	NS	0	0	0
Farmacêutico Bioquímico	NS	0	0	0



Fisioterapeuta	NS	0	0	0
Médico	NS	0	0	0
Motorista	NE	0	0	0
Nutricionista	NS	0	0	0
Supervisor de Campo	NM	0	0	0
Técnico em Enfermagem	NM	0	0	0
Técnico em Radiologia	NM	0	0	0
Terapeuta Ocupacional	NS	0	0	0
<b>Total</b>		<b>0</b>	<b>50</b>	<b>-50</b>

Fonte: Relatório PROCEMPA

Na tabela acima, constam o somatório das contratações efetuadas em 2012 e 2013. No ano de 2013 não houveram contratados temporários através da Lei Municipal 7.770/96.

Salienta-se que a CGADSS realizou indicação de servidores que irão compor do Grupo de Trabalho que está, juntamente com a consultoria contratada pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, realizando o estudo para a proposta de Plano de Cargos e Carreira para os servidores, situação que avançará em 2014.

### 6.1.2 Saúde do Servidor

**Quadro 3 – Meta anual constante na PAS 2013**

Meta 2013	Realizados da Meta
105. Incluir 2.000 servidores da Administração Centralizada ainda não contemplados no exame periódico.	<p>Meta não atingida.</p> <p>Foram realizados 314 exames periódicos no ano de 2013, de setores diversos da PMPA, por demanda espontânea, restrições de atividades, ex officio e por determinação superior ou judicial.</p> <p>Foi criado um Grupo de Trabalho em âmbito da PMPA, constituído pela SMA, SMS, SMPEO e PREVIMPA para fins de estudo de Reestruturação da Saúde e Segurança dos Municípios – esse grupo está em atividade desde novembro de 2013 para encaminhar propostas de reordenamento dos setores de Saúde e Segurança na PMPA, abrangendo a GSSM/SMS.</p> <p>Com o estudo de reestruturação dos setores de saúde e segurança do servidor em âmbito de PMPA, o planejamento de ações está suspenso, sendo que as atividades permanecem sendo executadas na rotina habitual, atendendo a legislação municipal e a demanda corrente, dentro da capacidade instalada da GSSM.</p>

**Tabela 9 - Acidentes de trabalho PMPA e Exames Periódicos**

Descrição do Item	Período				Variação	
	2013		2012		2013/2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Exames Periódicos</b>	314	2,32%	236	1,7	78	33,05
<b>Acidentes de Trabalho</b>	431	3,19	644	4,64	<b>-213</b>	<b>-33,07</b>

Fonte: GSSM/SMS, ERGON, Portal de Transparência-Dez 2013

### 6.1.3 Atendimento Funcional

**Quadro 4 – Meta anual constante na PAS 2013**

Metas 2013	Realizados da Meta
<b>104.</b> Identificar e monitorar 100% dos servidores que solicitem acompanhamento funcional.	Meta não atingida. A partir da aproximação sistemática com a GEAF tem-se avançado na discussão de ações e estratégias para compreender e atuar nos fatores que geram o acompanhamento funcional de modo que se visualize tal processo em sua amplitude.

**Tabela 10 – Dados gerais referentes aos acompanhamentos funcionais de servidores da SMS**

Acompanhamento Funcional	2013	2012*	Variação Nº
Casos que foram abertos ou reabertos no período	72	-	-
Casos que foram encerrados no período	96	-	-
Casos que foram abertos/reabertos e encerrados no período	31	-	-
Casos que seguem em acompanhamento atualmente	141	-	-
<b>Total de casos acompanhados no período</b>	<b>340</b>	<b>132</b>	<b>208</b>

Fonte: GEAF/PMPA

\* No Relatório de Gestão Anual 2012 a contagem do atendimento funcional não era informada separadamente, esta divisão ocorreu a partir do 1º quadrimestre de 2013.

**Tabela 11 - Motivos relacionados aos Acompanhamentos Funcionais Individuais realizados.**

Motivo	2013	2012	Variação Nº
Acompanhamento de processos de avaliação laboral	6	-	6
Assédio moral ou sexual	1	4	-3
Atrasos não justificados	5	-	5
Baixa pontuação em avaliação	40	36	4
Busca de informações ou outros serviços	6	-	6
Comportamento inadequado	14	-	14
Desmotivação, sobrecarga de trabalho ou estresse	9	6	3
Dificuldade de relacionamento no trabalho	61	15	46
Dificuldades em realizar as atribuições do cargo	13	3	10
Discordância em avaliação	10	15	-5
Faltas não justificadas	5	-	5
Insatisfação com avaliação laboral	2	-	2

Insubordinação ou desrespeito a normas	2	3	-1
Movimentação	34	15	19
Outros motivos	9	12	-3
Problemas pessoais	3	4	-1
Queixas sobre o local de trabalho	13	5	8
Retorno ao trabalho	7	-	7
Sofrimento psíquico	22	10	12
Uso de substância psicoativa	6	4	2
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>132</b>	<b>136</b>

Fonte: GEAF/PMPA

**Tabela 12** - Acompanhamentos realizados por cargo

<b>Cargos</b>	<b>2013</b>
Agente de Fiscalização	1
Assistente Administrativo	17
Assistente Social	2
Atendente	3
Auxiliar de Cozinha	2
Auxiliar de Enfermagem	21
Auxiliar de Gabinete Odontológico	2
Auxiliar de Serviços Gerais	3
Cirurgião-Dentista	2
Cozinheiro	1
Enfermeiro	15
Farmacêutico	5
Fisioterapeuta	3
Médico	17
Monitor	4
Motorista	2
Nutricionista	4
Psicólogo	6
Técnico de Enfermagem	64
Técnico em Higiene Dental	1
Técnico em Laboratório e Análises Clínicas	1
Técnico em Radiologia	3
Telefonista	1
Terapeuta Ocupacional	5
<b>Total</b>	<b>185</b>

Fonte: GEAF/PMPA

\* No Relatório de Gestão Anual 2012, este dado não era informado, esta informação passou a fazer parte do Relatório do 2º quadrimestre de 2013.

Uma vez que o acompanhamento funcional vem sendo realizado na Gerência de Acompanhamento Funcional, instância vinculada à Secretaria de Administração, os dados são fornecidos pela GEAF.

A Gerência de Acompanhamento Funcional (GEAF), área subordinada à Supervisão de Recursos Humanos, da SMA, tem como objetivos promover o desenvolvimento e a saúde do servidor através de políticas e ações de Recursos Humanos que qualifiquem a organização do trabalho, visando a excelência dos serviços públicos prestados à comunidade. Sua área de abrangência compreende toda a Administração Centralizada da PMPA. Estamos divididos em dois eixos de atuação: Acompanhamento de Pessoas e Acompanhamento Gerencial.

**Tabela 13** - Nº de ocorrências por tipo de licença

LICENÇAS	2013	2012	VARIAÇÃO Nº
BAS	74	63	11
LAI	4	26	-22
LAT	281	271	10
LG	92	74	18
LTP	959	975	-16
LTS	5.005	4.997	8
LAC	6	5	1
LAA	102	111	-9
LTI	21	14	7
<b>TOTAL</b>	<b>6.544</b>	<b>6.536</b>	<b>8</b>

Fonte: GEAF / Ergon

Verificando a tabela acima, podemos constatar que houve um incremento de 8 ocorrências em 2013 sendo que, no quantitativo, sobressaem as licenças: LTP (Licença para Tratamento de Pessoa da Família), e a LTS (Licença para Tratamento de Saúde).

## 6.1.4 Educação Permanente em Saúde

**Quadro 5** – Meta anual constante na PAS 2013

Metas 2013	Realizados da Meta
<b>103.</b> Avaliar e encaminhar 100% dos Planos de atividades de Ensino em Serviço de acordo com os fluxos da Comissão Permanente de Ensino em Serviço e as prioridades da SMS.	Meta atingida. Foi realizado avaliação e encaminhamento de 100% dos Planos de Atividade de Ensino em Serviço.

### Análise da Política de Integração Ensino-Serviço

Este foi um ano de importantes avanços na implantação da política pública para a integração ensino-serviço-comunidade, entre os quais destacamos:

1) Quanto a Comissões de Educação Permanente de Ensino em Serviço CPES:

1.1) A sua consolidação como instância colegiada coordenadora da Política de Integração Ensino e Serviço, através de uma Rede estruturada por duas sub-redes: uma baseada nas Comissões de Educação Permanente/Ensino e Pesquisa dos dois hospitais (HPS e HMIPV), da área de Desenvolvimento de RH (CGADSS), da Coordenação de Urgência (CMU) e da Vigilância Sanitária (CGVS), e outra de base territorial, composta pelas Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL) dos Distritos Docentes Assistenciais (DDAs) da Secretaria. É importante destacar a participação qualificada do Controle Social na CPES.

1.2) Ampliação do controle e gestão das ações de ensino e serviço por meio dos Planos de Atividade, através da divulgação da Resolução 01/2012 e da determinação da SMS que estabelece que os alunos só podem acessar os cenários de práticas mediante autorização dos Planos de Atividades. Nosso esforço é para que os Planos de Atividades não fiquem restritos a uma função burocrática/administrativa, mas funcionem como instrumentos pedagógicos para qualificação da relação ensino e serviço nos cenários de prática, servindo para planejamento das atividades e para posterior avaliação. Temos registrados 2.962

alunos em Práticas Curriculares/Estágios na ESF e 374 residentes externos no período jan/nov.

## 2) Quanto aos Distritos Docentes Assistenciais - DDAs:

2.1) Consolidação dos DDAs já implantados e avanço na estruturação dos DDAs NHNI/IPA e NEB/UFCSPA, que estavam em implantação. Também aqui temos que destacar a participação qualificada do Controle Social em todas as Comissões de Gestão e Acompanhamento Local dos DDAs.

2.2) Ampliação do território de referência docente-assistencial da UFRGS para a GD Centro.

2.3) Início da construção do DDA SCS, com o IC-FUC (Resid. Multiprofissional em Cardiologia) e com a UniRitter (que está ampliando os cursos na área da saúde).

## 3) Residências:

3.1) Análise e pactuação de 5 Programas de Residência: quatro Programas de Residência Médica da Santa Casa (ampliação dos Programas em Cardiologia e Radiologia e criação dos Programas de Medicina de Urgência e Cancerologia Pediátrica); Programa de residência Médica em psiquiatria do Hospital Mãe de Deus.

3.2) Elaboração e aprovação de 3 Programas de Residência Multiprofissional em parceria com Instituições de Ensino: Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Criança, parceria do HMIPV com a UFRGS, com 12 bolsas do MEC; Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Urgência e Emergência, parceria do HPS com o IPA, com 12 bolsas do MS; Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Vigilância em Saúde, parceria do CGVS com a Escola de Saúde Pública (ESP-RS) e o CEVS, com 13 bolsas da ESP;

## 4) PRÓ/PET SAÚDE:

4.1) Concorremos, com as Instituições Parceiras, a dois Editais PET neste ano, com grande sucesso: no PET Vigilância temos 6 grupos PET e no PET Redes de Atenção temos 17 grupos PET.

4.2) Atualmente temos 40 grupos PET em atividade: 5 com o IPA; 9 com a PUC; 11 com a UFCSPA e 15 com a UFRGS.

4.3) Com esses novos PETs podemos dizer que está consolidada a metodologia de elaboração de projetos da Secretaria com as Instituições Parceiras: os projetos foram elaborados a partir das prioridades dos territórios de referência da integração docente assistencial, conforme as definições das Comissões de Gestão e Acompanhamento Local dos DDAs, com a participação permanente do Controle Social.

4.4) A visita de acompanhamento dos Projetos PRÓ/PET pelo Ministério identificou a qualidade diferenciada da integração ensino e serviço em Porto Alegre, destacando a o alto nível da relação entre a SMS e as Instituições de Ensino e a qualidade da participação do Controle Social. Em decorrência dessa avaliação, a SGTES convidou a CPES para a apresentar a experiência de Porto Alegre para os consultores do Ministério, no dia 09/12, em Brasília. Nessa reunião, a SGTES apresentou uma avaliação extremamente positiva da Política de Integração Ensino e Serviço da SMS e ficou de propor para o CONASEMS a realização de um evento para apresentação da experiência de POA como uma referência para os demais Municípios.

#### Modalidades de Ensino em Serviço

As atividades de ensino em serviço estão reguladas pela Lei Federal nº 11.788/08 e Decreto Municipal nº 16.132/08, que regulam as atividades de **estágio remunerado** e de **estágio não remunerado**, e pela Resolução 01/2012, da SMS, que estabelece cinco modalidades de ensino em serviço: a) a **observação orientada**, que não implica nenhuma intervenção junto aos usuários por parte do aluno, é desenvolvida sem a presença do professor em tempo integral e deve ser desenvolvida dentro de uma disciplina prevista no currículo; b) as **práticas curriculares**, que se desenvolve com a presença do professor em tempo integral, em grupos de até 10 alunos a cada momento e também deve ser desenvolvida dentro de uma disciplina prevista no currículo; c) o **estágio em unidades da Estratégia da Saúde da Família**, enquanto ato educativo no ambiente de trabalho, no qual o aluno desenvolve suas atividades sob a supervisão de um profissional do campo e de um professor orientador da instituição de ensino; d) **Formação de Pós-Graduação em Serviço**, que é a atividade do aluno de programa de pós-graduação,

*lato e stricto sensu*, sob a orientação de um profissional do campo e de um professor da instituição de ensino; e e) **Residência**, que é a atividade de ensino em serviço do aluno vinculado a Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, Residência em Área Profissional da Saúde e Residência Médica. Essas modalidades estão regulamentadas de forma a não caracterizar vínculo empregatício e assegurar a compatibilidade das ações com o currículo de cada área de formação.

## 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 14** - Quantitativo de estagiários remunerados da SMS nos anos de 2013/2012.

Estagiários	Período		Variação	
	2013	2012	2013/2012	
	Nº de vagas ocupadas*	Nº de vagas ocupadas*	Nº	%
Ensino Médio	219	206	13	6,30%
Ensino Técnico	81	50	31	62,00%
Ensino Superior	254	251	3	1,20%
<b>Total ocupado</b>	<b>554</b>	<b>507</b>	<b>47</b>	<b>9,30%</b>

**Fonte:** Sistema ERGON (PMPA)/ Relatório 1408. Informações referentes ao nº de estagiários com Termo de Compromisso de Estágio vigente no dia 31 de dezembro de 2013 e 2012.

\* Incluído vagas do Programa Pró-Jovem, controladas pela SMA e não são vagas exclusivas da SMS.

**Nota explicativa:** Devido ao caráter não cumulativo das informações sobre estágios ao longo do ano, adotou-se como referência o quantitativo de ocupação de vagas de estágio 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 15** - Quantitativo de estagiários remunerados SMS por Projeto/Programa nos anos de 2013/2012.

Projeto/Local de Atuação	Número de Vagas por Projeto	2013	2012	Variação	
		Nº de vagas ocupadas	Nº de vagas ocupadas	Nº	%
1) Programa Rotativo (nº 918) <sup>1</sup>	246	164	158	6	3,80%
2) Programa Rotativo HPS (nº 901)	31	24	24	0	0,00%
3) Programa Rotativo HMIPV (nº 161)	113	91	92	-1	-1,10%
4) Projeto: Programa de Erradicação do Aedes Aegypti (nº 114) <sup>2</sup>	17	4	4	0	0,00%
5) Projeto: Atenção Integral à População de Porto Alegre (nº 178) <sup>2</sup>	80	57	51	6	11,80%
6) Projeto: Vigilância do Estado Nutricional de Crianças e Gestantes (nº 154)	5	3	0	3	–
7) Projeto: Reorganização da Assistência Farmacêutica (nº 116)	102	69	59	10	16,90%
8) Projeto: PIM/ PIÁ – Primeira Infância Melhor (nº 166)	105	56	63	-7	-11,10%
9) Projeto: Atenção a Saúde em Creches Comunitárias (nº 036) <sup>2</sup>	36	10	6	4	66,70%
10) Projeto: Programa de Saúde Escolar: Universidade / SUS (nº 165) <sup>2</sup>	30	9	12	-3	-25,00%
11) Projeto de Prevenção a DST/ AIDS (nº 035) <sup>2</sup>	37	22	15	7	46,70%
12) Projeto: Trabalho de Ações em Saúde Ambiental para o PIEC (nº 171) <sup>2</sup>	19	16	6	10	166,70%
13) Projeto Tchê Ajudo – (início do projeto em abril/12) - (nº 192) <sup>2</sup>	12	9	5	4	80,00%
14) Projeto: Telemedicina/ Informática/ CGRABS remanejo projeto 116 (nº 181) <sup>2</sup>	8	5	4	1	25,00%
15) Programa Pró-Jovem	20*	15	8	7	87,50%
<b>Total 841 vagas SMS + 20* Programa Pró-Jovem)</b>	<b>861</b>	<b>554</b>	<b>507</b>	<b>47</b>	<b>9,30%</b>

**Fonte:** Sistema ERGON (PMPA)/Relatório 1408. Informações referentes ao nº de estagiários com Termo de Compromisso de Estágio vigente no dia 31 de dezembro de 2013 e 2012.

\* O total de vagas do Programa Pró-Jovem são 20, controladas pela SMA e não são vagas exclusivas da SMS.

<sup>1</sup> Vagas gerais da Secretaria Municipal da Saúde que não precisam ser renovadas.

<sup>2</sup> Projetos precisam ser renovados, possuem validade.

Na tabela acima se observa um aumento de 9,3% no total de contratações de estagiários remunerados, via SMA, em comparação ao mesmo período de 2012. As variações identificadas acima também são um reflexo das variantes que compõe o

processo de formalização de contratação dos estagiários junto à SMA, pois há vagas que estão em processo de contratação e por esse motivo não constam no número de vagas ocupadas.

### Estágios Não Remunerados

**Tabela 16** - Quantitativo de estagiários Não Remunerados formalizados na SMS (Totalizando dados da EE/CGADSS, HPS e HMIPV)

Estagiários	Período		Variação	
	2013	2012	N°	%
	N° de estagiários	N° de estagiários		
Ensino Técnico	113	115	-2	-1,73
Ensino Superior	752	840	-88	-10,47
<b>Total</b>	<b>865</b>	<b>955</b>	<b>-90</b>	<b>-9,42</b>

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

Observação Orientada e Prática Curricular em Serviços da Secretaria e Estágio Não Remunerados em Unidades da ESF

Estas são três modalidades de ensino em serviço de nível técnico e de graduação definidas na Resolução 01/2012, da SMS. Elas têm a sua formalização através do formulário Plano de Atividades e Termo de Compromisso e são gerenciadas pela Equipe de Desenvolvimento (ED/CGADSS) e pela Equipe de Estágio (EE/CGADSS).

**Tabela 17** - Quantitativo de estudantes nas modalidades de ensino em serviço de Observação Orientada, Prática Curricular e Estágio não remunerados na ESF, nos anos de 2012/2013

INSTITUIÇÃO	CURSO	2013	2012	Variação
		N° de alunos	N° de alunos	N°
UFRGS	Enfermagem	171	130	41
	Odontologia	35	31	4
	Fisioterapia	219	139	80
	Psicologia	---	2	-2
	Medicina	95	29	66
PUCRS	Enfermagem	538	588	-50
	Nutrição	278	208	70
	Serviço Social	---	1	-1

	Medicina	306	330	-24
	Odontologia	89	97	-8
	Farmácia	---	40	-40
UNIVERSITÁRIO	Técnico em Enfermagem	290	114	176
	Técnico em Enfermagem Centro Cirúrgico	6	10	-4
IPA	Enfermagem	186	287	-101
	Serviço Social	5	---	5
	Fisioterapia	49	20	29
ULBRA	Enfermagem	47	69	-22
SENAC	Técnico em Enfermagem	63	39	24
	Técnico em Enfermagem Centro Cirúrgico	---	12	-12
LAFAYETTE	Técnico em Enfermagem Instrumentação Cirúrgica	55	31	24
	Técnico em Enfermagem	29	12	17
FUC	Técnico em Enfermagem	30	118	-88
UNISINOS	Enfermagem	95	190	-95
UFCSPA	Enfermagem	109	94	15
	Medicina	---	4	-4
	Fonoaudiologia	---	18	-18
	Fisioterapia	87	---	87
	Nutrição	2	---	2
	Psicologia	31	---	31
FEEVALE	Enfermagem	26	---	26
FACTUM	Técnico em Enfermagem	109	60	49
INSTITUTO MARISTA GRAÇAS	Técnico em Enfermagem	---	55	-55
ESCOLA ZONA SUL	Técnico em Enfermagem	145	71	74
<b>TOTAL</b>		<b>3.095</b>	<b>2.799</b>	<b>296</b>

Fonte: Planilhas de Práticas dos anos 2012/2013 da EE/SMS.

A SMS recebeu 3095 estudantes dos níveis de ensino técnico e de ensino graduação, nas modalidades de Observação Orientada, Prática Curricular e Estágio na ESF, cuja entrada nos campos de prática da Secretaria foi formalizada através das Cooperações Técnicas, entre as Instituições de Ensino e a SMS, e gerenciadas através dos Planos de Atividades de Ensino e Termos de Compromisso, pela Equipe de Desenvolvimento e pela Equipe de Estágios, ambas do CGADSS.

Os 3095 estudantes (em 2012 foram 2799) significam um incremento de 296 alunos, que corresponde a 10,6 % sobre o número de alunos de 2012, refletindo 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. Do total de alunos, tivemos 727 estudantes de nível técnico (em 2012 foram 512 alunos) e 2368 de nível superior (em 2012 foram 2287). Esses números evidenciam que o incremento aconteceu majoritariamente no nível do ensino técnico, aumento de 215 alunos, que significa um aumento de 42 %, enquanto na graduação o aumento foi de 81 alunos, que significa 4,0 % sobre o número de 2012.

## **PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE**

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE tem como objetivo a reorientação da formação profissional, favorecendo mudanças curriculares, para uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Primária, promovendo transformações na prestação de serviços à população, em sintonia com as necessidades sociais. Desde 2012 a SMS desenvolve 4 Projetos PRÓ-SAÚDE, em parceria com as seguintes universidades: com o IPA, no DDA NHNI; a UFCSPA, no DDA NEB; a PUC, nos DDAs LENO e PLP; e a UFRGS, nos DDAs GCC e Centro.

Uma estratégia central para a reorientação da formação é a integração ensino-serviço, dentro da qual destaca-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-SAÚDE. Este Programa, que tem como pressuposto a educação pelo trabalho, disponibiliza bolsas para tutores (professores universitários), preceptores (profissionais dos serviços de saúde) e estudantes de graduação (monitores) da área da saúde. A SMS concorreu aos 3 editais para Projetos PET lançados pelo Ministério da Saúde: o PET/PRÓ-SAÚDE – Edital 24/2011; o PET Vigilância – Edital 28/2012; e o PET Redes de Atenção – Edital 14/2013

**Tabela 18 -** Relação do Número de Grupos PET-SAÚDE por Edital e por Universidade

<b>PET SAÚDE</b>	<b>IPA</b>	<b>PUC</b>	<b>UFCSPA</b>	<b>UFRGS</b>	<b>TOTAL</b>
PET/PRÓ-SAÚDE – Edital 24/2011	1	4	5	7	17
PET Vigilância – Edital 28/2012	1	1	1	3	6
PET Redes de Atenção – Edital 14/2013	3	4	5	5	17
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>40</b>

Fonte: ED/CGADSS

### **Relação dos Subprojetos PET por Universidade**

- DDA NHNI - IPA

PET/PRÓ-SAÚDE: Diagnóstico e Sistema de Monitoramento da População Idosa e sua Rede de Cuidados.

PET Vigilância: Rede de grupos de Promoção, Prevenção e Educação em Saúde.

PET Redes: Plantão de Emergência em Saúde Mental do IAPI, como unidade sentinela da Rede de Atenção Psicossocial e linha de cuidado Álcool e Droga

PET Redes: Identificação, Sensibilizações, Encaminhamentos de Uso Abusivo de Álcool e Drogas.

PET Redes: Qualificação da Alta e Mapeamento do Itinerário Terapêutico na Atenção a homens Vítimas de Trauma no HPS, e Hospital Cristo Redentor em Porto Alegre.

- DDA LENO e PLP - PUC

PET/PRÓ-SAÚDE: Rede Cegonha Cuidando da Mãe e da Criança.

PET/PRÓ-SAÚDE: Diagnóstico e Intervenção da Tuberculose, HIV/AIDS e Sífilis na Atenção Básica.

PET/PRÓ-SAÚDE: Integração entre Atenção Básica e Educação: A Escola como Espaço de Promoção de Saúde.

PET/PRÓ-SAÚDE: Promoção em Saúde e Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis: A Academia de Saúde como Estratégia de Modificação de Estilo de Vida.

PET Vigilância: Vigilância, Prevenção e Controle da Dengue.

PET Redes: Redes de Atenção Psicossocial: Intervenção com Gestantes e Puérperas Usuárias de Crack e outras Drogas.

PET Redes: Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

PET Redes: Saúde Indígena Doenças Prevalentes .

PET Redes: Saúde Indígena Criança e Adolescente.

- DDA NEB - UFCSPA

PET/PRÓ-SAÚDE: Seminário Integrador

PET/PRÓ-SAÚDE: Assistência Farmacêutica.

PET/PRÓ-SAÚDE: Biossegurança na Comunidade

PET/PRÓ-SAÚDE:Nascer Saudável

PET/PRÓ-SAÚDE: Saúde Escolar

PET Vigilância: Fortalecimento, ampliação e integração das ações de vigilância em saúde com redes de atenção à saúde no DDA-NEB

PET Redes: Rede de Atenção à Urgências e Emergências do Distrito Docente Assistencial NEB: Fortalecimento da atuação integrada de seus componente

PET Redes: Rede de Atenção Psicossocial: o uso do álcool, crack e outras drogas.

PET Redes: Rede Cegonha: integrando e fortalecendo a rede de atenção à saúde materno-infantil na Gerência Eixo Norte- Baltazar de Porto Alegre.

- DDA GCC e Centro - UFRGS

PET/PRÓ-SAÚDE: Rede Cegonha .

PET/PRÓ-SAÚDE: Gestão das Ações de Integração Ensino-Serviço e Educação Permanente em Saúde no Distrito GCC.

PET/PRÓ-SAÚDE: Observatório da Saúde: Vigilância de Indicadores de Monitoramento e Avaliação de Programas e Participação da Comunidade.

PET/PRÓ-SAÚDE: Promoção da Saúde, Prevenção e Cuidado de Doenças Crônico-Degenerativas: Atividades Físicas/Alimentação, Diabete, Hipertensão, etc.

PET/PRÓ-SAÚDE: DST, HIV, AIDS na Rede de Atenção Primária em Saúde.

PET/PRÓ-SAÚDE: Rede de Atenção Psicossocial a Usuário de Drogas.

PET/PRÓ-SAÚDE: Articulação dos Serviços de Urgência/Emergência

PET Vigilância: Vigilância e Gestão Clínica do HIV/AIDS

PET Vigilância: Violência

PET Vigilância: Avaliação da Descentralização da Assistência da Tuberculose em Serviços da Atenção Básica em uma Gerência de Saúde de Porto Alegre.

PET Redes: Implantação de Linha Guia de Critérios e Orientações para Abordagem Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência.

PET Redes: Gestão e Educação na Rede de Urgência e Emergência.

PET Redes: Rede de Atenção Psicossocial – Cuidado em Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas do Jovem e do Adulto.

PET Redes: Cegonha Amamenta

PET Redes: Rede de Atenção Psicossocial – Linha do Cuidado em Saúde da Criança e do Adolescente.

**Tabela 19 - Número de Alunos PET por Curso e por Universidade**

Curso	IPA	UFCSPA	PUC	UFRGS	Total
Enfermagem	8	26	12	31	77
Fisioterapia	13	23	11	27	74
Psicologia	4	34	12	13	63
Medicina	-	26	11	25	62
Nutrição	10	6	12	13	41
Serviço Social	6	-	12	11	29
Educação Física	8	-	11	7	26
Farmácia	5	1	12	3	21
Odontologia	-	-	11	9	20
Saúde Coletiva	-	-	-	17	17
Fonoaudiologia	-	5	-	9	14
Biomedicina	2	11	-	-	13
<b>Total por Instituição</b>	<b>56</b>	<b>132</b>	<b>104</b>	<b>165</b>	
<b>Total Geral</b>	<b>457</b>				

Fonte: ED/CGADSS

A análise dos subprojetos evidencia a grande diversidade de temas abordados e a íntima relação com a realidade dos territórios, sendo relevante destacar: no PET IPA/NHNI o foco na temática do idoso, definido como prioridade para aquela região; no PET UFCSPA/NEB, ações integradas ao GT de Monitoramento, à prevenção e promoção de saúde, urgência e emergência e atenção psicossocial; no PET PUC/LENO/PLP, ações também voltadas à prevenção e promoção de saúde, vigilância da dengue, saúde indígena e saúde da população negra como tema transversal; e no PET UFRGS/GCC/Centro, ações diversificadas que abordam, entre outros temas, prevenção e promoção de saúde, violência, DST/HIV/AIDS, vigilância e monitoramento de indicadores, gestão e educação permanente.

A tabela Número de Alunos PET por Curso e por Universidade demonstra que os 4 projetos PET apresentam uma composição multidisciplinar. Entre os cursos, destacam-se, com maior participação, os cursos de enfermagem (77 alunos), Fisioterapia (74 alunos), Psicologia (63 alunos) e Medicina (62 alunos), totalizando 276 alunos, o que significa 60 % do total.

### Estágio de Residências e Especializações em Cooperação Técnica

**Tabela 20** - Quantitativo de estudantes nas modalidades de ensino em serviço de pós-graduação (residências e especializações)

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	107	GD PLP - Serviços Especializados em Pneumologia e SM
Santa Casa de Misericórdia	Residência em Intensivismo	3	HPS-UTI Trauma
UFCSPA	Residência e Especialização Médica Dermatologia	17	CS Santa Marta
	Residência Médica Oftalmológica	1	CS Santa Marta
	Psiquiatria	14	HMIPV – Serv. Psiquiatria
	Cirurgia Geral	1	HPS – Trauma
	Residência Multiprofissional	14	HPS – UBS Belem Novo e Restinga
HCPA	Residência Médica em Cirurgia Geral	12	HPS-Cirurgia Geral



	Residência Médica em Oftalmologia	4	HPS
	Residência Médica em Pediatria	14	CSV
	Residência Multiprofissional	15	NASF GGC – SM Lomba Partenon – HPS – UBS Belem Novo – CTA Bom Fim
GHC	Residência Multiprofissional	39	CGAPSES – SAMU GD NEB - GD LENO GD NHNI-NASF
Hospital Ernesto Dorneles	Residência em Cirurgia Geral	8	Cirurgia Geral
Irmandade Santa Casa	Residência em Cirurgia Geral	3	HPS
GEANF	Acupuntura Neurofuncional	6	Centro de Saúde Modelo
UFRGS	Resid. Integrada Multiprofissional em saúde Mental	4	GERAPOA – GD GCC
	Especialização em Cirurgia Bucomaxilofacial	10	HPS
	Doutorado em Psicologia Social	1	Geração Poa
IBO - Instituto Brasileiro de Osteopatia	Formação em Osteopatia	29	CSV
Instituto de Cardiologia	RIMS - Cardiologia	7	UBS Nonoai
ODONTOPOS	Especialização em Bucomaxilofacial	12	HPS
SÃO CAMILO	Especialização em Enfermagem em Emergência	10	SAMU
	Enfermagem Neonatal	6	HPV
UNISINOS	Enfermagem em Estomaterapia	20	HPS, Santa Marta, IAPI e Vila dos Comerciantes
	Enfermagem em Terapia Intensiva	15	HPS
<b>TOTAL</b>		<b>372</b>	-----

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

**Tabela 21** - Comparativo 2013/2012 do quantitativo de estudantes na modalidade de ensino em serviço de pós-graduação (residências e especializações) de programas externos nos campos da Secretaria

Período		Variação do Nº de Alunos	
2013	2012	Nº	%
Nº DE ALUNOS	Nº DE ALUNOS		
372	285	87	30,5

Fonte: Ed/CGADSS; ASSEP/HMIPV e COMESP/HPV

O incremento de 87 alunos de pós-graduação (30,5%) 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. Neste ano de 2013, a SMS recebeu alunos na modalidade de ensino em serviço de pós-graduação (residências e especializações) de 14 Instituições de Ensino, destacando-se a Escola de Saúde Pública, pelo número de residentes (107 residentes, que significam 28,7 % do total de residentes).

### Estágio de Residências Próprias

**Tabela 22** - 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 período	
		2013	2012	Nº	%
		Nº DE RESIDENTES	Nº DE RESIDENTES		
HMIPV	Ginecologia e Obstetrícia	20	21	-1	0
HMIPV	Pediatria*	15	19	-4	21
HPS	Residência Médica em Cirurgia Geral	6	6	0	0
HPS	Residência Médica em Cirurgia do Trauma	3	3	0	0
HPS	Residência Médica em Medicina de Emergência	16	16	0	0
HPS	Residência em Psicologia Hospitalar	8	8	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>68</b>	<b>73</b>	<b>-5</b>	<b>-6,80%</b>

Fonte: COMESP/HPS e ASSEP/HMIPV.

\*A redução do nº de residentes em Pediatria e Ginecologia/ Obstetrícia ocorreu por decisão da COREME, objetivando garantir a qualidade do processo de ensino aprendizagem.

**Tabela 23** - Síntese do quantitativo das ações nas diferentes modalidades de ensino em serviço dos três níveis (médio/técnico, graduação e pós-graduação) nos cenários de prática da SMS.

PROGRAMA	Período		Variação no período	
	2013	2012	Nº	%
	Nº de Estudantes	Nº de Estudantes		
Estágios Remunerados*	554	507	47	8,48
Estágios Não Remunerados	865	955	-90	-10,4
Observação Orientada, Prática Curricular e Estágio na ESF	3.095	2.799	296	10,6
Especialização e Residências Externas	372	285	87	30,5
Residências Próprias	68	73	-5	-6,80%

<b>SubTotal</b>	<b>4.954</b>	<b>4.611</b>	<b>343</b>	<b>6,92</b>
Pró/PETs	457	Não quantificado **		
<b>Total Geral</b>	<b>5.411</b>			

**Fonte:** ED/CGADSS/SMS

\* 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 2012 e 2013, devido ao caráter não cumulativo dos dados disponíveis no sistema, representam apenas o recorte do dia, podendo o dado apresentado estar subestimado.

\*\* O Nº de alunos envolvidos nos Projetos PET não foram quantificados em 2012, de maneira que não é possível fazer esse comparativo.

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.

O comparativo 2012/2013 evidencia um aumento de 343 estudantes nos campos da Secretaria, que está mais concentrado nas seguintes modalidades: a) Observação Orientada, Prática Curricular e Estágio na ESF – aumento de 296 alunos, sendo que destes destaca-se o grande número de estudantes de nível técnico (215), conforme analisamos na sequência da tabela “Quantitativo de estudantes nas modalidades de ensino em serviço de Observação Orientada, Prática Curricular e Estágio não remunerados na ESF, nos anos de 2012/2013”; b) Especialização e Residências Externas – estagiaram nos campos da SMS 372 residentes, de 14 Instituições de Ensino externas e dos dois hospitais (HMIPV e HPS), o que significa um aumento de 87 alunos (30,5 %) em relação à 2012.

Relativamente aos alunos envolvidos nas atividades do PET, apenas em 2013, com o lançamento de dois novos Editais (o PET Vigilância – Edital 28/2012; e o PET Redes de Atenção – Edital 14/2013), nos quais a SMS conseguiu ter aprovado mais 23 subprojetos, a CPES começou a quantificar o número de estudantes envolvidos nesses subprojetos. O número de envolvidos nas atividades do PET em 2013, totaliza 457 alunos, de 12 diferentes cursos da saúde, sendo que destacam-se quatro cursos com 60 % do total de estudantes: Enfermagem, com 77; Fisioterapia, com 74; Psicologia com 63; e Medicina, com 62; totalizando 276 alunos.

## **Comitê de Ética em Pesquisa da SMSPA – CEPSMSPA**

No ano de 2013 houve abertura de edital para novos membros do CEPSMSPA para compor de forma mais heterogênea o mesmo. Cinco novos integrantes compõem o total de 14 membros sendo um representante da comunidade. A Portaria atualizada da nova composição está em processo de publicação.

A grande meta do ano de 2013 foi à reordenação do processo de submissão dos projetos de pesquisa ao CEPSMSPA, tanto nos fluxos internos como externos. Passou-se a utilizar somente a Plataforma Brasil a partir de janeiro do presente no encaminhamento dos projetos para análise e foi necessária uma ampla divulgação de todos os fluxos acordados por meio de mídias e participação em eventos. Por esta razão também foi atualizada a página do CEPSMSPA no endereço <http://www.portoalegre.rs.gov.br/sms>, com os novos modelos de autorização de pesquisas pelas coordenações da SMS, e o passo a passo do fluxo de submissão de pesquisas nesta instituição.

Foi realizado um evento de divulgação do CEPSMSPA, no dia 10 de setembro, com a participação de 84 pessoas representando várias instituições de ensino e serviços, além de muitos estudantes.

O CEPSMSPA foi representado em muitos encontros da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP-MS, pois tem representação no mesmo e houve um convite especial para discussão de pesquisas, com dados secundários, reunião esta que ocorreu em setembro de 2013. Também foi realizada uma apresentação de pôster sobre o trabalho do CEPSMSPA, enfatizando ser um CEP de serviço de saúde, no Congresso Brasileiro de Bioética, que ocorreu em Florianópolis em outubro de 2013.

Dos 14 atuais componentes do CEPSMSPA, 5 (cinco) realizaram o curso de Ética em Pesquisa na modalidade EAD disponibilizada pela FIOCRUZ, e uma integrante já havia realizado no ano anterior, demonstrando o grande interesse dos componentes na sua qualificação.

A partir do ano de 2013 o CEPSMSPA passou a compor a – Comissão Permanente de Ensino e Serviço da SMS - CPES por convite deste, com um representante oficial e um suplente.

No ano 2013 foi feito o processo de renovação do CEP no sistema CEP-CONEP após a adequação da permanência de uma assistente administrativa exclusiva do CEPSMSPA, bem como um estagiário para auxiliar nos processos, a renovação ocorreu tendo vigência por mais 3 anos.

**Tabela 24** – Projetos de Pesquisas submetidos ao CEPSMSPA no ano de 2012 e 2013

Ano	Projetos analisados	SMS como coparticipante	SMS como proponente	Aprovados	Pendente na 1ª avaliação	Pendentes	Retirado	Não aprovado ou não avaliado
2012	120 (100%)	Sem inf.	Sem inf	100	23 (20%)	15 (13%)	3 (2%)	2 (1,6%)
2013	70 (100%)	64 (91%)	6 (9%)	46 (65%)	54 (77%)	18 (25%)	3 (4%)	1 (1%)

Fonte:CEPSMSPA

No ano de 2013, foram 70 projetos submetidos e analisados pelo CEPSMSPA e se observa uma redução de 42% em relação ao ano de 2012 no qual foram 120 projetos analisados. Este fato pode ser explicado pelas dificuldades enfrentadas pelos pesquisadores na utilização da Plataforma Brasil, além da reordenação dos fluxos internos para avaliação e realização dos estudos. Planeja-se para o ano de 2014 manter uma ampla divulgação e orientação para ensinar e facilitar a utilização da Plataforma Brasil, além de formulações adequadas dos projetos de pesquisas a serem realizados na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Verifica-se também que o número de pendências na primeira avaliação do projeto foi muito maior no ano de 2013, demandando um trabalho maior na reavaliação dos projetos que tiveram pendência, em comparação com 2012. Este fato se deve a não orientação in loco com o pesquisador no recebimento do material como ocorria antes do uso da Plataforma Brasil, e o pesquisador insere documentos não completos ou há falta de documentos. Este dado demonstra a necessidade de grande divulgação do processo de inserção dos projetos na Plataforma Brasil. Porém, sendo um primeiro ano do uso deste sistema, dificuldades adequações eram esperadas.

Verifica-se na análise dos projetos que houve uma grande diminuição dos trabalhos do nível de Trabalho Conclusão de Curso (TCC) entre 2012 e 2013. Estes representaram 43 projetos no ano de 2012 com 38% do total e passaram para 12 projetos no ano de 2013, sendo 20% do total no ano, fato este de uma decisão mais acadêmica do que da alçada do CEPSMSPA. O total dos projetos avaliados por ano no CEPSMSPA encontra-se na tabela abaixo.

**Tabela 25** – Número de projetos\* avaliados por ano no CEPSMSPA.

Ano	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
2004	1	0,11%	0,11%
2005	28	2,98%	3,09%
2006	100	10,65%	13,74%
2007	87	9,27%	23,00%
2008	100	10,65%	33,65%
2009	114	12,14%	45,79%
2010	139	14,80%	60,60%
2011	175	18,64%	79,23%
2012	120	12,78%	92,01%
2013	70	7,45%	99,47%
2014	5	0,53%	100,00%
<b>Total</b>	<b>939</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Sistema de Informação do CEPSMSPA.  
\*projetos que ingressaram até janeiro de 2014.

### *Eixo Qualificação Profissional*

**Quadro 6** – Meta anual constante na PAS 2013

Metas 2013	Realizados da Meta
102. Elaborar o Plano de Educação Permanente da SMS, assessorando 85% das metas da PAS 2013, nas quais há ações em parceria com a CGADSS.	Meta parcialmente atingida - 70% . Referente a presente meta da elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente, enfatiza-se a obtenção de normatização e padronização no procedimento de emissão e registro de certificados de capacitações da SMS pela Equipe de Desenvolvimento/CGADSS, com a coparticipação das equipes constituídas da Secretaria (GT Qualificação), com vistas a atender às orientações técnicas da EGP/SMA para este fim. Outro ponto a destacar foi aplicação de instrumento de estudo do perfil das áreas responsáveis pela realização de capacitação de servidores. A apresentação e validação do Plano de Educação Permanente, no âmbito da SMS, deve ser concluído em 2014.

Os procedimentos de Educação Permanente em 2013 ocorreram em conformidade com as prioridades definidas pelas diferentes áreas técnicas e setores da SMS.

Para efeitos do presente Relatório de Gestão, contabilizam-se como Qualificação Profissional às capacitações promovidas pelas áreas técnicas da SMS, os cursos e eventos promovidos pela Escola de Gestão Pública/SMA, a liberação formal de servidores da SMS para realização de cursos junto a instituições de ensino formais, em diferentes estágios e a participação em eventos técnicos diversos.

Quanto às atividades do Grupo de Trabalho, GT-Qualificação, foram realizadas reuniões em que a pauta abordada versou sobre a padronização dos procedimentos de emissão e registros dos certificados, o estudo do perfil dos Núcleos de Educação Permanente nas diferentes áreas da SMS, documentação obrigatória para formulação dos projetos das capacitações, a implantação do Módulo Treinamento/ERGON, da PMPA, sobre a distribuição de vagas a cursos ofertados a SMS por entidades externas, e referente à legislação que ampara o afastamento de servidores para eventos de capacitação diversos.

Diversas atividades foram realizadas com objetivo de efetivar o projeto VERSUS no âmbito da SMS nos meses de janeiro e julho de 2013, obtendo avaliações positivas pelos seus participantes.

De acordo com o evento tradicional na PMPA, de comemoração do Dia do Servidor Público, o setor coordenou as atividades para a cerimônia de entrega das respectivas premiações e das atividades alusivas à data nos diversos setores desta Secretaria.

Quanto ao ingresso de novos colegas ao quadro da SMS, foram realizados Seminários de Integração, ao longo do ano, com intuito de acolher os mesmos e favorecer o entrosamento dos mesmos com a dinâmica de funcionamento da Secretaria.

Reitera-se ainda que os procedimentos referentes à obtenção, computação dos dados de qualificação profissional, confecção e registros de certificados têm ocorrido de forma manual face a não implantação do módulo Treinamento/ERGON (SMA/PMPA).

**Tabela 26** - Capacitações promovidas pela SMS ( para servidores da SMS e ESF)

Cargos	Período		Variação	
	2013	2012	Nº	%
	Nº	Nº		
Nº de capacitações	394	338	56	16,57
Nº de participantes	17.464	13.031	4.433	34,09
<b>Total de horas de capacitação X Servidor</b>	<b>146.043</b>	<b>104.924</b>	<b>41.119</b>	<b>39,19</b>

Fonte: Registro da ED/CGADSS, CGVS, COMESP-HPS, Assessoria de Ensino e Pesquisa do HMIPV, CGAPSES e IMESF.

Em relação a tabela acima, verifica-se que, ao comparar os dados de 2013 com 2012, as informações indicam oscilação positiva referente ao número de eventos realizados, participantes e total horas utilizadas em atividades de capacitação.

Compreende-se em relação aos dados encontrados um incremento significativo na participação de servidores da SMS, bem como mais expressivo ainda no número de horas ministradas.

**Tabela 27** – Capacitações promovidas pela EGP/SMA com a participação de servidores da SMS e ESF

	Período		Variação	
	2013	2012	Nº	%
Nº de capacitações	88	73	15	20,58
Nº de participantes	1.247	1.270	-23	-1,81
<b>Total de horas de capacitação X Servidor</b>	<b>17.308</b>	<b>7.074</b>	<b>10.234</b>	<b>144,67</b>

Fonte: Escola de Gestão Pública – EGP/SMA

Observa-se aumento no número de cursos promovidos pela EGP/SMA, refletindo no acréscimo de horas de capacitação por servidor quando comparado com o ano anterior. No tocante à diminuição do número de servidores participantes nos eventos, pode refletir o fato de que o número de vagas ofertadas pela EGP não tem atendido à demanda dessa Secretaria.

Ao analisar o total de horas de capacitações realizadas, verifica-se um acréscimo muito significativo quando comparados com os indicadores anteriores, sinalizando o incremento na carga horária dos cursos freqüentados.



**Tabela 28** – Afastamentos temporários de Servidores da SMS para qualificação profissional

	Período		Varição
	2013	2012	%
Total de servidores	618	512	20,7
Total carga horária liberada	19.289	13.080	47,46

Fonte: Registros ED/CGADSS.

Observa-se um aumento no número de servidores e do total de carga horária liberada, respectivamente, para os servidores da SMS participarem de cursos e eventos de qualificação profissional promovidos por Instituições externas, denotando crescimento no interesse de aprimoramento profissional, tanto de cunho individual como institucional.

**Tabela 29** – Liberação de servidores da SMS para estudo em horário de trabalho

Nível de ensino	Período			
	Nº de servidores		Horas por nível de ensino	
	2013	2012	2013	2012
Técnico	1	9	160	1.160
Graduação	67	31	5.120	7.160
Especialização	29	28	2.813,28	3.800
Mestrado	4	8	662	240
Doutorado	6	13	466	2.640
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>89</b>	<b>9.221,28</b>	<b>15.000</b>

Fonte: Assessoria Técnica – ASSETEC/CGADSS/SMS (LC 188/85 – art.90 - PMPA).

Observa-se um aumento de 57,35% no número total de servidores que buscaram ampliar seu nível de estudos formais, especialmente no de graduação. Porém, observa-se que o incremento significativo se deu na carga horária utilizada nas especializações.

Registre-se que a respeito da liberação de servidores para estudo em horário de trabalho, a mesma é assegurada até um terço da carga horária básica do cargo do servidor, segundo parecer da PGM nº 753/93.

**Tabela 30** - Capacitações, afastamentos e liberação para estudo de servidores da SMS e ESF

Capacitações	Período			
	Total de participantes		Total de horas de investimento em capacitação	
	2013	2012	2013	2012
Capacitações SMS	17.464	13.031	146.043	104.924
Capacitação EGP/SMA	1.307	1.270	17.032	7.074
Afastamento para eventos	618	475	19.289	13.071
Liberação de servidores para estudo	107	109	22.721,20	15.000
<b>Total</b>	<b>19.496</b>	<b>14.885</b>	<b>205.085,20</b>	<b>140.069</b>

Fonte: Registros da ED/CGADSS, CGVS, COMESP-HPS, Assessoria de Ensino e Pesquisa do HMIPV, CGAPSES e ESF.

**Tabela 31** - Comparativo do índice de horas totais de capacitação pelo número de servidores da SMS e ESF

	Período	
	2013	2012
Total de horas de investimento em capacitação	191.855,20	104.924
Total de servidores	8.160	8.112
Total de horas de capacitação / nº servidores	27h20min	14h50min

Fonte: CGADSS/SMS.

\* Considerou-se no número total de servidores: municipais, municipalizados e do IMESF. Nº informado de servidores SMS, terceirizados e IMESF. Sem dados referentes a ESF de HMV e GHC.

Ao analisar a tabela 30 e 31, que apresenta o número total de servidores e horas de investimento em capacitações da força de trabalho da SMS, observa-se um aumento no número total de servidores com participação em cursos e eventos promovidos pela SMS e outras Instituições, refletindo no incremento do indicador total 'horas de capacitação' por servidor da SMS em 30,98% e 84,26% respectivamente.

Ao analisar o quantitativo de servidores, observe-se que na força de trabalho em 2012 não foi computado o número de servidores do IMESF, podendo interferir nos resultados aferidos.

Ressalte-se que ainda persiste uma subnotificação nas informações pelas áreas responsáveis pelas capacitações, mesmo com todo o investimento na padronização e definição de fluxos para apresentação de projetos, relatórios e emissão de certificados.

Acredita-se que, com a implantação do Módulo Treinamento/ERGON – com proposta de implantação em 2013, que não pode ser efetivada pela SMA – possa qualificar as informações e análises dos indicadores para este fim.

## 6.2 Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde

**Quadro 7** - Meta anual constante na PAS 2013

Meta 2013	Realizados da Meta
<b>101.</b> Implantar um conjunto definido de critérios de humanização, conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização, de 47% para 70% dos serviços da SMS.	Meta atingida. Cerca de 86% dos serviços da SMS contam atualmente com um ou mais dispositivos da PNH implantados.

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. 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.

Em 2013, as alterações na condução do Núcleo e no Comitê de Humanização, com a necessidade pessoal de saída da coordenação, resultou em fragilidades para a continuidade das atividades que vinham sendo desenvolvidas, bem como para o cumprimento das ações previstas na meta 101 da PAS. Após esta análise, há indicativo de retomada das atividades do Comitê de Humanização a partir de junho do ano vigente. Destaca-se que a execução da meta exige o comprometimento de todos os GTHs para estimular os serviços sobre a importância e os benefícios de realizar as ações do dia a dia com o enfoque humanizado. Da mesma forma, o estímulo que os GTHs precisam para realizar esse trabalho impede de um Núcleo e de um Comitê de Humanização consolidados e valorizados na estrutura da SMS. Por este motivo, apesar de um período de ausência de atuação do Comitê de Humanização nos primeiros dois quadrimestres do ano, a ASSEPLA reuniu os integrantes do Comitê e do CGADSS, a partir de agosto, para retomar as ações dos GTHs e reestruturar o Núcleo de Humanização a partir dos encaminhamentos do Comitê. Além disso, a implantação da escuta qualificada e com identificação de necessidades, bem como o acolhimento com classificação de riscos, estão sendo acompanhados pelas equipes da CGAPSES e

da CMU, com os resultados apresentados no quadro específico sobre as atividades realizadas com enfoque humanizado nos serviços – entre elas o acolhimento.

À luz da Política Nacional de Humanização (PNH) identificamos que, para além dos GTHs e do acolhimento, “ações humanizadas” vem sendo realizadas e/ou implementadas nos diversos serviços da SMS. Estas ações refletem os dispositivos: acolhimento com classificação de risco, colegiados, apoio matricial, contrato de gestão e grupo de trabalho de humanização. Esta identificação, destes diversos dispositivos da PNH implantados nos serviços da SMS, está demonstrado na tabela 32. Em destaque as áreas de atenção à saúde onde ocorre a maior concentração desta implantação.

**Tabela 32** - Demonstração da distribuição dos dispositivos da PNH nos serviços da SMS

Serviços SMS	Dispositivos da PNH implantados									Total de dispositivos implantados
	ACOLHIMENTO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	APOIO MATRICIAL	COLEGIADO DE GESTÃO	CONTRATO DE GESTÃO	OUVIDORIA	SAUDE DO TRABALHADOR	AMBIÊNCIA	GTHs	
ASSECOM										
ASSEPLA				x	x					2
CEREST							x			1
CGADSS				x	x					2
CGAPSES	x		x	x	x			x	x	6
CGFO					x					1
CGTA								x		1
CGVS						x			x	2
CMU	x	x		x	x			x	x	6
GRSS				x	x			x		3
GSSM							x			1
GTI					x					1
HMIPV						x	x	x	x	4
HPS	x	x				x		x	x	5
OUVIDORIA						x				1

Fonte: ASSEPLA

Para melhor entendimento, buscou-se nos referenciais formais do Ministério da Saúde e em outros referidos, o contexto destes diversos dispositivos para inserção nas práticas de atenção e gestão em saúde, conforme transcrito abaixo.

**Acolhimento:** Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador-equipe pelo usuário, desde a

chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir a atenção integral, resolutiva e responsável por meio de um acionamento-articulação das redes internas dos serviços (visando a horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (Ministério da Saúde, 2008). Dispositivo inserido no capítulo CGAPSES, CMU e HPS.

**Ambiência:** Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva, e humana. Nos serviços de saúde a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.(Ministério da Saúde, 2008). Dispositivo inserido no capítulo CMU e HPS.

**Apoio matricial:** Lógica de produção do processo de trabalho na qual o profissional oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes, e setores. Inverte-se assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo em que o profissional cria pertencimento à sua equipe setor; também funciona como apoio, referência para outras equipes (Ministério da Saúde, 2008). Dispositivo inserido no capítulo CGAPSES.

**Classificação de risco:** Mudança na lógica de atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providência, de forma ágil, o atendimento adequado a cada caso (Ministério da Saúde, 2008). Dispositivo inserido no capítulo CMU e HPS.

**Colegiado de gestão:** Em um modelo de gestão participativa, centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados

gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão, e co-avaliação. A direção das unidades de saúde tem diretrizes, pedidos que são representados para os colegiados como propostas, ofertas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Os usuários, familiares e as equipes também têm pedidos e propostas que serão apreciadas e acordadas. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. O colegiado gestor de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas (Santos Filho & Figueiredo, 2009). Dispositivo inserido no capítulo ASSEPLA.

**Contrato de gestão:** Os contratos são compreendidos como dispositivos no contexto da cogestão e na perspectiva da humanização como intervenção nas práticas de atenção e gestão em saúde. Nesse enfoque, apresentam-se os eixos metodológicos de sua construção coletiva e os indicadores do processo de implementação. Com o processo de pactuação de metas e avaliação participativa, observam-se os seguintes resultados: além de aumentar a eficiência e eficácia institucional, os efeitos desencadeados com esses dispositivos revelam seu potencial de transformação das relações de trabalho, promoção de corresponsabilização entre os sujeitos/equipes, valorização dos trabalhadores e formação de redes de compromisso para melhoria da atenção (Ministério da Saúde, 2008).

**Grupo de trabalho de humanização:** Espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade, e aumento da equidade no cuidado em saúde e democratização da gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores de saúde. É constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais e demais trabalhadores em cada equipamento de saúde (nas SES e nas SMS), tendo como atribuições: difundir os princípios norteadores da PNH; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência; promover o trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade e

a grupalidade; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os trabalhadores de saúde; incentivar a democratização da gestão nos serviços; divulgar, fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários, e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do equipamento com a comunidade (de usuários) na qual está inserida (Ministério da Saúde, 2008). (Anexos I e II)

**Ouvidoria:** Serviço representativo de demanda do usuário e ou trabalhador de saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais (Ministério da Saúde, 2008). Dispositivo inserido no capítulo Ouvidoria.

**Saúde do trabalhador:** O Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) apresenta-se como um dispositivo da PNH que tem como objetivo promover um espaço de formação fundado no diálogo permanente. No diálogo entre os diferentes trabalhadores e no diálogo entre os distintos saberes. Saberes da experiência, produzidos pelos trabalhadores no serviço cotidianamente e os saberes formais, provenientes da academia, por exemplo. Como podemos construir coletivamente modos de fazer isso no concreto das experiências, nos serviços? Pensar essa questão juntos é a direção que esta proposta de formação pretende seguir, de modo que possamos incorporar ao nosso fazer cotidiano, isso que estamos chamando de análise coletiva do trabalho. Essa direção que aponta para um maior diálogo dos saberes (experiência e conceito) no PFST pode potencializar um trabalho nos serviços do SUS mais saudável e produzir momentos de aprendizagem coletiva, uma vez que permitem a construção de ferramentas de análise das condições geradoras de sofrimento e adoecimento (Ministério da Saúde, 2011). Dispositivo inserido no capítulo CEREST e GSSM.

Enfim, é percebida a prática dos dispositivos da PNH nos diversos serviços da SMS, incorporado às práticas do cotidiano do trabalho e dos trabalhadores, presentes nas ações humanizadas na atenção e na gestão em saúde.

### 6.3 Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria estabelece um canal direto com a população, para colher suas manifestações, críticas, solicitações e elogios. Comunicação esta que ajuda aos gestores na execução das políticas públicas e cria condições reais para o exercício do controle social na gestão.

A idéia da Ouvidoria é também gerar mecanismos permanentes de diálogo, de participação e controle sociais. Sua atuação está ligada diretamente no processo de interlocução entre o cidadão e a gestão da secretaria, de modo que as manifestações provoquem a melhoria dos serviços públicos. Para solidificar e aprimorar este mecanismo, a Ouvidoria priorizou e focou na meta de construir um espaço qualificado para esta comunicação.

Com a análise das críticas e sugestões a respeito dos serviços prestados, este setor se constitui num importante instrumento para a solução de problemas, melhoria de processos e procedimentos do SUS de Porto Alegre.

**Quadro 8** – Meta anual constante na PAS 2013

<b>Metas 2013</b>	<b>Realizados da Meta</b>
<b>99.</b> Reestruturar 100% da OuvidoriaSUS de Porto Alegre.	Meta parcialmente atingida. As ações previstas foram monitoradas via Portal de Gestão (através de ferramenta de Gestão de Projetos) e atingiu 69% do cronograma previsto de ações. Ações que seguem pendentes são: integração do Sistema Fala Porto Alegre com o Sistema Ouvidor SUS e a aquisição de cabines completas, cujo processo será novamente encaminhado para compra em 2014.

Conforme a tabela 33, a Ouvidoria encerrou 2013 com 24.772 atendimentos, ou seja 5.773 a mais que o ano anterior, correspondendo a 30% de aumento. O relatório aponta ainda que foram contabilizadas 22.005 manifestações através do telefone 156, o que corresponde a 88,83% do total, sendo o canal de comunicação mais utilizado. Foram feitos 1.406 atendimentos presenciais, sendo apontado como o segundo meio mais acionado pelos cidadãos.



**Tabela 33** - Quantidades e percentuais de atendimentos da Ouvidoria SMS – Porto Alegre por tipo de canais de comunicação de 2012 e 2013

Tipo	2013	Representação	2012	Representação	Varição
	Quantidade	%	Quantidade	%	%
CAR	33	0,1%	2	0,01%	1550,0%
Facebook	2	0,0%	2	0,01%	0,0%
Assessoria Comunitária	0	0,0%	1	0,01%	-100,0%
Câmara Municipal	2	0,0%	4	0,02%	-50,0%
Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC - 115	1	0,0%	1	0,01%	0,0%
Carta	5	0,0%	2	0,01%	150,0%
Twitter	0	0,0%	8	0,04%	-100,0%
Conselho Municipal de Saúde	11	0,0%	2	0,01%	450,0%
Outros	8	0,0%	36	0,19%	-78,0%
Processo	5	0,0%	15	0,08%	-67,0%
Pedido de providência	23	0,1%	46	0,24%	-50,0%
E-mail	491	2,0%	334	1,76%	47,0%
Ouvidor SUS	751	3,0%	337	1,77%	123,0%
Atendimento presencial	1.406	5,7%	1.370	7,21%	3,0%
156 - Atendimento ao cidadão	22.005	88,8%	16.836	88,62%	31,0%
<b>Total</b>	<b>24.772</b>	<b>100,0%</b>	<b>18.999</b>	<b>100,0%</b>	<b>30,0%</b>

Fonte: Sistema Fala Porto Alegre - 156

A Ouvidoria é considerada um dos principais termômetros para avaliação dos serviços de saúde. As demandas encaminhadas pela população ajudam a mapear os problemas e orientar medidas para melhorar o atendimento. Na tabela 34, podemos constatar que o maior número de assuntos citados é de reclamação de consultas especializadas. O segundo ponto mais levantado pelos cidadãos é as consultas na rede básica de saúde. No entanto, também podemos confirmar um significativo aumento nas manifestações de elogios ao sistema de saúde correspondente a 317,81%. Outro item que se destaca na tabela é a redução no apontamento sobre medicamentos.

**Tabela 34**– Assuntos mais citados nas manifestações dos usuários SUS de Porto Alegre

Assuntos mais citados	2013	2012	Varição
Reclamação Consultas Especializadas - Rede Básica	2.413	854	182,55%
Reclamação Consultas - Rede Básica	1.428	778	83,55%
Mau Atendimento - Rede Básica	717	517	38,68%
Não Atendimento - Rede Básica	610	366	66,67%
Falta de Profissional - Rede Básica	1.035	334	209,88%
Informações - Rede Básica	1.387	265	423,40%

Solicitação Medicamento	180	245	-26,53%
Reclamação de Cirurgias	639	236	170,76%
Reclamação Exames Especializados - Rede Básica	780	185	321,62%
Mudança do Serviço de Saúde de Referência	235	145	62,07%
Orientação Farmácias	155	107	44,86%
Vacinas - Rede Básica	76	104	-26,92%
Demora no Atendimento - Rede Básica	133	93	43,01%
Informações GRSS	785	87	802,30%
Denúncia CGVS	196	81	141,98%
Elogio / Agradecimento - Rede Básica	305	73	317,81%
Denúncia - Rede Básica	104	62	67,74%
Sugestões - Rede Básica	20	59	-66,10%
Falta de Equipamentos e/ou Materiais - Rede Básica	103	57	80,70%
Não Atendimento de Consultas Especializadas	27	51	-47,06%
Outras	1.673	519	222,35%
<b>Total</b>	<b>13.001</b>	<b>5.218</b>	<b>149,16%</b>

Fonte: Sistema Fala Porto Alegre - 156

Conforme podemos ver na tabela abaixo, do total de manifestações recebidas em 2013, a Gerência de Regulação de Serviços de Saúde (GRSS) foi o local que mais tramitou demandas, além de ter aumentado em 146,38%. Destaca-se que neste ano a GRSS começou a centralizar totalmente todas as manifestações referentes aos prestadores de serviços do SUS. No primeiro quadrimestre, houve um grande número de cidadãos que acionaram a Ouvidoria em busca de informação e denúncias relacionadas ao *Aedes aegypti* (mosquito transmissor da dengue). Neste período, ocorreram os primeiros casos autóctones de dengue na capital.

**Tabela 35** - Relatório de Solicitações por Serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

<b>Serviços</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação</b>
CGVS – Vigilância	681	1.179	-42,24%
Gerência de Regulação de Serviços de Saúde GRSS	2.619	1.063	146,38%
Gerência Distrital Centro	1.447	1.056	37,03%
Gerência Distrital Glória / Cruzeiro / Cristal	1.078	824	30,83%
Gerência Distrital Leste / Nordeste	1.054	771	36,71%
Gerência Distrital Noroeste / Humaitá / Ilhas	1.275	1.196	6,61%
Gerência Distrital Norte / Eixo Baltazar	1.603	1.444	11,01%
Gerência Distrital Partenon / Lomba do Pinheiro	1.296	938	38,17%
Gerência Distrital Restinga / Extremo Sul	916	498	83,94%
Gerência Distrital Sul / Centro Sul	1.179	1006	0,00%
Hospital de Pronto Socorro HPS	128	116	10,34%
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas HMIPV	48	30	60,00%

Samu	206	137	50,36%
Pronto Atendimento Bom Jesus	41	41	0,00%
Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul	99	94	5,32%
Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro	54	78	-30,77%
Pronto Atendimento Restinga	24	19	26,32%

Fonte: Sistema Fala Porto Alegre - 156

## 6.4 Assessoria de Comunicação

**Quadro 9** – Meta anual constante na PAS 2013

Metas 2013	Realizado da Meta
<b>100.</b> Realizar atividades de comunicação para 100% das ações da Secretaria Municipal de Saúde.	Meta atingida. Para analisar a meta, consideramos como ações da Secretaria as inseridas na PAS e que tiveram a Assessoria de Comunicação - ASSECOM como parceira, bem como campanhas prioritárias de saúde do calendário fixo de datas comemorativas, demandas extras das diversas políticas e áreas que foram encaminhadas para o setor, demandas do CMS.

A Assessoria de Comunicação - ASSECOM prestou assessoria para todos os serviços, áreas e gestores que encaminharam suas demandas e informações técnicas para elaboração de conteúdo e projetos. Oferecendo suporte na divulgação para imprensa, realização de eventos, materiais de apoio, estudo de caso, confecção de projetos, divulgação interna. Construindo uma relação cada vez mais qualificada com o corpo que compõe a instituição, tendo em vista a parceria na realização das propostas.

Ainda, a assessoria, com o guarda-chuva do Porto Alegre Mais Saudável, vem fomentando a construção de ações integradas das atividades, tendo em vista os temas de saúde que podem construir a informação mais completa e coerente para o cidadão e servidor, exemplo disto são:

- as doenças crônicas não transmissíveis e suas interfaces, salientadas no Dia Mundial da Saúde;

- a co-infecção tuberculose e HIV/Aids e a relação com a política da população negra e saúde mental, demonstradas na ação do Dia Mundial de Combate à Tuberculose, que contou com testagem rápida em HIV/Aids, sífilis e hepatites virais e na elaboração do projeto em parceria com o Ministério da Saúde e Movimento da População de Rua;

- o Projeto Galera Curtição que vem envolvendo diversas áreas, órgãos e temas;
- a Saúde da Mulher que vem incorporando cada vez mais propostas – culminando com a Campanha de Combate à Violência contra a Mulher;
- a Saúde do Idoso, que trabalhou o tema Bem Viver em Qualquer Idade totalmente integrado com áreas afins, desenvolvendo materiais abordando vários temas, colaborando com o trabalho dos profissionais de saúde, citamos o álbum de prevenção de quedas;
- a Saúde da População Negra que desenvolveu campanha integrada com outras áreas;
- a Dengue com abordagem em escolas e Gerências Distritais de Saúde, trabalhando o lúdico e conteúdo por meio de teatro e kit educativo;
- as Campanhas de Vacinações integrando atenção primária, vigilância e escolas;
- o Projeto de Higienização de Mãos para a Comissão de Controle de Infecções, para prevenir, em 2014, doenças infecciosas em hospitais e unidades de saúde;
- na área nutricional, o destaque foi para o projeto Aconchego Mamãe e Bebê que oferece um espaço saudável de orientação e humanização;
- a Saúde Bucal que incentivou com premiação equipes que se destacaram por trabalhos nas escolas;
- e o Tabagismo que se destacou por instalação urbana que reproduz sensações, levando ao local uma equipe multidisciplinar.

No que se refere a ações que a Assessoria propôs ao longo de 2013 para qualificar o trabalho desenvolvido e a promoção de saúde e quanto às atividades do planejamento de comunicação da SMS muitas foram executadas enquanto outras precisam ser ainda desenvolvidas. Foram intensificadas as inserções nas redes sociais, com destaque para público interno; os registros de preço efetivados colaboraram muito com a agilidade e respaldo, projetando que, em 2014, devem ser ainda mais ampliados; o site ainda precisa ser mais trabalhado e atualizado; sobre a campanha de fortificação do SUS, algumas propostas foram executadas e outras

devem ser efetivadas no decorrer do próximo ano; na sistematização dos processos de comunicação interna alguns procedimentos foram desenvolvidos, ficando algumas questões ainda para 2014.

Sobre a sinalização dos serviços, conforme foram sendo inaugurados e os recursos disponibilizados, a ASSESCOM seguiu as normativas do Ministério da Saúde para as peças gráficas.

Num panorama geral acreditamos que o trabalho de comunicação em saúde evolui muito, a relação com os setores para a divulgação de suas notícias também obteve avanço, a relação com a imprensa vem sendo intensificada cada vez mais, fortificando o compromisso com a informação técnica e necessária para a saúde da população. Temos que avançar ainda no que se refere à sinalização visual dos centros de saúde, bem como à comunicação interna e canais de comunicação.

## 7 REDE DE SERVIÇOS E REFERÊNCIAS

Este capítulo apresenta o conjunto de equipamentos e a composição da rede de serviços em saúde de Porto Alegre, todos prestadores de serviços no SUS.

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

Para o relatório da estrutura de equipamentos e serviços da esfera da APS, foram incluídas todas as áreas que contam com equipamentos e demais estruturas nesta esfera de atenção à saúde. Abaixo, segue o quadro de metas da PAS 2013 sobre a estrutura da APS e respectivos resultados alcançados e, a seguir, o detalhamento da distribuição de serviços por região de Gerência Distrital.

**Quadro 10** – Metas anuais constantes na PAS 2013

Metas 2013	Realizado das metas
23. Implantar 8 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).	Meta parcialmente atingida. Foram implantados 3 NASF, todos habilitados no 3º quadrimestre de 2013. São eles: NASF Cruzeiro/ Cristal, NASF Norte/Eixo Baltazar e NASF Partenon Lomba do Pinheiro. Considerando os 04 NASFs gerenciados pelo GHC, habilitados em 2012, a SMS fechou 2013 com 07 NASFs em funcionamento na cidade. Para o NASF Cruzeiro/ Cristal, a equipe completa e em funcionamento permitiu o encaminhamento para habilitação ainda no primeiro quadrimestre de 2013. Já para os NASFs Norte/Eixo Baltazar e Partenon/Lomba do Pinheiro, a composição das equipes foi determinante

	<p>para o não encaminhamento para habilitação nos primeiros quadrimestres de 2013, apesar de estes 02 NASFs também já estarem em funcionamento durante todo o ano analisado.</p> <p>Outros NASFs estão com equipes incompletas, atuando apenas como equipes de matriciamento e estarão sendo qualificados ao longo de 2014. São eles: NASF Restinga, NASF Glória, NASF Sul/ Centro Sul, NASF Leste/ Nordeste e NASF NHNI.</p>
<p><b>24.</b> Ampliar a cobertura das Equipes da Estratégia da Saúde da Família de 44% a 50% da população.</p>	<p>Meta parcialmente atingida. Cobertura da ESF 46,5%</p> <p>A SMS finalizou o ano de 2013 com 191 equipes de Estratégia de Saúde da Família em funcionamento. Destas, 128 estão habilitadas/implantadas e 61 estão em processo de habilitação.</p> <p>As equipes em processo de habilitação tiveram seus quadros de Agentes Comunitários de Saúde e de médicos completos durante o ano de 2013, em especial com a inserção dos profissionais do Programa Mais Médicos e com os processos seletivos públicos em executados pelo IMESF.</p>
<p><b>25.</b> Ampliar o atendimento odontológico no 3º turno, passando de 3 para 8 GDs com equipes implantadas.</p>	<p>Meta não atingida. Com a ampliação de Unidades que ofertam atendimento odontológico no 3º turno, até novembro de 2013, 07 Gerências Distritais ofereciam este atendimento.</p> <p>A ampliação do atendimento odontológico no 3º turno ao longo de 2013 se deu nas Unidades de Saúde que dispunham de equipe multiprofissional atuando no 3º turno: Gerências GCC (USF Glória todos os dias - USF Divisa 4ª das 17h30 às 21h30); NEB (UBS Passo das Pedras); LENO (UBS Chácara da Fumaça – turno estendido, ESF Timbaúva nas 5ª até as 19h, ESF Safira Nova 01 dia na semana); NHNI (USF Fradique Vizeu - quintas-feiras); RES (UBS Belém Novo) e PLP (UBS Bananeiras nas 2ª, 4ª, 5ª até 22h e UBS Panorama – todos os dias) totalizando 09 Unidades. Porém, a partir de dezembro de 2013, foi possível a manutenção apenas das Unidades da Gerência PLP (UBS Bananeiras e UBS Panorama), devido à redução orçamentária e conseqüente redução de horas-extras na SMS.</p> <p>As atribuições e características do atendimento odontológico no terceiro turno foram definidas junto as GDs e Dentistas Distritais para a ampliação do acesso à atenção em saúde bucal para a população trabalhadora, preferencialmente, e também para a demanda de pronto atendimento.</p>
<p><b>31.</b> Ampliar de 58 para 81 o número de ESB na ESF.</p>	<p>Meta parcialmente atingida- 76 equipes ( Atingida 93,8% da meta).</p> <p>Modalidades: 43 são equipes na modalidade I (Cirurgião-dentista e Auxiliar de saúde bucal) e 33 são equipes na modalidade II (Cirurgião dentista, Técnico em saúde bucal e Auxiliar em saúde bucal) na Estratégia de Saúde da Família.</p> <p>Destas 76 ESB, 49 já estão habilitadas junto ao Ministério da Saúde, e 27 estão em processo de habilitação. Esta meta não foi plenamente atingida, uma vez que a contratação de novos profissionais de saúde bucal depende da ampliação da infraestrutura física para instalação de novos consultórios, interferindo diretamente na implantação de novas equipes de saúde bucal.</p>
<p><b>48.</b> Ampliar as estratégias de Redução de Danos de 4 para 8 Gerências Distritais.</p>	<p>Meta não atingida. A perspectiva da CGAPSES é ampliar e fortalecer as ações de educação permanente voltada à diretriz de Redução de Danos em todas as Gerências durante o ano de 2014.</p> <p>A ampliação da estratégia de Redução de Danos não ocorreu nas Gerências quanto aos profissionais que necessitariam ser contratados (redutores de danos), mas quanto à inserção da diretriz da Redução de Danos no calendário de atividades de Educação Permanente da CGAPSES e serviços sob esta coordenadoria, o que ainda não resultou em ações práticas orientadas por esta diretriz.</p> <p>Durante o ano de 2013 manteve-se a contratação da consultora em redução de danos com o objetivo de elaborar as especificações do cargo de agente redutor de danos para que seja criado o cargo na câmara municipal e, na sequência, a contratação junto ao IMESF desses profissionais.</p>

<p><b>69.</b> Implementar a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.</p>	<p>Meta parcialmente atingida          Para atendimento da Aldeia Kaingang da Lomba do Pinheiro, houve:          - contratação temporária de um enfermeiro indígena e de três agentes comunitários de saúde indígenas pelo IMESF,          - contratação de dois técnicos de enfermagem indígenas pela secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS e          - disponibilização de médico, com 4 horas semanais, pelo programa Mais Médicos.          Os atendimentos de saúde das demais aldeias Charrua e Kaingang do Morro do Osso foram realizados na UBS Restinga e UBS Tristeza respectivamente.          Para o alcance desta meta, ainda são necessários os seguintes recursos humanos e materiais: médico efetivo, cirurgião-dentista, nutricionista, psicólogo, instalação do consultório odontológico.</p>
--	---

A cobertura populacional pelas ESFs atingiu 46,5% ao final de 2013 em Porto Alegre com a abertura da 191ª ESF (Tabela 36), o que significou uma variação positiva de 4,97% em relação à cobertura registrada no Relatório Anual de 2012. Importante destacar que foram contabilizadas todas as equipes da ESF atuantes no município, habilitadas ou não junto ao Ministério da Saúde.

Para o cálculo, considerou-se o total de 3450 habitantes por equipe e a população contabilizada pelo Censo 2010 do IBGE. Os dados do Censo 2010 foram processados pela CGVS/ Equipe de Eventos Vitais, por unidade de APS, Distrito Sanitário e Gerência Distrital, e estão disponíveis no site da SMS.

Quanto à cobertura populacional em equipes de Saúde Bucal (ESB), Porto Alegre fechou 2013 com 37,21% da população coberta por este serviço. Para fins de cálculo de cobertura de saúde bucal na APS, a SMS busca atingir a cobertura de uma ESB para cada 2 equipes de ESF – o que representa uma população de 6900 habitantes. Porto Alegre conta hoje com 79,58% das equipes da ESF com ESB.

Importante destacar que, além das ESB atuantes na ESF, há também equipes de saúde bucal trabalhando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, totalizando 88,2% das 51 Unidades Básicas de Saúde com atendimento odontológico.

A tabela abaixo apresenta o número de serviços de APS existentes em Porto Alegre por Gerência Distrital em 2013 e compara com os dados de 2012.

**Tabela 36** – Serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, RS - Comparativo anos de 2012 e 2013.

GDs	CR		UBS		USF		ESF		ESB		ACS		ACE		Cobertura (%)		Varição
	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013/2012
Centro	1	2	3	3	3	3	9	9	3	4	35	32	16	-	11,2	11,2	0
GCC	0	0	8	9	17	17	29	28	9	6	89	80	14	-	67,2	64,9	3,54
LENO	0	0	5	5	18	18	30	29	17	13	121	82	17	-	68,4	66,1	3,48
NEB	1	1	9	9	17	17	34	34	10	10	126	69	12	-	62	62	0
NHNI	0	0	6	6	9	9	25	25	12	11	62	22	12	-	46,9	46,9	0
PLP	0	0	8	9	14	14	28	28	10	10	109	96	24	-	55,6	55,6	0
RES	0	0	3	3	9	9	18	18	7	7	64	65	8	-	65,8	65,8	0
SCS	0	0	9	10	9	7	18	10	8	4	45	33	22	-	32,5	18	80,5
<b>POA</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>51</b>	<b>54</b>	<b>96</b>	<b>94</b>	<b>191</b>	<b>181</b>	<b>76</b>	<b>65</b>	<b>651</b>	<b>479</b>	<b>125</b>	<b>147</b>	<b>46,5</b>	<b>44,3</b>	<b>4,97</b>

**Fonte:** SMS/CGAPSES. Siglas: GD = Gerência Distrital; LENO = Leste Nordeste; SCS = Sul Centro Sul; GCC = Glória Cruzeiro Cristal; NEB = Norte Eixo Baltazar; PLP = Partenon Lomba do Pinheiro; NHNI = Noroeste Humaitá Navegantes e Ilhas; RES = Restinga Extremo Sul; CR = Consultório na Rua; UBS = Unidade Básica de Saúde; USF = Unidades de Saúde da Família; ESF = Equipes de Saúde da Família; ESB = Equipes de Saúde Bucal; ACS = Agentes Comunitários de Saúde.

A tabela apresenta a ampliação da cobertura da ESF entre os anos de 2012 e 2013, onde foi possível avançar de 181 para 191 equipes na ESF.

Durante 2013, os vínculos profissionais das equipes atuantes na ESF mantiveram-se com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Hospital Divina Providência (HDP), Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AMHV) e com o Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família (IMESF).

**Tabela 37** – Distribuição de equipes de Saúde da Família em Porto Alegre/RS, por prestador de serviço no ano de 2013

GD	GHC	HCPA	HDP	AHMV	IMESF	Total
Centro	0	4	0	0	5	9
GCC	0	0	3	0	26	29
LENO	8	0	0	0	22	30
NEB	15	0	0	0	19	34
NHNI	16	0	0	2	7	25
PLP	0	0	0	0	28	28
RES	0	0	0	6	12	18
SCS	0	0	0	0	18	15
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>137</b>	<b>191</b>

**Fonte:** SMS/CGAPSES, em fevereiro de 2014. Siglas: GD = Gerência Distrital; LENO = Leste Nordeste; SCS = Sul Centro Sul; GCC = Glória Cruzeiro Cristal; NEB = Norte Eixo Baltazar; PLP = Partenon Lomba do Pinheiro; NHNI = Noroeste Humaitá Navegantes e Ilhas; RES = Restinga Extremo Sul; GHC = Grupo Hospitalar Conceição; HCPA = Hospital de Clínicas de Porto Alegre; HDP = Hospital Divina Providência; AHMV = Associação Hospitalar Moinhos de Vento; IMESF = Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família.



Conforme planejado pela SMS, o vínculo profissional com o IC/FUC na ESF foi extinto e, ao final do ano de 2013, a maioria das equipes da ESF estava vinculada ao IMESF (n 137 = 71,7%) (Tabela 37). Importante destacar que, com o IMESF, não há a necessidade de renovação contratual anual, como ocorria com o IC FUC e anteriormente desde a inserção da ESF no município, o que garante maior estabilidade e segurança trabalhista aos profissionais que compõem a ESF.

Na Saúde Bucal, apesar da apresentação de 77 ESB no RG do 3º quadrimestre de 2013, a efetivação de uma das duas ESB planejadas para a nova USF Cohab Cavahada (Gerência Distrital Sul Centro Sul) não se concretizou. Neste sentido, houve a necessidade de retificação deste dado no presente Relatório Anual de Gestão (RAG 2013), de 77 para 76 ESB ao final do ano 2013. A SMS ainda está trabalhando para incluir mais uma ESB na USF Cohab Cavahada.

Ainda quanto à estrutura de APS, os Agentes de Combate às Endemias (ACE) tiveram suas vinculações e agendas atreladas às Gerências Distritais a partir de outubro do mesmo ano. Estes profissionais atuam prioritariamente com ações relacionadas ao combate da Dengue e estavam centralizados na CGVS até o mês de setembro de 2013.

A partir da mudança de vínculo trabalhista dos ACE (de temporários da PMPA para celetistas do IMESF), a incorporação da vigilância de outras endemias, como a tuberculose, foi iniciada a partir do mês de agosto, com a inclusão de um (01) ACE em cada Centro de Referência em Tuberculose (CRTb). Atualmente existem seis (06) CRTbs distribuídos em seis (06) GDs, sendo que as GDs NEB e SCS não tem CRTbs ativos.

Dos 125 ACE atuantes nas regiões das Gerências, o que inclui os 06 vinculados aos CRTbs, 15 permanecerão vinculados à CGVS para as atividades de monitoramento das armadilhas de mosquitos adultos distribuídas pela cidade. Com o exposto, o objetivo desta nova configuração do processo de trabalho dos ACE é a descentralização das ações de vigilância em saúde, conferindo maior integralidade às ações das Gerências Distritais e maior integração e permeabilidade territorial das ações e das equipes da vigilância em saúde.

Além dos serviços apresentados acima, a APS em Porto Alegre conta ainda com: a) uma Equipe Multidisciplinar de Atenção à Saúde Indígena (incompleta, conforme analisado no quadro de metas da PAS 2013, acima); b) Equipes de Saúde Prisional para a população privada de liberdades no Presídio Central, localizado na

GD PLP (03 equipes) e no Presídio Feminino Madre Pelletier, localizado na GD GCC (01 equipe); e c) Equipes de Saúde para a Atenção às Crianças e Adolescentes das unidades da Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE) localizadas na GD GCC (06 equipes). As equipes que atendem às unidades da FASE foram incorporadas ao gerenciamento da SMS no terceiro quadrimestre de 2013.

Esses dados evidenciam a complexidade envolvida na esfera da Atenção Primária à Saúde, onde diversas estratégias de atenção à saúde estão sendo direcionadas para atender os diferentes grupos que compõem a população do município tentando, assim, se garantir a integralidade e a equidade na efetivação do SUS.

## 7.2 Rede de Serviços de Atenção Especializada Ambulatorial e Substitutiva

O conjunto de serviços de atenção especializada ambulatorial e substitutiva compreendem serviços de baixa e média complexidade. Entre estes, os ambulatórios de especialidades, os Centros Especializados de Odontologia e os Centros de Atenção Psicossocial, bem como algumas ofertas de exames e especialidades específicas foram foco na PAS 2013.

**Quadro 11** – Metas anuais constantes na PAS 2013.

Metas 2013	Realizado das metas
<p><b>55.</b> 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>Meta não atingida. A Implantação das Unidades Adulto e Infanto-juvenil de acolhimento para usuários de álcool e outras drogas aguarda a efetivação a da contratualização com a Sociedade Calábria e a Ampliação dos CAPS AD e ADi e complementação das equipes de CAPS existentes. Espera-se a efetivação da contratualização com Hospital Mãe de Deus e com a Cruz Vermelha . Foi habilitado o CAPS ad III PLP (Portaria SAS/MS nº 1217 de 04 de novembro de 2013), em funcionamento desde o último semestre de 2012.</p>
<p><b>56.</b> Ampliar uma Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental de 3 para 8 Gerências Distritais de Saúde.</p>	<p>Meta atingida. As ações de Matriciamento estão sendo realizadas em todas as gerências distritais de saúde, com profissionais atuando junto aos serviços da atenção básica, porém há necessidade de ampliação de recursos humanos. Para a realização de um matriciamento efetivo foram elaborados protocolos e diretrizes.</p>

<p><b>57.</b> Redefinir os 8 Centros de Especialidades (CE) existentes.</p>	<p>Meta não atingida. Ao longo de 2013, a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (PMS 2014-2017) apontou a prioridade de redefinir e consolidar os CE no município. Ao longo deste mesmo período, a qualificação da APS e das filas de espera disponíveis na Central de Marcação de consultas Especializadas (CMCE), da Gerência de Regulação de Serviços (GRSS), em trabalho realizado pela CGAPSES, GRSS e também junto ao Grupo de Trabalho de Regionalização da SMS, permitiu realizar um levantamento das fontes de dados e situação das ofertas e demandas em cada subespecialidade. Essa etapa subsidiará o trabalho planejado no PMS 2014-2017 e que deve ser executado conforme a PAS 2014.</p>
<p><b>58.</b> Ampliar de 5 para 6 o número de Centros de Especialidades odontológicas (CEO).</p>	<p>Meta atingida.</p>
<p><b>60.</b> Implantar o plano de ação da Política Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência.</p>	<p>Meta parcialmente atingida. Para a efetivação da meta é necessário revisar o plano apontado pelo GT de reabilitação constituído em 2011. A partir de 2012 foi lançada a PT Nº 793, de 24 de Abril de 2012, que regula a rede de cuidados a pessoas com deficiência. Em 2013 houve a efetivação da Área Técnica de Atenção às Pessoas Portadoras de Deficiências e do Grupo Condutor Municipal de Cuidados a PCD, a descentralização das autorizações de fisioterapia pelas unidades de APS e também o a abertura e encaminhamento do processo de chamamento público nesta área. Há ainda alguns desafios a serem considerados como: a constituição na Área Técnica de uma equipe interdisciplinar que possa planejar ações em todas as esferas de atenção a pessoas com deficiência (Física, Auditiva, Visual, Intelectual e Múltipla); a finalização do processo de chamamento público das clínicas de fisioterapia; e também a qualificação dos critérios de agendamento eletrônico da reabilitação. Hoje, Porto Alegre regula a reabilitação auditiva, sendo que a visual e física ainda são reguladas pela SES. No decorrer de 2014 pretende-se regular todas as reabilitações no município.</p>
<p><b>74.</b> Qualificar a rede de prevenção à violência e promoção da saúde nas 8 Gerências Distritais.</p>	<p>Meta atingida. Ao longo do ano foram elaboradas e efetivadas capacitações e atualizações em serviços das 08 Gerências Distritais, conforme apresentado nos relatórios quadrimestrais. Outras ações de qualificação da rede foram à elaboração da linha de cuidado da criança em situação de violência, além de ações de divulgação sobre a importância da prevenção e intervenção sobre as violências na área de saúde da mulher.</p>

Ao longo de 2013, a grade de referências especializadas ambulatoriais da CGAPSES foi revisada pelas Áreas Técnicas (ATs) e validada junto ao Grupo de Trabalho (GT) de Territorialização e Regionalização. Para isso, foram considerados os seguintes critérios para cada tipo de equipamento de saúde: 1º) cobertura assistencial por região de Distrito Sanitário e, se possível, por região de Gerência Distrital; 2º) acesso viário e acessibilidade. Como resultado, a territorialização de praticamente todos os equipamentos especializados sob a coordenação da CGAPSES estava pronta para publicação ainda ao final do ano de 2013.

Para 2014, o GT Territorialização e a CGAPSES atuarão na revisão das ofertas e resolutividade dos seus serviços de APS e especializados, com vistas à qualificação do acesso e à ampliação da divulgação dos mesmos, junto às equipes profissionais e às populações usuárias dos serviços.

Complementando o quadro apresentado no relatório apresentado no 3º quadrimestre, a tabela abaixo inclui os serviços de referência no Matriciamento em Saúde Mental e também das Farmácias Distritais.

**Tabela 38** – Grade de referências especializadas ambulatoriais vigentes ao final do ano de 2013, em Porto Alegre/RS.

GD/ Serviço	EESCA	CTA	SAE DST/AIDS	SAE Hepatites	CEO	Matriciamento em S. Mental.	CRTB	CAPS	CE	FD	
Centro	EESCA Centro	Ambulatório Dermatologia Sanitária/ SES	SAE Centro	O SAE Hepatites é referência para toda a cidade.	CEO Santa Marta	Equipe de Saúde Mental e Equipe de Matriciamento Centro	CRTB Centro	CAPSi Harmonia CAPS II Centro	CE Santa Marta	FD Modelo e FD Sta. Marta	
NHNI	EESCA NHNI	Ambulatório Dermatologia Sanitária/ SES	SAE IAPI		CEO GHC CEO IAPI	Equipe de Saúde Mental e Matriciamento NHNI	CRTB NHNI	CAPS ad III IAPI	CE IAPI	FD Navegantes e FD IAPI.	
PLP	EESCA PLP	CTA Caio Fernando Abreu	Sanatório Partenon		CEO Bom Jesus	Equipe de Saúde Mental e Equipe de Matriciamento PLP	Sanatório Partenon	CAPSi HCPA CAPS II HCPA CAPS ad III PLP	CE Murialdo	FD Murialdo	
GCC	EESCA GCC	CTA Paulo Cesar Bonfim	SAE Vila dos Comerciários		CEO Vila dos Comerciários	Equipe de Saúde Mental e Matriciamento GCC	CRTB GCC	CAPSi Harmonia CAPS II GCC CAPSad GCC	CE Vila dos Comerciários	FD Cristal e FD CSVC.	
SCS	EESCA SCS	CTA Paulo Cesar Bonfim	SAE Vila dos Comerciários		CEO Vila dos Comerciários	Equipe de Saúde Mental e Equipe de Matriciamento SCS	CRTB GCC	CAPSi Harmonia CAPS II GCC CAPS ad Vila Nova	CE Camaquã	FD Camaquã	
NEB	EESCA NEB	Amb. Dermatologia Sanitária/ SES	SAE IAPI		CEO GHC	Equipe de Saúde Mental Matriciamento NEB	CRTB NHNI	CAPS i GHC CAPS II GHC CAPS ad III GHC	-	FD Sarandi	
RES	EESCA RES	CTA Paulo Cesar Bonfim	SAE Vila dos Comerciários		CEO Santa Marta	Equipe de Saúde Mental e Matriciamento RES	CRTB RES	CAPSi Harmonia CAPS ad Vila Nova	-	FD Restinga	
LENO	EESCA LENO	DS Leste: CTA Caio Fernando Abreu DS Nordeste: Amb. Dermat. Sanitária/ SES	DS Leste: Sanatório Partenon DS Nordeste: SAE IAPI		CEO Bom Jesus	Equipe de Saúde Mental e Matriciamento LENO	CRTB LENO	CAPSi HCPA  CAPSII HCPA	CE Bom Jesus		
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>4</b>			<b>5 + CEO UFRGS</b>		<b>6</b>	<b>12</b>	<b>07 + Ambulatórios conveniados (GHC, HSL/PUCRS, HCPA, Banco Olhos, Beneficência Portuguesa, Santa Casa, Pq. Belém, V. Nova).</b>	

**Fonte:** SMS/ CGAPSES, em agosto de 2013. **Siglas:** GD = Gerência Distrital; CE = Centros de Especialidades; CEO = Centro de Especialidades Odontológicas; SAE = Serviço de Atendimento Especializado; EESCA = Equipe Especializada de Atenção à Saúde da Criança e Adolescência; CRTB = Centro de Referência à Tuberculose; CTA = Centro de Testagem e Aconselhamento.

Quanto às Equipes de Matriciamento, estas são compostas, em algumas regiões, por profissionais de diferentes serviços. Justifica-se esta composição por ser um componente que consegue, a partir dos profissionais que compõem os diferentes serviços, responder às necessidades apresentadas nos casos demandados pelas equipes de APS. Em outras regiões, há equipes de matriciamento exclusivas para esta função e, ainda em outras, há equipes de Saúde Mental que também realizam o matriciamento.

Todas as regiões contam com equipes de matriciamento em Saúde Mental, porém com composições e processos de trabalho diferenciados. Esta dinâmica vem sendo acompanhada junto às áreas técnicas de Saúde Mental e APS, com vistas à avaliação e, a partir daí, qualificação das atribuições dos diferentes componentes da rede de atenção à saúde, não apenas os serviços específicos de saúde mental.

Importante destacar que, na atenção especializada ambulatorial, os ambulatórios de especialidades hospitalares, assim como os Centros de Especialidades, atendem a um conjunto significativo e diversificado de subespecialidades. Estes serviços, já diagnosticados no PMS 2014-2017, quanto à necessidade necessitam de melhor definição, também serão foco das ações da CGAPSES e GT Territorialização ao longo de 2014, com vistas a cumprir a meta 38 da PAS 2014.

### **7.3 Rede de Serviços de Atenção às Urgências**

O conjunto de serviços de atenção às urgências, bem como a sua produção no período analisado estão dispostos no capítulo deste relatório intitulado Atenção às Urgências e Transporte de Pacientes.

### **7.4 Rede de Serviços de Internação Hospitalar e Domiciliar**

A Rede de Serviços de Internação Hospitalar está apresentada no capítulo Regulação do SUS e a Rede de Serviços de Atenção Domiciliar está apresentada no capítulo de Atenção em Urgência e Transporte de Pacientes.

## 8 INFRA-ESTRUTURA DE APOIO

A Coordenação de Apoio Técnico Administrativo (CGATA) é formada pelas equipes de Programação e Compras (EPC), Assessoria de Projetos (ASSEPRO), Equipe de Apoio Administrativo (EAA), Manutenção Predial (EMP), Equipe de Patrimônio (EPAT), Equipe de Materiais (EMAT) e Informática. Com esta composição, está responsável pelo desenvolvimento das atividades de qualificação de manutenção da infraestrutura de apoio, bem como pela logística relacionada aos processos de gestão, atenção e de vigilância na SMS. Na programação anual de saúde 2013, a CGATA é responsável pela meta 92 conforme o quadro a seguir:

**Quadro 12 – Meta anual constante na PAS 2013**

Meta 2013	Realizados da Meta
<p><b>92.</b> Reformar 12 prédios da Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>Meta atingida.  Reformas <b>CONCLUÍDAS:</b>  <b>Executadas por Licitação:</b>  1) Adequação Sala Rx PA Lomba do Pinheiro  2) Construção USF Cohab Cavahada  3) Construção UBS São José  4) Construção Bicicletários USF Chapéu do Sol e Núcleo Esperança  5) Adequação sala regulação Sede Administrativa SAMU  6) Reforma 5º andar CS Santa Marta</p> <p><b>Executadas pela EMP:</b>  7) UBS Farrapos, pintura geral e climatização  8) UBS Bananeiras, redefinição de layout segundo pavimento, reforma consultório e instalação de nova cadeira odontológica, pintura geral, climatização  9) UBS Beco do Adelar, reforma consultório e instalação de nova cadeira odontológica, revisão rede elétrica e pintura geral  10) UBS Cidade de Deus, reforma consultório e instalação de nova cadeira odontológica, revisão rede elétrica e pintura geral  11) CS Santa Marta, instalação de 75 (setenta e cinco) ar-condicionados  12) USF Domenico Feoli – instalação de nova cadeira odontológica, climatização e pintura geral  13) UBS Ipanema – reforma consultório e instalação de nova cadeira odontológica, revisão rede elétrica e pintura interna  14) UBS Chácara da Fumaça – reforma consultório e instalação de nova cadeira odontológica</p> <p>Reformas <b>EM ANDAMENTO:</b>  <b>Por Licitação:</b>  15) Subestação de energia elétrica, gerador e readequação rede elétrica PA Lomba do Pinheiro  16) Reforma USF Lami  17) Reforma UBS Tristeza</p> <p><b>Pela EMP:</b>  18) USF São Miguel, fechamento recepção e construção de sala de acolhimento, readequação rede elétrica, climatização e pintura geral  19) CS IAPI, pintura interna, revisão elétrica, instalação de luminárias, instalação de ar-condicionado</p>

## 8.1 Programação e Compras

A Equipe de Programação e Compras é 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 da Secretaria Municipal da Fazenda (SMF). Com exceção do HMIPV (Hospital Materno Infantil Presidente Vargas), HPS (Hospital de Pronto Socorro) e unidades vinculadas à CMU (Coordenação Municipal de Urgências), por possuírem estrutura própria.

**Tabela 39** – Comparativo do total de recursos empenhados por tipo de material de consumo na SMS, no ano de 2012 e 2013

Materiais de Consumo/Rede	2013	2012	%
	R\$	R\$	
Alimentação	170.266,26	165.643,97	2,79
Medicamentos	22.233.646,31	17.173.479,30	29,46
Enfermaria	5.150.673,21	3.654.522,42	40,93
Saúde Bucal	1.968.835,40	1.236.564,11	59,21
Manutenção	949.867,76	905.284,80	8,79
Informática	66.127,41	185.948,30	- 64,43
Higiene e Limpeza	456.493,50	419.228,20	8,88
Transporte (pneus/óleos/combustíveis)	6.074,00	27.685,14	- 78,06
Gases Medicinais	61.983,00	21.029,20	194,74
Gás Liquefeito	52.600,00	54.260,00	- 3,05
Escritório	867.332,64	825.645,22	5,04
<b>Total</b>	<b>31.983.899,49</b>	<b>24.669.290,66</b>	<b>29,65</b>

Fonte: EPC/CGATA/SMS.

## 8.2 Equipe de Patrimônio – EP

Como consequência do trabalho da EPC, a Equipe de Patrimônio cadastra e controla os materiais permanentes em sistema informatizado da Secretaria da Fazenda, que passa a ser alvo de inventários físicos. A seguir, a abaixo compara a entrada de bens móveis permanentes classificados em gerais e de informática nos anos de 2013 e 2012.

**Tabela 40** – Comparação na entrada bens gerais e bens de informática, nos anos de 2013 e 2012, SMS/POA

Bens permanentes cadastrados	2013	2012	Variação %
Nº BENS GERAIS	2.292	10.182	-77,49%



Nº BENS INFORMÁTICA	1.937	2.856	-32,18%
VALOR BENS GERAIS	2.686.065,97	7.907.406,65	-66,03%
VALOR BENS INFORMÁTICA	2.391.907,66	2.247.419,73	6,43%

Fonte: Equipe de patrimônio/CGATA/SMS.

### 8.3 Núcleo de Licitações e Contratos – NLC

O Núcleo de Licitações e Contratos tem como competência:

- Administrar contratos de serviços terceirizados e de locação de imóveis; encaminha termos aditivos de alteração contratual dos serviços de natureza continuada, bem como de prorrogação de prazo,
- Assessorar a elaboração dos projetos básicos para a contratação de serviços diversos, junto a todos os setores da SMS;
- Elaborar edital de licitações e seu julgamento;
- Elaborar contratos de obras e serviços de engenharia e de dispensas e inexigibilidades dos serviços de natureza continuada;
- Analisar e controlar a despesa dos serviços terceirizados que envolvem mão de obra alocada dentro desta SMS, tomando providências quanto à prestação dos serviços junto às unidades para fins de pagamento;
- Cobrança dos valores das ligações telefônicas efetuadas por funcionários das empresas contratadas.

**Tabela 41** – Comparativo de postos dos contratos de prestação de serviços continuados na SMS, nos anos de 2013 e 2012

Postos de Serviços	2013	2012	%
Serviços de Limpeza	203	262	-22,52%
Serviços de Portaria	194	141	37,59%
Serviços de Vigilância	87	79	10,13%
Serviços Gerais	51	55	-7,27%
Serviços Operacionais	43	60	-28,33%
Serviços de Cozinha	26	26	0,00%
Serviços de Telefonia	95	68	39,71%
Serviços de Auxiliar de Almoxarifado	33	33	0,00%
<b>Total de postos</b>	<b>732</b>	<b>724</b>	<b>1,10%</b>

Fonte: NLC/SMS.

No ano de 2013, a NLC assessorou e executou projetos básicos, conforme o tabela abaixo:

**Tabela 42** – Projetos básicos assessorados pelo NLC/CGATA em 2013.

<b>Objeto</b>	<b>Demandante</b>	<b>Data de envio</b>
Serviço de Vigilância	CGATA	08/03/2013
SRP – Hopsedagem SMS	Comunicação	05/02/2013
Hospedagem CGVS – Registro de Preços	CGVS	20/02/13
Campanha Vacinação	Comunicação/CGVS	08/03/13
Sinalização SAMU	CMU	22/02/13
Eventos CMU	CMU	22/02/13
Serviços Técnicos Man. Ar Cond e Refr	CGATA	05/03/13
Serviços de recepção hospitalar	CGATA	05/04/13
Galera Curtição	DST/AIDS	02/09/13
Serv. limpeza e aux de almoxarifado SAMU	SAMU	08/07/13
Análise de Amostras CGVS	CGVS	03/05/13
Serviços de Cozinha SMS - Registro Preços	CGATA/CMU/CGAPSS	12/06/13
25º. Seminário COSEMS POA	Gab. Secretário	18/06/13
Serviços de lona vinílica - registro de preços	ASSECOM	12/07/13
Serviços de telefonia SAMU	SAMU	09/10/13
Registro Preço Material Gráfico	ASSECOM	01/08/13
Boletim Epidemiológico	CGVS	05/08/13
Registro Preços empresa comunicação SMS	ASSECOM	21/08/13
Serviços Operacionais Especializados	CGATA	05/11/13
Formulário padrão SAMU S 758	SAMU	16/09/13
Registro Preços Infraestrutura Comunicação	ASSECOM	30/09/13
Serviços Gerais Auxiliares	CGATA	05/11/13
Registro de Preços Taquigrafia	CMS	06/11/13
Formulário padrão de uso contínuo EMAT	SMA/SMS	16/09/13 e 30/01/14

Fonte: NLC/SMS

Além dos projetos acima, o NLC também executou o que segue:

- 10 (dez) contratações de serviços de forma emergencial
- 07 (sete) licitações na modalidade Convite
- 04 (quatro) licitações na modalidade tomadas de preços

## **8.4 Equipe de Transportes**

### **Transporte SEDE**

O Serviço de Transportes da CGATA é caracterizado pelo transporte na gestão centralizada e nas gerências distritais, como forma de efetivar os trâmites entre os setores e unidades, atuando especificamente como área meio para a gestão em saúde. Atualmente a equipe possui uma frota de 73 veículos, sendo 35 próprios e 38 locados. O valor empregado na locação de veículos em 2013 foi R\$ 2.066.696,00.

A equipe atende em média 2.280 boletins de atendimento por mês. Ainda, fiscaliza e organiza a gestão de manutenção nos veículos próprios, bem como o gasto com combustível, troca óleo, etc.

### **Transporte Social**

O Transporte Social disponibilizado pela Secretaria de Saúde tem como objetivo principal oferecer a oportunidade a crianças e adolescentes portadores de deficiências múltiplas, principalmente cadeirantes, e com precárias condições socioeconômicas a realizarem seus programas de reabilitação, em clínicas especializadas como Kinder, Educandário, Fadem, CEREPAL e AACD. Alguns deles são atendidos diariamente, levados para tratamento no início da manhã e buscados no final da tarde, já outros são atendidos três vezes por semana.

O serviço foi ampliado no primeiro quadrimestre e agora é prestado por 09 veículos Vans, possibilitando a qualificação do serviço prestado a esses pacientes. O mapeamento das rotas de transporte definido por regiões possibilita realizar melhoras na qualidade do transporte oferecido.

Iniciou-se o atendimento de baixa complexidade com o serviço na gerência LENO. 01(uma) Van (veículo terceirizado) é disponibilizada durante o dia para este tipo de transporte, sendo que às noites e aos finais de semana utilizamos veículos oficiais e servidores (motoristas) convocados em regime de serviço extraordinário. Cabe lembrar que este serviço ainda é realizado pelo SAMU nas demais gerências.

## 8.5 Informatização da Saúde

Em 2013 foi criada a Gerência de Tecnologia da Informação (GTI) através do Decreto 18505 de 2013, publicado no Diário Oficial do dia 19.12.13 com as suas atribuições específicas e, também, com a finalidade de planejar, executar, controlar e avaliar as etapas e processos de implantação do Projeto de Modernização da Gestão de Saúde.

**Quadro 13 – Metas anuais constantes na PAS 2013**

<b>Metas 2013</b>	<b>Realizados da Meta</b>
<b>93.</b> Implantar infraestrutura própria de comunicação em 20% da rede de serviços próprios da SMS ainda não atendidos	Meta parcialmente atingida. 14,5% dos serviços próprios da SMS permanecem sem conexão adequada (rádio ou fibra), correspondendo a 27,5% da meta. O número total de pontos de conexão na SMS é de 172. Temos 25 unidades sem conexão adequada: 10 unidades não possuem nenhum tipo de conexão e 15 unidades possuem link discado provido pela Oi. Em 2013 foram conectadas adequadamente as 12 bases do SAMU, UBS São José, USF Domenico Feoli, USF Cohab Cavahada e USF Santa Helena. Está em fase de orçamento a execução de infraestrutura externa de comunicação nas unidades que ainda não possuem conexão. Ainda, em 2013 foram adquiridos 600 computadores para instalação nas unidades de saúde em 2014.
<b>94.</b> Implantar o cadastro do usuário e o agendamento eletrônico das consultas de atenção primária em 100% das US.	Meta não atingida. Meta foi reprogramada para 2014 de acordo com a implantação do E-SUS AB - Projeto Piloto do Ministério da Saúde (Portaria MS 1412/2013) e incentivado pelo Estado (Resolução CIB 674/13). Em 2013 iniciaram-se capacitações de agentes comunitários e apoiadores institucionais para utilização do módulo Coleta de Dados Simplificada. Haverá, em 2014, a implantação dos módulos Coleta de Dados Simplificada e Prontuário Eletrônico do Cidadão, que inclui o agendamento de consultas.
<b>95.</b> Informatizar 100% dos processos da rede de saúde.	Meta não atingida. Sistemas informatizados não avançaram em 2013, visto que não foram implementados todos os módulos previstos. No entanto, estão sendo tomadas ações para unificação dos cadastros do usuário através do cadastro nacional (CadWeb/Cartão SUS), implantação do E-SUS AB e do GMAT (software de controle de estoques de materiais da PMPA).
<b>96.</b> Ampliar a informatização dos processos do complexo regulador de 70% para 100%	Meta não atingida. Sistema informatizado não avançou em 2013, visto que não foram implementados todos os módulos previstos.

## 9 PRODUÇÃO

### 9.1 Atenção Primária à Saúde

Neste capítulo, são apresentados os dados de produção referentes às esferas da APS. Abaixo, seguem os dados de produção médica em Atenção Básica no ano de 2013, conforme disponibilizado no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do MS.

**Tabela 43 - Consulta Médica em Atenção Básica**

Gerências Distritais	Ano		Variação	
	2013	2012	N.	%
Centro	93.217	104.653	-11.436	-10,9
Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas	167.973	175.207	-7.234	-4,1
Norte Eixo Baltazar	193.251	199.950	-6.699	-3,4
Leste Nordeste	183.914	181.738	2.176	1,2
Gloria Cruzeiro Cristal	150.190	128.841	21.349	16,6
Sul Centro Sul	120.122	126.086	-5.964	-4,7
Partenon Lomba Pinheiro	141.724	150.974	-9.250	-6,1
Restinga Extremo Sul	74.375	85.762	-11.387	-13,3
Total	1.124.766	1.153.211	-28.445	-2,5

**Fonte:** SIA TABWIN, Procedimentos Unif: 0301010064, 0301010080, 0301010110, 0301010129, 0301060037, 0301060045, 0301060053. CBO Médico. Dados ajustados.

O número de consultas médicas em atenção básica em Porto Alegre apresentou queda pouco significativa (2,5%) na relação 2013 / 2012 (Tabela acima). De forma inversa, a análise por GD mostrou variação na comparação dos dois anos. As GDs Restinga Extremo Sul, Centro, Partenon Lomba do Pinheiro, Sul Centro Sul e Norte Eixo Baltazar apresentaram queda no número de consultas médicas lançadas no SIA. A falta de médicos em muitas equipes durante o segundo semestre de 2013 pode explicar essa queda na produção, além do não lançamento de dados em alguns casos. A GD Leste Nordeste e, particularmente a GD Gloria Cruzeiro Cristal, apresentaram um número maior de consultas em 2013, o que pôde ser atribuído à reorganização dos registros dos dados de produção das duas gerências.

Devido à identificação de dados inconsistentes no lançamento da produção mensal, foi necessário realizar avaliação dos dados de cada Unidade de Saúde e ajustes no número de consultas médicas nos 2 anos. Esse ajuste foi realizado pela substituição dos dados inconsistentes pela média da produção nos 6 meses anteriores. Como resultado, os dados de 2012 foram semelhantes no total da produção de Porto Alegre (+0,5% em 2013), porém muito diversos nos valores por GD.

Ainda longe do ideal, esse método deve refletir de forma mais acurada a produção real de consultas médicas do que a simples tabulação dos dados apurados no SIA. Há necessidade implantar monitoramento sistemático do lançamento dos dados mensais de cada Unidade de Saúde para minimizar as incorreções e possibilitar dados de melhor qualidade, o que vêm sendo trabalhado de forma mais específica em 2014. A atualização das seleções de pesquisa no Tabwin, com a correção dos nomes e CNES das Unidades de Saúde e a inclusão das novas Unidades, pode explicar a modificação dos dados por GD.

A razão número de consultas médicas/habitantes população (Censo IBGE 2010) de 2013 foi de 0,80, semelhante ao ano de 2012 (0,82), porém ainda inferior à meta de 1,3 do PMAQ.

### **9.1.1 Estratégia de Saúde da Família**

A produção da ESF em Porto Alegre apresentou variação positiva de 9,3% nas consultas médicas, de 16,9% no total de pessoas (população) cadastradas e de 1,3% no total de visitas domiciliares realizadas por Agentes Comunitários de Saúde.

A variação positiva na produção de consultas médicas da ESF na GD Centro foi de 174,5%. Essa informação demonstra inconsistência dos dados registrados no SIAB, uma vez que não houve aumento proporcional no número de equipes atuantes na região ao longo de 2013. Ao analisar os dados registrados no SIAB, verificou-se que o conjunto das equipes de Saúde da Família atuantes no território da Gerência Centro registraram, de janeiro a junho de 2013, uma média de 10,1mil consultas/mês, passando para uma média de 3,6mil consultas/mês de julho a dezembro do mesmo ano.

Quanto aos dados de pessoas cadastradas registrados no Relatório Anual de Gestão (RAG) 2012, estes também demonstram inconsistências, uma vez que não representam a soma do total de pessoas cadastradas no mesmo RAG (2012). Ao verificar o registro histórico do SIAB referente ao ano de 2012, analisado em 28/02/14, estes dados também não convergem, demonstrando que houve alguma falha na compilação dos dados no fechamento para o RAG 2012.

**Tabela 44** – Resumo da produção registrada pelas Equipes de Saúde da Família atuantes em Porto Alegre/ RS, nos períodos de 2012 e 2013.

Gerência Distrital	Procedimento	Período		Variação	
		Anual		2013/2012	
		2013	2012	N	%
Centro	Consultas Médicas Geral	89.425	32.576	56.849	174,5
	Total de Pessoas Cadastradas	8.353	30.177	-21.824	-72,3
	VD Agente Comunitário de Saúde	23.823	16.704	7.119	42,6
NHNI	Consultas Médicas Geral	40.934	44.161	-3.227	-7,3
	Total de Pessoas Cadastradas	57.230	84.781	-27.551	-32,5
	VD Agente Comunitário de Saúde	49.490	35.320	14.170	40,1
NEB	Consultas Médicas Geral	67.901	66.874	1.027	1,5
	Total de Pessoas Cadastradas	75.177	137.377	-62.200	-45,3
	VD Agente Comunitário de Saúde	93.418	50.405	43.013	85,3
LENO	Consultas Médicas Geral	74.382	82.573	-8.191	-9,9
	Total de Pessoas Cadastradas	84.582	211.605	-127.023	-60,0
	VD Agente Comunitário de Saúde	108.407	103.777	4.630	4,5
GCC	Consultas Médicas Geral	53.863	52.512	1.351	2,6
	Total de Pessoas Cadastradas	47.410	160.118	-112.708	-70,4
	VD Agente Comunitário de Saúde	66.847	74.498	-7.651	-10,3
SCS	Consultas Médicas Geral	25.211	35.188	-9.977	-28,4
	Total de Pessoas Cadastradas	26.623	80.063	-53.440	-66,7
	VD Agente Comunitário de Saúde	41.903	36.285	5.618	15,5
PLP	Consultas Médicas Geral	30.529	31.742	-1.213	-3,8
	Total de Pessoas Cadastradas	36.002	99.226	-63.224	-63,7
	VD Agente Comunitário de Saúde	37.728	36.387	1.341	3,7
RES	Consultas Médicas Geral	31.683	33.592	-1.909	-5,7
	Total de Pessoas Cadastradas	40.729	101.415	-60.686	-59,8
	Agente Comunitário de Saúde	51.288	48.673	2.615	5,4
Porto Alegre	Consultas Médicas Geral	413.928	378.542	35.386	9,3
	Total de Pessoas Cadastradas	376.106	321.616	54.490	16,9
	VD Agente Comunitário de Saúde	407.289	402.049	5.240	1,3

Fonte: Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

Destaca-se que a atuação da CGAPSES está na qualificação dos profissionais das ESF e das Gerências para, entre outras atribuições, a adequada alimentação dos bancos de dados. Para isso, a orientação é que os dados produzidos pelas equipes dos serviços de APS sejam compilados e incluídos nos

sistemas de informação sempre sob a supervisão do profissional que exerce a função de apoiador institucional da APS a partir do espaço das GDs.

## 9.2 Atenção Especializada

### 9.2.1 Consultas Médicas Especializadas

**Tabela 45** - Consultas médicas em atenção especializada exceto os hospitais

Gerência Distrital	Ano		Variação	
	2013	2012	N	%
GD Centro	52.021	60.306	-8.285	-13,7
GD Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas	51.583	50.543	1.040	2,1
GD Norte Eixo Baltazar	1.963	553	1.410	255,0
GD Leste Nordeste	7.403	5.072	2.331	46,0
GD Gloria Cruzeiro Cristal	42.898	41.358	1.540	3,7
GD Sul Centro Sul	8.016	8.876	-860	-9,7
GD Partenon Lomba Pinheiro	14.305	9.042	5.263	58,2
GD Restinga Extremo Sul	2.030	2.766	-736	-26,6
Total	180.219	178.516	1.703	1,0

Fonte: SIA TABWIN, Procedimentos Unif: 0301010072. Dados ajustados.

O número de consultas médicas especializadas em 2013 foi levemente superior ao de 2012 (Tabela 45). A maioria das GDs apresentaram aumento de produção, particularmente a GD Partenon Lomba do Pinheiro. Esse aumento pode ser explicado pela implementação dos EESCA, CRTBs, Equipes de Matriciamento e de Saúde Prisional e Ambulatório Especializado em Saúde Mental. Por outro lado, as GDs Centro e Restinga Extremo Sul tiveram redução no número de consultas médicas especializadas. Na GD Centro houve redução do número de médicos especialistas no CE Santa Marta principalmente em função de aposentadorias de médicos municipalizados. Na avaliação dos dados das consultas médicas especializadas foi necessário também realizar ajustes no número de consultas médicas em cada Unidade de Saúde nos 2 anos.



## 9.2.2 Saúde Bucal

O quadro de recursos humanos em Odontologia no município de Porto Alegre conta, na sua totalidade, com 255 Cirurgiões-Dentistas, 126 Auxiliares em Saúde Bucal e 63 Técnicos em Saúde Bucal, distribuídos nos diferentes níveis de atenção, conforme tabela abaixo.

**Tabela 46** - Profissionais de Saúde Bucal por nível de atenção e tipo de vínculo

Nível de Atenção	Tipo de Serviço	Cirurgião-dentista		Auxiliar de Saúde Bucal		Técnico em Saúde Bucal	
Atenção Primária	UBS	Estatutários / Municipalizados	72	Estatutários ou Municipalizados	35	Estatutários ou Municipalizados	4
	ESF	IMESF	53	IMESF	55	IMESF	35
		GHC	20	GHC	0	GHC	20
		Moinhos	4	Moinhos	5	Moinhos	2
		Divina Providência	1	Divina Providência	0	Divina Providência	0
<b>Total</b>	<b>150</b>		<b>95</b>		<b>61</b>		
Atenção Secundária	CEO / CE	Estatutários / Municipalizados	28	Estatutários / Municipalizados	21	Estatutários / Municipalizados	0
		GHC	14	GHC	0	GHC	2
		UFRGS	9	UFRGS	1	UFRGS	0
	<b>Total</b>	<b>51</b>		<b>22</b>		<b>2</b>	
Atenção Terciária	Hospitais	Estatutários / Municipalizados	17	Estatutários / Municipalizados	1	Estatutários / Municipalizados	0
	<b>Total</b>	<b>17</b>		<b>1</b>		<b>0</b>	
Urgências	PACS	Estatutários / Municipalizados	19	Estatutários / Municipalizados	8	Estatutários / Municipalizados	0
	UPA	GHC	8	GHC	0	GHC	0
	<b>Total</b>	<b>27</b>		<b>8</b>		<b>0</b>	
Outros	CGVS e Cargos de Gestão	Estatutários / Municipalizados	10	Estatutários / Municipalizados	0	Estatutários / Municipalizados	0
	<b>Total</b>	<b>10</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	

Fonte: Dados da CGADSS e IMESF referentes a Dezembro de 2013.

**Quadro 14** – Descrição dos Indicadores de Produção

Produção	Descrição
Cobertura de primeira consulta odontológica programática.	Primeiras Consultas: Avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico.
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média de Escovação dental realizada com grupo populacional realizado sob a supervisão de um profissional de saúde.

Média de Procedimentos Básicos Individuais por habitante.	Procedimentos como restaurações, profilaxias, remoção de tártaro, aplicações de flúor, entre outros realizados na atenção básica.
Proporção de Procedimentos Especializados em Relação aos Básicos.	Procedimentos especializados como tratamentos de canais, tratamento de gengiva, cirurgias entre outros por procedimentos básicos.
Percentual de Exodontias de Dente Permanente em Relação aos Procedimentos Básicos Individuais.	Exodontias – número de extrações dentais realizadas por procedimentos básicos.
Produção do nível básico, secundário, emergências e urgências.	Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, serviços especializados e urgências sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida.

Fonte: SIGTAP.DATASUS

**Tabela 47 - Indicadores de Monitoramento de Produção**

Produção	Parâmetro	2013		2012		Variação	
		% / Média	Nº Absoluto	% / Média	Nº Absoluto	% / Média	Nº Absoluto
1. Cobertura de primeira consulta odontológica programática	5%*	4,78%	67.595	3,75%	52.811	+27,46	14.784
2. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	4,5%**	3,00%	42.376	3,97%	55.966	-24,43	-13.590
3. Média de Procedimentos Básicos Individuais por habitante	-	0,43		0,44		-2,27	-
3.1 Nº de Procedimentos Básicos Individuais	-	611.378		614.379		-0,49	-3.001
4. Proporção de Procedimentos Especializados em Relação aos Básicos	-	0,14		0,95		-85,26	-
4.1 Nº de Procedimentos Especializados Individuais	-	86.718		34.747		+149,57	51.971
5. Percentual de Exodontias de Dente Permanente em Relação aos Procedimentos Básicos Individuais	5%***	3,06%		2,59%		+18,15	-
5.1 Nº de Exodontias de Dente Permanente	-	18.683		15.930		+17,28	2.753
6. Produção do nível básico, secundário, emergências e urgências.	-	44.642		48.735		-8,40	-4.093
6.1 Atendimento de urgência em atenção especializada**	-	22.222		27.297		-18,59	-5.075
6.2 Atendimento de urgência em atenção básica	-	22.420		21.438		+4,58	982

**Fonte:** SIA SUS TABWIN e SISPACTO. \*Parâmetro SISPACTO 2013 \*\*Parâmetro SISPACTO 2013 \*\*\*Parâmetro SisPacto 2012\*\*\*\*. Para os demais indicadores não há pactuação vigente, são indicadores utilizados para monitoramento das ações no Município de Porto Alegre, solicitados pelo Conselho Municipal de Saúde.

No que diz respeito ao acesso (indicador 1), o número absoluto de primeiras consultas odontológicas chegou a 67.595 no ano de 2013, representando uma cobertura de 4,78% da população, variando 27,46% positivamente em relação ao ano anterior, quando o número absoluto foi de 52.811 primeiras consultas odontológicas. O aumento da cobertura deste indicador reflete o aumento do acesso da população aos serviços de saúde bucal no município e deve-se, principalmente, ao aumento do número de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto que no mesmo período de 2012 havia 65 equipes de saúde bucal na ESF, enquanto que neste período em 2013 temos 77 equipes de saúde bucal na ESF implantadas. A meta estabelecida para o município de Porto Alegre no ano de 2013 no SISPACTO para o indicador de primeiras consultas odontológicas foi de 5%. Portanto, no ano de 2013, consideramos que o resultado de 4,78% foi satisfatório. Ainda assim, mesmo com significativa melhora do indicador, faz-se necessária a implantação de novas equipes de saúde bucal para que o município alcance o parâmetro de 12% estabelecido para o Estado do Rio Grande do Sul, em 2009 (SISPACTO 2009).

A média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (indicador 2) passou de 3,97% para 3,00%, comparando-se o ano de 2012 com o ano de 2013, demonstrando uma diminuição de 24,43% neste indicador. Pode-se atribuir esta diminuição à descontinuidade do Programa Saúde na Escola em algumas Unidades de Saúde no ano de 2013, quando houve encerramento do vínculo dos profissionais da ESF contratados pelo Instituto de Cardiologia e ingresso dos novos profissionais contratados pelo IMESF. Neste período, houve priorização das ações de cunho clínico-assistencial, uma vez que algumas equipes estavam em período de transição. Devido ao ingresso de novos profissionais e às mudanças ocorridas na pactuação do PSE com o Ministério da Saúde para o ano de 2014, a Área Técnica de Saúde Bucal realizou, no ano de 2013, capacitação sobre o PSE para todas as equipes de saúde bucal do município, visando restabelecer e dar continuidade às atividades que já vinham sendo desempenhadas nas Escolas pactuadas. Com a

redução deste indicador em 2013, o município ficou abaixo do parâmetro estabelecido no SISPACTO 2013 (4,5%).

Foram realizados 611.378 procedimentos básicos individuais (indicador 3.1) por habitante no ano de 2013, com uma redução em números absolutos de 3.001 procedimentos comparando-se com o ano anterior, significando uma redução de 0,49%. Consideramos que esta redução não é significativa, uma vez que tivemos aumento do acesso à atenção odontológica neste período e a média de procedimentos básicos individuais por habitante manteve-se semelhante, sendo 0,43 procedimentos básicos por habitante em 2013 comparados a 0,44 procedimentos básicos por habitante em 2012 (indicador 3).

O percentual de exodontias realizadas em relação aos procedimentos básicos individuais no ano de 2013 (3,06%) segue atendendo ao preconizado pelo SISPACTO 2012, ou seja, abaixo de 5% (indicador 5). Estar abaixo desse indicador significa que as equipes de saúde bucal têm realizado proporcionalmente menos exodontias em relação a outros procedimentos básicos, mostrando um caráter menos mutilador e mais conservador dos procedimentos de saúde bucal realizados no município de Porto Alegre.

Em relação à proporção de procedimentos especializados em relação aos básicos (indicador 4), este indicador passou de 0,95 em 2012 para 0,14 no ano de 2013, mostrando uma redução de 85,26%. Esta redução indica um aumento do acesso aos serviços de atenção básica bastante superior ao aumento do acesso aos serviços especializados, o que é esperado com o aumento da cobertura de saúde bucal na atenção primária do município. Porém, este aumento de acesso na atenção primária não foi proporcional na atenção especializada, onde tivemos a abertura de 01 Centro de Especialidades Odontológicas em 2013, o CEO IAPI, sendo que este estava funcionando parcialmente até o final do segundo quadrimestre de 2013, iniciando o funcionamento pleno apenas no final do terceiro quadrimestre, quando foi completado o quadro de profissionais auxiliares. Com todos os serviços especializados funcionando plenamente, será possível redimensionar a necessidade de oferta de atenção especializada em saúde bucal, de forma que esta oferta acompanhe proporcionalmente o aumento do acesso na atenção primária.

O número absoluto de atendimentos odontológicos de urgência na atenção primária aumentou 982 procedimentos em 2013 em relação ao ano anterior,

enquanto que o mesmo tipo de atendimento recuou 18,59% nos serviços especializados (indicadores 6.1 e 6.2) em 2013. A implantação de novas equipes de saúde bucal e a reorientação dos processos de trabalho devem propiciar melhor acesso, resolubilidade e qualidade da atenção básica, impactando na redução do número de atendimentos de urgência a longo prazo. Ao mesmo tempo, a diminuição do número de atendimentos de urgência na atenção especializada é esperada, uma vez que houve aumento do acesso na atenção primária.

Ao longo de 2013 dentre as temáticas de educação permanente, trabalhou-se com assuntos que visassem garantir que a APS fosse capaz de identificar, acolher e manejar pacientes portadores de doenças sistêmicas, dentro de suas atribuições e de sua capacidade técnica. Com este propósito, foram realizados encontros de educação permanente com as Equipes de Saúde Bucal da rede de atenção básica, com a temática *“Atendimento Odontológico a pacientes com comprometimento sistêmico”*. Foram realizados, ao todo, 08 encontros, 01 em cada Gerência Distrital, com a participação de 192 profissionais, dentre eles Cirurgiões-dentistas, Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal.

Direcionado aos profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas e aos representantes distritais foi trabalhado o assunto atendimento a pacientes com comprometimento sistêmico cuja tema foi *“Anemia Falciforme”*, realizado em parceria com a Área Técnica de Saúde da População Negra (CGAPSES) e com a Universidade Federal da Bahia, através de consultoria do Ministério da Saúde. O encontro teve duração de 08 horas, com a participação de 25 profissionais, dentre eles Cirurgiões-dentistas, Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal.

O tema *“Acolhimento com identificação de necessidades”* foi abordado com o objetivo de sensibilizar e capacitar profissionais da saúde bucal para repensar seus processos de trabalho e formas de organização do acesso à atenção odontológica a partir da escuta qualificada das demandas oriundas da comunidade, busca ativa e acolhimento. Foram realizados, ao todo, 08 encontros, 01 em cada Gerência Distrital, com a participação de 216 profissionais, dentre eles Cirurgiões-dentistas, Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal.

Em continuidade às atividades de educação permanente para as equipes de saúde bucal do município de Porto Alegre, foram realizados mais 08 encontros com a temática *“Biossegurança em Odontologia”*, sendo 01 encontro de 04 horas em

cada Gerência Distrital, com a participação de 206 profissionais das equipes de saúde bucal, dentre eles Cirurgiões-dentistas, Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal. Os encontros foram realizados em parceria com a Coordenação Geral de Vigilância Sanitária da SMS.

Finalizando as atividades de educação permanente, com o objetivo de qualificar e dar continuidade às ações desenvolvidas junto ao Programa Saúde na Escola, foram realizados 08 encontros com a temática “PSE - Programa Saúde na Escola”, sendo 01 encontro de 04 horas em cada Gerência Distrital, com a participação de 227 profissionais das equipes de saúde bucal dentre eles Cirurgiões-dentistas, Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal.

### 9.2.3. Saúde Nutricional

As ações de alimentação e nutrição propostas no âmbito municipal foram elaboradas com base no perfil nutricional da população e em consonância com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN, que tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Seguem as tabelas referentes aos procedimentos de nutrição realizados no ano de 2013 e 2012 com variação entre os períodos. Os procedimentos de nutrição avaliados são consultas, atividade educativa, antropometria e atendimento domiciliar.

**Tabela 48** – Total de Procedimentos de Nutrição

GD	ANUAL				Variação	
	2013		2012		Nº	%
	nº total nutricionistas	Nº	Nº	nº total nutricionistas		
<b>Centro</b>	6	7.424	5.946	6	1.338	22
<b>GCC</b>	4	2.755	5.544	5	-2.789	-50,3
<b>LENO</b>	5	3.182	4.998	5	-1.395	-30,5
<b>NHNI</b>	7	16.199	10.919	7	5.280	48,3

<b>NEB</b>	5	10.493	11.259	6	766	-6,8
<b>PLP</b>	6	6.003	4.316	4	1.687	39,1
<b>RES</b>	2	5.084	3.966	2	1.118	28,2
<b>SCS</b>	4	6.139	4.567	3	1.572	34,4
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>57.279</b>	<b>51.234</b>	<b>38</b>	<b>6.045</b>	<b>11,8</b>

Fonte: SIA/ TABWIN e informações corrigidas nas equipes.

Os resultados demonstram que ocorreu um incremento de 11,8% nos procedimentos em geral na totalidade das GDs, em relação ao ano anterior.

As GDs GCC e LENO apresentaram maior redução. Com a mudança no novo modelo de gestão proposto, ocorreu a reorganização da atenção nutricional nos territórios, deslocando a maioria dos profissionais que estavam em UBS para o NASF, ESSCA e Centro Especializado, impactando na produção ambulatorial daqueles que compõem Centro Especializado e Equipe Especializada da Criança e Adolescente, uma vez que 07 deles migraram para NASF.

Por outro lado, em relação aos recursos humanos, constatamos que embora tenha ocorrido o ingresso de 05 profissionais no segundo semestre de 2012, houve 04 aposentadorias em 2013. Dos 39 profissionais, 04 deles encontra-se em gerência e coordenação, 01 na Casa de Apoio Viva Maria, 03 profissionais na Saúde Comunitária do GHC, 01 Hospital Moinhos de Ventos e 01 do HCPA.

**Tabela 49 - Total de Consultas de Nutrição**

GD	ANUAL				Variação	
	2013		2012		Nº	%
	nº total nutricionistas	Nº	Nº	nº total nutricionistas		
<b>Centro</b>	6	3.025	3.155	6	-130	-4,1
<b>GCC</b>	4	1.791	3.021	5	-1.230	-40,7
<b>LENO</b>	5	1.532	3.050	5	-1.518	-50
<b>NHNI</b>	7	7.983	5.461	7	2.522	46,2
<b>NEB</b>	5	6.529	7.715	6	1.186	-15,4
<b>PLP</b>	6	3.678	2.455	4	1.223	49,9
<b>RES</b>	2	1.585	3.966	2	1.118	28,2
<b>SCS</b>	4	2.593	2.910	3	-317	-10,9
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>28.716</b>	<b>51.234</b>	<b>38</b>	<b>6.045</b>	<b>11,8</b>

Fonte: SIA/ TABWIN e informações corrigidas nas equipes.

Em relação ao total de consultas no conjunto das Gerências Distritais, no período avaliado, a variação manteve-se estável.

Na GD GCC 02 profissionais da assistência foram para o NASF e 01 profissional aposentou-se.

Na GD LENO, um profissional da assistência do CS Bom Jesus aposentou e houve o ingresso de um profissional para compor o NASF.

Na NEB e SCS houve retorno de 02 profissionais da Licença Maternidade no 2º semestre de 2013

**Tabela 50 – Total de Atividades Educativas de Nutrição**

GD	ANUAL				Variação	
	2013		2012		Nº	%
	nº total nutricionistas	Nº	Nº	nº total nutricionistas		
<b>Centro</b>	6	166	75	6	91	121
<b>GCC</b>	4	55	295	5	-240	-81,3
<b>LENO</b>	5	212	108	5	104	96,3
<b>NHNI</b>	7	508	347	7	161	46,4
<b>NEB</b>	5	258	359	6	-101	-28,1
<b>PLP</b>	6	259	368	4	-109	-29,6
<b>RES</b>	2	259	198	2	61	30,8
<b>SCS</b>	4	160	57	3	103	180,7
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>1.877</b>	<b>1.807</b>	<b>38</b>	<b>70</b>	<b>3,9</b>

Fonte: SIA/ TABWIN e informações corrigidas nas equipes.

Houve uma variação positiva de 3,9% no conjunto das Gerências Distritais no ano de 2013 em relação a 2012. Somente as Gerências GCC e NEB apresentaram redução pelos motivos apresentados anteriormente.

**Tabela 51 - Total de Procedimentos de Antropometria**

GD	ANUAL				Variação	
	2013		2012		Nº	%
	nº total nutricionistas	Nº	Nº	nº total nutricionistas		
<b>Centro</b>	6	4.021	2.826	6	1.195	42,3
<b>GCC</b>	4	909	2.222	5	1.313	-59
<b>LENO</b>	5	1.382	1.335	5	47	3,5
<b>NHNI</b>	7	7.248	4.681	7	2.567	54,8
<b>NEB</b>	5	3.691	3.162	6	529	16,7



<b>PLP</b>	6	1.979	1.483	4	496	33,4
<b>RES</b>	2	3.145	2.639	2	506	19,2
<b>SCS</b>	4	3.385	1.581	3	1.804	114,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>25.760</b>	<b>19.929</b>	<b>38</b>	<b>5.831</b>	<b>29,2</b>

Fonte: SIA/ TABWIN e informações corrigidas nas equipes.

Em 2013, as avaliações antropométricas tiveram incremento de 29,2% em relação ao ano anterior. Estes resultados refletem a qualificação dos registros dos profissionais.

**Tabela 52 - Total de Visita Domiciliar Realizada**

GD	ANUAL				Variação	
	2013		2012		Nº	%
	nº total nutricionistas	Nº	Nº	nº total nutricionistas		
<b>Centro</b>	6	212	30	6	182	606,6
<b>GCC</b>	4	-	6	5	-	-
<b>LENO</b>	5	56	84	5	-28	-33,3
<b>NHNI</b>	7	460	430	7	30	7
<b>NEB</b>	5	15	23	6	-8	-34,8
<b>PLP</b>	6	87	10	4	77	770
<b>RES</b>	2	95	210	2	-115	-54,8
<b>SCS</b>	4	1	19	3	-18	-94,7
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>926</b>	<b>812</b>	<b>38</b>	<b>114</b>	<b>14</b>

Fonte: SIA/ TABWIN e informações corrigidas nas equipes.

Houve um aumento nas visitas domiciliares de 14,0% na totalidade das Gerências Distritais no ano de 2013 quando comparado com 2012. Isso reflete diferentes processo de trabalho dos profissionais nos territórios.

**Tabela 53 – Taxa de AME em RN acompanhados na 1ª consulta do Programa Pré-Nenê**

AME	Anual 2013	Anual 2012	Variação %
<b>Porto Alegre</b>	79,1	78,8	0,4

Fonte: SIAB/DATASUS

**Tabela 54 – Taxa de AME em crianças aos 4 meses de vida, acompanhados pela ESF**

AME	Anual 2013	Anual 2012	Variação %
<b>Porto Alegre</b>	72,9	74,7	-2,4 %

Fonte: SIAB/DATASUS

## 9.2.4 Saúde Mental

**Quadro 15** - Meta anual constante na PAS 2013

Meta 2013	Realizados da Meta
54. Implementar o Plano Municipal de Saúde Mental seguindo as diretrizes da Política Nacional.	Meta atingida parcialmente. A implementação do Plano Municipal de Saúde Mental seguindo as diretrizes da Política Nacional obteve no ano de 2013 avanços significativos, mesmo não tendo sido possível execução de uma ação prevista para o cumprimento da meta: <i>Implantação do atendimento de emergência psiquiátrica para crianças e adolescentes no HMIPV</i> . Está sendo rediscutida junto ao Gabinete do Secretário e CMU a estrutura mais adequada para implantar esse serviço. Os cadastros das Equipes junto ao MS foram atualizados no CNES. <i>A formalização dos serviços no organograma institucional aguarda deliberação e encaminhamentos da SMS, pois tem relação com toda a organização do organograma.</i>

No ano de 2013, foram realizadas várias ações visando à implementação das diretrizes políticas de saúde mental, consoantes com a Lei 10.216, que versa sobre a Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, mantiveram-se as reuniões mensais do Fórum de Coordenadores de Serviços como um espaço de socialização das questões relativas aos processos de trabalho, bem como de pactuação de fluxos e ações entre a rede. Outros espaços coletivos que se mantiveram foram as reuniões com os serviços da rede de álcool e outras drogas e com os serviços da infância/adolescência. Instituiu-se um espaço com as equipes de saúde mental adulto, com a proposta de elaborar o documento norteador das ações realizadas por essas equipes, que foi concluído no final do ano.

Nessa mesma direção, trabalhamos com o monitoramento dos serviços da rede, utilizando os diversos espaços como reuniões, seminários, fóruns e capacitações. A definição de procedimentos para os registros via sistema de informações foi uma das ações que a área técnica investiu no decorrer do ano, com as Equipes Especializadas de Saúde da Infância e Adolescência e de Saúde Mental de Adultos. O resultado positivo já pode ser visualizado nesse relatório anual, pois hoje é possível fazer leituras unificadas de procedimentos realizados pelas diversas equipes. Entretanto, com relação aos procedimentos registrados pelos Centros de Atenção Psicossocial, definidos pelo Ministério da Saúde, que são feitos através dos

Registros de Atendimentos Ambulatoriais em Saúde – RAAS houve muitos problemas, especialmente com o sistema de informática, de capacitação e disponibilidade de recursos humanos para registrar as informações. Trata-se de um problema que necessita ser sanado no decorrer do ano de 2014.

Seguindo a lógica de trabalhar próximo às equipes, foram realizadas visitas técnicas em hospitais, CAPS, equipes, clínicas e comunidades terapêuticas que tiveram o propósito de avaliar o trabalho realizado, bem como de monitorar e auxiliar na qualificação das ações propostas.

As ações de Educação Permanente foram realizadas durante todo o ano, com destaque para a conclusão dos cursos de Redução de Danos e Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas; Saúde Mental na Atenção Primária e Terapia Comunitária. A avaliação dos CAPS foi concluída e iniciou-se o processo de avaliação dos serviços residenciais terapêuticos, através da metodologia de Oficinas Temáticas, realizadas com toda a equipe de profissionais. Monitoramento dos serviços da rede de saúde mental realizada sistematicamente durante o ano.

Destacam-se as ações de Educação permanente para atualização técnica no ano com a conclusão do Curso de Redução de Danos, Álcool e Outras Drogas; Saúde Mental na Atenção Primária; Terapia Comunitária, os e os 16 Seminários dos Serviços de Saúde mental nas Gerências Distritais. Demais espaços de educação permanente foram efetivos em 2013.

No ano de 2013 não houve ampliação das estruturas dos serviços da rede de saúde mental, entretanto, a qualificação das ações foi notável. Um destaque foi à instituição do colegiado da Rede de Atenção Psicossocial da GD GCC, que se reúne mensalmente para discutir os processos de trabalho em rede, bem como para fazer pactuações de fluxos resolutivos e que garantam o acesso dos usuários aos serviços do território.

Foi publicada pela SMS a Resolução que Regulamenta o Funcionamento das Moradias Protegidas Privadas em Saúde Mental, *fruto do trabalho integrado da área técnica de saúde mental, vigilância sanitária, assessoria jurídica da secretaria e comissão de saúde mental do CMS*. Essa resolução permite a fiscalização das moradias privadas, baseada em critérios técnicos, respeitando os direitos dos usuários de saúde mental que necessitam recorrer a esses serviços.

Com relação ao “*Plano Crack, é possível vencer*” ao qual o município aderiu no ano de 2012, não houve avanços significativos durante o ano de 2013. Justifica-se pela dificuldade de realizar ações intersetoriais entre as diversas secretarias de governo envolvidas. Avançou-se pouco também na interface com outras secretarias, expressando o quanto ainda precisamos trabalhar esse ponto da Rede de Atenção Psicossocial. FASC e SMED foram secretarias que realizaram algumas ações em parceria com a saúde mental da SMS sobre o Programa Nacional *CRACK é possível vencer*.

Salienta-se que em todas as 8 GD as equipes de saúde mental da infância forma reestruturadas qualificando desta forma o acesso e o atendimento integral de crianças e adolescentes. Concluiu-se o processo de elaboração da Linha de Cuidado em Saúde Mental que está em fase de revisão técnica.

O Grupo de Trabalho (GT) da Linha de Cuidado em Saúde Mental concluiu, em dezembro/2013, a elaboração de fluxos e protocolos, que está para ser implantada em 2014. Para a discussão das Linhas de Cuidado em Saúde Mental com a rede de saúde, foram realizados dezesseis seminários distritais com os serviços de saúde mental, durante o ano. Ainda há muito que avançar no campo das políticas públicas de saúde mental em POA, para isso é fundamental o investimento permanente da gestão central em ampliação dos serviços, na contratação de recursos humanos, bem como na Educação Permanente como uma estratégia de qualificar os processos de trabalho em saúde.

### **Centros de Atenção Psicossocial - CAPS**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços destinados a atender os transtornos mentais graves e recorrentes, álcool e outras drogas. Possuem equipes que contam com profissionais de diversas áreas da saúde, atuando de forma interdisciplinar e são referências para os territórios onde estão situados. Porto Alegre conta com 12 CAPS, sendo cinco para atendimento em álcool e outras drogas; três para infância e adolescência; quatro para adultos com transtornos mentais. No ano de 2013 mudou a forma de registro dos procedimentos

realizados pelos CAPS, que até então, era feito por APACs e BPAs, restringindo as possibilidades de leitura do que era realizado pelos serviços.

Com a instituição da RAAS houve a necessidade de implantação do sistema de informação nos serviços, bem como a capacitação dos servidores responsáveis por preencher os dados. Nesse sentido, não foi possível fazer comparativos entre 2012 e 2013, bem como para alguns CAPS registrar os procedimentos no sistema devido a problemas técnicos e de recursos humanos.

Nas tabelas abaixo, segue o quantitativo realizado no ano de 2013, em alguns, os dados provêm dos próprios serviços, com exceção do CAPSi Pandorga do GHC que não apresentou dados.

**Tabela 55** - Tabela: Produção CAPS 2013

<b>Procedimentos</b>	<b>2013</b>
Atividade Educativa / Orientação em Grupo na Atenção Básica	158
Atividade Educativa / Orientação em Grupo na Atenção Especializada	635
Visita Domiciliar por Profissional de NM	72
Visita Domiciliar /Institucional por Profissional de NS	379
Avaliação Antropométrica	1.121
Glicemia Capilar	39
Consulta de Nível Superior na Atenção Básica (Exceto Médico)	306
Consulta de Nível Superior(Exceto Médico)	1.7634
Consulta Medica em Atenção Especializada	6.996
Consulta/Atendimento Domiciliar	4
Consulta/Atendimento Domiciliar na Atenção Especializada	30
Terapia em Grupo	1.202
Terapia Individual	5.532
Assistencia Domiciliar por Profissional de Nivel Medio	258
Oficina Terapeutica I	951
Oficina Terapeutica II	1.220
Psicoterapia de Grupo	1.286
Atendimento Individual Em Psicoterapia	3.073
Acolhimento Diurno	805
Atendimento Individual	3.817
Atendimento em Grupo	1.808
Atendimento Familiar	415
Acolhimento Inicial	21
Atendimento Domiciliar Para Pacientes e/ou Familiares	19
Ações de Articulação de Redes Intra e Intersetoriais	17
Práticas Corporais	195
Práticas Expressivas e Comunicativas	191
Atenção às Situações De Crise	24

Ações De Reabilitação Psicossocial	129
Promoção de Contratualidade no Território	57
Administracao de Medicamentos	9.108
Administracao de Medicamentos em Atencao Basica	5.539
Afericao de Pressao Arterial	24.267
Inalacao / Nebulizacao	44
Retirada de Pontos de Cirurgias Basicas (Por Paciente)	22
Terapia de Rehidratacao Oral	19
Curativo Grau I c/ ou s/ Debridamento	102
<b>TOTAL</b>	<b>87.495</b>

Fonte: SIA/TAB WIN \*dados parciais

A partir da tabela acima é possível identificar a qualificação dos registros de procedimentos realizados nos CAPS, pois, além dos dados quantitativos, pode-se verificar também a possibilidade de fazer leituras qualitativas. De uma maneira geral, pode-se perceber que ainda é necessário avançar muito no que diz respeito ao registro das ações de reabilitação e inserção social realizado pelos CAPS da rede de POA. Embora os CAPS, na sua maioria, realizem tais atividades, há sub-registro das mesmas. Procedimentos de enfermagem como administração de medicação e verificação de pressão tem destaque na tabela, justificado pelo fato de três CAPS AD III, ou seja, com permanência 24 horas de usuários em processo de desintoxicação ou crise, muitos apresentando problemas clínicos relacionados.

## CAPS AD III IAPI

**Tabela 56** - Produção CAPS ad III IAPI

Procedimentos	2013
Atividade Educacional/ Orientação em Grupo	576
Visita Domiciliar por Profissional de Nível Médio	12
Avaliação Antropométrica	749
Glicemia Capilar	32
Consulta Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	12.799
Consulta Medica em Atenção Especializada	4.653
Consulta/Atendimento Domiciliar	1
Terapia Em Grupo	442
Terapia Individual	3.042
Oficina Terapeutica I	864
Oficina Terapeutica li	776
Psicoterapia de Grupo	542

Atendimento Individual em Psicoterapia	2.435
Administracao de Medicamentos	8.961
Afericao de Pressao Arterial	16.106
Inalacao / Nebulizacao	4
Retirada de Pontos de Cirurgias Basicas (Por Paciente)	22
Terapia de Rehidratacao Oral	19
Curativo Grau I c/ ou s/ Debridamento	9
<b>TOTAL</b>	<b>52.044</b>

Fonte: SIA/TAB WIN

O ano de 2013 caracterizou-se pela consolidação de ações de anos anteriores e por inovações e mudanças, com oferta à comunidade de um serviço de portas abertas e de gestão humanizada. O CAPS AD III IAPI é referência para o território da gerência NHNI.

## CAPS AD Vila Nova

**Tabela 57** - Tabela: Produção CAPS ad Vila Nova

<b>Procedimentos</b>	<b>2013</b>
Atividades Educacionais / Orientação em Grupo	59
Visita Domiciliar /Institucional Nível Superior	238
Avaliação Antropométrica	366
Glicemia Capilar	7
Consulta Ns (Exceto Médico)	4.835
Consulta Medica	2.343
Consulta/Atendimento Domiciliar	29
Terapia Em Grupo	463
Terapia Individual	1.908
Oficina Terapeutica I	87
Oficina Terapeutica II	444
Psicoterapia de Grupo	744
Atendimento Individual em Psicoterapia	638
Acolhimento Diurno	578
Atendimento Individual	464
Atendimento em Grupo	797
Atendimento Familiar	55
Acolhimento Inicial	21
Atendimento Domiciliar Para Pacientes E/Ou Familiares	4
Ações de Articulação de Redes Intra e Intersetoriais	17
Práticas Expressivas e Comunicativas	9
Atenção às Situações de Crise	7
Ações de Reabilitação Psicossocial	21

Administracao de Medicamentos	147
Afericao de Pressao Arterial	8.142
Curativo Grau I c/ ou s/ Debridamento	2
<b>TOTAL</b>	<b>22.425</b>

Fonte: SIA/TAB WIN

Neste ano destaca-se a maior vinculação com a rede de serviços e a participação nas Reuniões do Conselho Distrital, tendo um dos usuários sido eleito representante do setor usuário, revelando a importância de trabalhar questões esclarecedoras de Direitos Sociais. O trabalho desenvolvido com a Comunidade de entorno também merece destaque. Em todas as comemorações de datas festivas a comunidade esteve presente, assim como em passeios e palestras que o CAPS ad II proporcionou. Foi criado o grupo para familiares também no turno da tarde, oferecendo informações sobre dependência química, reestruturando cognições disfuncionais através da Resolução 03/2013 de 25/10/2013 de problemas e dotando a família de recursos para perceber e responder as situações de forma funcional. Os familiares compartilham da mesma problemática da dependência química num espaço terapêutico que permite ajuda mútua na tentativa de resoluções de problemas.

Também foram criadas 02 Oficinas Terapêuticas, de Horta e de Teatro realizadas pelas técnicas de enfermagem. Estas oficinas trabalharam focalizando o cuidado, o tempo de espera, o senso de cooperação, habilidades sociais, resgate de vínculos e integração familiar promovendo hábitos sociais mais adequados. Outro trabalho a destacar é o grupo "Amigos do CAPS AD II". Neste, usuários que após todo processo de alta e já vinculados à rede de serviços da comunidade mantêm uma frequência mensal no serviço onde trazem suas experiências e relatos.

## **CAPS AD III GHC**

**Tabela 58** – Produção CAPS ad III GHC

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>2013</b>
Atendimentos individuais	4.059
Acolhimentos a novos pacientes	273
Atendimentos a familiares	361
Encaminhamentos a rede intersetorial	406



Atividades de grupos	264
Oficinas terapêuticas	198
Visitas domiciliares	103
Pacientes em acolhimento 24h	131
<b>TOTAL</b>	<b>5.795</b>

Fonte: Arquivos do serviço

O CAPS ad III GHC tem 480 pacientes ativos no serviço, com atendimentos nas diversas modalidades. O atendimento é realizado 24 horas por dia, com acolhimento de portas abertas e possui seis leitos de permanência noturna. Para 2014 tem a previsão de mudar a sede, qualificando a ambiência e o processo de trabalho.

### **CAPS AD III PLP**

**Tabela 59** - Atendimentos CAPS ad III PLP

<b>ATENDIMENTOS</b>	<b>2013</b>
Nº Pessoas atendidas	2.637
Nº Atendimentos Ambulatoriais	30.056

Fonte: Arquivos do serviço

O ano de 2013 foi de grande crescimento e afirmação do CAPS AD III Partenon - Lomba do Pinheiro, inaugurado em dezembro de 2012. Em pouco mais de um ano de existência, o serviço tornou-se referência no atendimento das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas da população de seu território. Com relação às ações assistenciais, além dos grupos e atendimentos individuais, a realização de visitas domiciliares e de atividades “extra-muros”, também foram foco no cuidado de pacientes e familiares, tendo em vista que a reabilitação psicossocial e o protagonismo do sujeito não se dá somente dentro do serviço, mas junto a outros espaços de circulação cotidiana, para além da temática Dependência Química.

A integralidade das ações também foi favorecida pelo imenso esforço em garantir ações em conjunto com a rede de serviços do território, ultrapassando as barreiras da saúde na aproximação com uma empresa de transportes, com intuito de

promover ações de promoção e prevenção ao uso de drogas. Além desta aproximação, buscou-se também maior relação com a comunidade local, por meio de assembleias comunitárias, que se configuraram em importante espaço de trocas com moradores e lideranças. Cabe salientar, ainda, o comprometimento da equipe na realização das capacitações, treinamentos e análise contínua de seu processo de trabalho.

## **CAPS AD II GCC**

**Tabela 60** - Usuários do CAPS ad II GCC

	<b>2013</b>
Usuários cadastrados total	1.600
Novos usuários cadastrados no ano	304

**Fonte:** Arquivos do serviço

No ano de 2013 o CAPS AD II GCC atingiu a meta de 1.600 pacientes cadastrados. A equipe está praticamente completa, faltando apenas profissionais de nível médio na área de administração; em relação à implantação da proposta de trabalho o acolhimento, porta de entrada do CAPS AD consolidou-se na modalidade “Porta Aberta”, diariamente, representando um avanço para a equipe e para o usuário atendido, terminando com tempo de espera e demanda reprimida. No ano de 2013 foram 304 novos usuários atendidos.

O CAPS AD tem hoje uma série de opções para tratamento e acompanhamento dos casos de dependência química composto de: atendimentos individuais, em grupo e oficinas terapêuticas, distribuídos nos cinco dias úteis da semana proporcionando opções ao público atendido dentro do perfil de cada um e de sua disponibilidade de horário. Foram mantidos os atendimentos individuais como uma das possibilidades de acompanhamento e tratamento no CAPS AD, pois atende a casos específicos, onde é dedicada atenção especial a casos definidos pela equipe como necessários.

Com relação à produção de conhecimento bem como atividades de estudo e pesquisa o CAPS AD desenvolveu em 2013 o PET SAUDE MENTAL e mantém campo de estágio para residência em saúde mental vinculado a ESP/RS.

## CAPS II Centro

**Tabela 61** - Produção CAPS II Centro

<b>Procedimentos</b>	<b>2013</b>
Acolhimento Diurno	79
Atendimento Individual	1.149
Atendimento em Grupo	164
Atendimento Familiar	32
Atendimento Domiciliar para Pacientes e/ou Familiares	8
Práticas Corporais	26
Práticas Expressivas e Comunicativas	135
Atenção às Situações de Crise	3
Ações de Reabilitação Psicossocial	108
Promoção de Contratualidade no Território	4
<b>TOTAL</b>	<b>1.708</b>

Fonte: SIA

Durante o ano de 2013 foram realizadas diversas atividades pelo Projeto INSERE/CAPACITAR, consolidando parcerias interinstitucionais com SENAC, Renner, Mazer, Safe Park, Gussil, Zaffari, Ferramentas Gerais, Egalité. O projeto contempla o acompanhamento dos usuários em processo de reinserção social através do trabalho, nesse sentido, várias ações foram desenvolvidas como reuniões, seminários, capacitação de professores, interconsultas, entre outras. A equipe teve participação na Mostra de Curtas – metragem em Novo Hamburgo – com premiação do filme do projeto Insere. Manteve-se a Atividade CINEMA EM DEBATE na saúde mental – 3 sessões durante o ano de 2013/ maio/agosto/dezembro, assim como diversas atividades culturais e passeios foram realizados.

## CAPS II GCC

**Tabela 62** - Produção CAPS II GCC

<b>Procedimentos</b>	<b>2013</b>
Atendimento Individual	856

Atendimento em Grupo	174
Atendimento Familiar	124
Atendimento Domiciliar e/ou Familiares	3
Práticas Corporais	14
Práticas Expressivas e Comunicativas	5
<b>TOTAL</b>	<b>1.176</b>

Fonte: SIA/Tab Win

O CAPS II GCC apresentou dificuldades em registrar os procedimentos realizados no ano de 2013. Entretanto, tem desenvolvido um trabalho importante articulado com o plantão de saúde mental que referencia os usuários do território da GD GCC, após avaliação inicial, diretamente para o CAPS, quando se trata de transtorno mental grave sem necessidade de internação.

## CAPS II GHC

**Tabela 63** - Produção CAPSII/GHC

	<b>2013</b>
Número total de acolhimentos agendados	260
Número total de acolhimentos agendados realizados	186
Número total de pacientes atendidos mensalmente	250

Fonte: Arquivos do serviço

Atividades desenvolvidas no CAPS II em 2013: Acolhimento em equipe e individual; Atendimento individual; Atendimento domiciliar; Acompanhamento terapêutico (AT); Grupos: terapêutico com usuários e familiares; Passeios externos; Terapia de família; Visita domiciliar; Oficinas terapêuticas (de Marcenaria, de Crochê, de Atividade Física, de Artes, de Poesia, de Laços Sociais, de Bijuteria, de Escrita, de Música; de Psico-educação, de Cinema, com Jovens).

## CAPS II HCPA

**Tabela 64** - Produção CAPS II HCPA 2013

<b>Especialidade</b>	<b>Atendimentos</b>
Enfermagem	594

Psicologia	1.878
Psiquiatria	9.749
Recreação Terapêutica	3.780
<b>TOTAL</b>	<b>16.001</b>

Fonte: Arquivos do serviço

Considerando o objetivo de promoção de autonomia e inserção social, o CAPS II HCPA desenvolveu em 2013 oficinas como: festas, passeios, voleibol, tênis, futebol, caminhadas, teatro, música, produção de velas, visitas a salão de beleza entre outras. Para atender a complexidade destes objetivos, trabalhamos de forma intersetorial, contando como parceiros, no último ano: o serviço de geração de renda GERAPOA; Ginásio da Brigada Militar; Parque Tenístico José Montauray; Secretaria da Cultura pela Descentralização da Cultura; outros equipamentos culturais e de lazer da cidade; e iniciativa privada (no próprio território dos usuários e entorno do CAPS - museus, teatros, cinemas, shopping, centros comunitários, galpão de reciclagem, praças e parques municipais, Campus Olímpico ESEF/UFRGS). O resultado do trabalho em 2013 foi melhoria na qualidade de vida e possibilidade de altas com ampliação da rede social do usuário.

## CAPS i Casa Harmonia

Tabela 65 - Produção CAPS i Harmonia

<b>Procedimentos</b>	<b>2013</b>
Acolhimento Diurno de Paciente	148
Atendimento Individual	1.348
Atendimento em Grupo	673
Atendimento Familiar	204
Atendimento Domiciliar para Pacientes e/ou Familiares	4
Práticas Corporais	155
Práticas Expressivas e Comunicativas	42
Atenção às Situações de Crise	14
Promoção de Contratualidade no Território	53
<b>TOTAL</b>	<b>2.641</b>

Fonte : SIA

Mudança no sistema de APACs para RAAS traz sub-registros importantes no primeiro semestre de 2013, uma vez que o sistema demorou bastante tempo para ser implantado devido aos problemas na implantação do sistema pela PROCEMPA. Em relação às atividades terapêuticas – aumentou o sub-registro de atividades, no entanto procurou-se melhorar os registros das mesmas nas RAAS.

Iniciou-se uma parceria com a Secretária Municipal da Cultura- SMC, através da descentralização da cultura, oportunizando atividades de oficinas de foto na lata e de hip hop. Por outro lado, ocorreu um retraimento substancial devido à falta de investimentos financeiros para viabilizar a aquisição de materiais que não são repostos obrigando ao cancelamento e redução de atividades e de oficinas. Esse problema vem progressivamente afetando o cotidiano do CAPSi que, não dispondo de materiais, diminui a oferta de atividades terapêuticas aos seus usuários.

Em 2013 o CAPS i Casa Harmonia foi contemplado com o refinanciamento do MS da Supervisão clínico-institucional, sendo considerado positivo o processo, por trabalhar mais especificamente os aspectos da formação da rede. Mantem-se a parceria com a ESP, e Universidades, recebendo VERSUS, estágio de psicologia e de nutrição, Residentes de diversas áreas, e iniciado o PET REDES em parceria com a UFRGS. Em 2013 foi realizada a segunda capacitação para a rede de abrigagem, em parceria com a rede conveniada da FASC – João Paulo II. As visitas domiciliares e institucionais foram mantidas, no entanto, há dificuldade em virtude da diminuição de transporte na SMS. Adesão dos Usuários: O CAPS i segue tendo uma baixa adesão dos usuários, por diversos fatores entre eles, as dificuldades dos usuários como as econômicas e a distância, A Casa Harmonia continua sendo referência para 4 distritos sanitários, tendo, portanto um território muito amplo com muitas regiões distantes.

## **CAPSi HCPA**

**Tabela 66** - Produção CAPSi HCPA 2013

<b>Especialidade</b>	<b>Atendimentos 2013</b>
Enfermagem	56
Psicologia	171

Psiquiatria	3.101
Recreação Terapêutica	35
<b>TOTAL</b>	<b>3.363</b>

Fonte: Arquivos do serviço

Durante o ano de 2013 foram realizadas várias atividades com o grupo de usuários de crianças e adolescentes. Pode-se ressaltar a oficina de desenho e confecções de caixas de madeiras. A oficina de desenho ajudou a desenvolver as habilidades manuais das crianças e a percepção delas quanto a uma figura que foi apresentada por um técnico da equipe e a reprodução dessa figura no papel. Já a oficina de caixas de madeira as crianças trabalham a necessidade de permanecer sentadas, a atenção, o vínculo, o auxílio ao colega e finalmente ver o produto final pronto e sentirem-se orgulhosos de conseguirem iniciar e terminar uma atividade. Com a produção das caixas foi realizada uma feira de Natal em que os produtos foram colocados à venda para a comunidade pelas próprias crianças. O dinheiro arrecadado é revertido para as crianças através de passeios, materiais para atividades, ingredientes para culinária, festas temáticas.

**Tabela 67** - Produção Comum CAPSII e CAPSi HCPA

<b>Especialidade</b>	<b>Atendimentos</b>
Enfermagem	7
Recreação Terapêutica	36
Serviço Social	444
<b>TOTAL</b>	<b>487</b>

Fonte: Arquivos do serviço

Esse quadro evidencia a articulação entre os serviços que atendem os territórios da PLP e LENO. Para o ano de 2104 está prevista a mudança de área física dos CAPS II e I, contemplando uma reivindicação antiga de que os CAPS saíssem do espaço hospitalar. Além das mudanças na área física, a área técnica de saúde mental têm trabalho junto às equipes dos CAPS na qualificação dos processos de trabalho.

**Tabela 68** - Taxa de Cobertura de CAPS por 100.000 /hab na cidade

Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)/100.000 habitantes Meta 06 SISPACTO - 2013	Período		Unidade	Pop Referenciada
	2013	2012		
	Nº	Nº	/100.000	1.409.351
	0,95	0,95		

Fonte: DATASUS

Não houve variação na taxa de cobertura de CAPS em POA, em virtude de não terem sido abertos novos serviços.

### Geração POA – Oficina Saúde e Trabalho

**Tabela 69** - Produção Geração POA

Procedimentos	2013	2012	Variação %
ATIV EDU / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA AE	95	1.280	-92,58%
VD / INSTITUCIONAL POR PROFISSIONAL NS	13	3	333,33%
CONSULTA NS NA AE (EXCETO MÉDICO)	823	561	46,70%
TERAPIA EM GRUPO	719	442	62,67%
TERAPIA INDIVIDUAL		408	-100,00%
OFICINA TERAPÊUTICA I - SAÚDE MENTAL		6	-100,00%
OFICINA TERAPÊUTICA II - SAÚDE MENTAL	1.130	712	58,71%
<b>TOTAL</b>	<b>2.780</b>	<b>3.412</b>	<b>-18,52%</b>

Fonte: SIA

No ano de 2013 ingressaram no serviço 57 novos usuários na Oficina. Destes 6 desistiram do Projeto Capacitar; 7 não apresentavam demanda para Geração e foram encaminhados para outros locais; 5 não manifestaram interesse em permanecer; 4 estavam sem condições no momento para ingresso; 1 concluiu o capacitar e desvinculou-se do serviço e 2 abandonaram. Pelo quadro de procedimentos pode-se avaliar o incremento de ações nas oficinas e atividades de grupo, o que configura a excelência do trabalho da Geração POA de capacitação de usuários de saúde mental para o trabalho e inclusão social. Ações qualitativas e projetos importantes realizadas em 2013 que evidenciam o trabalho de reabilitação e inserção social dos usuários atendidos na Geração POA através de parcerias, ações e projetos intersetoriais:



- Organização e acompanhamento do Curso de Costura Básica em parceria com SMTE (de outubro à dezembro/13);
- Planejamento e execução do Projeto de Oficina Terapêutica na Atenção Básica – GD LENO - ESFs Wenceslau Fontoura, Timbaúva e Batista Flores;
- Ampliação dos acompanhamentos na inclusão no mercado de trabalho formal;
- Organização e acompanhamento da 5ª Turma do Projeto Capacitar;
- Continuidade do acompanhamento das demais turmas do Projeto Capacitar;
- Intensificação do trabalho coletivo entre os usuários das oficinas de trabalho;
- Constituição de parceria com a Descentralização da Cultura;
- Participação no Fórum Social Temático em POA;
- Participação no I Encontro da RAPS em Curitiba (apresentação de trabalho e coordenação de mesa da Economia Solidária);
- Participação no Encontro Nacional de Usuários e Familiares em Brasília;
- Participação no Congresso Terapia Ocupacional – Florianópolis (apresentação de trabalho);
- Inclusão no PET Saúde com PET RAPS Adulto;
- Ampliação de campo de estágio com a Residência do EDUCA/UFRGS.

### **Residenciais Terapêuticos**

Os residenciais terapêuticos Pensão Nova Vida e Cristiano Fischer apresentam capacidade de acolher 12 usuários em caráter de moradia temporária. O trabalho de acompanhamento da vida diária tem como objetivo de ampliar a autonomia, o resgate dos vínculos e reinserção social. É realizado por uma equipe multidisciplinar no residencial. Os usuários são acolhidos após uma avaliação inicial da equipe e, mediante a disponibilidade de vaga. O acompanhamento das questões

de saúde, tanto física quanto mental, é feito na rede dos serviços da cidade, de acordo com o Plano Terapêutico Singular.

No que se refere ao número de usuários ingressantes, nesse ano foram acolhidos 08 usuários novos. Também houve a solicitação de avaliação de 08 usuários; 01 óbito; 11 usuários que saíram para outros locais de moradia e, 02 usuários foram encaminhados ao mercado de trabalho.

No ano de 2013 a área técnica de saúde mental iniciou o processo de avaliação e monitoramento do serviço para realinhamento da missão do residencial terapêutico, a fim de qualificar os processos de trabalho de acordo com as demandas e com as orientações da Portaria Nº 3090/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Para isso, estão sendo realizadas oficinas, reuniões e seminários com a equipe de profissionais de duas a três vezes por mês (06/08/13, 19/08/13, 05/09/13, 17/09/13, 24/09/13, 15/10/13, 13/11/13, 03/12/13 e 17/12/13), o que também tem se caracterizado como estratégia de educação permanente para a equipe. No ano de 2014 haverá a continuidade do trabalho da área técnica junto aos residenciais.

## Programa De Volta Para Casa

**Tabela 70** - Número de Usuários Cadastrados no Programa

Descrição do Item	Período		Variação	
	2013	2012	2013/2012	
	Nº	Nº	Nº	%
<b>Inclusão de usuários no Programa</b>	22	02	20	1000%

Fonte: PVC DATASUS

O ano de 2013 encerrou com 112 usuários recebendo o benefício do Programa de Volta para Casa, no valor mensal de 412 reais. Esse valor foi reajustado no ano de 2013. Quanto ao aumento expressivo de usuários cadastrados no Programa, justifica-se pelo fato de terem sido abertos quatro residenciais terapêuticos pelo governo estadual, nas regiões PLP, NEB e NHNI para a desinstitucionalização de usuários do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Os usuários dos residenciais terapêuticos estão inseridos nos serviços da rede de saúde mental do município, consolidando uma parceria importante entre Estado e Município no processo de desinstitucionalização dos usuários do hospital psiquiátrico.

No último quadrimestre de 2013 foi realizado cadastramento de 54 usuários do Residencial Luiz Fatini, ex-abrigo Neita Ramos da Fundação de Proteção Especial, que receberão o benefício no ano de 2014. A área técnica de saúde mental tem a responsabilidade de realizar o acompanhamento sistemático dos usuários inseridos no Programa e elaborar relatórios anuais que são enviados ao Ministério da Saúde.

### **Educação Permanente em Saúde**

A educação permanente pode ser concebida como uma estratégia que visa à qualificação dos profissionais no próprio processo de trabalho, ou seja, no cotidiano do fazer em saúde, reforçando a interação entre fazeres e saberes. A aprendizagem precisa ser significada para que os efeitos possam repercutir no modo como se operacionaliza a atenção e o cuidado dos usuários que chegam aos serviços da rede de saúde. Nesse sentido, as ações de educação permanente aconteceram no ano de 2013, nos espaços de reuniões de equipe, fóruns de coordenadores de serviços, fóruns da rede de serviços de álcool e outras drogas, seminários, entre outros. Também foram realizados cursos com temáticas específicas que destacamos abaixo:

**Saúde Mental na Atenção Básica:** No mês de abril de 2013 teve início o curso de Saúde Mental na Atenção Básica, que contou com a participação de 51 profissionais da rede de saúde de Porto Alegre. O curso foi organizado e coordenado pela Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (SMS) e teve a duração de nove meses, totalizando 52 horas aulas. O objetivo do curso foi qualificar a rede de atenção primária de saúde para o acolhimento, atendimento, tratamento e acompanhamento de portadores de sofrimento psíquico leve a moderado e de usuários de álcool e outras drogas. Quanto à avaliação final, foi elaborado um questionário com questões relativas ao processo de educação permanente, que foi respondido por 35 participantes do curso, no último dia de seminário, após ter sido realizada a avaliação em grupo. De maneira geral, a avaliação do curso por parte dos participantes foi positiva, destacando-se os aspectos relativos aos conteúdos, convidados/palestrantes,

estrutura física, novos conhecimentos acerca da saúde mental e a possibilidade de compartilhar experiências e discussões.

**Redução de Danos, Álcool e Outras Drogas:** No mês de julho de 2013 foi finalizado o curso de Redução de Danos, Álcool e Outras Drogas, iniciado em 2012, com participação de 61 profissionais da rede de saúde. O curso teve a duração de um ano, totalizando 44 horas de carga horária. De uma maneira geral os profissionais apontaram que os conteúdos foram muito bons, bem diversificados e adequados à proposta, sendo relevantes e de grande utilidade para qualificar o trabalho e permitindo reflexão sobre a realidade dos usuários de drogas. Um dos temas estudados e que se destacou foi à redução de danos, o que colaborou para a desmitificação do uso de drogas e para a não marginalização dos usuários.

**Linhas de cuidado: De abril a agosto de 2013** a área técnica realizou 16 seminários – dois em cada gerência distrital – com o objetivo de discutir as linhas de cuidado em saúde mental. Na primeira parte trabalhou-se o conceito de Linhas de Cuidado no contexto da Rede de Atenção Psicossocial, assim como os entraves e avanços em cada território da cidade. Os seminários contaram com a participação dos profissionais da saúde mental, gestão, estudantes, residentes e, algumas gerências, os profissionais da atenção básica. Trabalhou-se com um total de 535 presenças em 64 horas de seminários.

**Terapia Comunitária:** No mês de dezembro, 12 profissionais concluíram o curso de Terapia Comunitária, realizado durante o ano de 2013, em uma parceria da SMS com A CAIFCOM – Centro de Ensino, Pesquisa e Atendimento do Indivíduo, Família e Comunidade e Ministério da Saúde. A proposta é que esses profissionais possam desenvolver rodas de terapia comunitária nos seus territórios de atuação, assim como serem multiplicadores dos conhecimentos adquiridos.

**Programa de Educação Tutorial – PET:** No ano de 2013 a área técnica de saúde mental passou a fazer parte do PET, acompanhando alunos de graduação com as seguintes ênfases: Linha de Cuidado em Saúde Mental da Criança e Adolescente; Cuidados em Saúde Mental, álcool, crack outras drogas do Jovem e do Adulto e; Saúde do Idoso e Rede de Atenção Psicossocial.

## Internações em Saúde Mental

O elevado número de internações hospitalares em saúde mental ainda é um desafio para a política de saúde mental de Porto Alegre. Apesar de todos os avanços que tivemos nos últimos anos com a ampliação de serviços como CAPS AD, equipes de saúde mental adulto e reestruturação das equipes especializadas em saúde da criança e adolescente, ainda persiste o modelo de atenção centrado na hospitalização. Os usuários, familiares e, muitos profissionais sentem-se mais seguros ao internar a pessoa que demanda cuidados em saúde mental, reforçando a cultura centrada no hospital e na demanda por leitos.

### Crianças de 0 – 9 anos

Tabela 71 - Internações de 0-9

CID Principal	2013	2012	Variação %
F06 - Outros transtornos mentais disfunções cerebrais/ físicas	1	0	100
F10 - Transtornos mentais comportamentais/ álcool	2	0	200
F12 - Transtornos mentais comportamentais/canabinoides	2	0	200
F13 - Transtornos mentais comportamentais/sedativos	0	1	-100
F14 - Transtornos mentais comportamentais /cocaína	1	1	0
F23 - Transtornos psicóticos agudos e transitórios	2	0	200
F29 - Psicose não-orgânica NE	0	2	-200
F31 - Transtorno afetivo bipolar	2	0	200
F39 - Transtorno do humor NE	1	2	-50
F50 - Transtornos da alimentação	1	0	100
F51 - Transtornos não-orgânicos sono/ fatores emocionais	0	1	-100
F62 - Mod. duradoras personalidade(não lesão/doença cerebral)	0	1	-100
F70 - Retardo mental leve	0	1	-100
F79 - Retardo mental NE	0	1	-100
F88 - Outros transtornos do desenvolvimento psicológico	2	0	200
F90 - Transtornos hipercinéticos	4	0	400
F91 - Distúrbios de conduta	1	0	100
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>52</b>

Fonte: SIH

Verifica-se que há poucas internações nesta faixa etária por devido à baixa prevalência dos transtornos mentais e por serem preconizadas as internações em unidade pediátricas de hospitais gerais. Apesar disto, a principal razão para estas

internações reflete a frágil rede de atenção psicossocial para essa faixa etária, de modo a prevenir e tratar precocemente as manifestações de transtornos mentais, bem como o uso de drogas.

## Crianças e Adolescentes de 10 – 19 anos

**Tabela 72** - Internações 10 -19 ANOS

<b>CID Principal</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Varição %</b>
F10 -F19 - T. Mentais comportamentais por ao uso álcool/drogas	349	241	44,8
F20 -F29 - Transtornos psicóticos	73	52	40,3
F30 -F39 - Transtornos do Humor	60	61	-1,6
F70 -F79 - Retardo mental	32	12	16,6
F50 - Transtornos da alimentação	12	1	1100
<b>TOTAL</b>	<b>526</b>	<b>367</b>	<b>43,32</b>

Fonte: SIH

Os transtornos relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas foram responsáveis por 62,8% das internações na faixa etária dos 10 aos 19 anos, em 2013. Novamente observou-se aumento nas internações nestes transtornos de 44,8%. Verifica-se que o principal diagnóstico envolvido neste aumento são os transtornos relacionados ao uso crack/cocaina (F14) e múltiplas drogas onde o crack também está incluído (95,4% dos casos de internações por transtornos relacionados a substâncias psicoativas). Fica evidente que mesmo com o aumento do número de leitos e, conseqüentemente o número de internações, não houve redução dos casos. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de ações específicas e intersetoriais nesta faixa etária para prevenção, redução de danos, tratamento, reabilitação psicossocial e criação de novos serviços com novas tecnologias para o enfrentamento dos problemas e transtornos decorrentes do uso do crack. Cabe também uma análise dos casos de reinternação em prazos curtos.

## Adultos acima de 20 anos

**Tabela 73** - Internações Psiquiátricas acima de 20 anos

<b>Grupos Diagnósticos</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
F10-F19 - Transtornos mentais/comportamentais/substância psicoativa	3.192	2.510	27,1
F30 -F39 - Transtornos do Humor	1.874	1.780	5,3
F20 -F29 - Transtornos psicóticos	1.565	1.424	9,9
F70 - F79 - Retardo mental	101	80	26,25
F00 - F09 - Transtornos Orgânico Cerebral	91	64	42,18
F60 - Transtornos específicos da personalidade	31	17	82,35
F40 -F49 - Transtornos Ansiosos e somatoformes	29	26	11,53
<b>TOTAL</b>	<b>6.883</b>	<b>5.901</b>	<b>16,64</b>

Fonte : SIH/TAB WIN

Novamente os transtornos mentais comportais devido uso substâncias psicoativas foram a maior razão de internação e corresponderam a 46,2% das internações em 2013 (42,4% em 2012). Comparativamente a 2012 houve um aumento de 27,1% nestes transtornos. Os transtornos psicóticos e relacionados ao humor não tiveram aumento significativo, o que indica que a rede substitutiva e ambulatorial tem conseguido atender a demanda e ser resolutiva em alguma medida. Entretanto, é necessário empreender esforços para que esses números possam reduzir consideravelmente. Para isso, é importante completar as equipes de saúde mental com profissionais das diversas áreas da saúde, assim como ampliar o número de CAPS II e reforçar as ações matriciais.

## Comunidades Terapêuticas

No ano de 2013 manteve-se o convênio com as Comunidades Terapêuticas (CT) PACTO e Marta e Maria. No decorrer deste ano a área técnica de saúde mental realizou visitas técnicas aos locais para avaliar as condições de atendimento, bem como para orientar quanto ao processo de trabalho articulado à rede de atenção psicossocial. Destaca-se a participação sistemática dos representantes das

comunidades em reuniões da rede de serviços de álcool e outras drogas promovidas pela SMS.

**Tabela 74** - Produção PACTO, masculino de 12 a 56 anos

PACTO	Período		Variação
	2013	2012	%
Ingresso	96	52	84,62
Desligamento	01	03	-66,67
Desistência	39	36	8,33
Evasão	09	06	50
Em tratamento	32	20	60
Concluíram tratamento	15	18	-16,67

**Fonte:** Arquivos do Serviço

Na PACTO Percebe-se um aumento expressivo de ingressos à comunidade terapêutica, no ano de 2013 e recorrente nos últimos anos. Esse dado evidencia o aumento do consumo de drogas, já constatado também nas internações hospitalares. Importante considerar também a ampliação do número de vagas. Porém, ainda trata-se de um programa de tratamento em que há um número significativo de desistências, dado a necessidade de adesão ao tratamento.

**Tabela 75** - Produção Marta e Maria, feminina 12 a 30 anos

MARTA e MARIA	Período		Variação
	2013	2012	%
Ingresso	22	26	-15,38
Desligamento	02	03	-33,33
Desistência	13	13	0
Evasão	04	02	100
Em tratamento	05	05	0
Concluíram tratamento	04	03	33,33

**Fonte:** Arquivos do Serviço

Na Comunidade Terapêutica Marta e Maria o número de vagas se manteve inalterado de 2012 para 2013, bem como a ocupação das vagas oferecidas. A taxa média de ocupação das vagas é de 50%. A avaliação qualitativa é do aumento da solicitação via ordens judiciais e determinações do Ministério Público para ingresso involuntário o que, na maioria das situações, resultou em evasão e ou desistência e,



muitas vezes, expôs as jovens a novos riscos. As questões específicas do gênero feminino também influenciam na adesão e no tempo de permanência. Nesse aspecto podemos citar as mulheres que tem filhos e companheiros dos quais não podem ou não desejam se afastar. A CT oferece múltiplas atividades ocupacionais e também de habilitação profissionais, que auxiliam na reabilitação, sobretudo no retorno ao território. A CT teve avanços em 2013, pois conseguiu regularizar o vínculo escolar das jovens possibilitando que os estudos sejam realizados no local, bem como ampliou o espaço físico, o que viabilizou o acolhimento de gestantes e puérperas, com plano terapêutico singular específico.

### **Equipes Especializadas de Atenção a Saúde da Criança e Adolescente (EESCA)**

No decorrer do ano de 2013 as EESCA's em conjunto com a área técnica de saúde mental e da criança/adolescente, trabalharam na qualificação dos registros dos procedimentos, o que pode ser evidenciado pelas tabelas abaixo. Houve um expressivo aumento dos registros das atividades realizadas em virtude de ter sido estipulado, coletivamente, os procedimentos que contemplassem os processos de trabalho. Outro fator que contribuiu para o aumento dos atendimentos foi o ingresso de profissionais como fonoaudiólogas e pediatras nas equipes.

**Tabela 76** - Produção EESCA 0-9 anos, por procedimentos

<b>Procedimentos</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
Consulta de NS na Atenção Básica (Exceto Médico)	87	539	-83,86
Consulta de NS na Atenção Esp. (Exceto Médico)	6007	3531	70,122
Consulta Medica em Atenção Basica	525	945	-44,44
Consulta Medica em Atenção Especializada	6115	1678	264,42
Consulta/Atendimento Domiciliar	4	NC	
<b>TOTAL</b>	<b>12.738</b>	<b>6.693</b>	<b>90,318</b>

Fonte : SIA/TAB WIN

É possível perceber a ampliação dos atendimentos oferecidos pelas EESCA's - 90% - no ano de 2013. Além da consolidação do trabalho em equipe (após a

unificação dos antigos NASCAS e equipes de saúde mental) e em rede, nos territórios de atuação, as equipes reuniram-se durante todo o ano com a área técnica de saúde mental para estipular quais procedimentos contemplariam o trabalho realizado de maneira a padronizar para todas EESCA's a forma de registro. Ainda é possível avançar nesse processo, entretanto, já é visível a qualidade dos registros.

**Tabela 77** - Produção EESCA 0-9 anos, por GD

<b>GERÊNCIA DISTRITAL</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
CENTRO	2.262	2.312	-2,2
NHNI	1.313	830	58,19
NEB	425	36	1080,55
LENO	633	48	1218,75
GCC	1.862	380	390
SCS	1.415	1.935	-26,87
PLP	3.668	748	390,37
RES	1.160	404	187,12
<b>TOTAL</b>	<b>12.738</b>	<b>6.693</b>	<b>90,32</b>

Fonte: SIA

Apesar de ter uma variação positiva no quantitativo de atendimentos, ainda há equipes incompletas e com territórios diferenciados para a cobertura de atenção, demandando dos profissionais avaliação e planejamento de ações para o cuidado integral em saúde da criança e adolescente. As diferenças no quantitativo da produção entre as EESCA's referem-se, especialmente, as diferentes composições de recursos humanos e de estruturas físicas em cada gerência distrital. As variações refletem saídas de profissionais das equipes (LTS, férias, licenças gestação, exoneração).

**Tabela 78** - Produção do EESCA de 10-19 anos

<b>Procedimentos</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
Consulta de NS na Atenção Básica (Exceto Médico)	269	1697	-84,15
Consulta de NS na Atenção Especializada (Exceto Médico)	5.379	3.229	66,58
Consulta Medica em Atenção Basica	457	537	-14,9
Consulta Medica em Atenção Especializada	7.979	2.320	243,92

<b>TOTAL</b>	<b>14.084</b>	<b>7.783</b>	<b>80,96</b>
--------------	---------------	--------------	--------------

Fonte: SIA

É possível perceber a ampliação dos atendimentos oferecidos pelas EESCA – 80,96% - no ano de 2013. Além da consolidação do trabalho em equipe (após a unificação dos antigos NASCAS e equipes de saúde mental) e em rede, nos territórios de atuação, as equipes reuniram-se durante todo o ano com a área técnica de saúde mental para estipular quais procedimentos contemplariam o trabalho realizado de maneira a padronizar para todas EESCA a forma de registro. Ainda é possível avançar nesse processo, entretanto, já é visível a qualidade dos registros.

**Tabela 79 - Produção EESCA 10-19 por GD**

<b>GERÊNCIA DISTRITAL</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
CENTRO	2.858	1.462	95,48
NHNI	1.692	1.208	40,06
NEB	476	71	570,42
LENO	1.330	198	571,72
GCC	1.790	332	439,15
SCS	1.647	2.003	-17,77
PLP	3.136	784	300
RES	1.155	1.725	-33,04
<b>TOTAL</b>	<b>14.084</b>	<b>7.783</b>	<b>80,96</b>

Fonte: SIA

Tivemos variação positiva de mais de 81% no quantitativo de atendimentos, mas ainda há equipes incompletas e com territórios diferenciados para a cobertura de atenção, demandando dos profissionais avaliações e planejamento de ações para o cuidado integral em saúde da criança e adolescente. As diferenças no quantitativo da produção entre as EESCA referem-se, especialmente, as diferentes composições de recursos humanos e de estruturas físicas em cada gerência distrital. Houve saídas de profissionais das equipes (LTS, férias, licenças gestação, exoneração).

## Matriciamento em Saúde Mental

No decorrer de 2013 as ações de apoio matricial em saúde mental passaram a fazer parte de todas as gerências distritais. Algumas GDs possuem equipes próprias e outras realizam matriciamento com os profissionais dos serviços de saúde mental. Trabalhou-se na forma de registro das ações de matriciamento, durante o ano, de maneira a qualificar os relatórios quanti e qualitativos referentes às ações matriciais, o que já se pode perceber na variação positiva no quantitativo da tabela abaixo.

**Tabela 80** - Produção das equipes de apoio matricial, por GD

GERÊNCIA DISTRITAL	2013	2012	Variação %
NEB	309	700	-55,86
LENO	2.421	145	1569,65
GCC	2.524	-	
SCS	943	-	
PLP	9.419	5.566	69,22
<b>TOTAL</b>	<b>15.616</b>	<b>6.411</b>	<b>143,58</b>

Fonte: SIA

## Equipes de Saúde Mental Adulto

Em 2013 as Equipes de Saúde Mental Adulto, deram início a elaboração do Documento de Referência para as ações das equipes. Como objetivo geral das equipes ficou definido: “Prestar atendimento às necessidades e demandas de atenção especializada ambulatorial em saúde mental dos usuários maiores de 18 anos, dentro dos princípios do SUS, da Política Nacional de Humanização e das pactuações da RAPS, sendo o serviço de referência e apoio em saúde mental à Atenção Primária, para a atenção de média complexidade nos distritos de saúde de sua abrangência”. Busca-se, também, através deste documento de referência, a possibilidade de formalização das equipes na estrutura de serviços da SMS.

**Tabela 81** - Produção dos ambulatórios de saúde mental, por GD

<b>GERÊNCIA DISTRITAL</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
CENTRO	4.567	8.611	-46,96
NHNI	5.043	6.146	-17,95
NEB	418	-	-
LENO	7.061	2.655	165,95
SCS	4.541	9.950	-54,36
PLP	3.368	4.705	-28,42
RES	7.521	9.875	-23,84
<b>TOTAL</b>	<b>32.519</b>	<b>41.942</b>	<b>-22,47</b>

Fonte: SIA

## Ambulatorio Álvaro Alvim

**Tabela 82** - Produção do ambulatório Álvaro Alvim

<b>Informações do Ambulatório</b>	<b>2013 (12m)</b>	<b>2012 (10m)</b>
Nº de Consultas Realizadas	9.800	2.947
Nº de 1ª Consultas	353	34
Tx de Absenteísmo da 1ª Consulta	32%	58%
Tx de Absenteísmo Geral	31%	27%
Tx de Satisfação	97%	99%

Fonte: Arquivos do Serviço

O ambulatório Álvaro Alvim ampliou o número de consultas no ano de 2013, expandindo o trabalho que vem realizando, assim como tem se destacado pela articulação que tem realizado com a rede de serviços de saúde. Os profissionais participam do fórum de serviços da rede de álcool e outras drogas e tem contribuído para a atenção aos usuários da região Centro, que ainda não conta com CAPS AD.

## Projeto Centro de Convivência e Cultura (CCC)

Em 21 de outubro de 2013, a área técnica de saúde mental em reunião com a coordenação estadual e do MS em Porto Alegre, pactuou a elaboração de um projeto piloto de um CCC para a Gerência Distrital Restinga Extremo-Sul, considerando as demandas desse território em saúde mental e a necessidade de ampliação da rede, com prioridade na atenção primária. Em 25 de outubro iniciaram-

se reuniões para a construção intersetorial desse projeto, envolvendo as áreas técnicas da saúde do idoso, saúde da família, saúde da população negra e indígena e coordenação do Programa do Tabagismo. Em 01/11 aconteceu a primeira reunião intersetorial com áreas técnicas, ONG Coletivo Feminino Plural, coordenação da Geração POA, coordenações da FASC, da SMED e da GUARDA MUNICIPAL. Nesse sentido, a justificativa e os objetivos do projeto foram se delineado, agregando contribuições das várias políticas.

Com relação a orçamentos, trocamos informações com a coordenadora do CCC de Belo Horizonte, indicada pelos participantes do grupo. Em 14/11 aconteceu uma visita dos espaços potenciais para o CCC na Restinga com os parceiros intersetoriais, coordenação da área técnica e engenheiro da SMS e, em 18/11, realizamos uma reunião de discussão no território para verificar possibilidades de compartilhamento de espaços com outras secretarias. Finalmente em 22/11 aconteceu a reunião de finalização do Projeto do Centro de Convivência e Cultura ConVIDA e em 20/12 envio à Coordenação Estadual de Saúde Mental, para análise e parâmetro de subsídio à construção de Portaria Estadual. A proposta encontra-se em análise pela coordenação estadual de 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.

**Quadro 16** - Meta anual constante na PAS 2013

Meta 2013	Realizado da Meta
65. Fornecer 100% dos medicamentos listados na REMUME	Meta Atingida - 100%. Através das ações consideradas prioritárias no período, como atualização da relação de medicamentos essenciais, acompanhamento por parte do profissional farmacêutico nos dispensários dos respectivos territórios, reorganização dos espaços físicos dos dispensários da GD RES, aquisição de insumos específicos para a farmácia homeopática, solicitação, armazenamento e controle de medicamentos e estabelecimentos de rotinas e fluxos de trabalhos.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS/PMPA) tem dez Farmácias Distritais, estrategicamente regionalizadas por todo município de Porto Alegre, todas contando com a presença de um farmacêutico, que atua como responsável técnico e coordenador deste serviço especializado. Nestas Farmácias Distritais são dispensados todos os medicamentos constantes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME, inclusive os medicamentos de controle especial (medicamentos controlados). A SMS também conta com estabelecimentos farmacêuticos públicos inseridos em Unidades Básicas de Saúde e Estratégias Saúde da Família das Gerências Distritais. Estes são locais destinados ao armazenamento e dispensação de medicamentos à população, denominados “Dispensários”, que foram organizados para facilitar o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais, constantes na REMUME - com exceção de medicamentos controlados. Os dispensários estão sob a assessoria técnica dos farmacêuticos das respectivas Gerências Distritais, e devem contar com um funcionário designado para a Assistência Farmacêutica no local.

**Tabela 83** - Número de receitas atendidas nas Farmácias Distritais e Gerências Distritais

Farmácias Distritais	Total Farmácias		Variação		Gerências Distritais	Total Gerências		Variação	
	Distritais		N	%		Distritais		N	%
	2013	2012				2013	2012		
Santa Marta	166.556	180.747	-14.191	-7,85	Centro	60.327	45.732	14.595	31,9
Farroupilha	154.647	153.999	648	0,42					
IAPI	146.143	143.278	2.865	2	NHNI	93.159	71.284	21.875	30,7
Navegantes	63.253	63.685	-432	-0,68					
CSVC	138.662	173.353	-34.691	-20,01	GCC	217.713	177.311	40.402	22,8
Bom Jesus	121.574	121.829	-255	-0,21	LENO	149.854	150.647	-793	-0,5
Sarandi	69.643	73.472	-3.829	-5,21	NEB	236.750	220.255	16.495	7,5

Murialdo	74.031	80.052	-6.021	-7,52	PLP	254.921	215.102	39.819	18,5
Macedônia	68.450	70.901	-2.451	-3,46	RES	139.504	129.760	9.744	7,5
Camaquã	101.322	88.545	12.777	14,43	SCS	193.304	204.352	-11.048	-5,4
<b>Total de Receitas</b>	<b>1.104.281</b>	<b>1.149.861</b>	<b>-45.580</b>	<b>-3,96</b>	<b>Total de Receitas</b>	<b>1.345.532</b>	<b>1.214.443</b>	<b>131.089</b>	<b>10,8</b>

Fonte: Farmácias distritais e unidades de saúde

Os quantitativos das receitas atendidas nas Farmácias Distritais diminuíram, com exceção das farmácias IAPI, Farroupilha (Modelo) e Camaquã. O inverso ocorreu com os atendimentos nas Gerências Distritais. Podemos inferir que houve abastecimento adequado de medicamentos nos dispensários, não havendo necessidade de deslocamento para as Farmácias Distritais.

**Tabela 84** - Unidades de medicamentos distribuídas e recurso financeiro utilizado

Informações	Período		Variação	
	2013	2012	N	%
Unidades Distribuídas	269.364.729	243.752.902	25.611.827	10,51
Recurso financeiro aplicado	R\$ 23.511.172,36	R\$ 17.938.261,97	5.752.910	31,08

Fonte: GMAT

O financiamento do componente da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária destina-se à aquisição dos medicamentos essenciais, matrizes homeopáticas, presentes na RENAME, conforme lista padronizada. A responsabilidade do financiamento é das três esferas de gestão, devendo ser aplicados os seguintes valores mínimos:

I - União: R\$ 5,10 por habitante/ano;

II - Estados e Distrito Federal: R\$ 1,86 por habitante/ano; e

III - Municípios: R\$ 1,86 por habitante/ano.

Observa-se um aumento em torno de 10,51 % de unidades de medicamentos distribuídas e uma variação de 31,08% no acréscimo do recurso financeiro aplicado. Este dado aponta para os gastos com a introdução dos novos medicamentos na REMUME 2012. Contudo os valores pactuados não foram alterados inferindo-se que este acréscimo foi custeado pelo Município.



**Tabela 85** - Medicamentos Estratégicos distribuídos pelo Ministério da Saúde

Medicamentos MS	Período				Variação R\$	Variação Quant.
	2013		2012			
	R\$	Quantidade	R\$	Quantidade	%	%
Tabagismo	596.595,16	467.718	285.403,13	249.516	109,04	87,45
Insulina	1.083.048,23	211.900	393.031,20	105.247	175,56	101,34
Tuberculose	139.953,40	2.085.450	116.900,52	1.267.800	19,72	64,49
DST/AIDS	14.699.045,40	3.982.736	18.679.386,78	4.000.637	-21,31	-0,45
Hanseníase	23.499,69	32.578	10.486,79	27.797	124,09	17,2

Fonte: GMAT

Houve aumento nos quantitativos dos insumos enviados do Programa do Tabagismo e de Insulina, pelo Ministério da Saúde. Desta forma não foi complementado através de aquisição por parte do Município. Para os medicamentos DST/AIDS podemos inferir que houve uma redução nos valores gastos com os medicamentos, visto que a redução na quantidade de unidades está em torno de 0,45%.

A Assistência Farmacêutica no município de Porto Alegre vem desenvolvendo um trabalho para atender as necessidades de fornecer o medicamento certo e em tempo oportuno, tanto quanto buscar a humanização das atividades inerentes ao ciclo de Assistência Farmacêutica, incluindo todos os serviços necessários para a integralidade das ações, com atenção voltada ao usuário do Sistema Único de Saúde.

### **Ações da Assistência Farmacêutica no ano de 2013**

- Com o objetivo de facilitar o acesso dos usuários foram priorizadas as atividades de formar equipes para auxiliar em inventários e levantamento do consumo de medicamentos nos dispensários das Gerências.

- Para avaliar os dispensários, utilizou-se formulários e treinamentos de capacitação para aplicação deste, elaboração de material informativo para os usuários, capacitação dos trabalhadores nos dispensários referente à Instrução Normativa, para padronização dos serviços da Atenção Farmacêutica.

- Para a melhoria da Assistência Farmacêutica nas Gerências Distritais busca-se a presença, em cada Dispensário, de um funcionário designado, o qual será encarregado da interlocução com o farmacêutico da Gerência Distrital, e especialmente na elaboração da solicitação mensal de medicamentos.

- O Farmacêutico das Gerências Distritais que presta assessoria técnica nos Dispensários, tem observado melhorias no fluxo das solicitações de medicamentos, mas ainda há necessidade de um aprofundamento no vínculo desse profissional com o pessoal envolvido com medicamentos nos Dispensários.

- Buscou-se utilizar planilha do Microsoft Excel com acesso semi-informatizado, nas Farmácias Distritais, para solicitações de medicamentos à GMAT (decorrentes da programação, consumo médio mensal). Busca-se implantar da mesma forma nos Dispensários.

- Trabalhou-se para sensibilizar e reorganizar o fluxo de devolução de medicamentos.

- Os medicamentos são remanejados dentro da Gerência de modo que não haja sobras e ou faltas nos dispensários otimizando e agilizando os desabastecimentos pontuais.

- Descentralização dos medicamentos para o tratamento da tuberculose com o envio de kits de medicamentos para as unidades da GD.

- Fornecimento descentralizado de insumos para monitoramento capilar de Diabetes.

- Avaliação de indicadores de qualidade da prescrição.

### **Dificuldades para execução das atividades da Assistência Farmacêutica**

- Ausência de um sistema de informatização eficiente e integrado, para solicitação de medicamentos à GMAT (FDs e Dispensários), controle de estoque (FDs, Dispensários e GMAT), programação de compras (GMAT), distribuição (GMAT), dispensação (FDs e Dispensários).

- Há necessidade de mudanças no sistema DIS para a integração de todas as tarefas e dos locais, o que permitirá o acompanhamento do fluxo dos medicamentos, além de rastreamento da origem das receitas.

- Com a liberação do fornecimento de medicamentos a partir de receitas particulares, além das do SUS e conveniados, acaba-se dispensando medicamentos para moradores de cidades vizinhas a Porto Alegre sem controle eficiente.

- Há a necessidade de reorganizar e aumentar o espaço físico de vários estabelecimentos farmacêuticos da SMS, GMAT (Setor de Medicamentos), Farmácias Distritais e Dispensários.

- Com relação à entrega de medicamentos enfrentam-se atrasos por parte de fornecedores, além da falta de propostas nas aquisições.

- Para prestar um atendimento mais qualificado e ágil necessita-se adequar o número de funcionários nas Farmácias Distritais e Dispensários. Existe perspectiva de minimizarmos através do concurso para auxiliar de farmácia, em fase de tramitação.

- Há também necessidade de farmacêuticos para atender toda a demanda da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária em Saúde, visto a importância do monitoramento e acompanhamento das atividades da Assistência Farmacêutica no contexto das linhas de cuidados.

- Observa-se que com relação ao monitoramento e atendimento nos dispensários e farmácias distritais, que há desproporcionalidade relacionada ao número populacional versus profissional farmacêutico, estando em estudo a viabilidade de abertura de farmácias distritais, prioritariamente nas Gerências Distritais LENO e NEB.

## 10 AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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

**Quadro 17** - Meta anual constante na PAS 2013

Meta 2013	Realizados da Meta
1. Investigar 100% dos casos de notificação compulsória que necessitam investigação epidemiológica segundo Portaria Ministerial.	<p>Meta atingida. É rotina da equipe a investigação de todos os casos notificados pelos serviços de saúde tanto pública como privada. Realiza-se busca ativa de casos de DNC nos hospitais, laboratórios e rede de atenção primária. No ano (tabela abaixo) foram notificadas 1.774 casos de notificação compulsória representando uma queda de menos 41,34% em relação a 2012. Um dos motivos dessa queda de notificações recebidas é a mudança de protocolo de notificação de Hepatites, pelo MS, a partir do segundo semestre de 2013, em passaram a ser notificados os casos confirmados e não mais suspeitos.</p>

**Tabela 86** – Número de investigações de doenças de notificação compulsória

Investigação das notificações compulsórias PAS 1		Meta	2013	2012	Variação %
Notificações	Recebidas	Investigar 100% dos casos de notificação compulsória que necessitam investigação epidemiológica segundo Portaria Ministerial.	1.774	3.024	-41,34
	Investigadas		1.774	3.024	-41,34
	% Investigadas		1.774	2.927	-39,39

Fonte: EVDT/ CGVS/SMS/SINAN

**Tabela 87** – Notificações encerradas oportunamente

Encerramento oportuno das notificações SISPACTO 23 (proporção)		Meta	2013	2012	Variação %
Notificações	Recebidas	Encerrar 90% das doenças de notificação compulsória oportunamente após a notificação	1.774	3.024	-41,34
	Investigadas		1.774	3.024	-41,34
	Encerradas oportunamente		1.737	2.927	-40,66
	% encerradas		97,91	96,79	1,16

			108,79% da meta	107,54% da meta	
--	--	--	-----------------	-----------------	--

Fonte: EVDT/ CGVS/SMS/SINAN

OBS: neste banco não são levados em consideração os agravos online; por exemplo, influenza e dengue.

### 10.1.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais.

**Quadro – 18** - Metas anuais constantes na PAS 2013.

Metas 2013	Realizados da Meta
9. Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça/cor de 98,99/100.000 para 98/100.000 habitantes	Meta atingida – Casos: 85,1/100.000 habitantes.
11. Reduzir a mortalidade por HIV/AIDS de 29,30/100.000 para 29,00/100.000 habitantes.	Meta atingida. Mortalidade: 23,20/100.000 habitantes.
59. Ampliar o número de serviço Especializado em AIDS – SAE, de 2 para 3.	Meta atingida. Implantação do SAE Santa Marta.

**Tabela 88** - Casos de AIDS maiores de 13 anos, segundo raça/cor.

Casos de AIDS em maiores de 13 anos, segundo raça/cor PAS 9	Meta	2013	2012	Varição
Branca	Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça/cor de 98,99/100.000 para 98/100.000 hab.	750	813	- 7,7%
Preta		230	227	+1,3%
Parda		145	153	- 5,2%
Preta + Parda		375	380	- 1,3%
Amarela		1	2	+50%
Indígena		2	0	+100%
Ignorada		71	109	-34,9
TOTAL		1199	1304	--8,05%
<b>Coeficiente de detecção / 100.000 hab</b>		85,1 / 100.000 hab	92,5 / 100.000 hab	

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA

Houve redução dos casos, podendo ainda haver o ingresso de notificações em atraso. Observa-se que em relação à raça/cor uma diminuição em indivíduos de cor branca e casos com raça/cor ignorados; em pretos e pardos a redução foi menor e ocorreu aumento em amarelos e indígenas. Em relação ao Coeficiente de

Detecção observa-se diminuição dos casos de AIDS em indivíduos maiores de 13 anos no ano de 2013, até a data de 02/02/2014.

**Tabela 89** – Sífilis adquirida e corrimento uretral

DST	2013	2012	Variação %
Sífilis Adquirida	875	1205	-27,4
Síndrome do Corrimento Uretral	83	78	6,0

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA

Houve uma diminuição nos casos de Sífilis Adquirida em 2013, em parte por decorrência da mudança de critério que instituiu um valor maior de VDRL (critério epidemiológico), além, de que há muitos casos que ingressam no SINAN com atraso. Ressalta-se que grande parte dos casos de Sífilis Adquirida são notificações laboratoriais, sendo alta a subnotificação da Rede de Serviços. Embora haja poucos casos notificados da Síndrome do Corrimento Uretral, houve um aumento dos casos notificados de 2013 em relação ao de 2012.

## Serviço de Assistência Especializada – CSVC e IAPI

**Tabela 90** – Produção SAE/ CSVC e SAE IAPI

	Indicadores	Anual		Variação %
		2013	2012	
Consultas de HIV Primeiras consultas	Consultas disponibilizadas	533	425	25,17%
	Consultas agendadas	533	425	25,17%
	Consultas realizadas	391	315	24,13%
Consultas de HIV Retorno	Consultas disponibilizadas	11.428	15.216	-24,89%
	Consultas agendadas	11.253	13.915	-19,13%
	Consultas realizadas	9.538	12.410	-23,14%
Atividades complementares	Enfermagem	9.091	10.103	-10,01%
	Serviço Social	4.807	5.541	-13,24%
Dispensação de Insumos	Preservativo Masculino	118.628	103.740	14,35%
	Preservativo Feminino	5.610	3.224	74%
	Gel Lubrificante	22.800	30.260	-24,65%
*P.P.E.S	P.P.E.S	337	114	195,61%

Fonte: SAE/ CSVC.

\* PPES – Profilaxia Pós Exposição Sexual

A análise anual está compilada com a produção conjunta dos Serviços de Assistência Especializados (SAE) do CSVC e IAPI.

As primeiras consultas de HIV/ Adulto tiveram aumento de 25,17% relacionado ao ano anterior, em razão da organização do fluxo do sistema AGHOS na rede. Outro indicador para o aumento das primeiras que colabora para organização do fluxo é o aumento da carga horária de um profissional do SAE CSVC de 20 horas para 30 horas semanais e a saída de um médico da coordenação do serviço do SAE CSVC no mês de dezembro aumentando de 20 horas a sua carga de assistência para 40 horas.

As consultas de retorno reduziram 24,89%, porém observa-se uma crescente diminuição das consultas desde o período de 2012, onde o QUALIAIDS foi preconizado nos SAE com objetivo de reduzir o número de consultas para priorizar a qualidade no atendimento das primeiras consultas e retornos. Além desta avaliação, identificamos uma crescente redução no quadro efetivo dos profissionais no SAE CSVC e a redução da carga horária de dois profissionais de ambos os serviços e o aumento da carga horária de dois profissionais, conforme descrito no segundo parágrafo.

O Serviço Social apresenta um decréscimo nas consultas ofertadas, em razão de LTS de uma profissional do SAE CSVC que resulta na redução de 13,24% nas consultas. A Enfermagem também reduziu a oferta em 10,01% pela LTS de uma profissional do SAE CSVC e licença prêmio de uma profissional do SAE IAPI.

O Preservativo masculino teve aumento de 14,35% na procura deste insumo e 74% do preservativo feminino. Os dados apresentados são positivos na oferta dos insumos pelo serviço.

O Gel lubrificante teve redução de 24,65% na dispensação da oferta nos serviços. É necessária uma avaliação da Área Técnica de DST/ AIDS e Hepatites virais em consonância com os SAEs para avaliar a organização do serviço e os fluxos de dispensação deste insumo com a finalidade de identificar a baixa demanda deste insumo que já apresenta dados decrescentes a partir do segundo quadrimestre de 2013.

A Profilaxia pós – exposição sexual teve um aumento de 195,61%, demonstrando que as ações de sensibilização in loco com os profissionais dos SAEs e Prontos Atendimentos de Urgência e Emergência, obtiveram resposta Positiva em relação a intervenção realizada durante este ano. Além desta estratégia foi elaborado um folder informativo, explicando o que é a PREP e indicando os locais a serem procurados pela população no caso de exposição.

### **Unidade de Dispensação de Medicamentos**

**Tabela 91** – Dispensação de Medicamentos (HIV/ AIDS) no SAE/ CSVC

Usuários	Anual		Variação
	2013	2012	%
Adultos	25.507	30.296	-15,80%
Gestantes HIV +	304	388	-21,64%
Crianças expostas	140	273	-48,71%
<b>Total</b>	<b>25.933</b>	<b>30.957</b>	<b>-16,22%</b>

Fonte: SICLOM.

Na distribuição de ARV teve redução de 15,80% em adultos. Um possível indicador é o número de consultas disponibilizadas terem reduzido durante o período de 2013, conforme descrito na página 8. Ressalta-se a necessidade de realizar uma análise situacional para identificar a redução significativa deste dado.

A redução das gestantes HIV positivas na dispensação de medicamentos é o resultado da redução do número de casos absolutos de partos (página 3 e 4) durante este ano, redução de não adesão ao pré-natal ter aumentado neste ano e a migração das gestantes do SAE IAPI para o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A redução das crianças expostas está de acordo com a redução da transmissão vertical, conforme na página 5.

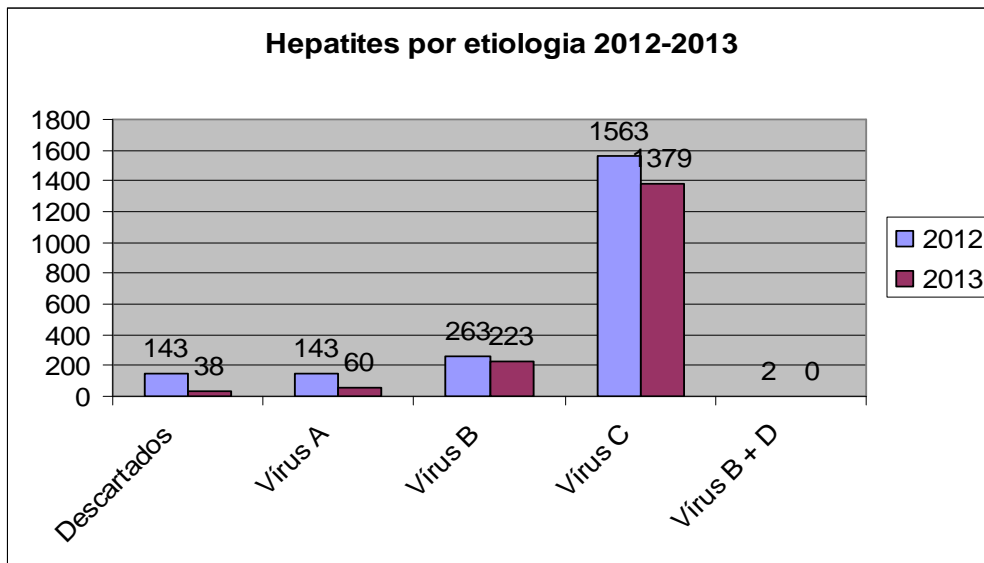


## Hepatites Virais

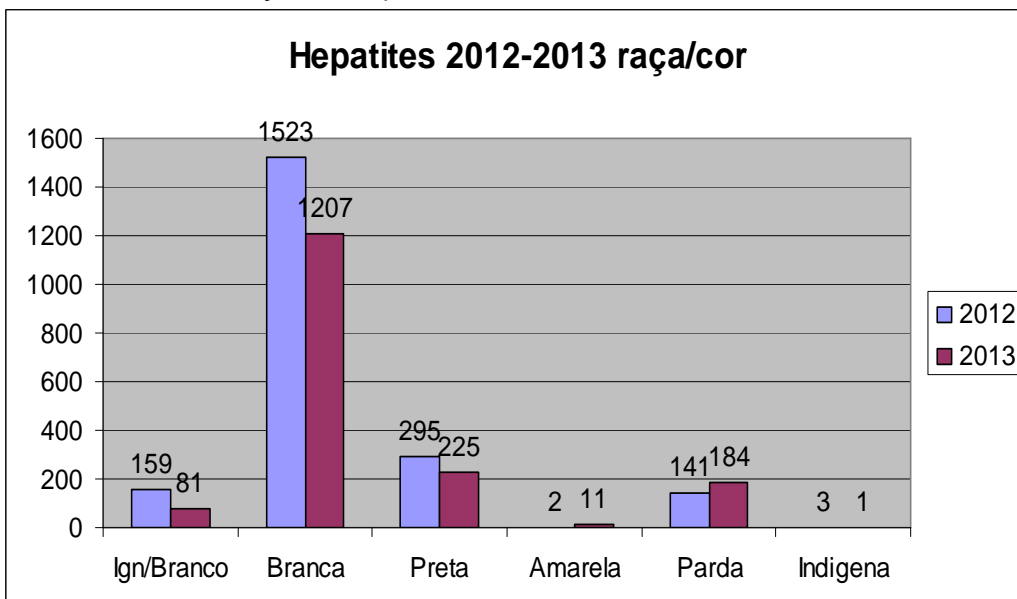
**Quadro 19** – Meta anual constante na PAS 2013

Meta 2013	Realizados da Meta
4. Atender 100% dos casos diagnosticados das hepatites virais crônicas	Meta atingida. Todos os casos diagnosticados foram tratados.

**Gráfico 1** - Etiologia das Hepatites virais



**Gráfico 2** - Recorte raça/ cor Hepatites virais



## Serviço de Assistência Especializada – SAE Hepatites

Tabela 92 – Produção de consultas SAE/ Hepatites Virais

Consultas Hepatites	Indicadores	Anual		Varição
		2013	2012	%
Primeiras consultas	Consultas disponibilizadas	1.856	1.435	29,33%
	Consultas agendadas	1.856	1.435	29,33%
	Consultas realizadas	1.403	1.063	31,98%
Retorno	Consultas disponibilizadas	6.881	2.853	141,18%
	Consultas agendadas	6.881	2.853	141,18%
	Consultas realizadas	5.771	2.543	126,94%

Fonte: SAE / Hepatites Virais.

Cabe destacar que o SAE Hepatites foi inaugurado no final do mês de fevereiro de 2012, não tendo os dados de produtividade do primeiro quadrimestre.

As primeiras consultas tiveram um aumento de 29,33% no comparativo com 2012, relacionado ao ano anterior, em razão da organização do fluxo do sistema AGHOS na rede. Houve absenteísmo 21,77% nas primeiras consultas. Nas consultas de retorno teve um aumento significativo de 141,18%, demonstrando adesão dos usuários com o serviço.

Durante o ano de 2013, o serviço disponibilizou oferta de consultas com especialistas de gastropediatra, infectologista e hepatologista especialista em biópsia hepática, com o intuito de otimizar o tratamento de hepatite no Município de Porto Alegre. Além das consultas o serviço disponibilizou procedimentos: (biópsias - a partir do I quadrimestre 2013 e endoscopia adulta e pediátrica - a partir do IIIº quadrimestre de 2012). O serviço conta ainda, com equipe interdisciplinar formada por duas Enfermeiras, um Técnico de enfermagem, um Farmacêutico, um psicólogo e uma assistente social do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas que apóia o serviço.

O SAE Hepatites conta com Centro de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis - CAMMI que inaugurou no II quadrimestre de 2013, realizando terapia dupla e tripla. Além destas estratégias, o serviço realiza apoio matricial no Presídio Central, extensão em ensino e pesquisa e participação no Comitê Estadual de Hepatites virais.

**Tabela 93** – Produtividade de Consultas Menu Infectologia do SAE Hepatites virais 2012/2013.

<b>Consultas Infectologia Coinfecção Hepatite / HIV</b>	<b>Consultas</b>	<b>II QUADRI e III QUADRI de 2013</b>
	Disponibilizadas	453
	Agendadas	191
	Realizadas	185

Fonte: SAE Hepatites Virais

O Serviço conta com mais um médico infectologista para atender a demanda de coinfecção de Hepatite/ HIV com carga horária de 10 horas/semanais, a partir do II quadrimestre de 2013. Ainda no segundo quadrimestre, o serviço ofertou 353 consultas, sendo 58 agendadas e 52 realizadas. Este dado demonstrou baixa procura a princípio, por se tratar de uma especialidade recém implantada no serviço. Destaca-se que uma crescente produtividade no terceiro quadrimestre, evidenciado a resolutividade do serviço para o tratamento da coinfecção.

**Tabela 94** – Biópsias e Endoscopias 2012/2013

<b>Biópsias</b>		<b>Quantitativo</b>
	Disponibilizadas	160
Agendadas	140	
Realizadas	125	
<b>Endoscopias</b>	Disponibilizadas	499
	Agendadas	499
	Realizadas	431

Fonte: SAE Hepatites Virais

O serviço de biópsia foi implantado a partir do II quadrimestre de 2013, sendo assim, os dados apresentados representam este período, não havendo possibilidade de análise do dado. O procedimento endoscopia iniciou no final do III quadrimestre de 2012, não tendo como realizar comparativo com o ano de 2013.

Os dois procedimentos realizados no SAE apresentam dados positivos e a redução significativa de lista de espera para ambos procedimentos.

## Projeto NASCER

O projeto Nascir tem como objetivo melhorar a qualidade do atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido, e a redução da transmissão vertical do HIV e controle da sífilis congênita. Nas ações do projeto está o fornecimento dos insumos de prevenção e a profilaxia de gestantes e crianças expostas (AZT, inibidor de lactação e fórmula Láctea) nas maternidades cadastradas, UBS e ESF.

**Tabela 95** – Criança cadastrada no Projeto NASCER

Total de Crianças	Anual		Variação
	2013	2012	%
	225	238	-5,46%

Fonte: NASCER.

Houve redução de 5,46% de crianças inseridas no banco de dados no projeto NASCER. Esta redução está de acordo com o monitoramento até um ano de idade das crianças inseridas no projeto através da dispensação da fórmula Láctea na Rede de Atenção Primária do Município. Destaca-se que houve redução da transmissão vertical de 5,6 para 3,6/ 1000 NV que colabora para a diminuição de crianças cadastradas no NASCER.

Os demais insumos como solução oral, são distribuídos nas Maternidades ou Serviços Especializados Municipais e Estaduais, sendo assim, existem crianças expostas da grande Porto Alegre que não entram na amostra das crianças cadastradas no NASCER.

**Tabela 96** – Dispensação de Fórmulas Lácteas para maternidades

Indicador	Anual		Variação
	2013	2012	%
Dispensação de Fórmulas Lácteas Maternidades	1.268	772	64,24%
Dispensação de Fórmulas Lácteas na RAP	25.548	26.261	-2,71%

Fonte: Projeto NASCER.

A variação teve um aumento significativo de 64,24%, mostrando que as Maternidades estão mais sensíveis para o fluxo do insumo de fórmulas lácteas de recém-nascidos expostos da grande Porto Alegre e Município de Porto Alegre. Além deste dado, cabe ressaltar que as maternidades estão realizando quantitativo maior de teste rápido e participação efetiva no Comitê de Transmissão Vertical. Mesmo com a redução de partos em 2013, ainda observa-se este dado como um indicador positivo, pois demonstra maior aceitabilidade das Instituições.

Houve redução de 2,71% na dispensação de fórmulas lácteas na | RAP que está correlacionada a diminuição da incidência da transmissão vertical.

**Tabela 97** – Quantitativo de AZT injetáveis, solução oral, inibidores de lactação e teste rápidos realizados nas maternidades.

Indicador	Anual		Varição
	2013	2012	%
AZT injetáveis	236	495	-52,32%
Solução oral	571	209	173,20%
Inibidores de lactação	256	140	82,85%
Teste Rápido nas Maternidades	11.643	7.259	60,39%

Fonte: NASCER.

O AZT injetável teve redução de 52,32%. O AZT pode ser usado na mãe e no bebê pós-nascimento, mas também pode ser usado somente na mãe ou no bebê, sendo assim o número não será o mesmo, e não será correlacionado ao quantitativo de partos de gestantes expostas.

A solução oral obteve um aumento de 173,20% nas maternidades. Este dado relata a quantidade dispensada pelo projeto para as Maternidades, não significando que todas as soluções orais tenham sido administradas, visto que as Instituições precisam ter um estoque estratégico.

Houve um aumento de 82,85% de inibidores de lactação nas maternidades que está relacionado aos partos realizados nas Maternidades. Observa-se uma margem de puérperas que não estão na amostra, oriundas do HMIPV que possuem fluxos próprios dos inibidores da lactação.

O dado mostra uma oferta maior na ordem de 60,39% do teste rápido nas maternidades. A análise deste dado é favorável dentro fluxo de teste de triagem para HIV nas maternidades. Um dos indicadores para este possível aumento são as educações permanentes em teste rápido em maternidades, reuniões com os hospitais e sensibilização com os profissionais da saúde para a redução da transmissão vertical no município. Destaca-se que o Hospital Divina Providência, Mãe de Deus, Ernesto Dornelles, Moinhos de Vento, PUC, Hospital Militar, Santa Casa e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas realizam teste rápido oriundos do Projeto Nascer da Secretaria Municipal de Saúde, e os demais hospitais Grupo Hospital Conceição e Hospital de Clínicas de Porto Alegre recebem os insumos do Estado do Rio Grande do Sul.

### Testes de HIV/AIDS Laboratoriais

**Tabela 98** – Quantitativo de Testes Laboratoriais

Testes	Anual		Variação
	2013	2012	%
Exames Elisa realizados	71.707	89.359	-19,75%
Western Blot	649	1235	-47,44%

Fonte: Tabwin.

O quantitativo de Elisa vem apresentado um decréscimo nos últimos dois anos que pode estar relacionado à implantação do teste rápido que terá uma avaliação factível após decorrer os quatros de impacto da descentralização. A redução do Western Blot está correlacionado a diminuição do Elisa.

### Testes Rápidos de HIV e Sífilis na RAP

**Tabela 99** – Teste Rápido de HIV nas UBS e ESF por GD

Gerência Distrital	2013	2012	Variação %
Gerência GCC	5.036	2.102	139,58%
Gerência RES	1.202	720	66,94%
Gerência PLP	7.228	3.712	94,71%

Gerência NEB	3.259	1.294	151,85%
Gerência SCS	2.577	1.209	113,15%
Gerência Centro	1.990	1.525	30,49%
Gerência NHNI	1.553	803	93,39%
Gerência LENO	2.916	1.368	113,15%
<b>Total</b>	<b>25.761</b>	<b>12.733</b>	<b>102,31%</b>

Fonte: Gerências Distritais.

**Tabela 100** – Teste Rápido de Sífilis nas UBS e ESF por GD no período

Gerência Distrital	2013	2012	Varição %
Gerência GCC	4.937	1.962	151,63%
Gerência RES	1.202	615	95,45%
Gerência PLP	7.215	3.071	134,93%
Gerência NEB	3.259	1.125	189,69%
Gerência SCS	2.542	1.205	110,95%
Gerência Centro	1.960	1.496	31,05%
Gerência NHNI	1.553	803	93,39%
Gerência LENO	2.916	1.287	126,57%
<b>Total</b>	<b>25.484</b>	<b>11.024</b>	<b>131,16%</b>

Fonte: Gerências Distritais.

Os testes rápidos de HIV realizados apresentaram um acréscimo de 102,31% e Sífilis 131,16%. As gerências com índices menores, como a GD Restinga/ Extremo Sul, Centro e Norte/Humaitá/Navegantes/Ilhas, entretanto também são menores em número de unidades.

A gerência Partenon/ Lomba do Pinheiro realiza um quantitativo maior, no qual inclui o Presídio Central que testa todos os ingressantes do sistema prisional, aumentando a média desta gerência. Além de apresentar maior aceitabilidade dos profissionais e população local. Destaca-se também um maior número de unidades nesta gerência que resulta maior índice. A gerência Glória/ Cruzeiro/Cristal, Norte/ Eixo Baltazar, Sul/ Centro/ Sul e Leste/Nordeste têm destacado uma crescente significativa no comparativo. Cabe salientar que são gerências com número maior de unidades.

Ressalta-se que o processo de descentralização do teste rápido foi ampliado para todas as gerências, resultando o crescente aumento na adesão da proposta frente aos profissionais e comunidade.

### 10.1.2 Hanseníase

**Quadro 20** – Meta anual constante na PAS 2013

Meta 2013	Realizados da Meta
5. Diagnosticar 50% dos casos de hanseníase paucibacilar entre os casos novos de hanseníase.	Meta parcialmente atingida. Percebe-se melhora no percentual da forma paucibacilares em relação ao total de casos de hanseníase. Diagnosticou-se 46,15% dos casos, registrando-se um acréscimo de 6,15% em relação a 2012, o que pode ser creditado ao grande número de capacitações realizadas com todos profissionais de saúde e em especial no ano de 2013, com os agentes comunitários em saúde, totalizando mais de 100 pessoas capacitadas.

**Tabela 101** – Diagnóstico de Hanseníase Paucibacilar

Diagnóstico de hanseníase PAS 5		Meta	2013	2012	Variação %
Casos	Total	Diagnosticar 50% dos casos de hanseníase paucibacilar entre os casos novos de hanseníase	13	10	30
	Novos		13	10	30
	Paubacilares		6	4	50
	% paubacilares		46,15	40	15,38
	% meta atingida		92,3% da meta	80% da meta	-

Fonte: EVDT/ CGVS/SMS/SINAN

**Tabela 102** - Relação dos casos notificados, investigados, confirmados e proporção de cura para hanseníase

Proporção de casos novos de Hanseníase - SISPACTO 45 e 46		Meta	2013	2012	Variação %
Nº. Casos Novos da coorte de cura	Notificado	NP	10	8	25
	Investigado		10	8	25
	Confirmado		10	8	25
	% Investigado		100	100	-
Casos curados (dentre os casos diagnosticados)	Nº. casos curados MB	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase para 90%	5	7	-28,57
	Nº. casos curados PB		4	1	300
	% cura		90	100	-10
Contatos	Nº contatos	Garantir exames em	20	14	42,86



	<b>Nº contatos com exames realizados</b>	55% dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase	16	12	33,33
	<b>Proporção</b>		80	85,71	-6,66

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET.

A meta de cura da hanseníase foi atingida, bem como a avaliação dos comunicantes.

### 10.1.3 Leptospirose

**Tabela 103 – Casos de leptospirose**

<b>Investigação dos casos de Leptospirose</b>		<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
<b>Casos</b>	<b>Notificado</b>	147	116	78,91
	<b>Investigado</b>	147	116	78,91
	<b>% Investigado</b>	100%	100%	-
	<b>Confirmado</b>	49	32	

Fonte: EVDT/CGVS/SINAN NET.

**Tabela 104 - Controle da Leptospirose**

<b>Leptospirose e Controle de Roedores</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
Vigilância da Leptospirose - Inquéritos	40	28	42,86
Vigilância Mordedura de Rato	14	12	16,67
Desratizações	2.634	2.401	9,7
Desratizações Comunitárias	15	18	-16,67
Visitas Domiciliares	863	1256	-31,29

Fonte: Banco de dados NVRV/CGVS/SMS e Sistema Fala Porto Alegre

O serviço de desratização é solicitado pelo telefone 156 e a execução do trabalho é restrita à via pública. Entretanto, o Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores (NVRV) tem como principal função a vigilância da leptospirose e da mordedura de rato, que ocorre a partir da notificação do agravo pela Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis (EVDT). Já o serviço de desratização

comunitária foi vinculado e cadastrado no sistema Fala Porto Alegre (fone 156), em 2010, como uma atividade programada, com o objetivo de prevenir a leptospirose e a mordedura em áreas com histórico de risco e implica na avaliação conjunta da área afetada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e pelo NVRV, bem como sua execução, incluindo o peridomicílio (área externa, pátio) das residências.

#### 10.1.4 Sarampo/Rubéola

**Tabela 105** - Investigação oportuna dos casos notificados de Sarampo

<b>Encerrar 100% das notificações de casos suspeitos e investigados doenças exantemáticas SARAMPO PAVS 95</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>
<b>Notificados</b>	2	4
<b>Investigados</b>	2	4
<b>Descartados</b>	2	4
<b>PAVS 95 e PAVS 96</b> (Investigar em até 48h e encerrar por diagnóstico laboratorial)	100	100

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET

**Tabela 106** - Investigação oportuna dos casos notificados de Rubéola

<b>Encerrar 100% das notificações de casos suspeitos e investigados doenças exantemáticas RUBÉOLA PAVS 96</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>
<b>Notificados</b>	6	20
<b>Investigados</b>	6	20
<b>Descartados</b>	6	20
<b>PAVS 95 e PAVS 96</b> (Investigar em até 48h e encerrar por diagnóstico laboratorial)	100	100

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET

## 10.1.5 Dengue

**Quadro 21** – Meta anual constante na PAS 2013

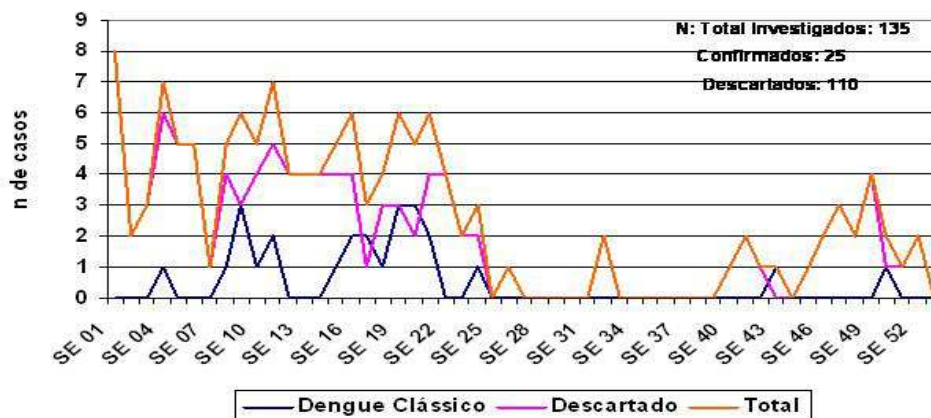
Meta 2013	Realizados da Meta
6. Realizar bloqueio e ou pesquisa vetorial espacial em 100% dos casos confirmados de dengue.	Meta atingida. Realizado = 130,45%. Foram realizados 269 bloqueios de transmissão de dengue no local de residência, trabalho e estudo e bloqueios de emergência (raio 500 metros) foram executados 18. Sendo 287 bloqueios e 220 casos de dengue, o percentual de bloqueios por casos é 130,45% ou 1,30 bloqueios por caso de dengue confirmado. Para a melhora da notificação da rede, ocorreram 7 capacitações para os profissionais da assistência com este enfoque.

**Tabela 107** - Relação dos casos notificados, investigados e confirmados de dengue

Notificação e investigação imediatas dos casos de dengue clássico, suas formas graves, óbitos e taxa de letalidade por dengue. PAS 6 PAVS 21		Meta	2013	2012	Variação %
Casos	Notificados	NP	1.189	135	780,74
	Investigados		1.189	110	980,91
	Confirmados		220	25	780
Casos Graves PAVS 21	Notificados	100%	0	0	-
	Investigados		0	0	-
	Confirmados		0	0	-
	% da meta atingida		-	-	-
Óbitos/Letalidade	Notificados	NP	0	0	-
	Investigados		0	0	-
	Confirmados		0	0	-

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

**Gráfico 3** - Frequência de casos investigados, confirmados e descartados, segundo Semana Epidemiológica, Porto Alegre, 2012

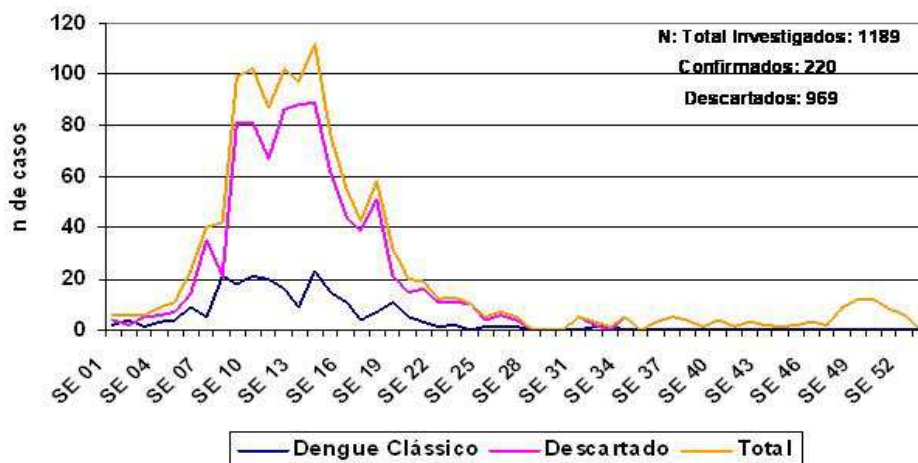


Conforme pode ser visualizado no gráfico acima, no decorrer do ano de 2012 foram investigados 135 casos suspeitos de dengue, sendo que destes, apenas 25

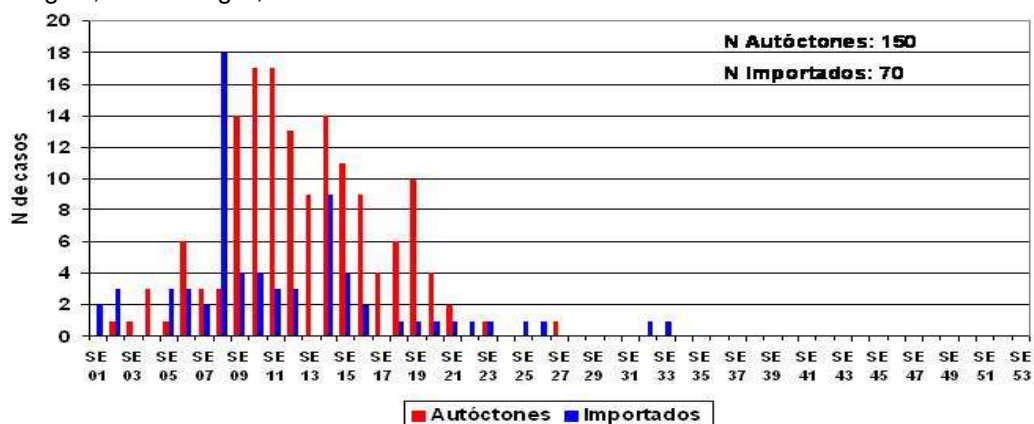
foram confirmados. Todos os casos confirmados foram importados, ou seja, tinham história de viagem para fora do estado.

No Gráfico abaixo se observa que no ano de 2013 foram investigados 1.189 casos suspeitos de dengue, sendo que, destes, 220 foram confirmados. No Gráfico 4 é possível observar a ocorrência de transmissão autóctone de dengue por semana epidemiológica (150 casos), bem como os casos importados (70 casos). Nas SE 10 e 11 ocorreu o pico de transmissão, quando, em cada uma destas semanas, 17 casos autóctones foram confirmados. O último caso autóctone foi registrado na SE 27.

**Gráfico 4** - Freqüência de casos investigados, confirmados e descartados, segundo Semana Epidemiológica, Porto Alegre, 2013



**Gráfico 5** - Freqüência de casos confirmados autóctones e importados de dengue, segundo Semana Epidemiológica, Porto Alegre, 2013



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

**Tabela 108** - Produção do laboratório

<b>Laboratório de Entomologia Médica</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
Número total de amostras	4.927	2.580	90,97
Número de espécimes de <i>Ae. aegypti</i>	18.285	11.394	60,48
Número de espécimes de <i>Ae. albopictus</i>	1.468	989	48,43
Número de espécimes de outras espécies	9.704	5.689	70,57

Fonte: Banco de dados NVRV/CGVS/SMS

O número de amostras de mosquitos aumentou significativamente em 2013, devido à transmissão da dengue no município, maior número de casos importados e às condições climáticas (muita chuva e calor) que favoreceram a proliferação do vetor. A confirmação dos casos de dengue fez com que os agentes de endemias fizessem mais pesquisas vetoriais especiais (PVEs) nas áreas de moradia e/ou trabalho/estudo dos pacientes, coletando muito mais amostras. Também, com as informações da autoctonia da doença na mídia, muitas pessoas começaram a capturar espécimes alados em suas residências e trazer ao NVRV, objetivando a identificação desses e pedir ajuda para o seu controle. Esse incremento no número de amostras em 2013, quando comparado a 2012, também foi motivado pela execução do LIRAA em outubro, o qual em 2012 não foi realizado.

### **Visitas domiciliares**

As ações de prevenção à dengue enfatizam a orientação e informação aos moradores sobre os tipos de criadouros e as medidas que devem ser adotadas no ambiente residencial. Para isso, os Agentes de Combate a Endemias realizam visitas domiciliares como rotina das suas atividades, identificando potenciais locais de risco, realizando a eliminação de depósitos e recomendando aos moradores que realizem de forma adequada o controle nas suas casas e locais de trabalho.

Em 2013, foi registrado um incremento nas visitas domiciliares realizadas, em relação ao ano anterior. A utilização do sistema Dengue Report, com o envio das visitas através de um telefone celular pelos Agentes de Combate a Endemias, permitiram maior agilidade no registro das informações e nas atividades de prevenção. Devido aos casos de dengue registrados no primeiro semestre do ano, os agentes foram orientados a efetivar as ações de controle de mecânico de criadouros, aumentando o quantitativo de depósitos eliminados. No período, foi possível fazer, além das visitas regulares nos bairros, pesquisas vetoriais especiais e delimitações de foco, três Levantamentos de Índice Rápido de *Aedes aegypti* (LIRAA) nos meses de janeiro, abril e outubro. Dessa forma, foram visitados em 2013, de forma parcial ou integral, os 82 bairros da cidade. Essas 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.

**Tabela 109** - Inspeção em imóveis

<b>Imóveis inspecionados</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
Residenciais	271.550	159.600	70,14
Comerciais/ outros	72.758	46.028	58,07
Terrenos baldios	7.292	3.432	112,47
Total (PAVS 340.000 imóveis no ano)	351.600	209.061	68,18
Fechados/ recusados	276.019	132.318	108,6
Depósitos eliminados	760.697	129.865	485,76
Bairros visitados*	82	82	0

**Fonte:** Banco de dados NVRV/CGVS/SMS e DengueReport

\*considera o total de bairros visitados no ano

OBS: O banco de dados referente aos dados da Dengue sofre constantes alterações e, assim, as informações são atualizadas. Portanto, o somatório dos dados informados nos quadrimestres difere do dado informado no relatório anual.

## **Operação do Monitoramento Inteligente da Dengue – MI Dengue**

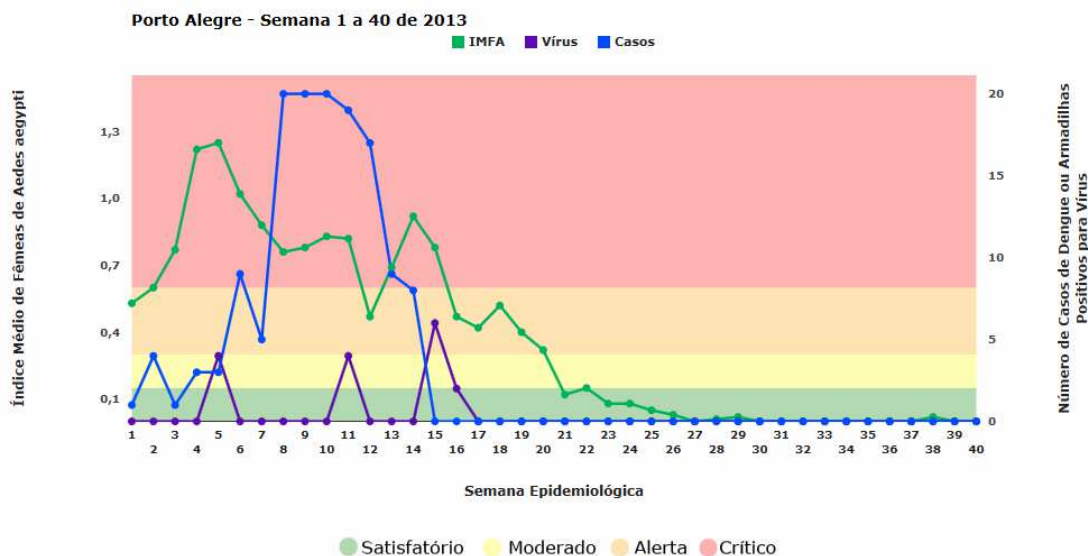
Em 2013, o monitoramento de mosquitos adultos por meio das armadilhas MI Dengue foi muito importante para o acompanhamento da infestação vetorial na cidade. A partir da detecção de armadilhas com mosquitos positivos para o vírus da

dengue e da avaliação do Índice Médio de Fêmeas de *Aedes aegypti* (IMFA), foram desencadeadas diversas ações de controle vetorial nas áreas críticas.

Com o início da transmissão autóctone de dengue, em especial no bairro Partenon, os dados das armadilhas auxiliaram na avaliação da efetividade das medidas de remoção larvária e bloqueios de transmissão (aplicação de inseticida para a forma adulta do mosquito).

No Gráfico abaixo, pode-se verificar a situação da infestação de mosquitos adultos, registrada semanalmente (por Semana Epidemiológica), mostrando como o incremento na população de mosquitos (linha verde – IMFA) precede a ocorrência dos casos autóctones da doença (linha azul). Também se tiveram no período a detecção de amostras de mosquitos com vírus (linha roxa), previamente aos casos em humanos.

**Gráfico 6** - Infestação de mosquitos adultos por SE, Porto Alegre, 2013.



O acompanhamento semanal da infestação de mosquitos, capturados nas armadilhas MI Dengue, com os dados transmitidos via celular, em um sistema de gestão on-line na internet, tem sido fundamental para a efetividade das ações de controle vetorial realizadas na cidade.

Na tabela abaixo, pode-se verificar o quantitativo das ações de monitoramento das armadilhas, que atualmente são 712, distribuídas cerca de 250

metros entre si, em 22 bairros da cidade (por critério de vulnerabilidade para a doença).

**Tabela 110 - MI Dengue**

<b>MI Dengue</b>	<b>2013</b>	<b>2012*</b>	<b>Varição%</b>
<b>Vistorias em armadilhas</b>	36.084	9.202	292,13
<b>Amostras coletadas</b>	6.311	1.576	300,44
<b>Espécimes capturados</b>	11.419	2.585	341,74

**Fonte:** Banco de dados NVRV/CGVS/SMS; Dengue Report ECOVEC

\*somente os meses de outubro, novembro e dezembro.

## **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 na mesma área, ou quando a transmissão viral já está ocorrendo (casos autóctones).

**Tabela 111 - Aplicação de inseticida**

<b>Aplicações de Inseticida (nº de imóveis)</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Varição %</b>
Peridomiciliar	5.432	2.850	90,6
A partir da via pública	26.586	0	-

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

O aumento no número de imóveis nos bloqueios de transmissão da dengue é justificado pelo aumento da circulação viral, com casos autóctones e importados de dengue. Em 2012 tiveram apenas casos importados.

Na área com maior número de casos autóctones foi realizado 18 bloqueios de emergência, perfazendo um total de 26.586 imóveis tratados. Esta atividade se diferencia por abranger um raio de cobertura de 500 metros, a partir da via pública, e ocorrer por ciclos de aplicações, com a progressiva redução de casos de dengue.



## 10.1.6 Meningite Bacteriana

**Tabela 112** - Relação dos casos notificados e investigados de Meningite Bacteriana 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	2013	2012	Variação %
<b>Meningite Bacteriana</b>	Notificado	40% com diagnóstico laboratorial	310	440	-29,55
	Investigados		310	440	-29,55
	Casos confirmados de Meningite Bacteriana		56	82	-31,71
	Nº. absoluto Diag. Lab. (cultura,CIE látex)		37	52	-28,85
	Percentil atingido (diag. laboratorial/ casos confirmados x 100)		66,07	63,41	4,19
	% da meta atingida		Meta atingida - 165,17%	Meta atingida – 158,25%	-

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

OBS: Dados referentes à pacientes residentes no município de Porto alegre.

A vigilância das meningites, realizada pela Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis (EVDT) teve início com o processo de municipalização da saúde no ano de 1994. Esta vigilância tem permitido produzir a informação necessária para monitorar o comportamento da doença no município de modo a propor intervenções oportunas bem como subsidiar as instituições de assistência a saúde.

A vigilância das meningites objetiva detectar as formas infecciosas da doença cuja etiologia tem importância para a proteção da saúde coletiva. Entre estas, estão as meningites potencialmente imunopreveníveis como a pneumocócica, meningite por tuberculose e a meningite por Hemófilos Infuenza B. Está ainda, no contexto das meningites relevantes para a saúde pública, a meningite meningocócica e a meningococemia que, por não dispor de uma vacina eficiente para seus diferentes sorogrupos, determina a tomada de medidas de controle oportunas, de modo a prevenir a ocorrência de casos secundários.

Ainda que possa ser considerado um evento de baixa freqüência, poucas doenças têm tanto poder de causar pânico entre a população como a doença

meningocócica. Este fato talvez tenha por base a possibilidade da ocorrência de casos gravíssimos com alta letalidade, com uma evolução muito aguda, ou ainda por seu potencial epidêmico.

As meningites bacterianas são consideradas doenças de notificação compulsória imediata e, para que isso seja possível, a EVDT mantém um plantão 24h para o atendimento de profissionais e instituições de saúde.

As notificações de meningite são captadas através da informação por telefone oriunda de hospitais, unidades de pronto atendimento e da sistemática busca ativa de casos em todos os hospitais do município.

Todos os casos notificados ou captados através da busca ativa são investigados independentemente do município de residência. No período compreendido entre 01/01/2013 a 31/12/2013 foram investigados 1.427 casos suspeitos de meningites sendo que destes 31,32% (447 casos) tiveram sua origem em outros municípios do Rio Grande do Sul.

A meta proposta para confirmação etiológica laboratorial das meningites foi superada nos anos de 2012 e 2013, como pode ser observado na tabela acima.

Com raras exceções (suspeitas de meningococemia em que não há possibilidade de punção lombar), as meningites investigadas pela EVDT tem sua classificação determinadas, no mínimo, pela análise quimiocitológica do líquido.

### 10.1.7 Influenza

**Tabela 113** - Número de coletas preconizadas e realizadas na rede sentinela para influenza

Realizar avaliação de desempenho da rede sentinela de INFLUENZA PAVS 35		Meta	2013	2012	Varição %
Coletas	Nº coletas de amostras preconizadas	5/coletas por semana	260	260	-
	Nº coletas realizadas		225	190	18,42

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Dados referentes somente unidade sentinela emergência HNSC.

**Tabela 114** - Relação entre casos notificados, investigados e confirmados de síndrome respiratória aguda grave (SRAG).

Notificação, investigação e confirmação de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)		Meta	2013	2012	Varição %
Casos	Notificado *	NP	777	1.042	-25,43
	Investigado		777	1.042	-25,43
	Confirmados		101	115	-12,17

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

A vigilância epidemiológica da Influenza permite o acompanhamento e evolução da doença bem como a identificação dos tipos de vírus circulantes, que subsidia a composição das cepas que vão compor a vacina anual da Influenza. Nesta perspectiva, é de suma importância a notificação dos casos suspeitos internados bem como um tratamento clínico oportuno para estes casos, visando diminuir a letalidade.

### 10.1.8 Tétano

**Tabela 115** - Relação entre casos notificados, investigados e confirmados de tétano acidental.

Notificação, investigação e confirmação de casos de tétano acidental.		Meta	2013	2012	Varição %
Casos	Notificado	NP	1	5	-80,00
	Investigado		1	5	-80,00
	Confirmados		0	4	-
	% investigado		100,00	100,00	-

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Não houve casos de tétano neonatal no ano de 2013.

### 10.1.9 Paralisia Flácida Aguda

**Tabela 116** - Relação das notificações da PAF 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	2013	2012	Varição %
Casos	Notificado	3 casos/ano	5	6	-16,67
	Investigado		5	6	-16,67
	Confirmado		0	0	
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

**Tabela 117 - 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	2013	2012	Variação %
Casos	Notificado	80% dos casos notificados	5	6	-16,67
	Investigado		5	6	-16,67
	Nº coletas		4	5	-20,00
	% meta atingida		80,00	83,33	-4,00

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

As tabelas acima demonstram o número de casos notificados e investigados de PAF. Todos os casos de déficit motor agudo e flácido em menores de 15 anos são investigados para verificar qual o diagnóstico desta paralisia. Os casos investigados não confirmaram poliomielite e sim, outras doenças como: Guillan Barre, Miosite transversa e encefalite viral não especificada. O dado que consta no 2º quadrimestre está equivocado, foram investigados 2 casos, mas não confirmados como PFA.

### 10.1.10 Tuberculose

**Quadro 22 – Metas anuais constantes na PAS 2013**

Meta 2013	Realizado das metas
12. Diagnosticar 80 % dos casos estimados de tuberculose.	Meta parcialmente atingida - 76 % - (95% da meta atingida) O número estimado de casos novos de tuberculose para o ano de 2013 era de 1.555 indivíduos. Neste ano foram notificados 1.478 pacientes. O cálculo da meta para o ano é feito estimando incremento de 10% sobre o maior coeficiente de incidência dos 3 anos anteriores
13. Ampliar a taxa de cura de casos novos pulmonares bacilíferos de 64% para 85% de pacientes que iniciarem tratamento.	Meta não atingida - 56,8 % O processo de descentralização do diagnóstico e tratamento nas Unidades de APS iniciou em 2013. O impacto dos resultados da descentralização veremos a partir da análise dos dados de 2014. Outra questão é implementação do TDO que ainda está sendo implantado junto com o processo de descentralização. Continuamos na busca do fornecimento dos lanches e manutenção dos cartões Tri para TDO.

## CONSIDERAÇÕES

**Tabela 118** - Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre

Gerência Distrital	ANO						Variação	
	2013			2012			N	%
	N	Meta	%	N	Meta	%		
Centro	204	305	66,9	190	353	53,8	14	7,4
LENO	213	167	127,5	203	235	86,4	10	4,9
NEB	188	209	90,0	183	241	75,9	5	2,7
NHNI	136	203	67,0	117	193	60,6	19	16,2
GCC	167	164	101,8	176	190	92,6	-9	-5,1
RES	96	104	92,3	103	232	44,4	-7	-6,8
SCS	129	211	61,1	157	222	70,7	-28	-17,8
PLP	199	192	103,6	226	232	97,4	-27	-11,9
Sistema Prisional	146			119			27	22,7
<b>TOTAL</b>	<b>1.478</b>	<b>1.555</b>	<b>95,0</b>	<b>1.474</b>	<b>1.898</b>	<b>82,0</b>	<b>4</b>	<b>0,3</b>

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN Base de dados 15/02/2014

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

Destaca-se que com relação à meta, houve um significativo aumento na procura e descoberta de casos pelas unidades da rede ambulatorial, embora o banco de dados do SINAN ainda não esteja completo.

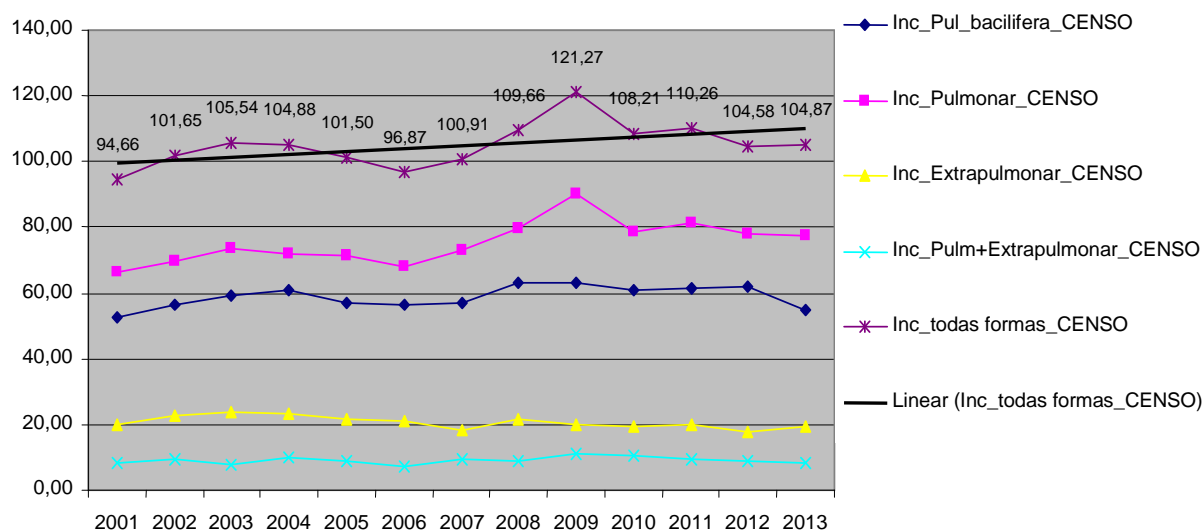
As Gerências Distritais que não alcançaram a meta de 80% descoberta de casos estimados foram justamente as Gerências que completaram a capacitação para descentralização do atendimento no final do ano de 2013. Todas as demais atingiram a meta prevista, algumas, inclusive, superando a meta.

O coeficiente de incidência de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre, no ano de 2013 foi de 104,9 casos/100.000 habitantes mostrando-se estável quando comparado, ao coeficiente de 2012, de 104,6 casos/100.000 habitantes.

No Gráfico 7 estão apresentadas as taxas de incidência de tuberculose em todas as formas de apresentação da doença, no período de 2001 a 2013. Salientamos que o dado referente ao ano de 2013 é provisório. Observa-se nítida tendência de aumento na incidência de tuberculose neste período, cuja incidência aumentou de 94,66 casos/100.000 hab em 2001 para 104,87 casos/100.000 hab em

2013. No entanto, a incidência já foi maior em anos anteriores, com pico no ano de 2008 de 121,27 casos/100.000 hab.

**Gráfico 7** - Distribuição das Incidências de Tuberculose, por forma clínica e por população de Porto Alegre do CENSO, no período de 2001 a 2013.



**Fonte:** SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA. Base de dados de 15/2/2014. Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

A Tabela 119 mostra o coeficiente de incidência de tuberculose, todas as formas clínicas, segundo a raça/cor. A raça negra apresenta um risco de adoecimento por tuberculose mais de duas vezes superior ao da raça branca. A análise das raças amarela e indígena está prejudicada devido ao pequeno número de casos, onde pequenas diferenças representam um percentual muito grande de variação.

**Tabela 119** - Coeficiente de incidência de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre, segundo raça/cor.

RAÇA / COR	Pop POA	ANO	Incidencia / Raça (/100.000)	ANO	Incidencia / Raça (/100.000)
	IBGE 2010	2013		2012	
Branca	1.116.659	942	84,4	956	85,6
Negra	285.301	497	174,2	490	171,7
Indígena	3.308	7	211,6	6	181,4
Amarela	4.058	4	98,6	3	73,9
Ignorado		28		19	
<b>TOTAL</b>	<b>1.409.351</b>	<b>1.478</b>	<b>104,9</b>	<b>1.474</b>	<b>104,6</b>

**Fonte:** EVDT/CGVS/SMS/SINAN / Base de dados de 15/02/2014 e IBGE 2010. Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

A previsão de nº de casos de tuberculose pulmonar positiva é feita sobre dados populacionais, onde se estima que 1% da população seja Sintomático Respiratório (SR), ou seja, apresente tosse por 3 semana ou mais, e devam ser avaliados para o diagnóstico de tuberculose. Dos SR, a estimativa é que 8% sejam portadores de tuberculose pulmonar bacilífera, com baciloscopia positiva.

O nº de casos estimados de tuberculose bacilífera para o ano de 2013 era de 1.127 indivíduos. O nº de casos registrados neste ano foi de 775 doentes, 68,8% da meta, um nº 11% menor em relação ao ano de 2012.

Na tabela 120 apresentamos o desempenho de cada Gerência Distrital na descoberta de casos de tuberculose pulmonar bacilífera no ano de 2013.

**Tabela 120** - Número de casos novos de tuberculose, forma pulmonar bacilífera, entre residentes em Porto Alegre.

Gerência Distrital	ANO						Variação	
	2013			2012			N	%
	N	Meta	%	N	Meta	%		
Centro	90	221	40,7	97	221	43,9	-7	-7,2
LENO	103	121	85,1	123	121	101,7	-20	-16,3
NEB	97	151	64,2	97	151	64,2	0	0,0
NHNI	69	147	46,9	54	147	36,7	15	27,8
GCC	89	119	74,8	122	119	102,5	-33	-27,0
RES	52	76	68,4	63	76	82,9	-11	-17,5
SCS	57	153	37,3	89	153	58,2	-32	-36,0
PLP	121	139	87,1	124	139	89,2	-3	-2,4
Sistema Prisional	97			102			-5	-4,9
<b>Total</b>	<b>775</b>	<b>1.127</b>	<b>68,8</b>	<b>871</b>	<b>1.127</b>	<b>77,3</b>	<b>-96</b>	<b>-11,0</b>

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN / Base de dados de 15/02/2014 e IBGE 2010  
 Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN

Da mesma forma que os casos de tuberculose todas as formas, a meta de descoberta de 80% dos casos estimados da forma pulmonar bacilífera não foi atingida naquelas Gerências onde a descentralização ocorreu no final do ano de 2013.

O coeficiente de incidência de tuberculose pulmonar bacilífera para residentes em Porto Alegre no ano de 2013 foi de 55 casos/100.000 habitantes. A análise

segundo raça/cor mostra importantes diferenças, sendo mais que o dobro o risco de adoecimento nas raças negra e indígena em comparação à raça branca, apresentada na tabela abaixo (Tabela 121)

**Tabela 121** - Coeficiente de incidência de tuberculose, formas pulmonar bacilífera, entre residentes em Porto Alegre, segundo raça/cor.

RAÇA / COR	Pop POA IBGE 2010	ANO 2013	Incidência / Raça (/100.000)	ANO 2012	Incidência / Raça (/100.000)
Branca	1.116.659	471	42,2	546	48,9
Negra	285.301	284	99,5	312	109,4
Indígena	3.308	4	120,9	3	90,7
Amarela	4.058	3	73,9	2	49,3
Ignorado		13		8	
<b>TOTAL</b>	<b>1.409.351</b>	<b>775</b>	<b>55,0</b>	<b>871</b>	<b>61,8</b>

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN / Base de dados de 15/02/2014 e IBGE 2010.  
Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN

Os SR devem ser avaliados com 02 exames de baciloscopia de escarro. Na Tabela 122 apresentamos o número de baciloscopias de diagnóstico de primeira amostra realizados pelos laboratórios públicos do Município e a estimativa de SR examinados.

**Tabela 122** - Número de baciloscopias de diagnóstico, de primeira amostra, realizadas por laboratórios públicos, e estimativa de sintomáticos respiratórios examinados no ano de 2013.

Laboratório	Nº Total se Baciloscopia de Diagnóstico de 1ª Amostra	% Estimado de Residentes em Porto Alegre	Nº de Sintomáticos Respiratórios Avaliados
CS Vila dos Comercários	6.156	100%	6.156
Presídio Central POA*	420	100%	420
Hospital Sanatório Partenon**	2.975	80%	2.380
HNSC	5.203	70%	3.642
HCPA	2.947	70%	2.063
H Vila Nova	2.221	70%	1.555
H Santa Casa	819	70%	573
H São Lucas da PUC	877	70%	614
<b>TOTAL</b>	<b>21.618</b>		<b>17.403</b>
<b>META (1% da população POA)</b>	<b>14.095</b>	<b>% Atingido da Meta</b>	<b>123</b>

Fonte: Informe Mensal de Baciloscopias / LACEN/RS

\* O Laboratório do Presídio Central de Porto Alegre não funcionou no período de janeiro à junho de 2013, por ter ficado sem bioquímico. Neste período, as baciloscopias foram realizadas pelo Laboratório Central do Município no CS Vila dos Comercários.

\*\* Os exames do período de janeiro a junho de 2013 correspondem ao somatório dos exames do próprio Hospital e de Presídio Central de POA.



Na Tabela 123 está apresentada a variação entre os anos de 2012 e 2013, quando foi verificado um aumento de 12% no nº de Sintomáticos Respiratórios -SR- avaliados.

**Tabela 123** - Estimativa de Sintomáticos Respiratórios examinados, por unidade laboratorial, nos anos de 2012 e 2013.

Laboratório	Nº de SR Avaliados 2013	Nº de SR Avaliados 2012	Variação		Meta	
			N	%	N	%
CS Vila dos Comerciários	6.156	4.645	1.511	33		
Presídio Central*	420	1.472	-1.052	-71		
Hospital Sanatório Partenon**	2.380	1.410	970	69		
HNSC	3.642	2.647	995	38		
HCPA	2.063	2.095	-32	-1,5		
H Vila Nova	1.555	1.872	-317	-17		
H Santa Casa	573	785	-278	-27		
H São Lucas da PUC	614	695	-117	-12		
<b>TOTAL</b>	<b>17.403</b>	<b>15.622</b>	<b>1.680</b>	<b>12</b>	<b>14.095</b>	<b>123</b>

Fonte: Informe Mensal de Baciloscopias / LACEN/RS

\* O Laboratório do Presídio Central de Porto Alegre não funcionou no período de janeiro à junho de 2013, por ter ficado sem bioquímico. Neste período, as baciloscopias foram realizadas pelo Laboratório Central do Município no CS Vila dos Comerciários.

\*\* Os exames do período de janeiro a junho de 2013 correspondem ao somatório dos exames do próprio Hospital e de Presídio Central de PoA.

O resultado prático do processo de descentralização do diagnóstico, com ampliação dos pontos de coleta, e do tratamento de tuberculose pode ser verificado no aumento significativo do número de Sintomáticos Respiratórios, avaliados através de baciloscopia de escarro. Na rede ambulatorial o aumento foi de 19%, enquanto na rede hospitalar foi de 5% (Tabela 124). Este dado é extremamente positivo, apontando para uma melhor atuação na rede ambulatorial no diagnóstico da doença.

**Tabela 124** - Número de baciloscopias de diagnóstico, de primeira amostra, rede ambulatorial e hospitalar, anos de 2012 e 2013.

Laboratório	Nº de Baciloscopias Diagnóstico 2013	Nº de Baciloscopias Diagnóstico 2012	Variação	
			N	%
Rede Ambulatorial	8.956	7.527	1.429	19
Rede Hospitalar	9.120	8.667	453	5
<b>TOTAL</b>	<b>18.076</b>	<b>16.194</b>	<b>1.882</b>	<b>12</b>

Fonte: Informe Mensal de Baciloscopias / LACEN/RS

Salientamos que o processo de capacitação da rede ambulatorial para descentralização do diagnóstico e tratamento da tuberculose foi completado no final de dezembro/2013. Assim, é esperada ampliação nas ações de controle da doença de forma mais significativa a partir do ano de 2014.

Lembramos que estes dados são provenientes de relatórios encaminhados ao LACEN/RS onde é registrado somente o nº de exames realizados. Como não há registro nominal, este dado pode não corresponder exatamente ao nº de pessoas examinadas. Outra limitação é que os dados não estão disponíveis por município de residência, por isso é feita uma estimativa do percentual de exames que corresponderiam a pessoas 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.

No banco de dados do SINAN/CGVS/EVDT/TB, a taxa de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera nos últimos anos tem ficado muito aquém da meta de 85% estipulada pelo Ministério da Saúde.

Na coorte do ano de 2012, a taxa de cura dos casos novos pulmonares bacilíferos foi de 56,8%. Na Tabela 125 é apresentada a taxa de cura, por raça/cor e por Gerência Distrital de residência.

**Tabela 125** – Taxa de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, por raça/cor e Gerência Distrital, residentes em Porto Alegre, coorte de 2012.

GD	Branca	Negra	Indígena	Amarela	Ignorado	TOTAL*
CENTRO	47,1	44	0	0	0	45,4
LENO	52,2	30,8	0	0	0	41,5
NEB	66,7	69,7	0	100	0	68,0
NHNI	51,3	60	0	0	0	53,7
GCC	67,8	39,4	100	0	100	60,7
RES	61,8	46,4	0	0	100	55,6
SCS	72,9	48,3	0	0	100	65,2
PLP	61,4	59,8	100	0	100	61,1
<b>TOTAL</b>	<b>60,6%</b>	<b>50,3%</b>	<b>66,7%</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>	<b>56,8%</b>

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA. Base de dados 15/02/2014

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

\*Total: Números de casos novos bacilíferos curados em cada uma das categorias de raça/cor, divididos pelo número total de casos novos bacilíferos em cada uma das categorias raça/cor. Os percentuais em cada coluna são independentes.

Observa-se que a taxa de cura é significativamente menor na raça negra em relação à raça branca em várias regiões. Chama atenção o baixo percentual de cura registrado na região da GD Centro e LENO. Salientamos que estas regiões apresentam características demográficas diferenciadas, onde a GD Centro concentra cerca de 80% da população em situação de rua do Município e a GD LENO com elevado percentual de usuários de drogas e altíssimos índices de violência, o que dificulta a adesão ao tratamento. A avaliação das raças indígena e amarela está prejudicada em função do pequeno número de casos.

A comparação entre os anos de 2012 e 2011 mostra que a taxa de cura manteve-se estável, com redução de 1% (Tabela 126). A estimativa é de que com o processo de descentralização do tratamento para toda a rede de atenção primária, completada no final de 2013, a taxa de cura comece a mostrar melhora, o que deve ficar mais evidente na coorte de 2014, que será avaliada somente no final de 2015.

**Tabela 126** - Taxa de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, residentes em Porto Alegre, comparação das coortes de 2012 e 2011.

Gerência Distrital	ANO		Variação
	2012	2011	
Centro	45,4	48,4	-6,2
LENO	41,5	48,6	-14,6
NEB	68	64,4	5,6
NHNI	53,7	72,3	-25,7
GCC	60,7	53,6	13,2
RES	55,6	48,9	13,7
SCS	65,2	58,9	10,7
PLP	61,1	61,8	-1,1
<b>Total</b>	<b>56,8</b>	<b>57,4</b>	<b>-1,0</b>

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA. Base de dados 27/02/2013 (ano 2011) e 15/02/2014 (ano 2012)  
Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

A coorte de tratamento do ano de 2012 mostrou abandono dos casos novos pulmonares bacilíferos de 26,2%, quando a meta do MS é de que a taxa de abandono não supere 5%. (Tabela 127)

**Tabela 127** – Taxa de abandono de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, por raça/cor e Gerência Distrital, residentes em Porto Alegre, coorte de 2012.

GD	Branca	Negra	Indígena	Amarela	Ignorado	TOTAL
CENTRO	28,6	32	0	0	100	29,9
LENO	37,3	49,1	100	100	100	40,7
NEB	22,2	21,9	0	0	0	20,6
NHNI	28,2	21,4	0	0	0	25,9
GCC	19,5	57,1	0	0	0	26,2
RES	23,5	42,9	0	0	0	31,8
SCS	17,0	21,2	0	0	0	19,1
PLP	18,1	25,8	0	0	0	20,4
<b>TOTAL</b>	<b>23,4</b>	<b>33,7</b>	<b>33,3</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>26,2</b>

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA. Base de dados 15/02/2014.

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

À semelhança da taxa de cura, os resultados de abandono são significativamente piores na raça negra em comparação à raça branca. A avaliação das raças indígena e amarela está prejudicada em função do pequeno número de casos.

A comparação entre os anos de 2012 e 2011 mostra que houve uma melhora de 8,5% neste resultado, com a taxa de abandono caindo de 28,6% para 26,2% (Tabela 128). Este é um resultado extremamente positivo.

**Tabela 128** – Taxa de abandono de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, residentes em Porto Alegre, comparação das coorte de 2012 e 2011.

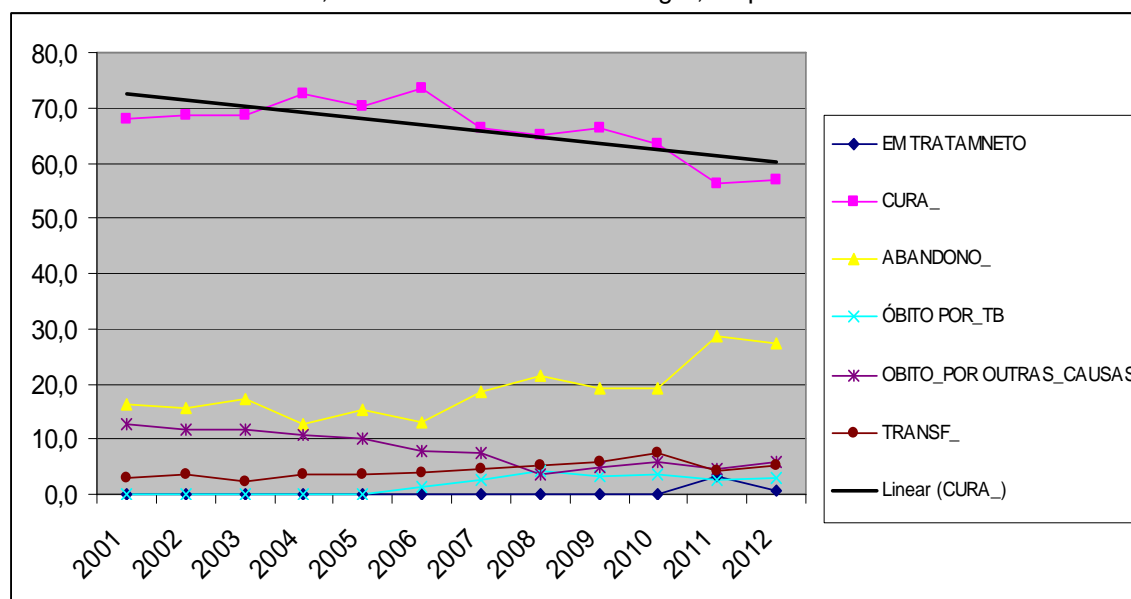
Gerência Distrital	ANO		Variação
	2012	2011	
Centro	29,9	33,1	-9,7
LENO	40,7	39,4	3,2
NEB	20,6	24	-14,1
NHNI	25,9	16,9	53,3
GCC	26,2	34	-22,9
RES	31,8	26,7	19,10
SCS	19,1	26,3	-27,4
PLP	20,4	25,4	-19,7
<b>Total</b>	<b>26,2</b>	<b>28,6</b>	<b>-8,4</b>

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA. Base de dados 27/02/2013 (ano 2011) e 15/02/2014 (ano 2012).

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

No Gráfico 8, apresentamos a série histórica do resultado de tratamento das coortes de tratamento de 2001 ao ano 2012. A linha de tendência da taxa de cura é francamente descendente, o que deve ser motivo de grande preocupação e maior investimento na área para reversão deste panorama.

**Gráfico 8 – Série Histórica do Percentual de Encerramento dos Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera , em residentes de Porto Alegre, no período de 2001 a 2012.**



**Fonte:** SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA. Base de dados de 15/2/2014.  
Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

No decorrer do ano de 2013, foram ampliadas ações relacionadas às populações mais vulneráveis, em especial para a população em situação de rua, com a ampliação da avaliação de sintomáticos respiratórios e coleta sistemática nos abrigos e albergues da FASC de escarro para baciloscopia. Foi mantida e ampliada a rede para acompanhamento destes casos com a inclusão das equipes do CRTB NHNI, Consultório na Rua GHC/NEB e representante de usuários. As reuniões ocorrem a cada dois meses onde são discutidas as dificuldades encontradas e propostas estratégias para aumentar a adesão ao tratamento da tuberculose nesta população.

**Tabela 129** – Taxa de óbito dos casos novos pulmonares positivos, residentes em Porto Alegre, coorte de tratamento de 2011 e 2012

ÓBITOS	2012	2011	Variação	
			N	%
Nº Total Óbitos	76	61	15	24,60%
Taxa óbito total	8,80%	7,00%		
Óbitos por TB	26	22	4	18,20%
Taxa óbito por TB	3%	2,50%		
Óbitos TBxHIV	50	39	11	28,20%
Taxa óbito TB/HIV	5,80%	4,50%		

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA. Base de dados 15/02/2014  
 Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN

Na avaliação dos resultados de tratamento dos 871 casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera do ano de 2012, foram verificados 76 óbitos, representando 8,8% da coorte. Houve aumento de 15 óbitos em relação ao ano de 2011 (61 óbitos), um aumento de 24,6% (Tabela 129).

Foi observado um aumento de 18,2% na taxa de óbito por tuberculose, passando de 22 para 26 o nº de óbitos no ano de 2012 entre pacientes HIV negativos ou não testados. O aumento foi ainda mais significativo na taxa de óbito pela coinfeção TBxHIV, 28,2%, quando o nº de óbitos aumentou de 39 para 50 no ano de 2012. Do total dos óbitos, a coinfeção TBxHIV representou 65,8% dos casos.

No Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) é possível avaliar o nº de óbitos por tuberculose registrados entre residentes em Porto Alegre nos anos de 2012 e 2013 (Tabela 130). Neste período foi registrada uma redução importante do nº de óbitos por tuberculose de 63 para 47.

**Tabela 130** - Número de óbitos por tuberculose, por Gerência Distrital, residentes em Porto Alegre, anos de 2013 e 2012.

Gerência Distrital	ANO		VARIÇÃO	
	2013	2012	N	%
Centro	6	1	5	500
LENO	4	5	-1	-20
NEB	4	9	-5	-55,6
NHNI	4	8	-4	-50
GCC	11	9	2	22,2

RES	5	5	0	0
SCS	3	6	-3	-50
PLP	7	15	-8	-53,3
Ignorado	3	5	-2	-40
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>63</b>	<b>-16</b>	<b>-25,4</b>

Fonte: SIM/CGVS/SMSPA. Base de dados de 12/3/2014.

Através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) é possível calcular o coeficiente de mortalidade por tuberculose, apresentado abaixo na Tabela 131. No ano de 2012 foram registrados 63 óbitos atribuídos à tuberculose entre residentes em Porto Alegre, com um coeficiente de mortalidade de 5,6/1.000 óbitos. Em 2013 foram registrados 47 óbitos atribuídos à tuberculose, com coeficiente de incidência de 4/1.000 óbitos, uma queda bastante significativa.

Salientamos que 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 se refere ao registro de todas as declarações de óbito entre residentes no Município, independentemente de terem sido inscritos para tratamento ou não.

**Tabela 131** - Nº de óbitos e Coeficiente de Mortalidade por tuberculose, entre residentes em Porto Alegre, período de 2010 a 2013.

Ano	Óbito por TB	Coeficiente mortalidade*
2010	56	4
2011	53	3,8
2012	63	4,5
2013	47	3,3

Fonte: SIM/CGVS/SMS, 12/03/2013, \*/100.000 hab.

Em relação ao total de óbitos por AIDS no ano de 2013, 396 óbitos, 103 deles eram da associação TBxHIV, mortalidade proporcional de 26%. O coeficiente de mortalidade da coinfeção TBxHIV em 2013 foi de 8,8/1.000 óbitos. A tuberculose permanece sendo a principal causa de óbito entre os portadores de HIV/AIDS. Na Tabela 132 está apresentada a mortalidade proporcional por tuberculose entre os coinfectados por HIV/AIDS nos anos 2012 e 2013.

**Tabela 132** - Mortalidade proporcional por tuberculose entre coinfectados por HIV/AIDS, por Gerência Distrital, residentes em Porto Alegre, anos de 2013 e 2012.

<b>GD</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Varição</b>
Centro	14	28,9	-14,9
LENO	42,2	27,6	14,6
NEB	30,2	15,9	14,3
NHNI	13,2	45	-31,8
GCC	32,3	30,7	1,6
RES	19,4	17,5	1,9
SCS	11,8	15,8	-4
PLP	29,5	28,2	1,3
<b>POA</b>	<b>26</b>	<b>25,1</b>	<b>1</b>

Fonte: SIM/CGVS/SMS,12/03/2013.

## TESTAGEM PARA HIV

Em relação a testagem para o HIV dos casos novos pulmonares bacilíferos notificados no ano de 2012, 79,4% deles foram testados para HIV. Destes, 26,9% foram positivos, com distribuição, segundo GD de residência, apresentado na Tabela 133. Observa-se uma grande preocupação quanto testagem para HIV, praticamente atingindo a meta do Ministério da Saúde de testagem de 80% dos casos.

**Tabela 133** - Testagem para HIV entre o total dos casos novos de TB bacilífera, em residentes de Porto Alegre, por Gerência Distrital, no ano de 2012.

<b>GD Resid</b>	<b>TESTADOS</b>	<b>%</b>	<b>HIV +</b>	<b>%</b>	<b>HIV -</b>	<b>%</b>	<b>NÃO TESTADOS</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
CENTRO	78	80,4	30	38,5	48	61,5	19	19,5	97
LENO	94	76,4	23	24,5	71	75,5	29	23,5	123
NEB	79	81,4	21	26,6	58	73,4	18	18,5	97
NHNI	42	77,8	7	16,7	35	83,3	12	22,2	54
GCC	98	80,3	32	32,7	66	67,3	24	19,6	122
RES	47	74,6	15	31,9	32	68,1	16	25,3	63
SCS	62	69,7	15	24,2	47	75,8	27	30,3	89
PLP	192	85	43	22,4	149	77,6	34	15	226
<b>TOTAL</b>	<b>692</b>	<b>79,4</b>	<b>186</b>	<b>26,9</b>	<b>506</b>	<b>73,1</b>	<b>179</b>	<b>20,5</b>	<b>871</b>

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA. Base de dados de 15/2/2014.

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



Em relação à totalidade dos casos novos de todas as formas notificadas no ano de 2012, 77% dos casos foram testados, com percentual de positividade de 26,9%. (Tabela 134)

**Tabela 134** - Testagem para HIV entre o total dos casos novos de TB, todas as formas clínicas, em residentes de Porto Alegre, nos anos de 2012 e 2011.

ANO	Total de Casos Novos	Testagem para HIV	Percentual de Positividade
2012	1.474	77%	26,90%
2011	1.551	81%	26,50%

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA. Base de dados de 15/2/2014. Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

**Tabela 135** - Total dos Casos Novos de TB Bacilífera, por GD, por Testagem para HIV, em residentes de Porto Alegre, no ano de 2013.

Distr Resid	HIV +	%	HIV -	%	NÃO REALIZADO	%	TOTAL
CENTRO	28	31,11	43	47,78	11	12,22	90
LENO	26	25,24	54	52,43	12	11,65	103
NEB	17	17,53	52	53,61	22	22,68	97
NHIN	16	22,86	41	58,57	11	15,71	70
GCC	19	21,35	52	58,43	16	17,98	89
RES	13	25,49	23	45,10	12	23,53	51
SCS	13	22,81	31	54,39	11	19,30	57
PLP	44	20,18	123	56,42	40	18,35	218
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>22,71</b>	<b>419</b>	<b>54,06</b>	<b>135</b>	<b>17,42</b>	<b>775</b>

Fonte: SINAN Net base atualizada em 15/02/2014 - Dados sujeitos a revisão - SMS/CGVS/EVDT

**Tabela 136** - Total de Casos Novos de TB Bacilífera e Testagem de HIV, em residentes de Porto Alegre, no ano de 2013.

ANO	TOTAL DE CASOS NOVOS	TESTE ANTI-HIV REALIZADO	%	% POSITIVIDADE
2013	775	595	76,8	22,7 (176)

Fonte: SINAN Net base atualizada em 15/2/2014 - Dados sujeitos a revisão - SMS/CGVS/EVDT

Em relação à totalidade dos casos novos de TB bacilífera e testagem para HIV, 76,8% dos casos foram testados, com percentual de positividade de 22,7% distribuídos entre as GDs conforme Tabela 135.

Cabe salientar que os dados relacionados ao exame anti-HIV para o ano de 2013 são preliminares, podendo ainda alcançar a meta do SISPACTO de 80%, conforme Tabela 136.

## 10.2 Ações e Serviços em Vigilância Sanitária

### 10.2.1 Demonstrativos das Ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária

#### Equipe de Vigilância de Alimentos - EVA

**Quadro 23** - Meta anual constante na PAS 2013

Meta 2013	Realizados da Meta
18. Investigar 100 % dos surtos alimentares notificados (DTA).	Meta atingida. 14 surtos notificados e investigados.

**Tabela 137** - Investigação de surtos

Investigação de surtos alimentares PAS 18 e CIB 250/ 4.2		Meta	2013	2012	Variação %
Surtos	Notificados	Investigar 100% dos surtos notificados	14	46	-69,57
	Investigados		14	42	-66,67
	Em investigação		0	4	-

Fonte: Banco de dados EVA/CGVS/SMS

O número de surtos de DTAs ocorridos no município dependem de diversos fatores como sazonalidade, condições atmosféricas, temperatura, etc. A variação observada, com uma diminuição de surtos notificados entre o ano de 2012 e 2013, pode ser decorrência de diferentes motivos, entre eles as ações educativas e corretivas realizadas pela Equipe de Vigilância de Alimentos ao longo de todos estes anos, conscientização dos setores regulados, a capacitação de manipuladores, etc. Acredita-se, também, que, com a centralização das denúncias no sistema “Fala cidadão”, via fone 156 contribuiu para que houvesse a perda de alguns destes surtos, pela demora com que foram detectados pela Equipe, uma vez que os mesmos são repassados junto com as demais denúncias.

**Tabela 138** - Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta	2013	2012	Variação %
Nº de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento	1.710	1.802	-5,11

	<b>Atendidas</b>	das reclamações	525	786	-33,21
	<b>% atendidas/ recebidas</b>		30,7	43,62	-29,62
	<b>% meta atingida</b>		Meta parcialmente atingida – 43,85%	Meta parcialmente atingida – 62,31%	0,53
	<b>N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta</b>		1.197	1.262	-5,11

Fonte: Banco de dados EVA/CGVS/SMS

O não alcance do total da meta pactuada da CIB 250/07 se deu em consequência do aumento de demanda devido às ações preparatórias para a Copa do Mundo FIFA 2014. Por conta do risco sanitário e a repercussão que a não adequação destes estabelecimentos poderia trazer comprometendo a imagem da cidade perante o mundo, fez com que a Equipe priorizasse estas ações em detrimento do cumprimento da meta pactuada.

**Tabela 139** - Dados de fiscalização

<b>Indicador</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Varição %</b>
<b>Número de vistorias / inspeções realizadas</b>	3.957	5.995	-33,99
<b>Nº Notificações Lavradas</b>	1.367	1.266	7,98
<b>Nº Autos de Infração Exarados</b>	394	497	-20,72
<b>Interdições / suspensão de Atividades</b>	113	96	17,71

Fonte: Banco de dados EVA/CGVS/SMS

Os preparativos da Copa do mundo envolveram vistorias em segmentos considerados de 'alto risco' e que implicaram em vistorias mais demoradas, devido a complexidade a ser avaliada. Muitas destas vistorias resultaram em suspensões de atividades, exigindo diversos retornos aos locais até sua adequação.

**Tabela 140** - Quantidades de produtos apreendidos e inutilizados

<b>Produtos apreendidos</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>
<b>Quantidade (kg)</b>	25.527,94	29.030,00
<b>Quantidade (unidades)</b>	7.953	13.653
<b>Quantidade (litros)</b>	285,60	459,5

Fonte: Banco de dados EVA/CGVS/SMS

**Tabela 141 - Metas pactuadas CIB 250**

<b>Atividade</b>	<b>Meta</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
<b>1. Praças de alimentação de shoppings centers e similares. N 12</b>	Inspeções anuais em 30% dos estimados/ cadastrado (4 shoppings)	3	<b>Não informado</b>	-
<b>2. Supermercados e hipermercados. N 84</b>	Inspeções anuais em 30% dos estimados/ cadastrados (34)	61	<b>Não informado</b>	-
<b>3. Cozinhas industriais N 100</b>	Inspeção anual em 50% das cozinhas industriais cadastradas (50 cozinhas)	39	85	-54,12
<b>4. Cozinhas hospitalares N 25</b>	Inspeção anual em 100% das cozinhas hospitalares cadastradas	24	25	- 4
<b>5. Mercado público municipal (número de bancas) N - 72</b>	Inspeções anuais nas bancas de alimentos	72	Não informado	
<b>6. Restaurantes e similares. N 3000</b>	Inspeção anual em 20% dos restaurantes cadastrados/ estimados (600 estabelecimentos)	2.175	1.795	21,16
<b>7. Escolas de Ensino Municipal N 56</b>	Inspeção anual em 20% (12 escolas)	17	55	-1,82
<b>8. Escolas de Ensino Estadual N 160</b>	Inspeção anual em 20% (32 escolas)	37		

Fonte: Banco de dados EVA/CGVS/SMS

As praças de alimentação dos shoppings centers não alcançaram a meta devido a um erro no calculo do “n” a ser vistoriado (3 para 4). Porém, devido ao fato dos três shoppings vistoriados estarem dentro da Programação da Copa 2014, foram vistoriados também os comércios de alimentação que estavam fora das praças, considerando o seu risco sanitário. Pelo mesmo motivo (Copa do Mundo 2014) ampliaram-se as vitorias nos supermercados e hipermercados, superando a meta pactuada. As cozinhas industriais tiveram suas vitorias prejudicadas, uma vez que o servidor que era responsável e possuía “expertise” para este segmento sofreu um acidente, ficando afastado por mais de 6 meses. No caso das cozinhas hospitalares, não foi possível cumprir a meta pactuada na CIB 205/07 devido o impedimento de a equipe realizar vistoria no Hospital da Brigada Militar. O fato já foi encaminhado a coordenação da CGVS para que sejam tomadas as providencias junto a Corporação.

## Equipe de Vigilância da Qualidade da Água – EVQA

**Quadro 24** - Meta anual constante na PAS 2013

<b>Meta 2013</b>	<b>Realizados da Meta</b>
19. Inspeccionar 100% das Estações de Tratamento de Água - ETAs (7) do DMAE por ano.	Meta atingida – 100% Foram inspecionadas todas as sete ETAs em 2013, sendo que uma delas foi desativada em abril (ETA Lomba do Sabão). Atualmente, há seis ETAs operando em Porto Alegre.

**Tabela 142** - Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas

<b>Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250</b>		<b>Meta</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
<b>Nº de Reclamações e Denúncias</b>	<b>Recebidas</b>	70% de atendimento das reclamações	1.088	1.064	2,26
	<b>Atendidas</b>		1.015	1.006	0,89
	<b>% atendidas/ recebidas</b>		93,29	94,55	-1,33
	<b>% meta atingida</b>		Meta atingida 133,27%	Meta atingida 135,07%	-
	<b>N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta</b>		762	745	2,28

Fonte: Banco de dados EVQA/CGVS/SMS

Devido ao fato de que as reclamações recebidas no ano não são todas atendidas no mesmo ano, assim como algumas das atendidas no ano foram recebidas no ano anterior, o indicador tem certo erro, por isso há alguma divergência nos percentuais, que pode ser desprezada. Ainda assim, a meta foi superada, mantendo-se estável em relação a 2012. A redução do número de vistorias, notificações e Autos de Infração indica apenas que a ação fiscal está alcançando o resultado com menos recursos.

Cabe ressaltar que o recebimento de reclamações é uma demanda externa, que está fora da governabilidade da equipe.

**Tabela 143 - Dados de fiscalização**

Indicador	2013	2012	Varição %
<b>Número de vistorias / inspeções realizadas</b>	1.681	1.806	-7%
<b>Nº Notificações Lavradas</b>	433	387	12%
<b>Nº Autos de Infração Exarados</b>	41	49	-16%
<b>Interdições / suspensão de Atividades</b>	0	0	0

Fonte: Banco de dados EVQA/CGVS/SMS

**Tabela 144 - Análise da qualidade de água**

Indicador	Meta Pactuada	2013
Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. <b>N 848 - SISPACTO 53</b>	100%	Foram analisadas mais amostras do que a meta preconizava (1.765 amostras).

Fonte: Banco de dados EVQA/CGVS/SMS

### Equipe de Vigilância da Saúde Ambiental e do Trabalhador – EVSAT

**Quadro 25 - Metas anuais constantes na PAS 2013**

Meta 2013	Realizados da meta
<b>20.</b> Fiscalizar 100% das solicitações de licença para funcionamento das Estações de Rádio Base.	Meta atingida.
<b>22.</b> Fiscalizar e controlar ambientes livres do tabaco em 100% das fiscalizações dos estabelecimentos de interesse a saúde.	Meta atingida.

**Tabela 145 - Estações de Rádio base**

Fiscalização de Estação de Rádio base	2013	2012	Varição %
<b>Solicitações recebidas</b>	28	29	-3,45
<b>Fiscalizações</b>	28	29	-3,45
<b>% atingido</b>	Meta atingida	Meta atingida	-

Fonte: Banco de dados EVSAT/CGVS/SMS.

A EVSAT participa do processo do licenciamento das ERBs, portanto, o atendimento é realizado na medida da chegada destes processos.

**Tabela 146 – Ambientes livres do tabaco**

<b>Fiscalização de ambientes livres do tabaco</b>		<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
Estabelecimentos de interesse a saúde	<b>Recebidas</b>	10	2	400,00
	<b>Atendidas</b>	10	2	400,00
	<b>% atingido</b>	Meta atingida	Meta atingida	-

Fonte: Banco de dados EVSAT/CGVS/SMS.

**Tabela 147 -Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas**

<b>Atendimento das denúncias e reclamações recebidas - CIB 250</b>		<b>Meta</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
<b>Nº. de Reclamações e Denúncias</b>	<b>Recebidas</b>	70% de atendimento das reclamações	285	190	50,00
	<b>Atendidas</b>		221	147	50,34
	<b>% atendidas/ recebidas</b>		77,54	77,37	0,22
	<b>% meta atingida</b>		Meta atingida 110,77%	Meta atingida 110,52%	-
	<b>N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta</b>		200	133	50,00

Fonte: Banco de dados EVSAT/CGVS/SMS.

**Tabela 148 - Dados de fiscalização EVSAT**

<b>Indicador</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
<b>Número de vistorias/inspeções realizadas</b>	274	170	56,47
<b>Nº Notificações Lavradas</b>	46	10	360,00
<b>Nº Autos de Infração Exarados</b>	4	0	-
<b>Nº Processos de licenciamento analisados</b>	29	31	-38,71

Fonte: Banco de dados EVSAT/CGVS/SMS.

A EVSAT participa do licenciamento ambiental e de ERBS, portanto, o atendimento é realizado na medida da chegada destes processos.

Equipe de Vigilância de Serviços e Produtos de Interesse a Saúde - EVSPIS

*Núcleo de Vigilância de Serviços de Interesse a Saúde – NVSIS*

**Tabela 149** - Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta	2013	2012	Variação %
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	550	340	61,76
	Atendidas		460	329	39,82
	% atendidas/recebidas		83,64	96,76	-13,56
	% meta atingida		Meta atingida 119,48%	Meta atingida 138,22%	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		385	238	61,76

Fonte: Banco de dados NVSIS/ CGVS/ SMS

**Tabela 150** - Dados de fiscalização

Indicador	2013	2012	Variação %
Número de vistorias / inspeções realizadas	2.878	2.229	29,12
Nº Notificações Lavradas	1.017	1.036	-1,83
Nº Autos de Infração Exarados	84	90	-6,67
Interdições / suspensão de Atividades	10	13	-23,08

Fonte: Banco de dados NVSIS/ CGVS/ SMS

**Tabela 151** - Metas Comissão Intergestora Bipartite – CIB 250

Indicador	Ação	Meta	2013	2012	Variação %
Cadastrar, inspecionar e licenciar clínicas de vacinação. N 35	Inspeccionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	32	ND	-
	Solicitações recebidas		24	ND	-
	Solicitações atendidas		32	ND	-
	% de atendimento		133,33	ND	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar consultórios e clínicas sem procedimento. N 2.000	Inspeccionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	571	ND	-
	Solicitações recebidas		420	ND	-
	Solicitações atendidas		489	ND	-
	% de atendimento		116,43	ND	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar clínicas ou serviços de ultrassonografia. N 16	Inspeccionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	16	ND	-
	Solicitações recebidas		16	ND	-
	Solicitações atendidas		16	ND	-
	% de atendimento		112,50	ND	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar consultórios e	Inspeccionadas	Atender 70% dos processos e	246	ND	-
	Solicitações recebidas		301	ND	-



clínicas com procedimentos invasivos (inclusive cirurgias). N 671	Solicitações atendidas	solicitações recebidas	270	ND	-
	% de atendimento		89,70	ND	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Remoção Móvel de Urgência e Emergência (Ambulâncias). N 27	Inspecionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	27	ND	-
	Solicitações recebidas		21	ND	-
	Solicitações atendidas		26	ND	-
	% de atendimento		123,81	ND	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar os Consultórios e Clínicas Odontológicas com e sem RX. N 1.447*	Inspecionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	270	ND	-
	Solicitações recebidas		259	ND	-
	Solicitações atendidas		242	ND	-
	% de atendimento		93,44	ND	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar os Laboratórios de Prótese Dentária. N 33	Inspecionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	01	ND	-
	Solicitações recebidas		01	ND	-
	Solicitações atendidas		01	ND	-
	% de atendimento		100,00	ND	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar os Estabelecimentos de Longa Permanência de Idosos (ILPI). N 236	Inspecionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	236	243	-
	Solicitações recebidas		355	ND	-
	Solicitações atendidas		357	ND	-
	% de atendimento		100,56	ND	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Tatuagens e Piercings N 120	Inspecionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	194	ND	-
	Solicitações recebidas		120	ND	-
	Solicitações atendidas		101	ND	-
	% de atendimento		84,17	ND	-

Fonte: Banco de dados NVSIS/ CGVS/ SMS

ND: Os dados começaram a ser contabilizados separadamente no ano de 2013, portanto, em 2012 ainda não existia essa forma de contabilizar corretamente essas informações.

### Observações:

**Clínicas de vacinação:** O número de clínicas *inspecionadas* e o número de *solicitações atendidas* superam o de *solicitações recebidas*, pois havia passivo de solicitações do ano de 2012.

**Consultórios e clínicas sem procedimento:** A Equipe recebeu novo funcionário, fato que acarretou no aumento do número de estabelecimentos vistoriados. Com o cruzamento com o cadastro da SMIC, a estimativa para o N passa a ser de 2.000 estabelecimentos no município; no RG do 3º quadrimestre, nos

itens *solicitações recebidas e atendidas* foi lançada apenas uma denúncia, não sendo contabilizadas 137 solicitações de alvará de saúde, o que totaliza 138 solicitações. Esta soma está inserida no RG anual.

**Clínicas ou serviços de ultrassonografia.** No RG do 3º quadrimestre, foram consideradas duas revistorias em uma mesma clínica nos itens *inspeccionadas e solicitações atendidas*, portanto, considerar 2 para cada item e não 4.

**Consultórios e clínicas com procedimentos invasivos (inclusive cirurgias):** no item *solicitações recebidas*, não foram contabilizadas 97 solicitações de alvará de saúde no RG do 3º quadrimestre. No item *solicitações atendidas* não foram contabilizadas 105 expedições de alvará de saúde no RG do 3º quadrimestre. Estes quantitativos foram contabilizados no RG anual.

**Serviços de remoção móvel de urgência e emergência (ambulâncias):** As inspeções realizadas se referem aos serviços que constam no cadastro no ano de 2013. Salienta-se que neste ramo de atividade o N varia muito, pois são abertas e fechadas empresas durante o ano, o que faz com que o cadastro seja variável. Foram *inspeccionadas e atendidas* mais solicitações do que as *recebidas*, pois havia passivo de *solicitações recebidas* de 2012.

**Consultórios e clínicas odontológicas com e sem RX.** Foram inspecionados serviços que estavam no passivo da Equipe.

**Laboratórios de prótese dentária:** recebimento de uma solicitação de alvará de saúde.

**Estabelecimentos de Longa Permanência de Idosos (ILPI):** Nos dois últimos quadrimestres foi realizada busca ativa, aumentando o N para 236. Neste ramo de atividade o N varia muito, pois são abertas e fechadas empresas durante o ano, o que faz com que o cadastro seja variável.

**Serviços de tatuagens e piercings:** Foi realizada busca ativa em todos os endereços constantes no cadastro da Equipe, no da SMIC e de outros meios; todos os serviços que não constavam do cadastro da Equipe receberam notificação para ingressar com processo de alvará de saúde. Neste ramo de atividade o N varia muito, pois são abertas e fechadas empresas durante o ano, o que faz com que o cadastro seja variável. No final do ano, o cadastro apontou 120 estabelecimentos.

Ao longo do ano, foram consideradas revistorias, portanto o somatório dos dados dos quadrimestres será superior ao N informado nesse relatório anual.

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

**Quadro 26** - Hospitais de Porto Alegre

<b>Hospitais Gerais</b>	<b>Hospitais Especializados</b>
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
ISCMPA – 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	

**Tabela 152** - Metas CIB (continuação)

<b>Indicadores CIB 250/07</b>	<b>Meta Pactuada</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Observações específicas</b>
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços de Hemocentro. N 1</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Hemocentro.	1	1	
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços de Serviços de núcleo de hemoterapia. N 7</b>	Inspecionar 100% dos serviços de núcleo de hemoterapia.	7	7	
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços coleta e transfusão. N 1</b>	Inspecionar 100% dos serviços de coleta e transfusão	1	1	
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços de Centro de Triagem Laboratorial de</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Centro de Triagem Laboratorial de	1	1	

<b>Doadores. N 1</b>	Doadores			
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços de Agência Transfusional de Doadores. N 13</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Serviços de Agência Transfusional de Doadores	13	12	O N no ano de 2013 aumentou para 13 devido a inclusão da Agência Transfusional do Hospital Independência.
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Bancos de Tecidos Oculares. N 2</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Bancos de Tecidos Oculares.	2	ND	
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Bancos de Células e tecidos germinativos. N 4</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Bancos de Células e tecidos germinativos	4	ND	
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Laboratórios Clínicos Hospitalares e Postos de coleta. N 17/04</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Laboratórios Clínicos Hospitalares e Postos de coleta	17/4	15/05	Foi alterado o N de laboratórios e postos de coleta: aumentou o número de laboratórios intrahospitalares e diminuiu o número de postos de coleta
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços de Home Care. N 26</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Serviços de Home Care	26	ND	O N maior deve-se ao aumento do número de reclamações nesse ano. É um setor que apresenta alta rotatividade com abertura e fechamento de serviços durante o ano, o que faz que o cadastro da Equipe tenha variação constante durante o período.
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços Terapia Antineoplásica (Quimioterapia) N 26</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Serviços Terapia Antineoplásica (Quimioterapia)	26	26	
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços Terapia Renal Substitutiva (Diálise) N 15</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Serviços Terapia Renal Substitutiva (Diálise)	15	15	
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Hospitais Gerais (inclusive com unidades de internação pediátrica e obstétrica) N 13</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Hospitais Gerais	13	13	
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Hospitais Infantis com e sem UTI neonatal e pediátrica N 3</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Hospitais Infantis	3	3	
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços Hospitalares de Atenção ao Parto e à</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Serviços Hospitalares de	2	2	

<b>Criança. N 2</b>	Atenção ao Parto e à Criança.			
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços Hospitalares Especializados. N 10</b>	Inspecionar 50% dos serviços de Serviços Hospitalares Especializados.	10	10	
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços de Nutrição Enteral. N 24</b>	Inspecionar 50% dos serviços de Serviços de Nutrição Enteral.	24	22	Houve o aumento de 2 hospitais com o serviço de nutrição enteral devido a ativação do Hospital Independência, pertencente à Sociedade Sulina Divina Providência e a Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de POA.
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços de Lactário. N 13</b>	Inspecionar 50% dos serviços de Serviços de Lactário.	13	12	Houve aumento de 1 hospital com esse serviço (Divina Providência).

Fonte: Banco de dados NVSIS/ CGVS/ SMS

ND: Não disponível

**Tabela 153 - Inspeção de escolas infantis**

<b>Cadastrar, inspecionar e licenciar Escolas de Educação Infantil. N 600 - CIB 250/07</b>		<b>Meta CIB</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Varição %</b>
<b>Nº EEI</b>	<b>Inspecionadas</b>	Inspecionar 20% das escolas já cadastradas.	402	335	20,00
	<b>N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)</b>		120	120	0,00
	<b>% meta atingida</b>		Meta atingida 350%	Meta atingida 279%	-
<b>Nº reclamações/ denúncias</b>	<b>Recebidas</b>	Atender 70% das reclamações recebidas	14	ND	-
	<b>Atendidas</b>		14	ND	-
	<b>% atendidas em relação às recebidas</b>		100,00	ND	-
	<b>% meta atingida</b>		Meta atingida	ND	-
	<b>N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta</b>		10	-	-

Fonte: Banco de dados NVSIS/ CGVS/ SMS

ND: Não disponível

### *Núcleo de Vigilância de Produtos de Interesse a Saúde – NVPIS*

**Tabela 154 - Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas**

<b>Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250</b>	<b>Meta</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Varição %</b>
<b>Recebidas</b>	70% de	88	97	-9,28

<b>Atendidas</b>	atendimento das reclamações	78	88	-11,36
<b>% atendidas/ recebidas</b>		88,64	90,72	-2,29
<b>% meta atingida</b>		Meta atingida	Meta atingida	-
<b>N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta</b>		62	68	-8,82

Fonte: Banco de dados NVPIS/ CGVS/ SMS

A partir de 2013 o recebimento de denúncias e demais solicitações de fiscalização foi realizado exclusivamente através do Sistema Fala Porto Alegre, pelo telefone 156.

**Tabela 155** - Dados de fiscalização

<b>Indicador</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
<b>Número de vistorias / inspeções realizadas</b>	538	627	-14,19
<b>Nº Notificações Lavradas</b>	141	190	-25,79
<b>Nº Autos de Infração Exarados</b>	96	35	174,29
<b>Interdições / suspensão de Atividades</b>	12	4	200,00

Fonte: Banco de dados NVPIS/ CGVS/ SMS

**Tabela 156** - Quantidades de produtos apreendidos e inutilizados

<b>Produtos apreendidos</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Observações específicas</b>
<b>Quantidade (kg)</b>	-	-	
<b>Quantidade (unidades)</b>	50	449	
<b>Quantidade (litros)</b>	-	-	

Fonte: Banco de dados NVPIS/ CGVS/ SMS

A quantidade de produtos apreendidos em 2013 se refere a medicamentos apreendidos em drogarias.

Em 2012 se referem a medicamentos apreendidos em drogarias por não terem comprovação de origem, cosméticos apreendidos em salão de beleza para monitoramento de qualidade e correlatos apreendidos em distribuidora sem Autorização de Funcionamento de Empresa.

**Tabela 157** - Metas CIB 250

Indicador	Ação	Meta	2013	2012	Varição %
Cadastrar, inspecionar e licenciar as <b>indústrias de cosméticos e saneantes e reembaladoras -N 12</b>	<b>Solicitações</b>	Licenciamento e fiscalização de 100% da indústria de Saneantes e cosméticos (que solicitarem alvará sanitário e/ ou se houver denúncias)	25	32	-21,9%
	<b>Fiscalizadas</b>		31	40	-22,5%
	<b>Licenciadas</b>		11	6	83,3%
Cadastrar, inspecionar e licenciar as <b>distribuidoras, importadoras, exportadoras e transportadoras de cosméticos e saneantes e reembaladoras- N 58</b>	<b>Fiscalizadas</b>	Licenciamento e fiscalização de 30% das distribuidoras, importadoras, exportadoras e transportadoras de Saneantes e cosméticos cadastradas.	66	74	-10,8%
	<b>Licenciadas</b>		58	26	123,1%
	<b>N mínimo</b>		14	14	0,0%
Cadastrar, inspecionar e licenciar as <b>distribuidoras e transportadoras de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos. N 73</b>	<b>Solicitações recebidas</b>	Atender 70% dos processos e <b>solicitações recebidas</b>	60	90	-33,3%
	<b>Inspecionadas</b>		27	51	-47,1%
	<b>N mínimo</b>		42	63	-33,3%
	<b>% atendidas/ recebidas</b>		45	56,66	-20,6%
Cadastrar, inspecionar e licenciar as <b>importadoras e fracionadoras de insumos farmacêuticos e medicamentos. N 5</b>	<b>Solicitações recebidas</b>	Atender 70% dos processos e <b>solicitações recebidas</b>	3	1	200,0%
	<b>Inspecionadas</b>		4	1	300,0%
	<b>N mínimo</b>		2	1	100,0%
	<b>% atendidas/ recebidas</b>		133	100	33,0%
Cadastrar, inspecionar e licenciar as <b>empresas controladoras de pragas. N 4</b>	<b>Solicitações recebidas</b>	Atender 70% dos processos e <b>solicitações recebidas</b>	12	13	-7,7%
	<b>Inspecionadas</b>		15	9	66,7%
	<b>N mínimo</b>		8,4	9,1	-7,7%
	<b>% atendidas/ recebidas</b>		125%	69,23%	80,6%

Fonte: Banco de dados NVPIS/ CGVS/ SMS  
ND: DADO NÃO DISPONÍVEL

A relação entre as solicitações atendidas e as recebidas se referem somente aquelas empresas que foram inspecionadas. A meta de atendimento aos processos e solicitações recebidas incluem as empresas que tiveram a renovação de alvará sem terem sido inspecionadas.

As indústrias de saneantes geralmente são reinspecionadas para verificação do atendimento as adequações solicitadas na vistoria inicial. Embora haja orientação as empresas quanto ao cumprimento das Boas Práticas de Fabricação, nem todas alcançaram as condições para serem licenciadas ou terem renovado seu alvará de saúde.

Situação semelhante ocorre com as empresa controladoras de pragas, que recebem várias inspeções, mas que não conseguem ter seu alvará de saúde liberado, por não possuírem licença ambiental expedido pela FEPAM e nem Alvará dos Bombeiros.

**Tabela 158 - Inspeção de Drogarias**

Cadastrar, inspecionar, monitorar e licenciar as drogarias. CIB 250/07 N 557		Meta CIB	2013	2012	Varição %
Nº drogarias	Inspeccionadas	Inspeccionar 20% das drogarias.	129	112	15,18
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		112	112	0
	% meta atingida		Meta atingida 115,17%	Meta atingida 115,17%	-
Nº reclamações / denúncias	Recebidas	Atender 70% das reclamações recebidas	39	52	-25
	Atendidas		41	42	-2,38
	% atendidas em relação às recebidas		105,13	80,77	30,16
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		27	36	-25

Fonte: Banco de dados NVPIS/ CGVS/ SMS

Analisando as denúncias recebidas por este NVPIS, verificou-se que as drogarias continuam sendo o tipo de estabelecimento/atividade que mais se recebem reclamações.

**Tabela 159 - Farmácias de manipulação**

Cadastrar, inspecionar, monitorar e licenciar as farmácias de manipulação. N 164-CIB 250/07		Meta CIB	2013	2012	Varição %
Nº Farmácias de Manipulação	Inspeccionadas	Inspeccionar 30% das farmácias de manipulação.	40	29	37,93
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		49	49	0



	% meta atingida		Meta atingida parcialmente	Meta atingida parcialmente	-
Nº reclamações/denúncias	Recebidas	Atender 100% das reclamações recebidas	17	10	70
	Atendidas		10	7	42,86
	% atendidas em relação às recebidas		58,82	70	-15,97
	% meta atingida		Meta parcialmente atingida	Meta atingida parcialmente	

Fonte: Banco de dados NVPIS/ CGVS/ SMS

**Tabela 160 - Serviço de Nutrição Parental (farmácia hospitalar com preparo de nutrição)**

Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Nutrição Parental (farmácia hospitalar com preparo de nutrição) CIB 250/07 - N 2		Meta CIB	2013	2012	Variação %
Nº serviços	Inspecionadas	Inspeccionar 100% dos serviços	0	6	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		2	2	-
	% meta atingida		Meta não atingida	Meta não atingida	-
Nº reclamações/denúncias	Recebidas	Atender 100% das reclamações recebidas	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 NVPIS/ CGVS/ SMS

Apenas duas farmácias hospitalares são responsáveis pela preparação da nutrição parental utilizada no serviço de nutrição.

Os demais serviços utilizam a nutrição parental adquirida de uma das três farmácias de manipulação que têm este preparo.

**Tabela 161 - Serviço de Nutrição Parental (farmácia hospitalar)**

Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Nutrição Parental (farmácia hospitalar) - CIB 250/07 N 25		Meta CIB	2013	2012	Variação %
Nº serviços	Inspecionadas	Inspeccionar 100% dos serviços.	6	3	100
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		25	25	-
	% meta atingida		Meta atingida parcialmente 24%	Meta atingida parcialmente 12%	-
Nº reclamações	Recebidas	Atender 100% das	0	0	-
	Atendidas		0	0	-

/ denúncias	% atendidas em relação às recebidas	reclamações recebidas	-	-	-
	% meta atingida		-	-	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		-	-	-

Fonte: Banco de dados NVPIIS/ CGVS/ SMS

O número insuficiente de farmacêuticos na Equipe tem dificultado o atendimento da demanda, pois, apenas três profissionais são responsáveis pelas inspeções de licenciamento e fiscalização das distribuidoras, transportadoras, importadoras e fracionadoras de medicamentos e insumos farmacêuticos, das farmácias de manipulação, farmácias hospitalares e ainda o atendimento a denúncias desses estabelecimentos.

#### *Núcleo de Engenharia de Serviços de Interesse a Saúde NVESIS*

**Tabela 162** - Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta	2013	2012	Varição %
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	7	6	16,67
	Atendidas		7	6	16,67
	% atendidas/ recebidas		100	100	0
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		5	4	25

Fonte: Banco de dados NVESIS/ CGVS/ SMS

**Tabela 163** - Dados de fiscalização

Indicador	2013	2012	Varição %
Número de vistorias / inspeções realizadas	128	112	14,29
Nº Notificações Lavradas	31	87	-64,37
Nº Autos de Infração Exarados	3	10	-70,00
Interdições / suspensão de Atividades	0	1	-

Fonte: Banco de dados NVESIS/ CGVS/ SMS

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

**Tabela 164** - Avaliação de projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

Indicador	Ação	Meta	2013	2012	Variação %
Avaliação documental, aprovação de projeto arquitetônico, de infraestrutura e vistorias para licenciamento e construção dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.	<b>Inspecionadas</b>	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	1	0	-
	<b>Entrada de projetos de EAS</b>		31	56	-44,64
	<b>Análises de Projetos de EAS</b>		207	205	0,98
	<b>Projetos Aprovados</b>		29	13	123,08

Fonte: Banco de dados NVESIS/ CGVS/ SMS

Os projetos são analisados de acordo com a RDC 50/02 e demais legislações de saúde vigentes.

A equipe de Engenharia avalia os projetos, elabora pareceres e envia as análises para os responsáveis técnicos dos projetos. O processo de análise ocorre até que o projeto esteja em pleno acordo com as normas, resoluções e legislações de saúde. Estando de acordo, o projeto é aprovado e está licenciado para ser construído.

Por solicitação da Coordenação da CGVS, foi realizada 01 vistoria em EAS em fase de construção que teve projeto aprovado. Pretende-se implantar um sistema de vistorias (inspeções) das construções que tiveram projeto aprovado. Sempre que solicitada, a equipe de engenheiros realiza vistorias em EASs, dando suporte técnico para as equipes de fiscalização de serviços de saúde, tais como, inspeções para notificação, atuação e interdições.

A equipe atuou neste ano na obra de recuperação do prédio da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, desde a concepção do projeto, elaboração de orçamento, emissão de laudos técnicos, acompanhamento da obra (com registro de imagens e vídeos da execução dos reparos) e realização de testes de carga da laje de cobertura.

**Tabela 165** - Metas CIB

Indicadores CIB 250/07	Meta Pactuada	2013	2012
---------------------------	---------------	------	------

Cadastrar, inspecionar, licenciar e verificar a qualidade da imagem de os <b>Serviços de imagem SUS (mamografia). N 11</b>	Inspeccionar 100% dos Serviços de Mamografia SUS.	8	13
Cadastrar, inspecionar, licenciar e verificar a qualidade da imagem de os <b>Serviços de imagem PARTICULAR (mamografia). N 43</b>	Inspeccionar 100% dos Serviços de Mamografia PARTICULAR.	34	34
Cadastrar, inspecionar, licenciar e verificar a qualidade dos <b>Serviços radioterapia. N 5</b>	Inspeccionar 100% dos serviços de Radioterapia	4	05
Cadastrar, inspecionar, licenciar e verificar a qualidade da imagem de os <b>Serviços Medicina Nuclear.N 11</b>	Inspeccionar 100% dos serviços de Medicina Nuclear	6	10
Cadastrar, inspecionar, licenciar e verificar a qualidade da imagem de os <b>Serviços Radiodiagnóstico Médico (Raio-X, Tomografia e Densitometria Óssea). N 101</b>	Inspeccionar 100% dos serviços de Radiodiagnóstico Médico	101	74

Fonte: Banco de dados NVESIS/ CGVS/ SMS

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.

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

O serviço de fiscalização de Radiações Ionizantes da Engenharia da CGVS conta, atualmente, com 01 agente de fiscalização e 01 engenheiro. No ano de 2013, a agente de fiscalização esteve ausente por motivo de licença maternidade, licença

prêmio e férias, reduzindo para apenas 01 servidor realizar as atividades de fiscalização. Por essa razão, não foi atingida a meta de inspecionar 100% dos serviços de mamografia SUS (73%), mamografia particular (79%), radioterapia (80%) e Medicina Nuclear (55%).

## Equipe de Vigilância de Zoonoses

### *Núcleo de Vigilância de População Animal*

**Tabela 166** - Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta	2013	2012	Varição %
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	377	358	5,31
	Atendidas		602	687	-12,37
	% atendidas/ recebidas		159,68	191,9	-16,79
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		264	251	5,18

Fonte: Banco de dados NVPA/EVZ/CGVS/SMS

**Tabela 167** - Relação das atividades realizadas pelo NVPA sem metas pactuadas

ATIVIDADE	2013	2012	Varição%	Observações específicas
Nº de Inquéritos de mordeduras	312	240	30	
Nº de amostras de quirópteros enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva	27	47	-42,55	
Nº de amostras caninas enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva	63	126	-50	
Nº de amostras felinas enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva	14	26	-46,15	
Nº de cães vacinados para RAIVA – NVPA	338	285	18,6	As vacinas realizadas pelo NVPA foram realizadas durante bloqueio vacinal antirrábico, populações vulneráveis e participantes do programa domingo no campo, além de cães/gatos contactantes com morcegos.
Nº de cães vacinados para RAIVA – SEDA	655	325	101,54	
Nº de gatos vacinados para RAIVA – NVPA	98	129	-24,03	
Nº de gatos vacinados para RAIVA – SEDA	37	0	-	
Ações comunitárias realizadas	247	371	-33,42	As ações são referentes a reuniões comunitárias e palestras, ação comunitária com antiparasitário e visitas domiciliares realizadas por técnicos.
Nº de aplicações de antiparasitário em cães e gatos (controle parasitário) – NVPA	168	213	-21,13	Atividade desenvolvida para controle principalmente de tungíase.
Nº de aplicações de antiparasitário em cães e gatos	6733	2.895	132,57	Esta atividade está sendo realizada prioritariamente pela SEDA.

(controle parasitário) – SEDA				
Microchipagens realizadas – SEDA	4.737	3.165	49,67	
Nº de amostras enviadas para exame sorológico de LVC	5	96	-94,79	Foram encaminhadas amostras de todos os animais notificados como suspeitos
Nº de Orientações dadas para LVC	9	67	-86,57	Orientações aos proprietários dos animais coletados
Tungíase – Orientações sanitárias dadas	20	11	81,82	Comunidades trabalhadas
Tungíase – Controle Parasitários nos animais específicos	168	281	-40,21	Aplicação de antiparasitário (ivermectina) para controle do parasito nos cães.
Vistorias técnicas zoossanitárias	233	101	130,69	
Ações fiscais zoossanitárias	1077	1.923	-43,99	Referem-se à criação de animais, como aves, suínos, bovinos, caprinos, criação abelhas.
Liberação alvará de saúde	14	29	-51,72	Referentes a consultórios, clínicas, hospitais ou laboratórios veterinários.
Nº Notificações Lavradas	187	144	29,86	
Nº Autos de Infração Exarados	16	12	33,33	
Interdições / suspensão de Atividades	0	0	-	
Castração de cães e gatos realizadas – SEDA	4.041	3.377	19,66	Esta atividade é de competência da SEDA desde setembro/2011
Número de domicílios visitados em bloqueio vacinal antirrábico	887	1.549	-42,74	
Orientações 156 – carrapatos	104	81	28,4	
Orientações 156 – pombos	208	121	71,9	
Orientações 156 – pulgas	119	85	40	

Fonte: Banco de dados NVPA/EVZ/CGVS/SMS

## Ações Vigilância da Raiva

**Quadro 27 - Meta anual constante na PAS 2013**

Meta 2013	Realizados da meta
7. Realizar bloqueio vacinal antirrábico em cães e gatos em 100% dos casos de positividade de raiva em morcegos herbívoros, cães ou gatos.	Meta atingida. Foram realizadas duas ações de vigilância da Raiva em casos de morcegos positivos. As ações ocorreram nos bairros Centro Histórico e Santana.

Em 2013 foram realizadas duas ações de vigilância da Raiva em casos de morcegos positivos para a doença. Estas duas amostras de morcegos foram

encaminhadas pelo CEVS diretamente ao laboratório. As ações ocorreram nos bairros Centro Histórico e Santana.

Quanto à investigação dos casos suspeitos de raiva em razão de morcegos caídos ou adentrados, foram encaminhadas 27 (vinte e sete) amostras ao Centro de Pesquisas Veterinárias Desidério Finamor (CPVDF).

Nas ações de bloqueio antirrábico realizadas (Centro Histórico e Santana) foram visitados 887 domicílios com fornecimento de material informativo e orientação dos moradores sobre essa doença. Foram vacinados pelo NVPA 171 (cento e setenta e um) cães e 61 (sessenta e um) felinos; 126 (cento e vinte e seis) animais (97 caninos e 29 felinos) foram previamente vacinados por seus proprietários em estabelecimentos veterinários particulares e foram emitidas 32 notificações aos proprietários que ficaram de apresentar a carteira de vacinação atualizada dos seus animais.

Além desses, vacinações antirrábicas pontuais em populações vulneráveis como a comunidade Charruas, casos de inquéritos de mordedura, cães e gatos de propriedade dos participantes do roteiro “Domingo no Campo” e vacinação de cães e gatos contactantes com morcegos também foram realizadas.

As vacinas contra raiva, fornecidas pelo Ministério da Saúde e repassadas a este setor através da SES/CEVS venceram em 09/06/2013, impossibilitando a continuidade da ação de bloqueio vacinal no bairro Santana e a realização de outras atividades.

### **Nº de Amostras Caninas e Felinas Enviadas para Pesquisa Laboratorial de Raiva**

Foram realizadas análises para diagnóstico de raiva em 63 (sessenta e três) caninos, uma vez que por nova orientação do CEVS/SES, a partir do 2º quadrimestre de 2013 apenas devem ser encaminhadas ao CPVDF amostras de cães e gatos que tenham efetivamente agredido seres humanos (mordedura, arranhadura ou lambadura de mucosas) – memorando 016/12.

## **Inquéritos de Mordedura**

Os inquéritos têm 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. No período em questão foram abertas duas denúncias de cães mal domiciliados dos inquéritos de mordedura analisados.

## **Ações Comunitárias**

O Núcleo de Vigilância de População Animal (NVPA) da Equipe de Vigilância de Zoonoses participou da Operação Verão no Lami em 2013 nos dias 26/01/13 e 23/02/14 onde realizou atividade educativa com usuários da praia do Lami. Foram distribuídas fôlderes informativos e orientações sobre a raiva e a tungíase, parasita conhecido como bicho-do-pé. A atividade integrou as ações da 3ª Operação Verão, coordenada pela Secretaria Municipal de Coordenação Política e Governança Local (SMGL) e atendeu a uma demanda de saúde apontada pelos veranistas e moradores do Lami.

Em 05/06/13 houve a participação de reunião do Conselho Local de Saúde região Sul/Centro Sul.

Ações incluindo vacinação contra Raiva ou tratamento com antiparasitário foram realizadas nas comunidades Milta Rodrigues e aldeia Charruas, com distribuição de material informativo e orientação dessas populações sobre medidas de prevenção e controle destas zoonoses.

O Núcleo participou do IV Encontro de Guarda Responsável em Defesa dos Animais em 05.10.13. Promovido pela Escola Municipal Anísio Teixeira, o evento reuniu alunos, pais, professores e funcionários com seus animais de estimação e tratou assuntos como a relação do homem com os animais, verminoses com potencial zoonótico (doenças transmissíveis para o homem) e prevenção de



mordeduras. O encontro finalizou com uma conversa com a comunidade, esclarecendo dúvidas a respeito do assunto.

A Jornada pela Cidadania, que ocorreu no Parque Farroupilha em 06/10/13, também contou com a presença do NVPA.

Em 07/11/13 houve a participação de reunião na Cooperativa Habitacional Marcos Klasman, bairro Rubem Berta. A reclamação principal da comunidade era quanto à questão da tungíase.

Além disso, foram realizadas diversas visitas e ações comunitárias na Morada São Pedro.

### **Aplicações de Medicação Antiparasitária**

Na Comunidade Milta Rodrigues foram realizadas 08 residências e aplicada medicação em 25 animais e na comunidade indígena Charrua foram atendidos 19 animais. A medicação antiparasitária também foi aplicada em cães de propriedades participantes do projeto “Domingo no Campo” e na Cooperativa Habitacional Marcos Klasman bairro Rubem Berta foram tratados 24 animais, em 23/11/13.

### **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.

### **Tungíase**

Em uma situação específica, de grande gravidade, foi instituída uma ação em parceria com a Unidade de Saúde da Ilha dos Marinheiros e a cooperação do Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores - NVRV, onde foi realizada a pulverização da residência de morador diabético gravemente infestado com o parasita.

### **Leishmaniose Visceral Canina (LVC)**

No ano de 2013 foram coletados cinco cães suspeitos para exame laboratorial de LVC no LACEN. Destes, quatro tiveram resultado negativo e um positivo para LVC no Teste Rápido e no ELISA.

O animal positivo era proveniente de região próxima ao município de São Borja e retornou a sua cidade de origem. A proprietária foi orientada quanto à LVC e assinou termo de ciência de risco.

Também em 2013, atendendo a uma iniciativa do Ministério da Saúde – criação da Semana Nacional de Controle e Combate à Leishmaniose no mês de agosto – iniciou-se um programa de capacitação das Unidades de Saúde localizadas em zonas de maior risco de transmissão (restinga e extremo sul). Em 2013 seis unidades foram capacitadas: Lami, Restinga 5ª Unidade, Castelo, Ponta Grossa, Chácara do Banco e Pitinga.

### **Vistorias Técnicas Zoossanitárias**

A partir de meados do 3º quadrimestre de 2012 o Núcleo começou a notificar os estabelecimentos veterinários sem alvará de saúde, uma ação conjunta com o CRMV – Conselho Regional de Medicina Veterinária (anteriormente eram notificados somente os estabelecimentos quando ocorriam denúncias ou quando o próprio estabelecimento solicitava), a fim de realizar o cadastramento de todos os estabelecimentos veterinários existentes no município, regularizando-os cartorialmente e fisicamente e criando o vínculo para notificações e comunicações

de agravos e de doenças de notificação compulsória, por tal motivo as vistorias técnicas aumentaram consideravelmente com relação ao mesmo período de 2012.

Em 2013 foram visitados 229 endereços de estabelecimentos veterinários (sendo que foram vistoriados 211 estabelecimentos e 20 estavam fechados), com a atualização do cadastro e realização de ações fiscais. Foram lavradas 89 notificações orientando no sentido da regularização do licenciamento sanitário desses estabelecimentos.

Também foram realizadas reuniões com o setor de licenciamento da SMIC e Conselho Regional de Medicina Veterinária - CRMV, para construção de critérios para liberação desses estabelecimentos.

Nas reclamações solicitando fiscalização referente a pombos, a conduta que tem sido adotada é a vistoria técnica do local e a confecção de relatório com a orientação de medidas para solução do problema. Em 2013 foram vistoriadas 04 (quatro) escolas, a Academia de Polícia Militar, a Fundação Piratini e seis edifícios residenciais; em todos os casos foi feita a avaliação e confecção de relatório técnico e, foram emitidas 04 (quatro) notificações para os responsáveis dos estabelecimentos/condomínio tomarem as devidas providências.

Referente a morcegos foram feitas três vistorias técnicas, uma na Loja da Av. Voluntários da Pátria, face morcego positivo encontrado no estabelecimento em 2012 e outra na Rua Dona Alzira, numa denúncia referente a morcegos dentro de um estabelecimento e outra em edifício residencial na Av. Borges de Medeiros.

No período, também foram realizadas duas vistorias referentes a infestação de pulgas/carrapatos, uma vistoria técnica referente a chinchila em apartamento e uma referente a infestação de moscas.

### **Ações Fiscais Zoossanitárias**

Refere-se ao atendimento das demandas que têm entrada através do sistema 156 – FALA PORTO ALEGRE - tendo como objetivo a identificação e resolução de problemas relativos a criação e manutenção de animais que possam se constituir em risco à saúde da população. No ano de 2013 as principais demandas recebidas

foram referentes a criações de aves, suínos e locais com criações de diversos animais onde foram visitados 1.077 locais, sendo vistoriados 602 imóveis, destes, lavradas 62 notificações orientando a resolução do problema através da eliminação da situação ou melhoria do manejo do local e, 104 imóveis encontravam-se fechados no momento da visita.

A partir do dia 10 de dezembro de 2013 o NVPA começou a receber a fiscalização de competência da Equipe de Vigilância da Qualidade da Água (fiscalizações referentes a extravazamento de esgoto/águas para via pública, caixas d'água e piscinas coletivas). Foram recebidas 68 reclamações/denúncias.

### Capacitações realizadas

O NVPA participou do Curso de Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde na Escola de Saúde Pública promovido pela Secretaria de Estado da Saúde do RS onde foi abordado o tema zoonoses, dando ênfase à Raiva e à Leishmaniose Visceral. Foram capacitadas quatro turmas diferentes com carga horária de 16 horas-aula.

### *Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores*

**Tabela 168** - Dados de fiscalização

<b>Indicador</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Varição %</b>
Número de vistorias / inspeções realizadas	3.278	1.870	75,29
Nº Notificações Lavradas	210	309	-32,04
Nº Autos de Infração Exarados	94	22	327,27

Fonte: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS e Sistema Fala Porto Alegre

A ocorrência de casos de dengue autóctone no primeiro semestre de 2013 (em 2012 não foi registrado nenhum caso autóctone, no mesmo período) foi responsável pelo aumento da fiscalização. A decisão de utilizar o Edital de Notificação Pública

([http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/774\\_ce\\_20130313\\_executivo.pdf](http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/774_ce_20130313_executivo.pdf)) teve como consequência direta o aumento das atuações.

Vigilância do Vetor da Doença de Chagas – Realizar pesquisa de Triatomíneos.

**Tabela 169** - Pesquisa de triatomíneos

<b>Realizar pesquisa de Triatomíneos. PAVS 85</b>	<b>Meta Pactuada</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
Nº de visitas	1 visita PIT/ mês	48	48	-

Fonte: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

Atualmente, há quatro Postos de Informação de Triatomíneos (PITs) em Porto Alegre instalados estrategicamente, em áreas com presença 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.

Em 2013 foram identificados três exemplares de barbeiro da espécie *Panstrongylus megistus*. Um destes espécimes estava vivo e foi examinado seu conteúdo fecal. O inseto estava positivo para a presença de formas flageladas do protozoário *Trypanosoma cruzi*. Nas três residências, onde foram encontrados os barbeiros, foram realizadas inspeções e efetuadas orientações aos moradores para prevenção da doença transmitida por esses vetores. Também foram identificados outros dois percevejos que não pertenciam à subfamília dos barbeiros.

Vigilância e estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de Leishmaniose Tegumentar América e Leishmaniose Visceral (LTA e LV)

**Tabela 170** - Estudo entomológico de flebotomíneos

<b>Realizar vigilância e estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose (LTA e LV). PAVS 80</b>	<b>Meta Pactuada</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
Nº de capturas	Em 100 % dos casos confirmados	4	20	-80,00

Fonte: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

Em 2013, não houve notificação de casos humanos da LTA e, portanto, não foram realizadas coletas de flebotomíneos objetivando a confirmação dessa doença.

No que diz respeito à LV canina, foram realizadas quatro capturas de flebotomíneos, com 3 armadilhas luminosas, tipo CDC, em duas noites consecutivas no mês de janeiro e setembro de 2013, objetivando monitorar área com comprovação de casos do bairro Lageado e incriminar a espécie de vetor. Até o presente momento, no município de Porto Alegre não foi encontrada a espécie de flebotomíneo *Lutzomyia longipalpis*, principal vetor da LV no Brasil.

#### Equipe de Vigilância de Eventos Vitais

**Tabela 171 - Relação das notificações e investigações de óbitos em residentes em Porto Alegre\***

<b>Investigação de óbitos SISPACTO 25, 26, 27, 32, 33, 34</b>		<b>Meta</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação %</b>
<b>Óbitos infantis</b>	<b>Notificado</b>	100% dos óbitos investigados	182	178	2,25
	<b>Investigado</b>		182	178	2,25
	<b>% de investigado</b>		100	100	-
	<b>% da meta atingida</b>		Meta atingida	Meta atingida	-
<b>Óbitos fetais</b>	<b>Notificado</b>		146	166	-12,05
	<b>Investigado</b>		146	166	-12,05
	<b>% de investigado</b>		100	100	-
	<b>% da meta atingida</b>		Meta atingida	Meta atingida	-
<b>Óbito materno</b>	<b>Notificado</b>		6	11	-45,45
	<b>Investigado</b>		6	11	-45,45
	<b>% de investigado</b>		100	100	-
	<b>% da meta atingida</b>		Meta atingida	Meta atingida	-
<b>Óbitos em mulheres em idade fértil</b>	<b>Notificado</b>		477	524	-8,97
	<b>Investigado</b>		477	524	-8,97
	<b>% de investigado</b>		100	100	-
	<b>% da meta atingida</b>		Meta atingida	Meta atingida	-
<b>Óbitos infantis indígenas</b>	<b>Notificado</b>		0	0	-
	<b>Investigado</b>		0	0	-
	<b>% de investigado</b>		0	0	-
	<b>% da meta atingida</b>		0	0	-
<b>Óbitos fetais indígenas</b>	<b>Notificado</b>		0	0	-
	<b>Investigado</b>		0	0	-
	<b>% de investigado</b>		0	0	-
	<b>% da meta atingida</b>		0	0	-
<b>Óbitos</b>	<b>Notificado</b>		0	0	-

maternos em mulheres indígenas	Investigado	0	0	-
	% de investigado	0	0	-
	% da meta atingida	0	0	-
Óbitos de mulheres indígenas em idade fértil	Notificado	0	0	-
	Investigado	0	0	-
	% de investigado	0	0	-
	% da meta atingida	0	0	-

Fonte: EVEV/CGVS/SMS/SIM \*Dados preliminares.

Tabela 172 - Número de óbitos notificados e investigados e percentual de óbitos mal definidos\*

Proporção de registro de óbitos com causa básica definida no SIM SISPACTO 38		Meta	2013	2012	Varição %
Casos dos Óbitos	Óbitos notificados	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida para 95%	11.654	11.260	3,5
	Óbitos Investigados		11.654	11.260	3,5
	Número óbitos mal definidos		365	284	28,52
	% de óbitos com causa básica definida		96,87	97,48	-0,63
	% da meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

Fonte: EVEV/CGVS/SMS/SIM \*Dados preliminares.

Tabela 173 - Unidades com notificação de violência implantada

Unidades com notificação de violência implantada SISPACTO 12		Meta	2013	2012	Varição %
Unidades	Existentes	Ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências para 150 unidades.	188	188	-
	Com notificação implantada		171	92	85,87
	% da meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-

Fonte: EVEV/CGVS/SMS

## Equipe de Apoio Administrativo

Tabela 174 - Demonstrativo das ações desenvolvidas pela EAA

Ações da EAA		2013	2012	Varição %
Números de Processos Administrativos Sanitários (PAS) instaurados	EV Engenharia	0	0	-
	EVSAT	3	0	-
	EVPIIS	59	32	84,38
	EVQA	25	31	-19,35

	<b>EVA</b>	339	486	-30,25
	<b>EVSIS</b>	60	60	0
	<b>NVRV</b>	72	10	620
	<b>NVPA</b>	15	21	-28,57
<b>Números de Recursos/defesas de Auto de Infração Impetrados</b>	<b>EV Engenharia</b>	1	0	-
	<b>EVSAT</b>	3	0	-
	<b>VPIS</b>	53	27	96,3
	<b>EVQA</b>	13	6	116,67
	<b>EVA</b>	178	223	-20,18
	<b>EVSIS</b>	42	37	13,51
	<b>NVRV</b>	29	2	1.350,00
	<b>NVPA</b>	4	5	-20
<b>Notificações de Multas Aplicada</b>	<b>EV Engenharia</b>	0	0	-
	<b>EVSAT</b>	0	0	-
	<b>VPIS</b>	22	75	-70,67
	<b>EVQA</b>	17	21	-19,05
	<b>EVA</b>	376	270	39,26
	<b>EVSIS</b>	27	64	-57,81
	<b>NVRV</b>	104	9	1.055,56
	<b>NVPA</b>	11	26	-57,69
<b>Recursos Defesas de Multas Aplicadas</b>	<b>EV Engenharia</b>	0	0	-
	<b>EVSAT</b>	0	0	-
	<b>VPIS</b>	12	7	71,43
	<b>EVQA</b>	9	0	-
	<b>EVA</b>	129	29	344,83
	<b>EVSIS</b>	60	7	757,14
	<b>NVRV</b>	10	0	-
	<b>NVPA</b>	10	3	233,33
<b>Multas Pagas</b>	<b>EV Engenharia</b>	0	0	-
	<b>EVSAT</b>	0	0	-
	<b>VPIS</b>	14	18	-22,22
	<b>EVQA</b>	2	3	-33,33
	<b>EVA</b>	186	196	-5,1
	<b>EVSIS</b>	19	19	0
	<b>NVRV</b>	9	2	350
	<b>NVPA</b>	0	7	-100
<b>Valor das Multas Pagas em R\$</b>	<b>EV Engenharia</b>	0	0	-
	<b>EVSAT</b>	0	0	-
	<b>VPIS</b>	15.389,88	16.777,78	-8,27
	<b>EVQA</b>	1.465,70	833,36	75,88
	<b>EVA</b>	244.692,37	194.797,72	25,61
	<b>EVSIS</b>	32.391,71	18.944,29	70,98
	<b>NVRV</b>	3.224,54	916,67	251,77
	<b>NVPA</b>	2.638,00	2.083,46	26,62
	<b>Total</b>	299.803,24	234.358,32	27,93
<b>Alvarás Iniciais Emitidos CIB 250/07</b>	<b>EV Engenharia</b>	14	0	-
	<b>EVSAT</b>	0	0	-
	<b>VPIS</b>	205	200	2
	<b>EVQA</b>	42	44	-5
	<b>EVA</b>	431	377	14
	<b>EVSIS</b>	837	598	40
	<b>NVRV</b>	0	0	-



	<b>NVPA</b>	43	26	65
	<b>Total</b>	1.013	608	67
<b>Renovação de Alvarás emitidos</b>	<b>EV Engenharia</b>	9	0	-
	<b>EVSAT</b>	0	0	-
	<b>VPIS</b>	919	801	15
	<b>EVQA</b>	26	20	30
	<b>EVA</b>	150	72	108
	<b>EVSIS</b>	919	504	82
	<b>NVRV</b>	0	0	-
	<b>NVPA</b>	10	9	11
<b>Processos de solicitação de alvará em comparecimento (aguardando regularização documental)</b>	<b>EV Engenharia</b>	11	0	-
	<b>EVSAT</b>	0	0	-
	<b>VPIS</b>	97	92	5
	<b>EVQA</b>	14	22	-36
	<b>EVA</b>	49	58	-16
	<b>EVSIS</b>	287	287	0
	<b>NVRV</b>	0	0	-
	<b>NVPA</b>	12	6	100
<b>Licenças Sanitárias de Eventos emitidas</b>	<b>VPIS</b>	0	0	-
	<b>EVQA</b>	0	0	-
	<b>EVA</b>	0	0	-
	<b>EVSIS</b>	0	0	-
	<b>NVPA</b>	0	0	-
<b>Licenças Sanitárias de Feiras de Alimentos emitidas</b>	<b>EV Alimentos</b>	4	3	33
<b>Licenças Sanitárias de produção Caseiras de Alimentos emitidas</b>	<b>EV Alimentos</b>	0	4	-100
<b>Licenças Sanitárias para Canis/Gatis</b>	<b>NV População Animal</b>	0	0	-
<b>Sem Fins Comerciais emitidas</b>		0	0	-
<b>Licenças Sanitárias de Transportes emitidas</b>	<b>VPIS</b>	0	0	-
	<b>EVA</b>	0	0	-
	<b>EVSIS</b>	0	0	-
	<b>NVPA</b>	0	0	-

Fonte: Banco de dados EAA/CGVS/SMS.

## 10.3 Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis

**Quadro 28** – Meta anual constante na PAS 2013

Metas 2013	Realizados a Meta
35. Implementar o plano de controle das doenças crônicas e dos agravos não transmissíveis em 100% das gerências Distritais de Saúde.	Meta não atingida. Não foi elaborado o Plano Municipal de Enfrentamento de Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis pelo Grupo de Trabalho. O Grupo de Trabalho específico para implantação dos Polos de Academia da Saúde está em fase de organização. Não foi publicado o resultado do VIGITEL 2013 para monitoramento. Houve ampliação do número de Unidades de Saúde com serviço de notificação da violência atingindo 92,6% da USs. O Protocolo de Rastreamento Cardiovascular da Mulher está em fase de implantação. Ações de promoção à alimentação e modos de vida saudável foram realizadas pelas equipes das USs nos territórios.

### 10.3.1 Programa de Controle do Tabagismo

**Quadro 29** – Metas anuais constantes na PAS 2013

Metas 2013	Realizados das Metas
36. Implementar em 100% das Unidades de Saúde a estratégia "Unidade Livre do Tabaco", do Programa de Controle do Tabagismo.	Meta atingida. Implantado em 100% das Unidades de Saúde a estratégia "Unidade Livre do Tabaco".
37. Aumentar o número de unidades de saúde que realizam a assistência ao fumante de 31 para 70 unidades.	Meta atingida. 72 Unidades de Saúde realizaram tratamento do fumante.

**Tabela 175** - atendimentos realizados em 2013 e 2012.

Descrição do Item	Período				Variação	
	2013		2012		2013/2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pacientes atendidos	2.640		1.687		953	56,49
Pacientes sem fumar	967	36,62	591	35,03	376	63,62

Fonte: Programa Municipal de Controle do Tabagismo/CGAPSES/SMS

Os quatro grupos de doenças crônicas não transmissíveis com maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, cânceres e doenças

respiratórias) possuem três fatores de risco em comum: TABAGISMO, inatividade física e alimentação não saudável.

Em Porto Alegre o Programa Municipal de Controle do Tabagismo tem trabalhado de forma exaustiva pela prevenção do Tabagismo, através de palestras realizadas em Escolas e Empresas; também através de entrevistas na mídia (Programa Vida e Saúde/RBS, Programa CidadaniaTVE, Jornal/RECORD, rádios AM e FM).

É importante o trabalho realizado pelas unidades de saúde, que hoje ultrapassam o número de 70 unidades totalmente habilitadas para oferecerem o tratamento ao fumante, através de abordagem clínica, abordagem cognitivo-comportamental (grupos de ajuda) e oferta de medicamentos específicos, quando necessário.

No ano de 2013 foram realizadas três capacitações na abordagem e tratamento do fumante, com a participação de mais de 300 profissionais da saúde.

Também tivemos a participação na IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família, de profissional da Unidade de Saúde Wenceslau Fontoura, apresentando o trabalho realizado no tratamento do fumante.

Porto Alegre é indicado hoje como exemplo de Experiência exitosa, pela Sociedade Brasileira de Pneumologia, no tratamento do fumante.

Como resultado de todo nosso trabalho, o número de fumantes tratados aumentou em 56,49% em relação ao ano de 2012, diminuindo sensivelmente a incidência e prevalência de fumantes no Município.

Com esse trabalho esperamos realmente “enfrentar” as doenças crônicas não transmissíveis, atuando de forma significativa sobre o maior risco que é o Tabagismo.

## 11 REGULAÇÃO DO SUS

**Quadro 30** - Metas anuais constantes na PAS 2013

Metas 2013	Realizados das Metas
<p><b>77.</b> Regular, através de um Sistema Informatizado (SI), 100% dos leitos de UTI - SUS.</p>	<p>Meta parcialmente atingida. 59% dos leitos de UTI SUS estão regulados no sistema informatizado. O avanço na regulação de leitos ficou comprometido devido a não conclusão nos processos de integração entre os sistemas hospitalares e o sistema de regulação ocasionado pelo término de contrato com a empresa especializada.</p>
<p><b>78.</b> Alcançar a proporção de 60% de internações de caráter eletivo do total das internações.</p>	<p>Meta parcialmente atingida. 22% de internações de caráter eletivo, correspondente a 37% da meta. Apesar da meta não ter sido atingida, houve avanço. Estima-se que com o progresso na regulação do acesso eletivo haverá redução na quantidade de internações de caráter urgente.</p>
<p><b>79.</b> Regular 60% das consultas especializadas e exames especializados ofertados através da implantação de um Sistema Informatizado (SI)</p>	<p>Meta parcialmente atingida. Média de 43,5%, correspondente a 72,5% da meta. 76% das consultas iniciais estão reguladas no sistema informatizado. Não estão reguladas no sistema apenas as consultas de especialidades não médicas. 11% dos exames estão regulados no sistema informatizado da SMS, quanto os demais ainda se encontram no SISREG.</p>
<p><b>80.</b> Reduzir de 8% para 5% os bloqueios de consultas ofertadas pelos prestadores contratualizados.</p>	<p>Meta não atingida. 8% de bloqueio de consultas ofertadas pelos prestadores contratualizados. A meta ficou comprometida devido ao bloqueio de todas as consultas do ambulatório de traumatologia do Hospital Parque Belém.</p>
<p><b>81.</b> Acompanhar o plano operativo de 100% dos prestadores contratualizados de serviços hospitalares não próprios.</p>	<p>Meta atingida. 100% dos planos operativos dos prestadores contratualizados foram acompanhados pelas CPACs. (o CMS sempre reforça que muitas reuniões são canceladas, solicito que informe se por ventura alguma CPAC não se reuniu no ano)</p>
<p><b>82.</b> Contratualizar 60% dos prestadores de serviços ambulatoriais não próprios.</p>	<p>Meta parcialmente atingida. 50% dos prestadores de serviços ambulatoriais possuem contrato, correspondente a 83,3% da meta. Com o avanço do chamamento público no ano de 2014 a meta poderá ser atingida.</p>
<p><b>83.</b> Reduzir o tempo máximo de espera para igual ou menor que 30 dias no agendamento de consultas em subespecialidades e em exames especializados de pacientes atendidos na rede de atenção primária de saúde.</p>	<p>Meta não atingida. 69 subespecialidades médicas (correspondente a 36,9%) possuem tempo de espera superior a 30 dias. Nestas subespecialidades existe regulação médica que avalia a prioridade da solicitação realizando o agendamento conforme a oferta. Mutirões são realizados para as subespecialidades que possuem maior tempo de espera. No âmbito dos exames o tempo de espera não é um dado mensurável no sistema informatizado.</p>
<p><b>84.</b> Revisar 100% das contas hospitalares de alto custo ingressantes no NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) dentro do mês de competência.</p>	<p>Meta atingida. 100% das contas hospitalares de alto custo ingressantes no NACH são revisadas pela equipe de autorizadores.</p>

<p><b>85.</b> Bloquear 100% do pagamento das contas hospitalares sem a devida regulação.</p>	<p>Meta atingida. 100% do pagamento é bloqueado das contas sem a devida regulação nos prestadores hospitalares que se encontram regulados no sistema informatizado.</p>
<p><b>86.</b> Atualizar regularmente 100% a base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos e profissionais de saúde vinculados – CNES.</p>	<p>Meta atingida. 100% da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é atualizada mensalmente através do envio dos dados ao Ministério da Saúde.</p>
<p><b>87.</b> Avisar 100% dos pacientes com consultas e exames especializados agendados.</p>	<p>Meta parcialmente atingida. Conforme o relatório retirado do sistema AGHOS, pacientes avisados: 94.542, pacientes não avisados: 13.182, além desse dado, 2.171 pessoas compareceram as consultas, sugerindo que os usuários possam ter sido avisados, mas não foi registrado no sistema. As ações previstas estão sendo realizadas gradativamente.</p>

### 11.1 Auditorias, Vistorias e Supervisões Realizadas

- Análise dos relatórios de homônimos, divergências e bloqueio de AIHs;
- Auditoria das AIHs bloqueadas por esta equipe in loco;
- Auditoria da compra dos leitos de psiquiatria na Clínica São José e liberação para pagamento;
- Auditoria operativa por cobrança administrativa;
- Auditorias por amostragem no GHC e HCPA (critérios: alta complexidade e média complexidade /cobrança de valores acima de R\$ 1000.00; 5000.00 ou 10000.00 de acordo com a produção);
- Auditorias de Oncologia em diversos prestadores;
- Auditorias por demandas do Ministério Público e Promotoria de Justiça e Direitos Humanos;
- Auditorias por demandas do CAME;
- Auditorias por demandas da Coordenação da GRSS e Gabinete do Secretário;
- Auditorias por demandas provenientes a denúncias oriundas do setor de Ouvidoria;

- Vistoria de acompanhamento de condições oferecidas aos pacientes, por determinado estabelecimento onde existe contrato de compra de leitos pela PMPA.

## 11.2 Regulação de Serviços Ambulatoriais Especializados de Média e Alta Complexidade

**Tabela 176** - Oferta de consultas iniciais de Centros de Saúde e hospitais, reguladas pela Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados de Porto Alegre/RS.

Oferta de consultas	Período		Variação 2013/2012	
	2013	2012		
	Nº	Nº	Nº	%
Centros de Saúde (sem bloqueios)	100.627	106.330	-5.703	- 5,36
Hospitais (sem bloqueios)	333.199	350.547	-17.348	- 4,95
Total	433.826	456.877	-23.051	- 5,05
Centros de Saúde (com bloqueios)	76.289	82.652	-6.363	- 7,70
Hospitais (com bloqueios)	309.543	328.650	-19.107	- 5,81
<b>Total</b>	<b>385.832</b>	<b>411.302</b>	<b>-25.470</b>	<b>- 6,19</b>

Fonte: Sistema Informatizado SMS/POA.

A redução da oferta de consultas iniciais nos hospitais e a ampliação de bloqueios devem-se, principalmente, ao fechamento do ambulatório do Hospital Parque Belém a partir de outubro de 2013, e a redução de oferta no Hospital Independência, neste último devido à troca da direção técnica acarretando a saída de alguns médicos ortopedistas.

A redução da oferta de consultas nos Centros de Saúde ocorreu devido ao processo de aposentadorias de servidores médicos e o remanejamento de lotação de outros.

**Tabela 177** - Bloqueio de consultas iniciais reguladas pela CMCE.

Descrição	Período		Variação 2013/2012	
	2013	2012		
	Nº	Nº	Nº	%
Centros de Saúde	23.265	24.660	-1.395	- 5,66
Hospitais	24.729	22.016	2.713	12,32
<b>Total</b>	<b>47.994</b>	<b>46.676</b>	<b>1.318</b>	<b>2,82</b>

Fonte: Sistema Informatizado SMS/POA.

Na contratualização exige-se compensação quando o motivo do bloqueio é para congressos ou eventos. Somente são efetuados os bloqueios sem compensação por motivo de férias, licenças previstas em lei ou quando devidamente justificados e acordados com a SMS.

## 11.2.1 Regulação da Produção Hospitalar

**Tabela 178** - Faturamento Hospitalar (produção de internação) dos prestadores públicos próprios e não próprios, filantrópicos conveniados de Porto Alegre

Hospitais POA	2013		Nº de Proc. Contratados	2012		Nº de Proc. Contratados	VARIÇÃO 2013/2012 Quantidade
	Quantidade	Valor		Quantidade	Valor		
Hospital Nossa Senhora da Conceição	36.408	50.597.153,67	35856	40.036	52.185.866,20	36696	-9,06
Hospital Femina	10.522	8.052.802,79	12048	11.457	9.949.885,51	14385	-8,16
Hospital Cristo Redentor	6.985	12.976.709,07	7524	5.336	9.260.621,28	9681	30,90
Hospital de Clinicas	32.831	73.785.303,33	31200	33.528	63.830.455,65	31200	-2,08
Hospital Sanatório Partenon	389	746.395,29	ESTADUAL	983	1.784.295,04	ESTADUAL	-60,43
Hospital Psiquiátrico São Pedro	521	599.095,47	ESTADUAL	974	1.073.094,31	ESTADUAL	-46,51
Hospital São Lucas da PUCRS	15.869	38.039.874,17	18096	17.503	39.471.954,30	16473	-9,34
Hospital Banco de Olhos	550	1.179.135,98	1440	230	492.829,09	3324	139,13
Hospital Independência	1.445	1.201.061,04	6065				
Hospital Divina Providencia	4	1.798,60	S/CONTRATO	20	20.478,13	S/CONTRATO	-80,00
Hospital Beneficência Portuguesa	4.255	5.352.113,73	5316	2.819	4.369.551,60	4996	50,94
Hospital Parque Belém	3.635	6.949.015,91	6508	2.730	5.586.181,57		33,15
Hospital Espírita	3.137	2.732.062,62	3600	3.360	3.028.597,92	3840	-6,64
Hospital de Pronto Socorro	6.148	8.410.133,59	PROPRIO	7.132	8.598.009,51	PROPRIO	-13,80
Hospital Presidente Vargas	5.297	4.814.548,79	PROPRIO	5.097	4.947.757,71	PROPRIO	3,92
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	23.409	70.356.496,89	28392	21.188	53.299.020,83	24847	10,48
Hospital Vila Nova	14.212	12.035.846,44	17976	14.374	9.957.497,52	20386	-1,13
Instituto de Cardiologia	6.406	35.936.568,79	5844	5.539	32.930.609,12	5844	15,65
Unidade São Rafael	512	515.280,00	520	515	497.803,95	400	-0,58
Hospital Mãe De Deus	6	6.510,00		1	1.535,00		500,00
Hospital Porto Alegre	83	93.822,00	S/CONTRATO	23	26.432,00	S/CONTRATO	260,87
<b>Total</b>	<b>172.624</b>	<b>334.381.728,17</b>	<b>180385</b>	<b>172.845</b>	<b>301.312.476,24</b>	<b>172072</b>	<b>-0,13</b>



O número de procedimentos contratados no ano de 2013 comparativamente ao ano de 2012 apresentou um incremento de 8.313 procedimentos (4.8%).

No que se refere aos Grupo Hospitalar Conceição tem-se a destacar que a redução no número de procedimentos contratados decorreu da necessidade de adequação quantitativa das metas pactuadas levando-se em consideração a capacidade efetivamente instalada dessas instituições.

Em relação aos Hospitais da PUCRS e a Santa Casa, os mesmos continuam apresentando uma produção AIH menor do que a contratada na média complexidade. Tal fato ocorre primordialmente nos procedimentos de média complexidade, informação já avaliada pelas Comissões de Acompanhamento de Contrato, concluindo-se que os mesmos ainda ficam dentro da margem aceitável de produção. Tal situação tende a ser equacionada no ano de 2014, visto a nova sistemática de monitoramento e acompanhamento de produção de média complexidade hospitalar instituída pela SMS de Porto Alegre.

No que diz respeito à produção do Hospital Independência, este apresenta uma produção muito abaixo do pactuado. Tal situação decorre do fato não ter havido a habilitação até o presente momento desta instituição nos serviços de alta complexidade em traumatologia-ortopedia e os leitos de UTI adulto tipo II. Referidas habilitações encontram-se em processo de tramitação final, com envio de documentos ao Estado, com subsequente encaminhamento ao Ministério da Saúde.

Em relação ao Hospital Beneficência Portuguesa verificou-se um incremento significativo do número de procedimentos realizados, em relação ao ano de 2012, apesar de não ter atingido as metas de forma plena, demonstrando esforço do prestador de cumprir as metas físico-financeiras contratualizadas.

No que se refere ao Hospital Espírita observa-se que ocorreu uma redução no número de procedimentos em relação ao ano de 2012. Isto decorreu do bloqueio de leitos por parte do prestador. Tal situação tende a ser equacionada com a assinatura da contratualização com este prestador, de forma a equacionar o desequilíbrio financeiro ocorrido na instituição.

E por fim, destaca-se a ocorrência de aumento de produção em relação ao contratualizado no Instituto de Cardiologia no ano de 2013. Tal circunstância ocorreu

principalmente nos procedimentos de alta complexidade no SIH. Isto tende a ser equacionado com a novo contrato a ser firmado com referido hospital.

### 11.2.2 Internações Hospitalares por Grupo e Especialidade

Analisando a tabela abaixo, observou-se que o número de solicitações de internação aumentou cerca de 4,3% em comparação ao mesmo quadrimestre em 2012. Na análise por tipologia das solicitações de internação foi identificada variação significativa com aumento em psiquiatria e redução em traumatologia

**Tabela 179** - Regulação de internações hospitalares, por tipologia de leitos, realizadas pela Central de Regulação de Internações Hospitalares de Porto Alegre/RS.

Descrição	Período		Variação 2013/2012	
	2013	2012		
	Nº	Nº	Nº	%
UTI Neonatal	1.413	1.379	34	2,47
UTI Pediátrica	1.104	1.089	15	1,38
UTI Adulto	3.988	3.762	226	6,01
Infectologia	965	786	179	22,77
Psiquiatria	10.035	8.567	1.468	17,14
Clínica Médica	9.873	9.593	280	2,92
Pediatria	3.250	3.996	144	3,60
Traumatologia	1.965	2.775	-810	-29,19
Ordens Judiciais	148	275	-127	-46,18
<b>Total</b>	<b>32.668</b>	<b>31.149</b>	<b>1.519</b>	<b>4,88</b>

Fonte: Sistema Informatizado da SMS/POA.

Conforme mencionado em relatórios anteriores o número de solicitações de internação para psiquiatria vem aumentando significativamente. Identificamos um aumento de 1.468 solicitações em 2013 em comparação a 2012.

Vale a pena nos debruçarmos sobre a lei n.º 10.216 de 06 de abril de 2001 que cita no artigo 4º que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e trabalharmos exaustivamente para melhorar e qualificar os CAPS e ambulatórios que atendem a saúde mental.

A regulação enfrenta dificuldade com reinternações, quando o período é inferior a 15 dias, porque conforme o manual técnico operacional do sistema de informação hospitalar do SUS 2012, página 46 “pode ser emitida nova AIH-1 para o paciente com reinternação, no mínimo, 15 dias após a alta da internação anterior”, fazendo com que as instituições não recebam o paciente antes desse prazo, tornando maior o tempo de permanência nas emergências, até disponibilidade de novo leito para o perfil do paciente.

Quanto à traumatologia acreditamos que a redução no número de solicitações seja reflexo da qualificação do serviço que utiliza como base as referências intergestores em saúde. E em paralelo a implantação da linha do trauma que regula parte dos pacientes via central de marcação de consultas. A linha da traumatologia está sendo trabalhada para otimizar ainda mais o atendimento ao cidadão.

## **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.

**Quadro 31 – Metas anuais constantes na PAS 2013**

<b>Meta 2013</b>	<b>Realizado das metas</b>
<b>61.</b> Implantar a Rede Cegonha para atendimento de 100% das gestantes de alto risco referenciadas atendidas no HMIPV.	Meta atingida. O HMIPV tem-se habilitado a todos os recursos destinados pelo MS, que se ajustam ao seu perfil, principalmente através do programa Rede Cegonha, como é o caso do Plano de Trabalho aprovado para Reforma com vistas a Ambiência do Alojamento Conjunto.
<b>62.</b> Manter 100% dos atendimentos a crianças vítimas de violência em espaço adequado e humanizado ao perfil do Centro de Referência em Atendimento Infante Juvenil.	Meta atingida.
<b>63.</b> Implantar um Centro de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis – CAMMI – no HMIPV.	Meta atingida. O CAMMI encontra-se em pleno funcionamento.
<b>64.</b> Ampliar e implantar o atendimento em 04 especialidades no HMIPV.	Meta atingida parcialmente, pois apesar de termos avanços em todas elas mantêm-se as etapas, descritas abaixo, por realizar: - Otorrino: Teve a nomeação de RH que está atuando, mas para realização das cirurgias depende da compra de materiais, pois o pregão eletrônico fracassou devido à falta de empresas interessadas no fornecimento dos mesmos, devendo ser feito novo processo. - Oncologia: O projeto deve ser refeito quanto ao dimensionamento de RH e de área física necessária. - Quimioterapia: Está sendo revisada a aquisição de equipamentos para o hospital. - Ecografia mamária: A ampliação das ecografias mamárias depende de aporte de RH, porém a área dentro da Radiologia será reestruturada passando por reforma com recursos e equipamentos do hospital.

**Tabela 180 - Capacidade instalada atual do hospital – comparativa:**

<b>Enfermaria</b>	<b>Nº Potencial de leitos</b>	<b>Final 2013</b>	<b>Final 2012</b>	<b>Varição relativa ao potencial</b>	<b>Varição % 2013/2012</b>
Alojamento Conjunto – 8º andar	28	22*	22	-21,4	0
Casa da Gestante – 7º andar	11	10	10	-9,1	0
Centro Obstétrico – 10º andar	8	8	7	0	14,3
Ginecologia Internação – 7º andar	18	18	8	0	125
Pediatria – 4º andar	38	10**	21	-73,7	-52,4
Psiquiatria – 5º andar	24	22	24	-8,3	-8,3
Sala de Observação Pediátrica – SOP	20	0	0	-100	0
Sala de Recuperação – 11º andar	11	11	11	0	0
UTI Neonatal – 9º andar	14	10	8	-28,6	25
UTI Neonatal Intermediária – 9º andar	10	10	8	0	25
UTI Pediátrica – 3º andar	12	4***	6	-66,7	-33,3
<b>TOTAL DE LEITOS</b>	<b>194</b>	<b>125</b>	<b>125****</b>	<b>-35,6</b>	<b>0</b>

**Fonte:** AMB - HMIPV

\* Leitos do Alojamento Conjunto - diminuídos por conta de reforma na Unidade.

\*\* Leitos da Internação Pediátrica – diminuídos gradualmente conforme diminuição dos Recursos Humanos por término das Cartas Contratos e redução de horas extras até chegar a 10.

\*\*\* Leitos da UTI Pediátrica – diminuídos gradualmente conforme diminuição dos Recursos Humanos por término das Cartas Contratos e redução de horas extras até chegar a 4.

\*\*\*\* Correção do valor total que no somatório do quadrimestre de 2012 foi informado 131 quando o correto era 125 leitos.

A perspectiva de 2013 em relação a 2012 que era de aumento, acabou por manter-se estável. A Ginecologia Internação volta a sua capacidade plena após término da reforma. A UTI NEO convencional e a Intermediária foram priorizadas em relação a manutenção do efetivo de Recursos Humanos, o que propiciou um aumento de 25% no número de leitos ativos em ambas em relação ao ano anterior.

## Produção

### Perfil do Paciente

**Tabela 181** - Procedência dos atendimentos ambulatoriais no HMIPV

		2013	2012	Variação %
		Nº	Nº	
Procedência	Município de POA	84.238	67.518	24,8
	Outros municípios	41.578	37.878	9,8
<b>Total</b>		<b>125.816</b>	<b>105.396</b>	<b>19,4</b>

**Fonte:** Programa Procedência do AMB/SIHO\*.

Houve um aumento nos atendimentos ambulatoriais de 19,4% no ano de 2013 em relação a 2012. O aumento considerável de atendimentos à pacientes de Porto Alegre em relação aos de outros municípios têm-se dado pela maior articulação com as Unidades sobre o referenciamento às especialidades ofertadas pelo HMIPV e pelo seu implemento.

**Tabela 182** - Procedência das internações no HMIPV

		2013	2012	Variação %
		Nº	Nº	
Procedência	Município de POA	4.403	4.103	7,3

	Outros municípios	2.317	2.114	9,6
<b>Total</b>		<b>6.720</b>	<b>6.217</b>	<b>8,1</b>

Fonte: Programa Procedência do AMB/SIHO.

O hospital teve uma variação positiva no número de internações de mais de 8%. Ao longo do ano de 2013 houve variações nos quadrimestres, com períodos levemente negativos, mas a média anual manteve-se positiva.

### Atendimentos

**Tabela 183** - Demonstrativo do nº de atendimentos\* realizados, por atividade assistencial.

Unidades	2013	2012	Variação %
	Nº	Nº	
Ambulatório	97.575	83.217****	17,3
Bloco Cirúrgico**	1.982	1.677	18,2
Internações**	6.610	6.200	6,6
Emergência Pediátrica	19.644	15.287	28,5
Triagem Obstétrica	5.222	4.500	16
Serviços Apoio Diagnóstico	496.683	420.611	18,1
<b>Total</b>	<b>627.716</b>	<b>531.492</b>	<b>18,1</b>

Fonte: Programa Estatística Geral AMB/SIHO

Tabwin – grupo 02 – procedimentos com a finalidade de diagnóstico\*.

\* Um mesmo atendimento pode gerar mais de uma internação.

\*\* Correção do valor informado no quadrimestre de 2012.

Para análise foram considerados os atendimentos para a realização de exames radiodiagnósticos, laboratoriais e outras consultas médicas, procedimentos médicos e de enfermagem e outros. Para os procedimentos realizados em Bloco Cirúrgico estão considerados os obstétricos, pediátricos, ginecológicos, odontológicos, cirurgia geral, eletroconvulsoterapia, colonoscopia.

O aumento no número de atendimento foi de 18,1% em relação ao 2012. Enquanto tivemos a manutenção e o incremento de recursos humanos em algumas especialidades e também pela melhor composição dos mesmos durante o período da operação inverno, todas as áreas do hospital aumentaram consideravelmente o

número de atendimento ou de procedimentos realizados, desta forma otimizando os recursos ora empregados.

**Tabela 184** - Demonstrativo de atendimentos hospitalares realizados, por serviço.

Unidades		2013	2012	Varição
		Nº	Nº	%
Centro Obstétrico	Partos normais	875	691	26,6
	Cesarianas	471	477	-1,3
	Total de partos	1.346	1.168	15,2
Bloco Cirúrgico-cirurgias/Procedimentos	Ginecológicas	822	633	29,9
	Pediátricas (0 a 12 anos)	374	290	29
	Outras	1.261	1.145	10,1
Internações	UTI Neonatal	367	388	-5,4
	UTI Neonatal Intermediária ***	115	***	---
	UTI Pediátrica (até 12 anos)	196	185	5,9
	Alojamento Conjunto*	1.952	2.107	-7,4
	Internação Pediátrica (até 12 anos)	1.675	1.411	18,7
	Internação Psiquiátrica	261	225	16
	Internação adulta mulheres**	1.058	1.186	-10,8
	Sala de Observação Pediátrica	862	1.574	-45,2
Outros	Exames laboratoriais	426.916	380.815	12,1
	Exames radiodiagnósticos	11.630	8.904	30,6
	Diagnóstico por Imagem (Ecografia)	7.347	7.957	-7,7
	Hemoterapia Transfusões	432	361	19,7
	Hemoterapia Reservas Cirúrgicas	411	484	-15,1
	Hemoterapia Exames Hospitalares	3.139	2690	16,7
	Hemoterapia Exames Ambulatoriais	1.320	1.316	0,3
	Hemoterapia Total	5.302	4.851	9,3
	Exames diagnósticos em Especialidades	6.773	6.735	0,6

**Fonte** : Programa Estatística Hospitalar AMB/SIHO, Boletim de movimentação hospitalar(BMH) e TABWIN.

\* Somadas mães e respectivos recém nascidos

\*\* Incluídas internações na ginecologia, cirurgia geral e casa da gestante.

\*\*\* Incluídas as internações da UTI Neonatal Intermediária que passa a contar de forma separada da UTI Neonatal em 2013 sem referência em 2012

O aumento no número de partos normais se deve tanto ao resultado de busca de referenciamento junto as UBS, quanto pela manutenção do atendimento da UTI Neonatal que não recusou pacientes, operando quase sempre com leitos extras, o que fez com que não tivéssemos que redirecionar pacientes para outras

maternidades. Ocorreu justamente o contrário, outras maternidades usaram do recurso de referenciar-nos. No Bloco Cirúrgico houve redução de 7% na quantidade de procedimentos realizados, sendo que o absenteísmo aumentou 38%, se comparado ao absenteísmo de igual período do ano anterior, sendo o principal fator de cancelamento. As unidades de internação tiveram variações significativas negativas foram as que tiveram redução de técnicos de enfermagem por cessação das cartas contrato e também da redução de horas extras autorizadas, desta forma priorizou-se a manutenção da UTI Neonatal e UTI Neonatal intermediária que conseguiram manter e até aumentar o número de atendimentos. Apesar disto, no quadro geral do hospital, teve ligeiro aumento de 2% no número de internações, comparativamente.

Todas as áreas de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico) do hospital tiveram aumento na produtividade.

Dentre estes, destacam-se o Radiodiagnóstico com aumento de 52% devido a todos os aparelhos que estavam estragados terem sido consertados, permitindo o setor funcionar a pleno. Também houve redimensionamento do uso dos radiologistas o que permitiu gerar um aumento na oferta e de realização de ecografias em maior quantidade e com melhor qualidade. Os exames diagnósticos em especialidade tiveram significativo aumento, dentre eles destacam-se os exames realizados pela área de fonoaudiologia com aumento de 203%, já as tococardiografias tiveram aumento de 28%, o eletrocardiogramas aumentaram 20% e os eletroencefalogramas aumentaram 11%.

### Serviços Especializados

**Tabela 185** - Centro de Referência em Assistência Infância Juvenil – CRAI

CRAI	2013		2012		Variação %
	N	%	N	%	
Acolhimento POA	862	10,7	715	9,2	20,6
Acolhimento Interior	1.016	12,6	1026	13,2	-1
<b>Total *</b>	<b>1.878</b>	<b>23,4</b>	<b>1.741</b>	<b>22,4</b>	<b>7,9</b>
Consulta em Psicologia	1.565	19,5	2056	26,5	-23,9
Consultas em Serviço Social	1.522	18,9	1741	22,4	-12,6
Pacientes Periciados (DML)	2.429	30,2	1807	23,3	34,4



Consultas em Pediatria	2.395	29,8	2.158	27,8	11
Consultas em Ginecologia	122	1,5	---	---	---
<b>Total de Atendimentos</b>	<b>8.033</b>	<b>100</b>	<b>7.762</b>	<b>100</b>	<b>3,5</b>

Fonte: CRAI – HMIPV

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

A diminuição no número de atendimentos da Psicologia e do Serviço Social em relação a 2012 deve-se a mudança de fluxo para os atendimentos de Porto Alegre e Interior. Os casos do Interior com entrada no CRAI, já com Boletim de Ocorrência Policial registrado, passam apenas por um profissional da saúde mental (Psicólogo ou Assistente Social) e não por ambos como anteriormente, isto justifica o menor número no comparativo com 2012. No 3º quadrimestre de 2013 o CRAI teve acréscimo da especialidade de Ginecologia, motivo pelo qual não tem referência no ano anterior para efeitos comparativos.

Durante o ano foi revisado o projeto arquitetônico que está para aprovação da CGVS. Aconteceram adequações necessárias para elaboração dos projetos complementares, hidráulico que está concluso e elétrico. Falta finalizar o projeto de climatização para que este também fique concluso.

**Tabela 186** - Triagem Auditiva Neonatal – TANU

Nº exames	2013	2012	Varição %
UTI Neonatal	263	253	4
Alojamento Conjunto	1.225	974	25,8
Ambulatório	151	279	-45,9
Consultorias pediatria	3	3	0
TOTAL	1.641	1.509	8,7
TANU X nascimentos	95,03%	94,50%	0,6

Fonte: Equipe da TANU – HMIPV

OBS: o equipamento esteve aguardando conserto de março a maio/2012.

**Tabela 187** - Serviço de Referência em triagem neonatal – SRTN

Indicadores		2013	2012	Varição %
		Nº	Nº	
Exames Laboratório TN	nº de recém nascidos	104.834	102.487	2,3
	nº de controle (pacientes)	1.495	2.125	-29,6
Hemoglobinas	nº de recém nascidos	104.834	102.487	2,3
	nº de pais / família	2.732	2.657	2,8

Tempo de coleta	nº de pacientes < 7 dias	76.696 (73,2%)	69.467 (67,8%)	10,4
	nº de pacientes > 7 dias	28.138 (26,8%)	33.020 (32,2%)	-14,8
Fenilcetonúria	nº de Triagem Neonatal	104.834	102.487	2,3
	nº de controles	222	346	-35,8
Hipotireoidismo Congênito	nº de Triagem Neonatal	104.834	102.487	2,3
	nº de controles	1.074	1.493	-28,1
Anemia Falciforme	nº de Triagem Neonatal	104.834	102.487	2,3
	nº de controles	147	217	-32,3
Fibrose cística	Nº de Triagem Neonatal	104.834	30.949*	---
	nº de controles	40	69	-42
Tempos Médios decorridos TN	da coleta ao resultado labor.	5	5 dias	0 dias
	da coleta à 1ª consulta	24,9	30 dias	-5,1 dias

Fonte: Equipe SRTN – HMIPV

\* Pesquisa de Fibrose Cística iniciada no segundo semestre de 2012, não possibilitando comparação anual.

O SRTN apresentou uma melhora em todos os indicadores. Isto se deve a vários fatores trabalhados de forma conjunta, entre eles: a melhora na comunicação com as UBS; capacitação continuada da equipe que se mostrou melhor preparada; aumento da cultura da triagem neonatal através da divulgação que propiciou a disseminação da época ideal para realização dos exames do SRTN; e pelo maior contato direto do SRTN com o as UBS. Isto tudo se evidencia quando temos aumentos nos números de Triagem Neonatal e a conseqüente redução dos números de controle. Já no Laboratório a redução do tempo de coleta a partir do 3º quadrimestre/2013 propiciou um equilíbrio na média anual, uma vez que no 2º quadrimestre/2013 estava um pouco acima. Estas medidas refletem-se diretamente sobre a menor evasão de pacientes e também na diminuição do tempo entre a coleta e a 1ª consultas, o que mantém sensibilizado os pais para a importância do tratamento inicie-se tão logo seja o diagnóstico positivo.

## Indicadores de Desempenho Pactuados

Tabela 188 - Indicadores Gerais de Produtividade

Indicadores	Unidade de medida	2013			2012			Variação %
		Nº	Meta Pactuada	% da meta	Nº	Meta Pactuada	% da meta	
Boletins de Atendimento /Dia	Nº boletins atend. efetivamente atendidos/dia	285,3	280	102	235	280	84	21,4

Produção Geral Dia	Número de atend. geral efetivo/dia	338,4	250	135	274	250	110	23,5
Procedimentos Ambulatoriais	Número de Proced. Ambulatoriais Realizados	666.460	368.000	181	569.150	368.000	154	17,1
Absenteísmo	Percentual de absenteísmo nas consultas ambul.	13,2	24	182	18	24	75	-26,7
Atend.Sala Emergência/Dia (Em.Ped + T.O.)	Número de atend. realizados sala de emergência /dia	68,0	60	113	54	60	90	25,9
Cirurgias/Dia	Número de cirurgias realizadas/dia	9,9	18	55	8,5	18	47	16,5
Taxa de Ocupação Geral	Indica o grau de utilização do leito (%)	84,3	70	120	87	70	124	-3,1
Taxa de Ocupação UTI Pediátrica	Indica o grau de utilização do leito (%)	106,5	70	152	104	70	148	2,4
Taxa de Ocupação UTI NEO	Indica o grau de utilização do leito (%)	115,2	70	165	104	70	148	10,8
Internações Hospitalares	Número de Internações realizadas	6.720	7.080	95	6.217	7.080	87	8,1
Exames Radiodiagnósticos/Dia	Número de exames radiodiagnósticos realizados/dia	37,8	25	151	28,5	25	114	32,6
Aleitamento Materno	Percentual de crianças receberam LM na 1ª hora de vida	85,0	60	142	75,5	60	125,8	12,6

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

Salientamos os acréscimos no atendimento ambulatorial, resultado das emergências pediátrica e obstétrica. O número de procedimentos realizados em quase todas as áreas de apoio do hospital também se mostrou com significativos aumentos destacando-se a Radiologia, com os já citados 32,6% devido ao conserto realizado nos equipamentos que estavam estragados. O Ambulatório teve um aumento considerável de 17,1% das consultas ambulatoriais efetivamente realizadas derivadas de uma redução no absenteísmo na ordem de 26,7% e pelo incremento de pessoal no ambulatório.

O índice anual de aleitamento materno chegou a 85% dos recém nascidos que receberam Leite Materno na primeira hora de vida\* (entre os que nasceram, são excluídos os HVI, os prematuros, os que tiveram APAGAR baixo, e outros que não

puderam ser colocados ao peito das mães) representando um aumento significativo de 12,6% em relação ao ano anterior.

A variação da taxa de ocupação geral do hospital mostrou redução de 3,1%, resultado das reduções de leitos devido a falta de RH na Internação Pediátrica, UTI Pediatria e Psiquiatria no final do quadrimestre de 2013. Já a variação da taxa de ocupação da UTI Pediátrica acabou ficando levemente positiva, em 2,4% em relação a 2012, trabalhando acima do 100%, assim como a UTI Neonatal que teve variação anual positiva de 10,8%, trabalhando em 115,2% da capacidade com uso de leitos extras, apesar da redução de RH e de horas extras o atendimento foi priorizado nesta para que se evitasse o fechamento do Centro Obstétrico.

**Tabela 189** - Indicadores Gerais de Qualidade

Indicadores	Unidade de medida	2013			2012			Variação %
		Nº	Meta Pactuada	% da meta	Nº	Meta Pactuada	% da meta	
Média de Permanência	Tempo médio de permanência das internações	6,2	3,5	56	6,1	3,5	-74	1,6
Taxa de Ocupação	Indica o grau de utilização do leito (%)	84,3	70	120	87,5	70	125	-3,7
Mortalidade Institucional	Nº óbitos hospitalares e ambulatoriais	42	40	95	40	40	0	5,0
Infecção Hospitalar	Nº de infecções ocorridas em pacientes	160	300	187	167	300	44,3	-4,2
Consultas ambulatoriais	nº de consultas realizadas nos ambulatórios	97.990	92.000	107	83.655	92.000	91	17,1
Número de Dietas Distribuídas	nº de dietas distribuídas	44.861	52.000	86	44.322	52.000	85,2	1,2
Número de Refeições Distribuídas	nº de refeições distribuídas	19.675	24.000	82	18.383	24.000	76,6	7,0

**Fonte:** TABWIN e BMH, CCIH, Serviço de Nutrição do HMIPV, Comitê de Aleitamento Materno do HMIPV

Apesar de ter havido uma ligeira diminuição na taxa de ocupação, devido a diminuição da capacidade no número de leitos, houve um aumento na média de permanência dos pacientes, ainda que discreta, e isto traz impacto sobre o aumento no número de dietas e refeições distribuídas.

Ainda que várias ações tenham sido realizadas, como capacitações a taxa de infecção hospitalar diminuiu levemente, porém cabe-se destacar os significativos aumentos no número de atendimentos, de internações e de cirurgias, sob este prisma a redução deve ser ressaltada como extremamente positiva.

A taxa de mortalidade mostrou-se pouco acima da meta, apesar de estar estável no 1º quadrimestre e abaixo da meta no 3º quadrimestre, mas durante o 2º quadrimestre, quando ocorre a operação inverno, a taxa mostrou-se 13% acima da meta o que acabou tendo impacto sobre a taxa anual.

## 12.2 Hospital de Pronto Socorro

**Quadro 32** - Metas anuais constantes na PAS 2013

Metas 2013	Realizados da Meta
49. Reduzir em 50% o total de pacientes de Unidade de Internação cuja permanência exceda 20 dias (exceto UTIs e unidade de queimados)	Meta atingida. Redução de 74,7%.
50. Cumprir o plano operativo de reforma e expansão do HPS no percentual proposto para cada setor	Meta parcialmente atingida. Realizado 69% e 65% das obras da Urgência e Emergência e do Bloco Cirúrgico / Sala de Recuperação, respectivamente.

Houve um redimensionamento da meta 49 de 90%, sugerida no 1º quadrimestre de 2013, para 50%. No 3º quadrimestre de 2012 o tempo médio de permanência nas Unidades com pacientes internados acima de 20 dias era de 47,66 dias (subtraindo 20 dias temo 27,66 dias acima do corte), no 3º quadrimestre de 2013 o tempo médio de permanência baixou para 26,99 dias (6,99 dias acima do corte) - redução de 74,7% do tempo de permanência acima do corte. Em relação as obras da UTI os projetos estão contratados e a negociação das 4 casas estão concluídas as negociações iniciais sendo os processos encaminhados à SMF. Em suma: Meta 49 foi atingida plenamente e a Meta 50 foi parcialmente atingida.

**Tabela 190 - Total de pacientes atendidos**

	PERÍODO		VARIAÇÃO	
	2013	2012	Nº	%
Total de boletins emitidos	149.426	179.804	-30.378	-16,90%
Total de boletins efetivamente atendidos	137.752	161.803	-24.051	-14,86%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO.

**Tabela 191 - Procedência do paciente atendido no HPS**

Procedência	PERÍODO		VARIAÇÃO	
	2013	2012	Nº	%
Município	130.362	153.713	-23.351	-15,19%
Outros municípios	19.064	26.091	-7.027	-26,93%
<b>Total</b>	<b>149.426</b>	<b>179.804</b>	<b>-30.378</b>	<b>-16,90%</b>

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO.

**Tabela 192 - Demonstrativo dos atendimentos realizados por unidades de atendimento ambulatorial**

Setor / Procedimento		PERÍODO		VARIAÇÃO	
		2013	2012	Nº	%
Sala Vermelha/(laranja)	Poli	2.652	2.359	293	12,42%
Sala Amarela/Sala Verde	Buco	5.612	5.863	-251	-4,28%
	Cardio	1.062	1.241	-179	-14,42%
	Cirurgia Geral/Trauma	4.895	4.320	575	13,31%
	Traumatologia	45.787	57.086	-11.299	-19,79%
	Neurocirurgia	8.448	4.936	3.512	71,15%
	Oftalmologia	12.314	16.802	-4.488	-26,71%
	Otorrinolaringologia	8.230	12.153	-3.923	-32,28%
	Plástica	2.251	2.983	-732	-24,54%
	Sutura	31.387	41.359	-9.972	-24,11%
	Clínica	20.745	39.683	-18.938	-47,72%
	Outros <sup>1</sup>	141.421	50.977	90.444	177,42%
<b>Sub Total</b>		<b>284.804</b>	<b>239.762</b>	<b>45.042</b>	<b>18,79%</b>
<b>Procedimentos Apoio Diagnóstico</b>					
	ECG	770	979	-209	-21,35%
	ECO	1.937	1.622	315	19,42%
	Lab	1.406	4.568	-3.162	-69,22%
	Radiologia	57.508	68.751	-11.243	-16,35%
	Tomo	7.097	6.381	716	11,22%
<b>Sub Total</b>		<b>68.718</b>	<b>82.301</b>	<b>-13.583</b>	<b>-16,50%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>353.522</b>	<b>322.063</b>	<b>31.459</b>	<b>9,77%</b>

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO.

(1) No grupamento outros estão contidos diversos atendimentos, sendo o principal aquele realizado pela classificação de risco, num total de 48.307 atendimentos. O mantivemos agrupados para fins de comparação entre quadrimestre, uma vez que o referido setor não constava discriminado para fins estatísticos no exercício de 2012. Nos próximos irá figurar individualmente.

**Tabela 193 - Indicadores de Desempenho do HPS, Porto Alegre**

Indicador	Unidade de medida	Período		Variação	
		2013	2012	Nº	%
		Nº	Nº		
Taxa de ocupação leitos / dia	Nº pacientes internados Pelo nº de leitos. Total 2012=123 2013=115 leitos	97,03	86,61	10,42	12,03
Média de Permanência	Dias de Permanência	7,11	7,27	-0,16	-2,20
Boletins de atendimentos efetivamente atendidos/dia	Nº boletins atendimentos efetivamente atendidos /dia	387,10	438,03	-50,93	-11,63
Cobertura do atendimento para Porto Alegre1	Índice percentual de atendimentos oriundos de Porto Alegre	87,81	86,43	1,38	1,60
Produção Geral/ dia	Número de atendimentos gerais efetivos/dia	1.023,12	1.033,89	-10,77	-1,04
Atendimentos Sala Emergência/dia	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	406,11	461,84	-55,73	-12,07
Cirurgias/dia	Número de cirurgias realizadas /dia	7,02	7,66	-0,64	-8,35
Pacientes na UTI/dia	Número de Pacientes UTI/dia	30,8	31,35	-0,55	-1,75
Exames Radiodiagnósticos/dia	Número de exames radiod. realizados / dia	261,79	395,64	-	133,85
Exames patologia clinica/dia	Número de exames patologia clinica realizados /dia	726,15	677,73	48,42	7,14
Média de dietas enterais	Número de dietas distribuídas/pacientes/dia	65	117,2	-52,2	-44,54
Média de dietas distribuídas/pacientes	Número de dietas distribuídas/pacientes/dia	679	293,33	385,67	131,48
Média de refeições distribuídas/Comensais	nº de refeições distribuídas por comensais	1.561	1.639,50	-78,5	-4,79
Repasse financeiros PMPA4	Índice percentual repassado ao hospital	28,68	30,69	-2,01	-6,55
Repasse financeiros FMS	Índice percentual repassado ao hospital	21,79	38,78	-16,99	-43,81
Execução de projetos do plano diretor do HPS5	Número de projetos implantados - valor inteiro.	1	1	0	0,00
Ensino e pesquisa	Nº de publicações em meios de divulgação- valor Inteiro	0	0	0	0,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO.

(1) Valor calculado considerando disponibilidade de 123 leitos no ano de 2012, a partir do ano de 2013 reorganizamos o total de leitos de UTIs e Enfermarias junto ao CNES, totalizando 115, de forma transitória enquanto durarem as obras.(4) Valores empenhados com referência no Orçamento Anual.(5) Reforma das áreas físicas do bloco cirúrgico e salas de recuperação.

## Conclusões:

Os dados observados permitem inferir que o HPS otimizou a performance dos leitos. O menor número de leitos ofertados (por conta das reformas), se refletiu em taxa de ocupação maior, porém o tempo de permanência foi reduzido o que

possibilitou o acolhimento de mais 396 pacientes internados, na comparação com o ano anterior (5.348 em 2012 e 5.744 em 2013). Se considerarmos o número de leitos e o tempo de permanência de 2012, a perda de 8 leitos determinaria a redução de 348 internações para 2013. O aumento observado corresponde a desempenho de 744 internações à maior do que o esperado (14,88%), que se deu pela melhora e racionalização dos fluxos e processos internos e regulação.

A distribuição dos atendimentos também permite demonstrar o impacto da classificação de riscos no perfil dos pacientes atendidos. Embora o número de pacientes efetivamente atendidos dentro da planta hospitalar, após o acolhimento inicial, tenha diminuído (número de boletins), o número de atendimentos (as várias especialidades pelas quais o paciente passa durante o atendimento integral) aumentou. Isto demonstra que o HPS passou a atender pacientes mais complexos. Também houve redução significativa de exames menos complexos com algum aumento de exames mais complexos.

Observa-se também que, apesar da reforma do bloco cirúrgico em pleno curso neste último quadrimestre, houve impacto mínimo no desempenho (queda no número de procedimentos de apenas 8,35%).

Em suma, apesar da aceleração das reformas em curso no Hospital, a qualificação e otimização dos fluxos de atendimento permitiram ampliar significativamente a assistência dentro do perfil proposto.

### **13 ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E TRANSPORTE DE PACIENTES**

A Coordenação Municipal de Urgências (CMU) tem a responsabilidade de gestão da Rede de Urgências e Emergências (RUE) no município. Foram mantidos, durante o ano de 2013, os fóruns de discussão da organização dessa rede.

A organização dos fluxos de urgência e emergência na rede de atenção municipal tem proporcionado a discussão sobre a vocação de cada componente da rede de atenção à saúde no atendimento de condições agudas/agudizadas de saúde. Os avanços no processo de utilização de protocolo de classificação de risco, utilizando cinco níveis permitiu o encaminhamento responsável dos pacientes



classificados na cor verde para as Unidades de Pronto Atendimento, os classificados na cor azul para Atenção Primária, com objetivo de contribuir para a construção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo o atendimento às necessidades do usuário e a integralidade assistencial. Esse projeto indicou a importância e necessidade premente da grade de referência de urgência e emergência de Porto Alegre.

A Coordenação Municipal de Urgência (CMU) tem buscado a integração dos vários componentes a partir de sistematizações de reuniões da secretaria executiva e interlocução efetiva com os diferentes representantes, além da participação no grupo condutor da RUE, subsidiando a revisão do Plano de Atenção Regional da Região Macro metropolitana da RUE em 2013.

O Núcleo de Educação em Urgências (NEU) solidificou as suas ações, desenvolvendo atividades próprias e em parceria com programas do MS para excelência SUS. Busca a qualificação dos trabalhadores de saúde da Rede de Urgência e Emergência, além de aprimorar a interface com a educação permanente e continuada com a sociedade e outros segmentos institucionais, por meio de projetos como, por exemplo, o projeto “Coração no Ritmo Certo”, SAMUZINHO troca de saberes com trabalhadores de saúde da atenção primária.

A inclusão da RUE no Programa Ensino e Trabalho (PET) trouxe a perspectiva de ampliação dos conhecimentos a partir da troca saberes (prática/novos conhecimentos) oportunizando a possibilidade de revisão de conceitos e dos processos dentro dos princípios do SUS.

Referente ao atendimento em situação de emergência em saúde pública, experiência vivenciada com o evento de Santa Maria e o alagamento no Bairro Sarandi, projetaram a necessidade de avançar na revisão do Plano Operativo, Plano de Emergência e de Contingência e solidificar a Rede assistencial para eventos com múltiplas vítimas, os encaminhamentos remetem para necessidade de colaboração na elaboração dos planos de contingências hospitalares.

Da mesma forma, foram pactuadas metas para o Plano Anual de Saúde (PAS) com as respectivas ações para 2013, para os diferentes componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências conforme quadro 1.

**Quadro 33** - Metas anuais constantes na PAS 2013

<b>Metas 2013</b>	<b>Realizados da Meta</b>
<b>51.</b> Reduzir as “intervenções necessárias e sem meios” em 10% no atendimento realizado pelo SAMU	Meta atingida com redução de 13%
<b>52.</b> Ampliar o nº de Unidades Pré-hospitalar do componente fixo na cidade, passando de 1 para 7 unidades	Meta parcialmente atingida em 43%
<b>53.</b> Ampliar as equipes de atenção domiciliar passando de 6 para 14 equipes de sistema de atenção domiciliar SAD	Meta não atingida.

A meta 51, que tem como indicador as “intervenções classificadas como necessárias e sem meios” do SAMU foi pactuada para o ano de 2013. Dessa forma, a análise da tendência desse indicador foi realizada entre o 3º e 1º quadrimestre de 2013. Houve redução de 13% na comparação entre as proporções do 1º e 3º quadrimestres.

A sede própria inaugurada em 18/12/2013. Referente às necessidades de RH a Gerência do SAMU já apresentou os cálculos. Em 08/01/2014 iniciou a contratação emergencial de profissionais médicos, adequando a Portaria 1.010 de 2012 do MS. A Base Centro já possui área definida no Centro de Saúde Santa Marta, os projetos para as adequações necessárias estão em andamento. Para articulação interinstitucional foram pactuados diferentes projetos com CEIC, EPTC e SMED: Projeto Observatório, Acidentes de Trânsito e Samuzinho. Em revisão o processo de classificação de necessários e sem meios e elaboração da auditoria dos casos classificados desta forma.

Em relação à meta 52, que está relacionada à ampliação de unidade pré-hospitalares, as ações dessa Coordenação foram efetivas. O início das atividades da UPA Moacyr Scliar em setembro de 2012 representou avanço significativo na questão de regionalização da RUE, além da qualificação de componentes de urgência de média complexidade com a habilitação para UPA Ampliada Porte II do PA Bom Jesus e Lomba do Pinheiro (publicados no Diário Oficial da União, seção 1, nº 148, de 02 de agosto de 2013). Em relação à implantação de nova UPA Navegantes/Farrapos, aguarda liberação do terreno. O Termo de Cessão do terreno da UPA Partenon e a definição da UPA Hospitalar Restinga contribuem na

ampliação e acessibilidade na busca contínua da organização das Redes de Atenção à Saúde.

O projeto do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), pela importância e pela sua dimensão do cuidado deverá ser discutido e efetivado nas várias instâncias da Secretaria Municipal da Saúde e, portanto, está sendo revisado envolvendo CGAPSES e GRSS. Atualmente os debates são conduzidos por um colegiado ampliado envolvendo ASSEPLA, e Áreas Técnicas. Certamente este componente da Rede de Atenção à Saúde seja a representação da necessidade real da interface entre as diferentes redes e componentes da saúde, pois envolve a migração do cuidado para garantia da assistência integral (Cecílio, 1997). É necessário que a implantação de importante política pública de saúde contemple a dimensão do SAD e solidifique este cuidado como efetivo no domicílio, portanto, próximo das equipes de estratégia de saúde da família e o contexto social do usuário.

### **13.1 Pronto Atendimentos – PA**

As Tabelas 194, 195 e 196 representam os atendimentos e desistências nos PAs nos anos de 2013 e 2012, permitindo a análise comparativa nas modalidades relacionadas ao total de atendimentos médicos na clínica e pediatria.

Na Tabela 194 é possível verificar aumento do número de atendimentos no somatório da clínica e pediatria em 20,4% em 2013 em relação ao ano de 2012, o que pode ser atribuído ao início das atividades na UPA Moacyr Scliar em 28 de setembro de 2012. É possível observar que o aumento de atendimentos ocorreu principalmente na clínica em 30,5% (Tabela 195), enquanto que na pediatria (Tabela 196) houve queda em 11,2%.

As desistências tiveram um aumento de 10,5% no somatório da clínica e pediatria de todos os PAs/UPA (Tabela 194). Na análise conjunta das Tabelas 195 e 196 verifica-se aumento de 10,8% na proporção de desistências na pediatria (Tabela 196) na comparação entre os anos de 2013 e 2012 e na clínica houve aumento de somente 4,7% nas desistências (Tabela 195). Em análise mais detalhada foi possível observar o predomínio de desistências nos pacientes classificados como verdes, ou seja, pouco urgentes (86,7%) no somatório de todos

os PAs/UPA. Essa situação ocorre principalmente nos meses de inverno pelo aumento da demanda de atendimentos de pacientes mais graves e, por conseguinte, aumentando o tempo de espera de pacientes pouco urgentes.

Mas, de maneira geral, verifica-se redução das desistências na maioria dos PAs/UPA na variação entre os anos de 2013 e 2012.

Em relação a UPA Moacyr Scliar é importante destacar que os dados de 2012 se referem somente ao 3º quadrimestre, quando iniciou suas atividades, por isso o aumento dos atendimentos de mais de 300% na comparação com o ano de 2013.

**Tabela 194** – Distribuição do número de TOTAL (clínica e pediatria) de atendimentos e desistências nas Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo entre os anos de 2013 e 2012, Porto Alegre, RS.

Atendimento Geral	COMPARATIVO ANUAL						Variação	
	2013			Ano 2012			2013/2012	
	Nº At	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist (%)	Nº	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist (%)	At	<sup>2</sup> Desist
PACS	93.462	11.090	10,1	94.065	11.480	10,9	-0,6%	-7,7%
PA Bom Jesus	89.941	13.305	12,9	78.977	14.054	15,1	13,9%	-14,6%
PA Lomba do Pinheiro	71.040	5.820	7,6	72.345	4.211	5,5	-1,8%	37,8%
PA Restinga	70.819	2.651	3,6	75.462	3.619	4,6	-6,2%	-21,6%
UPA Moacyr Scliar	83.799	18.452	18,0	18.843	4.804	20,3	344,7%	-11,1%
<b>Total</b>	<b>409.061</b>	<b>51.318</b>	<b>11,0</b>	<b>339.692</b>	<b>38.168</b>	<b>10,0</b>	<b>20,4%</b>	<b>10,5%</b>

Fonte: SIHO/AMB e GHC.

<sup>1</sup> *Percentual de desistências* = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

<sup>2</sup> Variação entre os percentuais das desistências

**Tabela 195** – Distribuição do número de atendimentos e desistências em CLÍNICA MÉDICA das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo entre os anos de 2013 e 2012, Porto Alegre, RS.

Atendimento Clinica	COMPARATIVO ANUAL						Variação	
	2013			Ano 2012			2013/2012	
	Nº At	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist (%)	Nº	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist (%)	At	<sup>2</sup> Desist
PACS	63.895	10.001	12,8	60.878	10.283	14,5	5,0%	-11,9%
PA Bom Jesus	57.933	11.750	16,9	46.011	12.658	21,6	25,9%	-21,9%
PA Lomba do Pinheiro	46.869	4.429	8,6	45.787	3.133	6,4	2,4%	35,0%
PA Restinga	44.127	1.839	4,0	45.788	2.448	5,1	-3,6%	-21,6%
UPA Moacyr Scliar	65.377	17.465	21,1	14.659	4.557	23,7	346,0%	-11,0%

<b>Total</b>	<b>278.201</b>	<b>45.484</b>	<b>13,9</b>	<b>213.123</b>	<b>33.079</b>	<b>13,2</b>	<b>30,5%</b>	<b>4,7%</b>
--------------	----------------	---------------	-------------	----------------	---------------	-------------	--------------	-------------

Fonte: SIHO/AMB e GHC.

<sup>1</sup> **Percentual de desistências** = **Total de desistências** / total de atendimentos + **total de** desistências x 100;

<sup>2</sup> Variação entre os percentuais das desistências.

**Tabela 196** – Distribuição do número de atendimentos e desistências em PEDIATRIA das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo entre os anos de 2013 e 2012, Porto Alegre, RS.

Atendimento Pediatría	COMPARATIVO ANUAL						Variação	
	Ano 2013			Ano 2012			2013/2012	
	Nº At	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist (%)	Nº At	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist (%)	At	<sup>2</sup> Desist
<b>PACS</b>	29.567	1.089	3,4	33.187	1.197	3,5	-10,9%	-2,5%
<b>PA Bom Jesus</b>	32.008	1.555	4,6	32.966	1.396	4,1	-2,9%	12,2%
<b>PA Lomba do Pinheiro</b>	24.171	1.391	5,4	26.558	1.078	3,9	-9,0%	39,5%
<b>PA Restinga</b>	26.692	812	3,0	29.674	1.171	3,8	-10,0%	-22,3%
<b>UPA Moacyr Scliar</b>	18.422	987	5,1	4.184	247	5,6	340,3%	-9,2%
<b>Total</b>	<b>112.438</b>	<b>5.834</b>	<b>4,2</b>	<b>126.569</b>	<b>5.089</b>	<b>3,8</b>	<b>-11,2%</b>	<b>10,6%</b>

Fonte: SIHO/AMB e GHC.

<sup>1</sup> **Percentual de desistências** = **Total de desistências** / total de atendimentos + **total de** desistências x 100;

<sup>2</sup> Variação entre os percentuais das desistências.

### 13.1.1 Perfil de Classificação de Risco nos Prontos-Atendimentos

As Tabelas 197, 198, 199, 200 e 201 mostram a distribuição dos atendimentos por classificação de risco nos Pronto Atendimentos e UPA. É possível constatar que grande parte dos atendimentos em todos os PAs é de pacientes classificados como verdes, ou seja, pouco urgentes correspondendo a real vocação destes serviços.

No PACS e PALP (Tabelas 198 e 199 respectivamente) houve aumento de atendimento dos pacientes mais graves, possivelmente pelo impacto da implantação do protocolo de classificação de cinco cores que possibilita a melhor identificação destes pacientes. O aumento de 400% de pacientes laranjas no PALP é justificado por que em 2012 são considerados somente os meses de novembro e dezembro. Constata-se o aumento de pacientes classificados como azuis (pacientes não urgentes) nos P.A.s Bom Jesus, Lomba do Pinheiro e Restinga (Tabelas 194, 199 e 200 respectivamente). É importante avaliar esses dados conjuntamente com a Atenção Primária de Saúde.

Como a UPA Moacyr Scliar (Tabela 201) iniciou suas atividades em setembro de 2012, a comparação é feita somente com 3º quadrimestre deste ano em relação ao total do ano de 2013. Chama atenção que na comparação entre as proporções do perfil de classificação de risco houve aumentos expressivos de atendimentos de pacientes laranjas e amarelos (50,0% e 33,2% respectivamente).

**Tabela 197** – Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Bom Jesus (PABJ), segundo Classificação de Risco (CR) entre os anos de 2013 e 2012, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – PA Bom Jesus	COMPARATIVO ANUAL				Variação do %
	Ano 2013		2012		2013/2012
	nº	%	nº	%	%
<b>Emergência – Vermelho</b>	108	0,1	148	0,2	-50,0%
<b>Muito Urgente – Laranja</b>	3.792	5,2	4.666	6,2	-16,1%
<b>Urgente – Amarelo</b>	10.110	13,8	10.351	13,7	0,7%
<b>Pouco Urgente – Verde</b>	54.416	74,4	56.663	74,7	-0,4%
<b>Não Urgente –Azul</b>	4.686	6,4	4.001	5,3	20,9%
<b>Total com CR</b>	<b>73.112</b>	<b>100,0</b>	<b>75.829</b>	<b>100,0</b>	-

Fonte: SIHO/AMB.

**Tabela 198** – Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), segundo Classificação de Risco (CR) entre os anos de 2013 e 2012, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – PACS	COMPARATIVO ANUAL				Variação do %
	2013		2012		2013/2012
	nº	%	nº	%	%
<b>Emergência – Vermelho</b>	109	0,1	87	0,1	0,0%
<b>Muito Urgente – Laranja<sup>1</sup></b>	5.906	7,4	-	-	-
<b>Urgente – Amarelo</b>	13.099	16,5	6.035	8,0	106,3%
<b>Pouco Urgente – Verde</b>	58.295	73,2	63.650	84,7	-13,6%
<b>Não Urgente –Azul</b>	2.181	2,7	5.414	7,2	-62,5%
<b>Total com CR</b>	<b>79.590</b>	<b>100,0</b>	<b>75.185</b>	<b>100,0</b>	-

Fonte: SIHO/AMB

<sup>1</sup>O PACS implantou a Classificação de Risco de 5 cores em março de 2013.

**Tabela 199** – Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (PALP), segundo Classificação de Risco (CR) entre os anos de 2013 e 2012, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – PALP <sup>1</sup>	COMPARATIVO ANUAL		Variação do %
	2013	2012	2013/2012

	nº	%	nº	%	%
<b>Emergência – Vermelho</b>	114	0,2	73	0,1	100,0%
<b>Muito Urgente – Laranja<sup>1</sup></b>	4.106	6,5	680	1,3	400,0%
<b>Urgente – Amarelo</b>	8.288	13,2	5.209	10,1	30,7%
<b>Pouco Urgente – Verde</b>	46.551	74,2	43.801	85,2	-12,9%
<b>Não Urgente –Azul</b>	2.517	4,0	705	1,4	185,7%
<b>Total com CR</b>	<b>62.758</b>	<b>100,0</b>	<b>51.383</b>	<b>100,0</b>	-

Fonte: SIHO/AMB

<sup>1</sup> O PALP implantou o protocolo de Classificação de Risco de 5 cores em novembro de 2012

**Tabela 200** – Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Restinga (PARES), segundo Classificação de Risco (CR) entre os anos de 2013 e 2012, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – PARES	COMPARATIVO ANUAL				Varição do %
	2013		2012		2013/2012
	nº	%	nº	%	%
<b>Emergência – Vermelho</b>	642	0,9	777	1,0	-6,3%
<b>Muito Urgente – Laranja<sup>1</sup></b>	-	-	-	-	-
<b>Urgente – Amarelo</b>	10.996	16,0	10.543	14,0	14,6%
<b>Pouco Urgente – Verde</b>	52.909	77,2	59.599	79,0	-2,3%
<b>Não Urgente – Azul</b>	4.368	6,4	4.543	6,0	6,2%
<b>Total com CR</b>	<b>68.530</b>	<b>100,0</b>	<b>75.462</b>	<b>100,0</b>	-

Fonte: SIHO/AMB

<sup>1</sup> O PA Restinga não utiliza o Protocolo de Classificação de Risco em 5 cores

**Tabela 201** – Distribuição do número, proporção dos atendimentos nas especialidades de clínica e pediatria na UPA Moacyr Scliar, segundo Classificação de Risco (CR) em 2013, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – UPA Moacyr Scliar <sup>1</sup>	COMPARATIVO ANUAL				Varição do %
	2013		2012		2013/2012
	nº	%	nº	%	%
<b>Emergência – Vermelho</b>	200	0,2	36	0,2	0,0%
<b>Muito Urgente – Laranja<sup>1</sup></b>	5.539	6,6	1.029	4,4	50,0%
<b>Urgente – Amarelo</b>	19.762	23,6	4.170	17,7	33,2%
<b>Pouco Urgente – Verde</b>	66.214	79,0	17.399	73,9	6,9%
<b>Não Urgente – Azul</b>	3.597	4,3	913	3,9	10,0%
<b>Total com CR</b>	<b>83.823</b>	<b>100,0</b>	<b>23.547</b>	<b>100,0</b>	-

Fonte: GHC.

<sup>1</sup> A UPA Moacyr Scliar iniciou suas atividades em 28/09/2012

## 13.2 Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM)

Em relação aos atendimentos da Saúde Mental, foram analisados os dados referentes aos Pronto Atendimentos de Saúde Mental do PACS e IAPI e comparados os anos de 2013 e 2012.

No Plantão de Emergência em Saúde Mental do PACS (PESM - PACS) houve redução dos atendimentos em 2,7% em 2013, quando comparado com 2012 (Tabela 202). Apesar das desistências aumentarem em 23,3% em relação ao ano anterior elas representaram 7,4% dos boletins emitidos em 2013.

A proporção de atendimentos de menores de 18 anos foi de 4,3% em 2013. Dos pacientes que permanecem em SO, 54,9% buscaram atendimento por dependência química em 2013. Houve discreta melhora de transferências para os pacientes que necessitam de internação hospitalar em relação a 2012 com variação de 6,1%.

No Plantão de Emergência em Saúde Mental do IAPI (PESM - IAPI), Tabela 203, o número de atendimentos aumentou em 4,3%, e o percentual de desistências se manteve em menos de 2% nos anos de 2013 e 2012.

O atendimento de pacientes menores de 18 anos foi de 8,9% em 2013 sem variações significativas em relação a 2012. Destaca-se a tendência de aumento na proporção de atendimentos a pacientes com dependência química representando 149,2% do atendimento geral PESM - IAPI na variação entre 2013 e 2012.

Aumentou em quase 100% o número de pacientes que permanecem em SO na comparação entre os anos de 2013 e 2012 representando 57,7% dos atendimentos em 2013. Conseqüentemente, houve redução em 41,0% na proporção das transferências na variação entre os anos de 2013 e 2012, possivelmente relacionada ao aumento da demanda na SO.



**Tabela 202** – 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 entre os anos de 2013 e 2012, Porto Alegre, RS.

Pronto Atendimento Saúde Mental - PACS	COMPARATIVO ANUAL		Variação %
	Ano 2013	Ano 2012	2013/2012
Total de boletins emitidos	16.283	15.662	4,0%
<sup>1</sup> Desistências (%)	7,4	6,0	23,3%
Total Paciente Atendidos	14.333	14.726	-2,7%
% de Pacientes < 18 anos atendidos	4,3	3,9	11,5%
Total Paciente em SO	5.134	4.279	20,0%
% de Pacientes que permanecem em SO	35,8	29,1	23,1%
Tempo Médio de Permanência SO/ dias	1,2	2,2	-45,8%
<sup>2</sup> % Dependência Química (DQ) em SO	54,9	52,6	4,4%
<sup>2</sup> % de Esquizofrenia em SO	10,6	26,5	-59,9%
<sup>2</sup> % Transtorno de Humor Bipolar (THB) em SO	11,4	19,1	-40,3%
% de Transferências para Internação Hospitalar	80,9	76,2	6,1%

Fonte: SIHO/AMB.

<sup>1</sup> Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100;

<sup>2</sup> Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia / Total de pacientes atendidos na SO do PESH/PACS.

**Tabela 203** – Distribuição do número do total de atendimentos e desistências em Psiquiatria, menores de 18 anos, Sala de Observação, principais causas de atendimento e comparativo no PESH-IAPI, entre os anos de 2013 e 2012, Porto Alegre, RS.

Pronto Atendimento Saúde Mental - IAPI	COMPARATIVO ANUAL		Variação %
	Ano 2013	Ano 2012	2013/2012
Total de boletins emitidos	11.062	10.474	5,6%
<sup>1</sup> Desistências (%)	1,3	1,1	15,1%
Total Paciente Atendidos	10.922	10.474	4,3%
% de Pacientes < 18 anos atendidos	8,9	8,5	4,8%
Total Paciente em SO	6.300	3.293	91,3%
% de Pacientes que permanecem em SO	57,7	31,4	83,8%
Tempo Médio de Permanência SO / dias	1,6	1,3	25,6%
<sup>2</sup> %Depressão/ total atendimentos	22,4	19,4	15,5%
<sup>2</sup> % Dependência Química (DQ) / total atendimentos	38,4	15,4	149,2%
<sup>2</sup> % Transtorno Humor Bipolar (THB)/ total atendimentos	11,6	14,4	-19,5%
% de Transferências para Internação Hospitalar	59,0	100,0	-41,0%

Fonte: Hospital Mãe de Deus

<sup>1</sup> Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

<sup>2</sup> Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Depressão = Total de pacientes atendidos por DQ, THB e Depressão/ Total de pacientes atendidos no PESH/IAPI

### 13.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU)

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 2013 e 2012.

A Tabela 204 mostra o perfil de ligações ocorridas nos anos de 2013 e 2012. No ano de 2013, houve aumento de 9,7% no número total de ligações ao SAMU, sendo os trotes a principal causa de ligações com acréscimo de 12,4% do número de ligações na comparação de 2013 em relação a 2012.

Houve um incremento de 15,7% no número de ligações para regulação realizadas em 2013 na comparação com 2012, representando aumento numérico de 13378 ligações repassadas ao médico regulador em relação ao mesmo período. O número de ligações procedentes de área fora de abrangência reduziu a proporção em 20,0% refletindo uma tendência positiva na reestruturação de serviços e economia de escala.

**Tabela 204** – Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações e comparativo entre os anos de 2013 e 2012, Porto Alegre, RS.

Perfil atendimentos do SAMU	COMPARATIVO ANUAL				Variação	
	Ano 2013		Ano 2012		2013/2012	
	nº	%	nº	%	n*	%**
<b>Trotes</b>	132.892	26,6	118.215	26,0	12,4%	2,3%
<b>Regulação</b>	98.684	19,8	85.306	18,8	15,7%	5,3%
<b>Interrompida</b>	68.497	13,7	60.662	13,3	12,9%	3,0%
<b>Engano</b>	61.432	12,3	77.934	17,1	-21,2%	-28,1%
<b>Atendida</b>	41.356	8,3	42.035	9,2	-1,6%	-9,8%
<b>Informações</b>	84.360	16,9	59.124	13,0	42,7%	30,0%
<b>Fora Abrangência</b>	1.872	0,4	2.285	0,5	-18,1%	-20,0%
<b>Chamando</b>	5.164	1,0	5.672	1,2	-9,0%	-16,7%
<b>Repetida</b>	4.812	1,0	3.581	0,8	34,4%	25,0%
<b>Total de Ligações</b>	499.069	100,0	454.814	100,0	9,7%	-

Fonte: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH).

\*Percentual da variação entre os números absolutos do total de ligações dos anos 2013 e 2012

\*\* Percentual da variação entre os percentuais do total de ligações dos anos 2013 e 2012

Para fins de compreensão da Tabela 204, a classificação das ligações quanto à tipologia e estado são apresentadas da seguinte forma:

- **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 de toda ordem (informações sobre serviços de saúde, consultas sobre doenças, entre outras)
- **Fora de abrangência:** Quando o solicitante liga para um atendimento fora da área de cobertura do SAMU de Porto Alegre.
- **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 205 mostra o número de atendimentos de Pré-Hospitalar Móvel (APHr) conforme a tipologia, que significa o deslocamento de uma equipe por meio de ambulância ao local do evento. Observa-se um aumento numérico de 10,1% nos APHr na variação entre 2013 e 2012. O atendimento clínico é a principal causa de atendimento (46,1%) em 2013 e aumentou 13,1% em relação a 2012. Na comparação das proporções teve um acréscimo de 2,7%.

Na comparação das proporções dos atendimentos por trauma é possível observar diminuição em 5,1% na variação entre 2013 e 2012, mas em relação aos números absolutos houve aumento em 4,5%. O número de atendimentos psiquiátricos aumentou em 18,8% o que reflete os esforços de estruturação dos

atendimentos em saúde mental, particularmente no acesso ao atendimento de urgências nessa área.

Em relação aos atendimentos obstétricos verifica-se aumento no número e proporção. Sobre os atendimentos obstétricos, é importante considerar variáveis como a cobertura de pré-natal na Atenção Primária de Saúde e as referências obstétricas estabelecidas na linha de cuidado da saúde da mulher.

**Tabela 205** - Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a causa, e comparativos entre os anos de 2013 e 2012, Porto Alegre, RS.

Tipo atendimento - SAMU	COMPARATIVO ANUAL				Variação	
	2013		2012		2013/2012	
	nº	%	nº	%	n*	%**
<b>Caso Clínico</b>	17.873	46,1	15.803	44,9	13,1%	2,7%
<b>Traumático</b>	13.537	34,9	12.959	36,8	4,5%	-5,1%
<b>Transporte</b>	2.754	7,1	2.542	7,2	8,3%	-1,3%
<b>Obstétrico</b>	740	1,9	642	1,8	15,3%	6,1%
<b>Não Registrado</b>	0	0,0	0	0,0	-	-
<b>Psiquiátrico</b>	3.861	10,0	3.249	9,2	18,8%	8,3%
<b>Orientação</b>	0	0,0	0	0	-	-
<b>Total de APHr</b>	38.765	100,0	35.195	100,0	10,1%	-

Fonte: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH).

\*Percentual da variação entre os números absolutos do tipo de atendimentos realizados pelo SAMU dos anos 2013 e 2012

\*\* Percentual da variação entre os percentuais do tipo de atendimentos realizados pelo SAMU dos anos 2013 e 2012

O coeficiente de mortalidade apresentou uma queda de 6,2% entre os anos de 2013 e 2012 nos atendimentos realizados pelo SAMU (Tabela 206).

**Tabela 206** – Distribuição dos coeficientes de mortalidade dos Atendimentos Pré Hospitalares (APH) realizados pelo SAMU dos anos de 2013 e 2012, Porto Alegre, RS.

Ano	APH	Óbitos	*Coeficiente
	n	n	‰
<b>2013</b>	38.765	1.060	27,3
<b>2012</b>	35.196	1.024	29,1

Fonte: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH)

\*Óbitos para cada 1000 atendimentos

## Conclusões

O ano de 2013 representou um grande avanço na Rede de Atenção às Urgências e Emergências as habilitações pelo Ministério da Saúde, conforme a Portaria Nº 1580/2013, dos PAs Bom Jesus e Lomba do Pinheiro como UPAs Ampliadas Porte II. Da mesma forma, a entrega do termo de cessão do Estado para o Município em 08/01/2014 para UPA Partenon.

A autorização do Gabinete do Prefeito para encaminhar do projeto de decreto-lei para criação da Força Municipal do SUS (FMS) formalizando as ações de Emergência em Saúde Pública no município de Porto Alegre.

O projeto “Coração no Ritmo Certo”, que envolve além das ações de capacitação o projeto-lei para transformar Porto Alegre em uma Cidade Cardio-protégida, proporcionou à Coordenação Municipal de Urgências a materialização de ações de promoção e prevenção da saúde capacitando tanto os profissionais quanto população em geral. Atualmente encontra-se em fase de construção o aplicativo para georreferenciamento que será disponibilizado aos cidadãos capacitados para o primeiro atendimento em situações de parada cárdio-respiratória.

O compromisso com a realização do teste rápido para AIDS nos PAs/UPA fortaleceu a interface da CMU com a Área Técnica e APS possibilitando a identificação precoce de soropositivos e favorecendo tratamento adequado que contribui para sobrevida dos pacientes. Da mesma forma, o atendimento aos usuários para Profilaxia Pós Exposição Sexual (PEP) é uma ação de promoção à saúde, prevenção à doença e tratamento instituída nos PAs/UPA.

É importante destacar a inauguração do Raio-X do PALP que projeta aquela unidade nas melhorias assistenciais de apoio diagnóstico. A inauguração da sede própria do SAMU com área física e uma central de regulação adequadas aos processos de trabalho proporcionando dessa forma melhor atendimento às necessidades dos usuários.

Referente a UPA Moacyr Scliar foi encaminhado processo de qualificação desse componente. O planejamento e organização da UPA-Avançada no período do carnaval materializam as ações de assistência à saúde em eventos de massa, conforme a Portaria nº 1.139 de 2013 do Ministério da Saúde.

O projeto “Paciente Certo no Lugar Certo” foi selecionado para apresentação no 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da ABRASCO, em outubro de 2013, no painel Urgências e Emergências na rede de atenção a saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, destacado a SMS em nível nacional. Cabe destacar a qualificação da assistência e o compromisso com a integralidade da atenção à saúde, pois aproximou os componentes da RUE da escuta qualificada e das salas de espera com o Projeto “Tchê Ajudo”.

Contribuição efetiva na atualização do Plano de Atenção Regional da RUE da Região Macrometropolitana, bem como, participação na organização e monitoramento das contratualizações do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências na cidade de Porto Alegre.

As Linhas de Atenção da Dor Torácica e AVC foram revisadas e estendidas ao Estado, tendo a participação técnica dessa coordenação colaborando na organização dos fluxos e processos adequados para garantia da atenção aos casos agudos.

Houve a participação efetiva da Assessoria Técnica na organização das Redes de Atenção à Saúde da CMU nos fóruns relacionados Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), além do início das atividades dos Núcleos Internos de Regulação (NIR) de componentes da RUE.

#### 14. FINANCIAMENTO DO SUS

**Quadro 34** - Metas anuais constantes na PAS 2013

<b>Metas 2013</b>	<b>Realizado das Metas</b>
<b>90.</b> Aplicar o percentual de 20% dos recursos públicos municipais anuais nas ações e serviços públicos de saúde.	Meta atingida. O percentual de aplicação em ASPS foi 21,42%, logo a meta de acompanhamento do percentual foi atingida em mais de 100%.
<b>91.</b> Aplicar 100% dos recursos financeiros nos respectivos blocos de financiamentos (vínculos orçamentários)	Meta atingida. Acompanhamento de 100% da aplicação dos recursos nos respectivos blocos de financiamento.

## 15. DESEMPENHO DOS INDICADORES NO CICLO DE VIDA

### 15.1 Ciclo de Vida da Criança e do Adolescente

A Área Técnica de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente atua em consonância com as Áreas Técnicas da Saúde da Criança e da Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, bem como, com as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2010-2013.

Essas metas e ações têm o propósito de oferecer à criança e ao adolescente Atenção Integral à Saúde, objetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

**Quadro 34 - Metas anuais constantes na PAS 2013**

<b>Metas 2013</b>	<b>Realizado das metas</b>
<b>2.</b> Aumentar a cobertura da vacina contra a poliomielite (3ª dose) de 86,4% para 95%, em crianças menores de um ano.	Meta não atingida. A cobertura vacinal para a poliomielite (3ª dose) foi de 78,4%, Cabe ressaltar, no entanto, que esses dados não são definitivos, considerando a implantação do sistema APIWEB e o aprimoramento do mesmo pelo DATASUS, que não permitiu a coleta das informações completas até o presente momento.
<b>3.</b> Aumentar a cobertura da vacina pentavalente (DTP/Hib/HepB) no primeiro ano de vida de 85% para 95%.	Meta atingida. A taxa de cobertura vacinal obtida foi 120,2%. Os dados ainda são provisórios, aguardando levantamento final pelo sistema APIWEB – DATASUS.
<b>8.</b> Reduzir a taxa de incidência da sífilis congênita de 14,5/1000 NV para 14/1.000) NV, com equidade segundo raça/cor.	Meta não atingida. A taxa de incidência fechou em 17,7/ 1000 NV. As ações realizadas não foram suficientes, devendo-se ser intensificadas estratégias com o parceiro e as notificações mais específicas, que no momento estão gerando supernotificações.
<b>10.</b> Reduzir de 5,4% para índices iguais ou menores que 2,2% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor.	Meta parcialmente atingida Incidência: 3,6% para 1000 NV. Tivemos uma diminuição significativa de 1,8% que impacta na realidade do Município de Porto Alegre. As ações foram realizadas, porém para avaliar o impacto das mesmas é necessário intensificá-las durante um período mais prolongado.
<b>14.</b> Reduzir o nº de casos de meningites tuberculosas para zero casos entre menores de 4 anos.	Meta não atingida 03 Casos A medida para prevenir Tuberculose, formas graves em crianças, é a vacina BCG cuja cobertura em POA em 2013 foi de 96,53.

<p><b>26.</b> Realizar avaliação antropométrica em 25% dos alunos das escolas públicas do ensino infantil, fundamental e médio.</p>	<p>Meta não atingida. Foi realizada avaliação antropométrica em 6,7% dos escolares matriculados nas escolas públicas.</p>
<p><b>27.</b> Realizar triagem da acuidade visual em 95% dos alunos da 1ª série do ensino fundamental de escolas pública.</p>	<p>Meta atingida. Foi realizada triagem da acuidade visual de 149,2% dos alunos matriculados nas escolas públicas do ensino fundamental.</p>
<p><b>28.</b> Realizar primeira consulta odontológica programática em 80% dos alunos do 1º e último ano do ensino fundamental das escolas públicas das áreas de abrangência das ESB das ESF.</p>	<p>Meta parcialmente atingida - 72,18% das crianças do público-alvo da ação. Isso equivale a 90,2%. Em números absolutos, dos 34.221 alunos do público-alvo, 24.702 alunos realizaram a primeira consulta odontológica programática. Atribui-se a dificuldade para o pleno alcance dessa meta o fato de ter havido, no 3º quadrimestre, um período de transição nas unidades de saúde relativo à substituição dos profissionais da atenção básica do Instituto de Cardiologia pelos profissionais do IMESF.</p>
<p><b>29.</b> Realizar atividade de escovação dental ou aplicação tópica de flúor supervisionada em 80% dos alunos do 1º e último ano do ensino fundamental das escolas públicas das áreas de abrangência das ESB das ESF</p>	<p>Meta atingida. Atingiu-se uma cobertura de 99,4% de ação coletiva de escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor nos alunos do 1º e último ano do ensino fundamental.</p>
<p><b>30.</b> Realizar atividade educativa em saúde bucal em 80% alunos do 1º e último ano do ensino fundamental das escolas públicas das áreas de abrangência das ESB das ESF.</p>	<p>Meta atingida - 85,84%, totalizando 29.376 alunos.</p>
<p><b>32.</b> Reduzir a mortalidade infantil para menos de 9/ 1.000 NV, com equidade segundo raça/cor.</p>	<p>Meta não atingida - taxa de mortalidade infantil: 9.3/1000 (no entanto os dados de investigação dos óbitos ainda não foram finalizados pelo Estado). A taxa de mortalidade na raça branca foi de 9.5/1000 NV e 8.1/1000NV na raça negra.</p>
<p><b>33.</b> Aumentar a taxa de AME na 1ª consulta do RN, de 79,3 % para 83%, em crianças acompanhadas pelo programa PRÁ-NENÊ.</p>	<p>Meta não atingida – 79,1% Os resultados indicam a necessidade de potencializar a Rede Cegonha, no sentido de promover e apoiar o Pré-Natal na atenção básica, bem como pactuar com as maternidades o cumprimento do 4º Passo dos Hospitais Amigos da Criança (1 hora de contato pele à pele da mãe-bebê) e a garantia de amamentação exclusiva na alta hospitalar sem prescrição de fórmula infantil.</p>



<p><b>34.</b> Aumentar a taxa de AME em crianças aos 4 meses de vida, acompanhados pela ESF, de 76,7% para 80%.</p>	<p>Meta não atingida – 72,9% Os resultados demonstram que as taxas de AME não apresentaram avanços, indicando a necessidade de intensificar as ações de promoção e apoio ao AM na Atenção Básica, através da estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e Manejo Clínico em AM, além de estratificar esse dado por gerência distrital. Ao mesmo tempo, há necessidade de proteger o AM para além do setor saúde, no sentido de que a mulher trabalhadora retorne ao trabalho amamentando.</p>
<p><b>40.</b> Ampliar a cobertura da triagem auditiva neonatal universal de 75% para 80% dos nascimentos pelo SUS.</p>	<p>Meta parcialmente atingida - 77,1%. Isso equivale a 96,3% Importante destacar que não temos os dados estratificados em relação à faixa etária a fim de que possamos identificar quantos desses exames são neonatais.</p>
<p><b>43.</b> Aumentar de 24,7% para 30% a taxa de primeira consulta do acompanhamento de recém-nascido em até sete dias de vida.</p>	<p>Meta não atingida. A taxa de acompanhamento do recém-nascido até sete dias de vida foi de 23,9%.</p>
<p><b>44.</b> Ampliar a proporção de coleta de teste de triagem neonatal no período de 3 a 7 dias de vida de 57,6% para 70%.</p>	<p>Meta atingida. Foi realizado a coleta do teste do pezinho no período de 3 a 7 dias em 80,4% das crianças triadas nas unidades de saúde.</p>

## Imunização

**Tabela 207** - Cobertura vacinal no primeiro ano de vida.

	Período		Variação
	2013	2012	%
<b>Sabin</b>	78,4	80,0	- 2,0
<b>** Tetravalente (DTP + HIB)</b>	*	79,8	-
<b>** Pentavalente</b>	120,21	*	-
<b>BCG</b>	96,5	96,8	- 0,3

**Fonte:** Núcleo de Imunizações-EVDT-CGVS-SMS-PMPA. Base populacional SINASC

Dados do ano de 2013 sujeitos à revisão.

\*(3ª dose) das respectivas vacinas

\* O calendário vacinal no ano de 2013 passou por modificações, tendo sido incluída a vacina pentavalente a partir de agosto de 2013 e que substituiu a vacina tetravalente, desse modo não dispomos dos dados da pentavalente para 2012 e de dados completos da tetravalente para 2013.

A cobertura vacinal sofreu pequena variação em relação ao ano anterior, a meta não foi atingida, no entanto é importante destacar que no segundo semestre de 2013 foi iniciada implementação do Programa APIWEB em todos os serviços de saúde e que prevê o registro online, de todas as vacinas realizadas na Unidades de Saúde.

O APIWEB, ainda está em construção pelo Datasus o Módulo de Relatórios, que permitirá a tabulação das doses de vacinas aplicadas e digitadas pelas Unidades de Saúde. Neste momento a tabulação tem que ser feita manualmente, acessando Unidade por Unidade no sistema, o que ainda não possibilitou a conclusão do relatório de cobertura vacinal por Unidades e Gerências.

Relevante considerar que as taxas de cobertura vacinal referidas acima não são definitivas, por ainda estarem sendo computadas no sistema online.

Certamente no próximo período, com a qualificação do referido sistema os dados serão mais precisos.

Faz-se fundamental considerar que uma das estratégias para o aumento das coberturas vacinais é a busca ativa dos faltosos pelas Unidades de Saúde, que ocorre com dificuldade em algumas Unidades, fundamentalmente UBs, onde as dificuldades estruturais para a busca ativa persistem, pode-se também considerar a possibilidade de sub-registro.

As capacitações para a qualificação das equipes têm ocorrido de modo sistemático, uma vez que é prerrogativa indispensável a qualificação das equipes da sala de vacinas.

## Sífilis Congênita

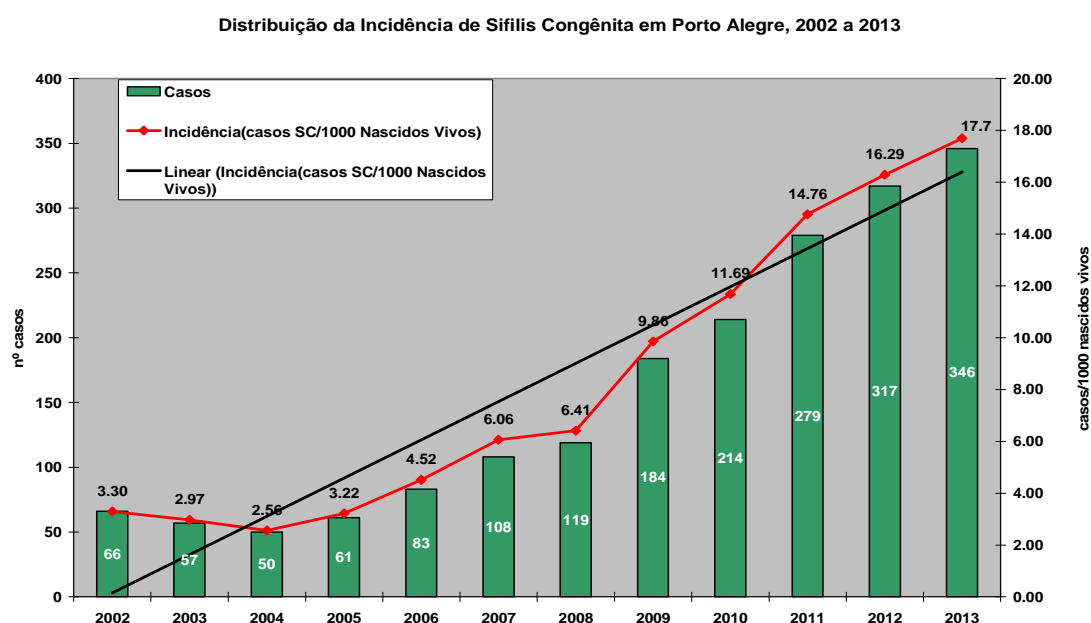
**Tabela 208** - Incidência de sífilis congênita por número absoluto de casos- SISPACTO 28

<b>Incidência de Sífilis Congênita SISPACTO 28</b>		<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Varição%</b>
<b>Casos</b>	<b>Notificado</b>	346	317	+ 9%
	<b>Investigado</b>	346	317	+ 9%
	<b>Confirmado</b>	346	317	+ 9%
	<b>% atingido</b>	-33%	-21%	NA

Fonte: SINAN NET/EVD/CGVS/SMSPA

Foram diagnosticados mais casos de Sífilis Congênita no ano de 2013 do que no ano de 2012. No entanto, a meta que era diminuir os casos absolutos para até 252 casos, não foi atingida. A tendência histórica da Sífilis Congênita em Porto Alegre é de aumento de casos, como mostra o gráfico abaixo.

**Gráfico 9** – Distribuição dos casos e incidência da Sífilis Congênita de Porto Alegre, no período de 2002 a 2013.



Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA

**Tabela 209** - Raça/Cor dos casos de Sífilis Congênita de Porto Alegre.

Ano Diagnóstico	2013	2012
Ign/Branco	55 (15,9%)	66 (20%)
Branca	184 (53,1%)	156 (49%)
Preta	57 (16,5%)	77 (24,3%)
Parda	49 (14,5%)	17 (5,4%)
Negra	106 (30,6)	94 (29,6)
Indígena	1 (0%)	1 (0%)
<b>Total (100%)</b>	<b>346 (100%)</b>	<b>317 (100%)</b>

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA

Houve uma melhora importante na informação da raça/cor dos casos de Sífilis Congênita em 2013 em relação aos casos de 2012, pois diminui a informação ignorada. E, em ambos os anos, o percentual da raça/cor preta e parda juntos somam acima do 20% da raça/cor preta/parda da população de Porto Alegre (IBGE 2010) o que demonstra um risco maior nesta população.

**Tabela 210** - Incidência da Sífilis Congênita no total de Nascidos vivos e em NV de raça/ cor preta/parda em Porto Alegre.

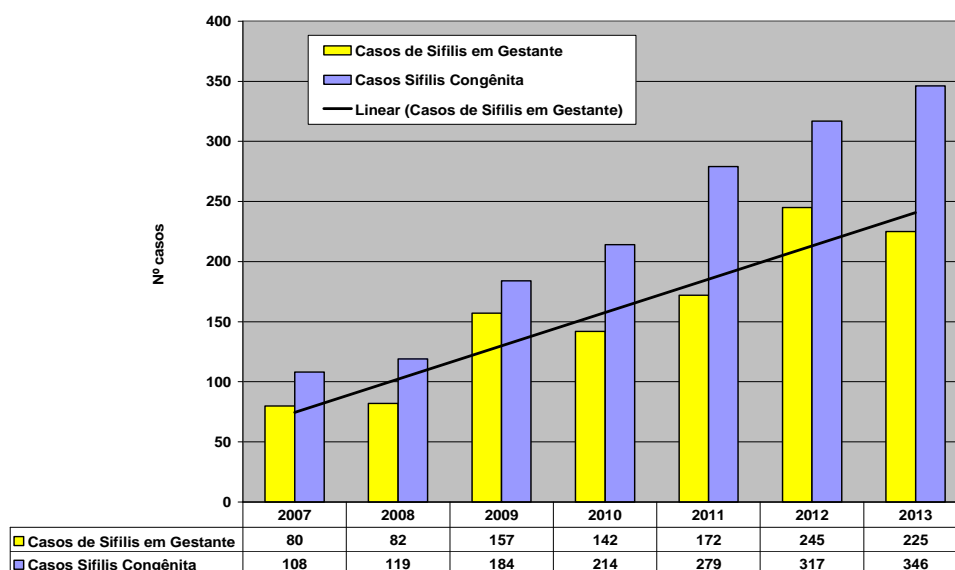
Ano	Nº	Nascidos vivos	Nº	Casos de Sífilis Congênita N de casos raça/ cor preta e parda	Incidência Casos para 1000 NV Sífilis Congênita	Incidência Casos para 1000 NV Sífilis Congênitos Raça/ cor preta e parda
		Nº raça cor preta/parda				
2007	17.809	3.547	10	46	6,01	12,97
			7			
2008	18.553	3.958	115	41	6,20	10,36
2009	18.665	4.085	18	72	9,86	17,63
			4			
2010	18.315	3.978	21	79	11,69	19,86
			4			
2011	18.907	4.524	27	95	14,76	21,00
			9			
2012	19.457	4.868	37	94	16,29	19,31
			7			
2013	19.545	4.944	34	106	17,70	21,44
			6			

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA

Na avaliação por raça cor como solicitado na meta nº 8 , há a manutenção de uma incidência maior na população da raça/cor preta parda como mostra a tabela das incidências da Sífilis Congênita.

**Gráfico 10** – Distribuição dos Casos de Sífilis em Gestante e casos de Sífilis Congênita em Porto Alegre no período de 2007 a 2013.

Distribuição dos casos de Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita em Porto Alegre, 2007 a 2013



Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA

Na avaliação da vigilância da sífilis em gestante que tem como objetivo prevenir os casos de Sífilis Congênita, se verifica que há uma tendência de aumento de casos notificados desde sua implantação em 2007, contudo ainda há mais casos de Sífilis Congênita que Sífilis em Gestante notificado. Sabe-se que, em média, 30% dos casos de Sífilis Congênita em Porto Alegre decorrem da não realização do pré-natal, portanto não serão diagnosticados como sífilis em gestante. Contudo, mantém-se o da busca de notificações de sífilis em gestantes por unidades de saúde, laboratórios, hospitais e outros serviços de saúde.

## HIV/AIDS

**Tabela 211 – Casos de AIDS maiores de 13 anos, segundo raça/cor.**

<b>Casos de AIDS em maiores de 13 anos, segundo raça/cor PAS 9</b>	<b>Meta</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Variação</b>
<b>Branca</b>	Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça/cor de 98,99 / 100.000 para 98 / 100. 000 hab.	750	813	- 7,7%
<b>Preta</b>		230	227	+1,3%
<b>Parda</b>		145	153	- 5,2%
<b>Preta + Parda</b>		375	380	- 1,3%
<b>Amarela</b>		1	2	+50%
<b>Indígena</b>		2	0	+100%
<b>Ignorada</b>		71	109	-34,9
<b>TOTAL</b>		1199	1304	--8,05%
<b>Coeficiente de detecção / 100.000 hab</b>		85,1 / 100.000 hab	92,5 / 100.000 hab	

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA

Houve redução dos casos, podendo ainda haver o ingresso de notificações em atraso. Observa-se que em relação à raça/cor houve diminuição em indivíduos de cor branca e casos com raça/cor ignorados; em pretos e pardos a redução foi menor e ocorreu aumento em amarelos e indígenas. Em relação ao Coeficiente de Detecção observa-se diminuição dos casos de AIDS em indivíduos maiores de 13 anos no ano de 2013, até a data de 02/02/2014.

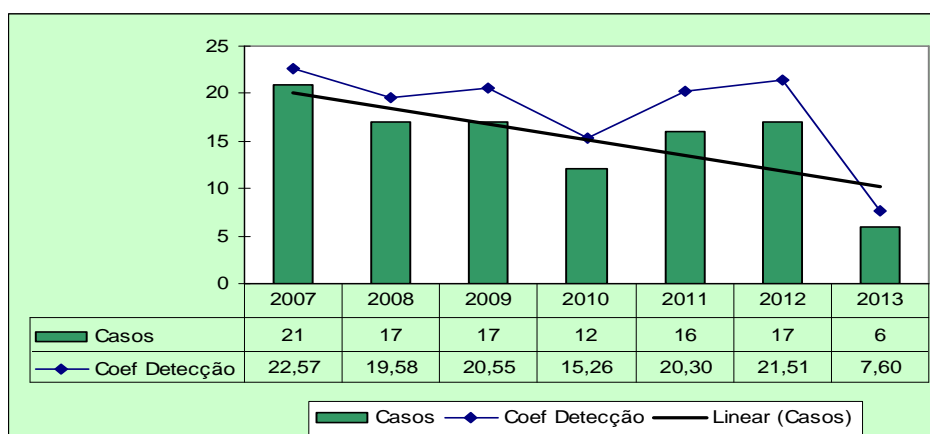
**Tabela 212** – Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos

Reduzir a incidência de aids em menores de 5 anos SISPACTO 42		2013	2012	Variação %
Casos	Nº de casos	6	17	- 62,7
	Incidência anual (casos / 100.000 habitantes)*	7,6 / 100.000 hab	21,6 / 100.000 hab	- 64,8

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA

Se percebe uma considerável redução dos casos de aids em menores de 5 anos no ano de 2013 comparativamente ao ano de 2012. O gráfico abaixo demonstra essa redução.

**Gráfico 11** - Casos de AIDS e Coeficiente de Detecção por 100.000 habitantes em menores de 5 anos , em Porto Alegre, 2007 a 2013



Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA

**Tabela 213** – Partos de gestantes HIV + residentes em Porto Alegre com crianças nascidas vivas nos anos de 2013 e 2012 e o percentual do não uso do ARV no momento do parto.

Estabelecimentos de Parto	Não uso ARV no parto 2013		Total de partos 2013	Não usou ARV no parto 2012		Total de parto 2012
	Nº	%		Nº	%	
Associação Hospitalar Moinhos de Vento	1	20%	5	0	0%	5
Centro Ambulatorial da Restinga	1	100%	1	1	100%	1
Hospital de Clínicas	4	6,7%	59	6	10,7%	56
Hospital Divina Providência	0	0,0%	3	1	11,1%	9
Hospital Ernesto Dornelles	0	0,0%	1	0	0,0%	0
Hospital Femina SA	8	14,2%	56	3	4,8%	62
Hospital Mãe de Deus	0	0,0%	6	1	20,0%	5
Hospital Materno infantil Presidente Vargas	4	13,8%	29	7	22,6%	31

Hospital Nossa Senhora da Conceição SA	6	7,2%	83	6	5,8%	103
Hospital São Lucas da PUC	5	10,0%	50	4	9,8%	41
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	1	2,5%	40	8	13,8%	58
UBS Macedônia	1	100,0%	1	0	0,0%	0
UBS Restinga	2	100,0%	2	0	0,0%	0
UBS Vila Cruzeiro (FEBEM)	1	100,0%	1	0	0,0%	0
Outros locais (domiciliares, rua, SAMU e etc).	8	100,0%	8	4	50,0%	8
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>12,2%</b>	<b>345</b>	<b>41</b>	<b>10,8%</b>	<b>379</b>

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA

A avaliação do não uso de ARV no parto começou a estar na pactuação no ano de 2013 e mostrou neste ano um percentual maior que o ano de 2012. Em 2013, dos partos de gestantes HIV+ com filhos nascidos vivos, 12% não receberam o antiretroviral no momento do parto. Vários são os motivos, sendo que o principal relatado: as parturientes estão chegando em “período expulsivo” nas maternidades. Além disso, se percebe que 12 casos nasceram fora de ambiente hospitalar. Considerando que o risco da transmissão vertical do HIV é 50% no momento do parto, este fator precisa muito ser melhorado para Porto Alegre diminuir a incidência da transmissão vertical do HIV.

**Tabela 214 - Crianças expostas ao HIV no parto segundo raça/cor**

Crianças Expostas ao HIV no parto segundo raça/cor		2013	2012	Variação%
Casos expostos	Branca	174	209	NA
	Preta	113	107	NA
	Parda	37	38	NA
	Preta + Parda	150	145	NA
	Amarela	0	1	NA
	Indígena	1	0	NA
	ignorado	20	24	NA
	<b>TOTAL</b>	<b>345</b>	<b>379</b>	<b>- 8,9%</b>

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA

Apesar de um número menor de casos de 2013 das crianças nascidas vivas expostas ao HIV, não houve variação significativa no número total, nem no número de crianças avaliadas por raça/cor.

Porém a taxa de transmissão vertical do HIV, que é encerrada após uma coorte de até dois anos apresentou um valor menor no ano de 2011 em relação ao ano de 2010, ficando em 3,6% (dado preliminar) com 13 crianças infectadas em relação a 2010 que foi de 5,2%. Abaixo a tabela 6 que faz parte desta análise.

**Tabela 215** - Reduzir de 4,3% para índices iguais ou menores de 4% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/ cor/etnia.

<b>Meta 6 – Reduzir de 4,3% para índices iguais ou menores que 4% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor/etnia. (dados sempre de dois anos antes - coorte 2 anos)</b>		
<b>Indicador: Índice de transmissão vertical do HIV segundo raça/cor/etnia. – (Nº crianças infectadas/Nº crianças expostas)*100</b>		
<b>Gerência Distrital</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Centro</b>	(0/20)*100 = 0%	(1/22)*100 = 4,5%
<b>NHNI</b>	(4/28)*100 = 14,3%	(1/32)*100 = 3,1%
<b>NEB</b>	(1/44)*100 = 2,3%	(2/43)*100 = 4,6%
<b>LENO</b>	(2/47)*100 = 4,2%	(1/59)*100 = 1,7%
<b>GCC</b>	(1/42)*100 = 2,4%	(1/65)*100 = 1,5%
<b>SCS</b>	(1/33)*100 = 3%	(3/37)*100 = 8,1%
<b>PLP</b>	(5/50)*100 = 10%	(3/61)*100 = 4,9%
<b>RES</b>	(3/30)*100 = 10%	(0/30)*100 = 0
<b>Porto Alegre</b>	<b>(17/304)*100 = 5,6%</b>	<b>(13/363)*100 = 3,6%</b>

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA

## **Meningites Tuberculosas**

No ano de 2013 foram registrados 03 casos de meningite tuberculose entre menores de 4 anos, enquanto no ano de 2012 foram registrados 02 casos. Os casos foram registrados nas GD Leste/Nordeste (1caso) e na GD Glória/Cruzeiro/Cristal (2casos). As crianças apresentam histórico de conviver com familiares que estão em tratamento por tuberculose. Quanto a raça/cor uma é parda,



outra negra e a terceira o dado não foi fornecido. A faixa etária varia de 5 meses de idade a 4 anos. As três crianças estavam vacinadas com BCG.

O aumento no registro de casos de meningite tuberculose na população menor de 4 anos é preocupante, devendo ser motivo de ações mais intensivas, como a investigação de contatos de pacientes em tratamento para tuberculose, para proteção desta população. Deve-se considerar a importância de sensibilizar os pacientes em tratamento quanto aos cuidados para evitar a transmissão da doença.

Na Tabela 216 estão apresentados os números de casos de meningite tuberculosa, na população menor de 4 anos, no período de 2001 a 2013.

**Tabela 216** – Número de casos de meningite tuberculosa entre menores de 4 anos, residentes em Porto Alegre, no período de 2001 a 2013.

<b>Ano</b>	<b>Nº de casos de meningite TB</b>
2001	2
2002	0
2003	2
2004	3
2005	0
2006	1
2007	6
2008	4
2009	1
2010	3
2011	1
2012	2
2013	3
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>

**Fonte:** SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA. Base de dados de 15/2/2014.  
Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

## PSE- Programa Saúde Escolar

**Tabela 217** - Avaliação antropométrica e triagem da acuidade visual em alunos das escolas públicas.

Descrição do Item	Período				Variação	
	2013		2012		2013/2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Avaliação antropométrica em alunos das escolas públicas do ensino infantil, fundamental e médio.	12.557	6,7	26.751	52,5	- 14.194	- 87,2
Triagem da acuidade visual dos alunos da 1ª série do ensino fundamental de escolas pública	19.522	149,2	11.010	21,6	8.512	590,7

Fonte: Relatório da Saúde Escolar/Formus/CGAPSES

Analisando os resultados obtidos através do Programa Saúde na Escola (PSE), observa-se que não atingimos a meta para a avaliação antropométrica, bem como, quando comparado ao ano anterior foram realizadas um número menor de avaliações.

Em relação às avaliações da acuidade visual os resultados foram muito superiores ao ano anterior.

No entanto, para realizar a análise qualificada das ações do PSE é importante considerar que as ações que vêm sendo desenvolvidas pelo Programa estão cada vez mais abrangentes, realizando um número maior de ações de promoção e prevenção em saúde junto às escolas e aos escolares.

Essas ações visam fundamentalmente levar informações aos escolares no sentido de promover condutas saudáveis em saúde, bem como realizar identificação de possíveis situações que possam agravar a saúde e o desenvolvimento pleno desses.

Através do PSE são realizadas diversas ações em diferentes temáticas, foram realizadas em 2013, 7.273 verificações do calendário vacinal, 3.761 verificações de pressão arterial e realizadas 400 avaliações auditivas.

Ações de segurança alimentar e alimentação saudável foram 1.443 atividades que abrangeram 5.045 escolares, ações de promoção à saúde envolvendo a temática do álcool, tabaco e outras drogas foram 1.056 atividades que abrangeram 3.946 alunos.

As atividades de promoção à saúde mental abrangeram 12.810 professores e alunos, na temática da cultura da paz e da prevenção das violências as unidades de saúde desenvolveram 1.518 atividades, com abordagem do tema com 2.590 alunos.

Relevante ressaltar que a parceria de trabalho entre as Unidades de Saúde e as Escolas têm sido gradativamente qualificada, permitindo o desenvolvimento do trabalho de modo dinâmico em uma construção coletiva, objetivando a abordagem qualificada dos temas sensibilizando os escolares.

**Tabela 218** - Triagem auditiva neonatal universal dos nascimentos pelo SUS.

	Período		Variação
	2013	2012	%
<b>Porto Alegre</b>	77,1	81,4	- 2,5

Fonte: SIA e SIH/Datasus (consultados em 17/03/14).

Número de Emissões Otoacústicas Evocadas -Procedimento: 02.11.07.014-9 e de Potencial Evocado Auditivo – 02.11.07.027-0.  
Número de AIH de partos ocorridos em Porto Alegre

Observando os dados referentes à triagem auditiva, no ano de 2012 foram realizadas um total de 15.613 avaliações e no ano de 2013 foram 14.698. No entanto, observa-se na consulta realizada, que alguns hospitais ainda não lançaram a produção total do ano de 2013, dessa forma os dados são parciais.

Relevante também considerar que a referida taxa mostra o resultado das triagens auditivas realizadas pelos serviços hospitalares, o que não representa unicamente as realizadas nos recém-nascidos.

Buscando qualificar essa informação, já está em fase de implantação, junto às maternidades e, em parceria com a Área Técnica da Saúde da Mulher, formulário formsus, que será preenchido pelas maternidades e enviado a AT da Criança e do Adolescente, informando o número de nascimentos e os testes auditivos realizados, bem como quantas alterações houve, essas ações visam qualificar as informações neonatais e propor estratégias a serem realizadas pelos serviços.

## Acompanhamento do RN

**Tabela 219** - Acompanhamento do recém-nascido até 7 dias de vida

Descrição do Item	Período				Variação	
	2013		2012		2013/2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consulta do acompanhamento de recém-nascido em até sete dias de vida	1.850	23,9	2.238	22,9	- 388	+ 4,3

Fonte: PPN/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

A primeira avaliação do recém-nascido é fundamental na identificação de possíveis fatores de risco que possam comprometer o desenvolvimento, o crescimento e a vida da criança. Por esse motivo a avaliação precoce dessa criança pelo serviço de saúde, em até 7 dias de vida, é essencial.

Mesmo não atingindo a meta contratada, é possível verificar pelos dados dos anos anteriores que pelo terceiro ano consecutivo alcançamos uma variação positiva.

Diversos têm sido os esforços realizados junto às equipes de saúde e de monitoramento das Gerências Distritais, no intuito de construir estratégias regionais para aumentar a taxa de acompanhamento das crianças até o 7 dia de vida. Já estão sinalizadas capacitações às Equipes no intuito de qualificar a abordagem às crianças e suas famílias no momento do acolhimento na Unidade, bem como a busca ativa dos nascidos vivos nas ESFs.

**Tabela 220** - Teste de triagem neonatal no período de 3 a 7 dias de vida

Gerência Distrital	3º Quadrimestre		Variação
	2013	2012	%
Centro	79,3	71,7	10,5
NHNI	79,5	68,9	15,3
NEB	77,0	69,3	11,1
LENO	83,4	74,5	11,9
GCC	78,2	72,8	7,4
SCS	81,5	73,0	11,6
PLP	84,4	77,7	8,6
RES	80,1	72,9	9,8
<b>Porto Alegre</b>	<b>80,4</b>	<b>72,9</b>	<b>10,2</b>

Fonte: SRTN/HMIPV/SMS/PMPA.

A realização do teste do pezinho possibilita o diagnóstico e conseqüentemente o tratamento precoce de doenças, reduzindo as implicações negativas na qualidade de vida das crianças.

Importante considerar que a realização do teste do pezinho no período considerado ideal (entre o 3º e o 7º dia) permite uma maior qualidade na identificação das doenças triadas pelo referido teste e que a realização desse, fora do período ideal, dificulta o diagnóstico precoce e preciso dessas doenças (fenilcetonúria, doença falciforme, hemoglobinopatias, hipotireoidismo congênito e fibrose cística).

A SMS tem buscado continuamente, através de diferentes estratégias, qualificar o acesso ao teste do pezinho até o sétimo dia de vida do recém-nascido.

Em relação ao ano de 2012 verificamos que houve uma melhora nos tempos de coleta do teste do pezinho, com variação positiva em todas as gerências, representando qualificação no rastreamento de doenças. Isso se deve a uma maior aproximação com as maternidades que têm orientado as mães na saída da maternidade, qualificação das orientações para as mães no pré-natal, sensibilizando para a importância na realização do teste e a implantação da estratégia de acolhimento nas Unidades de Saúde que possibilita maior acesso aos serviços.

Dos nascidos vivos da cidade de Porto Alegre, em 2013, 78% realizaram o teste do pezinho nas Unidades de Saúde do SUS; foram realizados 15.225 testes de triagem neonatal, desses 12.240 entre o 3º e o 7º dia.

**Tabela 221** - Taxa de internações por asma (CID J45 e J46) em menores de 5 anos de idade (/1.000)

	Período		Variação
	2013	2012	%
<b>Porto Alegre</b>	11,48	12,4	- 7,4

Fonte: SIH/Datasus e IBGE SIH consultado em 14/03/14).

**Tabela 222** - Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (CID J00 a J 22) em menores de 5 anos de idade (/1.000)

	Período		Variação
	2013	2012	%
<b>Porto Alegre</b>	32,14	34,7	- 7,3

Fonte: SIH/Datasus e IBGE SIH consultado em 14/03/14).

Observa-se uma redução das taxas de internações por asma e por infecção respiratória em menores de 5 anos de 2012 para 2013.

Os dados mostram uma tendência de queda pelo segundo ano consecutivo, pois observamos uma redução também nas taxas de 2011 para 2012.

Esses dados podem representar a qualificação da atenção básica e maior acesso no diagnóstico e tratamento precoce dessas doenças evitando a internação.

### Ciclo de vida do Adolescente por região da cidade 10-19 anos

**Tabela 223** - Número de consultas de profissionais de nível superior e em saúde mental (psicólogo e psiquiatra) de adolescentes (10 a 19 anos)

Profissional	3º Quadrimestre		Variação
	2013	2012	%
Nutricionista	10.986	14.693	- 25,2
Enfermeiro	113.966	80.783	41,1
Psicólogo	8.740	10.117	- 13,6
Assistente social	3.828	4.149	- 7,7
Médico	184.965	219.683	- 15,8
Psiquiatra	14.721	12.711	15,8

Fonte: SIA/ DATASUS (SIA consultado em 12/02/14)

Procedimentos: 0301010030, 0301010048, 0301010064, 0301010072, 0301010056

Os dados referentes às consultas para os adolescentes mostram um aumento do número de atendimentos por parte do profissional enfermeiro e psiquiatra; percebe-se uma pequena redução nos atendimentos do assistente social.

A maior redução do número de consultas ocorreu na categoria do nutricionista, possivelmente relacionada a uma redução do quadro de recursos humanos, que em 2013 foi de 15% e também em decorrência da mudança no método de trabalho que foi reorganizado em 2013.

Importante ressaltar que os processos de trabalho das Unidades de Saúde, bem como dos Serviços de Referência como os NASFs e EESCA's passam por algumas adequações a fim qualificar e ampliar o acesso, essa readequação pode, de algum modo, refletir no número de atendimentos.

## 15.2 Ciclo de Vida do Adulto

### 15.2.1 Saúde do Trabalhador

**Quadro 35** – Metas anuais constantes na PAS 2013

<b>Metas 2013</b>	<b>Realizado das metas</b>
<b>17.</b> Implantar a notificação e ações em Saúde do Trabalhador em 70% na Rede de Urgência no município de Porto Alegre	Meta atingida. Realizada a implantação de 100% dos fluxos e referências em Acidentes com Risco Biológico, assim como reforço aos profissionais a obrigatoriedade da notificação em processos de educação permanente na Rede de Saúde de Urgência. Houve a definição do fluxo de preenchimento da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho).
<b>46.</b> Implantar o Fluxo de Notificações e Ações em Saúde do Trabalhador em 02 Gerências Distritais	Meta atingida. Realizado a definição de fluxos de atenção, assistência e referências, assim como Matriciamento em ST em 07 GDs; Estabelecimento do CEREST como referência técnica e especializada para a Rede de Saúde de POA.
<b>75.</b> Implantar o fluxo de notificações e ações para crianças e adolescentes em situação de trabalho em 03 Gerências Distritais de Porto Alegre	Meta atingida. Realizada a definição de fluxos de atenção, assistência e referências, assim como Matriciamento em ST em 07 GDs, em 2013; Estabelecimento como referência técnica e especializada para a Rede de Saúde de POA; Em andamento o Projeto Piloto de mapeamento das crianças e adolescentes da LENO em situação de trabalho infantil, em conjunto com a FASC e SMED; Educação permanente dos profissionais da Rede de Saúde.

No ano de 2013, houve a definição dos fluxos em ST e a partir disso, iniciou o Matriciamento na Rede Básica, onde se estabeleceu o CEREST como referência técnica e especializada em ST em 07 Gerências Distritais, excetuando-se a GDRES, estendendo-se o número de GDs previsto na meta. Ainda não foi possível realizar as reuniões em 100% das unidades para o acompanhamento e fortalecimento desse trabalho. Foi reavaliado esse processo e organizado o Cronograma para 2014, objetivando a cobertura de 25% das unidades da rede local de saúde.

O mapeamento previsto da ocupação não foi realizado pela não implantação do campo "ocupação" como obrigatório no Sistema AGHOS (vigente).

O Projeto Piloto de mapeamento de crianças e adolescentes em situação de trabalho na área de abrangência da GDLENO foi atualizado através do cruzamento do cadastro único das famílias da FASC com as matrículas escolares e UBS's de

referência. Este projeto abrange aproximadamente 50 crianças e suas famílias, 4 escolas da Rede Municipal, 5 UBS's e 8 Serviços da FASC da rede própria e conveniada da região. O Projeto prevê para 2014, Oficinas de Sensibilização e Capacitação para a Rede local, além de um trabalho de monitoramento por esta Rede.

**Tabela 224** - atendimentos em Saúde do Trabalhador realizados pelo CEREST-Regional/POA nos anos de 2012 e 2013 e variação:

Descrição do Item	Período		2013/2012	Variação
	2013	2012	Nº	%
Medicina do trabalho	1.609	1.628	19	-1,1%
Acupuntura	464	370	94	25%
Enfermagem	308	382	74	-19.3%
Psicologia	-	116	116	-
Serviço Social	-	68	68	-
Fisioterapia	262	163	99	61%
Terapeuta Ocupacional	59	21	38	181%
<b>Total</b>	<b>2.702</b>	<b>2.748</b>	<b>46</b>	<b>-1,7%</b>

Fonte: CEREST-Regional/POA/SMS

Em relação ao número de atendimentos no ano de 2013, houve decréscimo do número total de atendimentos em ST principalmente devido à saída, no final de 2012, de 02 profissionais (Psicóloga e Assistente Social), não tendo ocorrido reposição de profissionais.

O CEREST sendo membro efetivo da Comissão de Normatização dos Acidentes com material Biológico (CNAMB), estimulou a implantação das notificações em relação aos Acidentes com Material Biológico. Este espaço tem sido de fundamental importância para a interlocução com a Rede de Urgências e possibilita a sensibilização dos profissionais para a necessidade de notificação dos demais agravos à Saúde do Trabalhador. Pretendemos, para 2014, transformar este fórum em um propulsor para a realização das demais notificações no SINAN.

No final de 2013 houve a mudança de coordenação do CEREST e desde esse momento o serviço está passando por um processo de avaliação de suas ações e de seu papel junto à Rede de Serviços do Município, bem como em relação



aos demais municípios para os quais é referência nas ações em Saúde do Trabalhador.

A ação de matriciamento teve uma reformulação em sua metodologia e assumiu um caráter mais regionalizado, respeitando as necessidades e prioridades das realidades locais. Para isso a equipe do CEREST passou a participar das reuniões dos Grupos de Monitoramento das GDs (CONSOLIDA SUS), onde foram priorizadas as UBSs a receberem matriciamento no ano de 2014, representando um total de 25% da rede local, meta esta proposta pelo PAS.

Em relação ao Trabalho Infantil, no ano de 2014 o CEREST dará continuidade ao Projeto Piloto na GDLENO. Este projeto prevê ações intersetoriais já descritas acima e caracteriza-se como uma ação de prevenção ao Trabalho Infantil como fator de risco devido à realização da COPA em nosso Município. Uma etapa prevista no Projeto Piloto é a capacitação em relação ao tema, para as Redes locais, planejada em parceria com a AT da Saúde da Infância. Esta se estenderá para as demais GDs do município.

Está prevista para o ano de 2014 a retomada das reuniões de planejamento e organização, necessárias à implantação da Unidade Sentinela do HPS.

O CEREST iniciou em 2013 e está consolidando em 2014, em parceria com o CMS, a retomada do Conselho Gestor do Serviço. Além disso, terá a garantia de sua participação nas CIST Municipal e Estadual, bem como sua representação em Fóruns e Comitês relacionados à Saúde do Trabalhador.

O CEREST participará na Conferência Macrorregional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que ocorrerá em 25 e 26/04 na cidade de Novo Hamburgo, bem como em Eventos, Cursos, Encontros, Seminários e Congressos na condição de palestrantes tanto quanto de participantes na busca de qualificação da equipe.

## Vigilância em Saúde do Trabalhador

**Tabela 225** - Óbitos relacionados ao trabalho notificados e investigados

<b>Indicador</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>
Número de óbitos relacionados ao trabalho confirmados decorrentes de acidente típico em atividade laboral (SIM)	13	8
Número de óbitos relacionados ao trabalho confirmados decorrentes de acidente de trajeto para a atividade laboral (SIM)	4	7

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) EVEV/ CGVS/ SMS

Conforme a Tabela 225, o número de óbitos de acidente de trabalho no ano de 2013 foi de 13 óbitos por acidente típico e quatro de trajeto. Em 2012, no mesmo período, ocorreram oito óbitos relacionados a acidente típico e sete de trajeto.

**Tabela 226** - Outras notificações SINAN

<b>Indicador</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>
Casos de outras doenças e agravos notificados SINAN	104	36
Casos de acidente com material biológico notificado SINAN	740	508

Fonte: SINAN - EVSAT/ CGVS/ SMS

Em relação às notificações do SINAN, foram notificados no ano de 2013 740 casos de acidente com material biológico e 104 casos de outros agravos. Desses últimos, um caso de dermatose ocupacional, sete casos de intoxicação exógena, um caso de transtorno mental, três casos de trabalho infantil, 92 casos de LER/DORT.

No ano de 2012 foram notificados no SINAN 508 casos de acidente com material biológico e 36 casos de outros agravos. Sendo os outros agravos: um caso de dermatose ocupacional, três casos de intoxicação exógena, 21 casos de LER/DORT, um caso de pneumoconiose e 10 casos de trabalho infantil.

**Tabela 227** - Distribuição dos casos de doenças e agravos notificados nos sistemas de informação segundo sexo, Porto Alegre, RS, 2013.

<b>SISTEMA</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>Varição %</b>
<b>SIST</b>			
feminino	876	792	10,6
masculino	397	345	15,07
Ignorado	-	19	-
<b>Total</b>	<b>1.273</b>	<b>1.156</b>	<b>10,12</b>

<b>SINAN</b>			
Feminino	683	419	63,0
Masculino	161	125	28,8
<b>Total</b>	<b>844</b>	<b>544</b>	<b>55,14</b>

Fonte: EVSAT/ CGVS/ SMS

O número de doenças notificadas no SINAN e SIST aumentou no ano de 2013 em relação ao ano de 2012. Isso possivelmente ocorreu em função da EVSAT ter retomado, em 2013, as visitas aos SESMTs dos hospitais para qualificação das equipes, o que resultou em aumento do número de notificação e melhor preenchimento das fichas. Nesse ano, também houve retorno das fichas para os serviços que apresentavam problemas de preenchimento, o que aumentou o número de notificações digitadas nos dois sistemas.

No ano de 2013, foi redimensionada a equipe técnica para a ampliação das ações de vigilância em saúde do trabalhador.

As Unidades de Saúde Notificadoras no SINAN são: Hospital Vila Nova, CEREST, Hospital Moinhos de Vento, Hospital Porto Alegre, Hospital Banco de Olhos, Hospital de Clínicas, Hospital Divina Providência, Hospital Ernesto Dornelles, Hospital Independência, Hospital Mãe de Deus, Hospital Presidente Vargas, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Espirita, Hospital Sanatório Partenon, Hospital São Lucas, Hospital de Pronto Socorro, Instituto de Cardiologia, Santa Casa, Hospital São José, PA Bom Jesus, PA Cruzeiro do Sul, PA Lomba do Pinheiro, UBS Bom Jesus, UBS Campo Novo, UBS Restinga, e UBS Guarujá, ambulatório da GKN DRIVELINE, ESF Ilha dos Marinheiros.

### 15.2.2 Saúde da Mulher

**Quadro 36 - Metas anuais constantes na PAS 2013**

<b>Metas 2013</b>	<b>Realizado das Metas</b>
<b>15.</b> Garantir seguimento/tratamento das mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo de útero para 100% dos casos diagnosticados.	Meta não atingida. O percentual de seguimento apresentado no SISCOLO foi de 5,26%, em 2013. Apesar da melhora nos índices de seguimento o percentual ainda é abaixo devido à dificuldade de acesso as informações de tratamento nos serviços especializados. Entende-se que com a implantação do SISCAN, em 2014, essa informação será qualificada e com acesso facilitado via web. A área técnica não considera este um bom indicador, visto que o sistema de informações para coleta deste dado ainda não é confiável
<b>16.</b> Manter a razão de mortalidade materna abaixo	Meta atingida. A RMM em 2013 ficou em 30,6 (dado parcial).

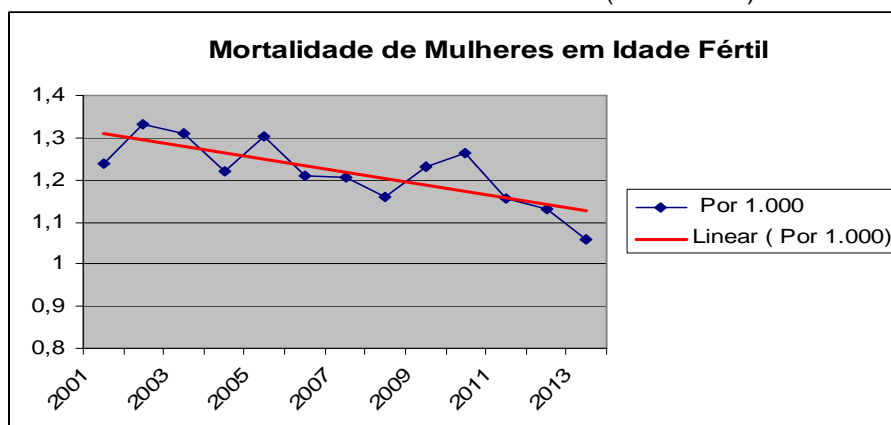
de 35/100. 000 com equidade segundo raça/cor.	Aguarda-se o fechamento definitivo do relatório até o final do 1º quadrimestre de 2014.
<b>38.</b> Aumentar a razão de mamografias realizadas de 0,18 para 0,19 em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.	Meta não atingida. A razão de MMG em 2013 ficou em 0,16. O aumento foi de 2,3% com relação ao número de exames realizados em 2012. Se considerarmos apenas as pacientes SUS (70%) a razão de mamografias ficou em 0,23 atingindo a meta. Em 2014 com as equipes de saúde completas (Mais Médicos) espera-se superar a meta.
<b>39.</b> Aumentar a razão entre exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos em relação à população alvo, de 0,45 para 0,46.	Meta não atingida. A razão de Citopatológico do colo do útero em 2013 ficou em 0,42 não atingindo a meta pactuada. O aumento foi de 8% com relação ao número de exames de 2012. Em 2014 com as equipes de saúde completas (Mais Médicos) espera-se que a meta seja atingida.
<b>73.</b> Implantar diretrizes clínicas para 100% das equipes que atendem especificamente mulheres afrodescendentes em situação de vulnerabilidade.	Meta não atingida. A Diretriz Clínica está concluída e será implantada em 2014. Em 2013 a área técnica da saúde da Mulher teve que planejar e iniciar a implantação de 2 Sistemas de informação (SISPRENATAL WEB e SISCAN) e realizou as ações relacionadas a Rede Cegonha (metas, vistorias, entre outras) , entre outras. Desta forma com re-ordenamento das prioridades a Implantação da Diretriz será para 2014.
<b>76.</b> Reduzir de 14,8% para menos de 14,5% a proporção de nascidos vivos de mães com idade menor de 19 anos, com equidade segundo raça/cor.	Meta não atingida. O percentual de RN nascidos de mãe com idade menor de 19 anos ficou em 14,98% na população total, 21% na população negra e 31% na população indígena. É necessário identificar se o discreto aumento deste índice é pontual neste ano, visto que vinha apresentando uma queda progressiva nos últimos anos. De qualquer forma em 2014 devem-se qualificar as ações de acolhimento e orientação deste público com ênfase nas populações com maior vulnerabilidade.
<b>45.</b> Aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal de 73% para 74%	Meta parcialmente atingida. Atingido o percentual de 73,3 %, correspondendo a 99% da meta. Houve um aumento de 5,3% com relação a 2012. Em 2014 com as equipes de saúde completas (Mais Médicos) espera-se melhora nos percentuais de mulheres que realizam 7 ou mais consultas de pré-natal.

**Tabela 228 - Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (10-49 anos) e mortalidade materna**

Descrição do Item	Período		Variação	
	2013	2012	Nº	%
	Nº	Nº		
Nº absoluto de óbitos de mulheres em idade fértil	477	508	-31	-6%
Nº absoluto de morte materna	6	9	-3	-33%
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	100%	100%		
Nº Absoluto de Nascidos Vivos	19.545	19.266	279	1,4%

Fonte: SIM/CGVS/CMM

**Gráfico 12** - Taxa de Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (10-49 anos)



Fonte: SIM CGVS/POA

A taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil apresentada em 2013 foi de 1,06 sendo que em 2012 a taxa registrada foi de 1,13, apresentando uma diminuição de 6% com relação a 2012, mantendo a tendência de queda observada nos anos anteriores. Possivelmente isso está relacionado à melhoria das condições de saúde e econômicas da população. A principal causa de óbitos continua sendo o distúrbio cardiovascular seguido das neoplasias. A mortalidade por câncer de mama predomina entre as mortes por câncer.

O Relatório de Mortalidade Materna, conforme já pactuado será apresentando no relatório do primeiro quadrimestre de 2013, mas já é observada uma queda de 33% com relação a 2012, no percentual de mortes maternas, retomando a curva de queda observada desde 1996.

Mantém-se a investigação de 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil, atingindo a pactuação.

## Assistência ao Pré Natal

**Tabela 229** - Proporção de Nascidos Vivos (RNV) e o Nº de Consultas do PN

Descrição do Item	Período				Variação	
	2013		2012			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RNV de mães que realizaram 7 ou + consulta pré-natal (6 consultas de pré-natal + 1 consulta de puerpério)	14.332	73,33%	13.564	70%	768	5,3%

Percentual de gestantes Cadastradas no SISPRENATAL com início do Pré-Natal até 120 dias da DUM*	5.509	80%	3.328	75,3%	2.181	5,8%
---	-------	-----	-------	-------	-------	------

Fonte: SISPRENATAL E SINASC

\*Números parciais devido a não digitação de todos os formulários de 2013.

A pactuação na PAS 2013 é de uma cobertura de 74% das gestantes com sete consultas de pré-natal realizadas. No ano de 2013, a cobertura de pré-natal aumentou em 5,3% , atingindo 99% da meta pactuada.

Ocorreu também um aumento de 5,8% no percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gestação, chegando a 80% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL.

**Tabela 230** - Proporção de Partos Normais

Indicador	2013		2012		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	9.471	48,46%	9.222	48%	249	0,9%
Cesarianas	10.074	51,54%	10.034	52%	40	0,9%
Nº de Partos	19.545	100%	19.266	100%	279	1,4%

Fonte: SINASC

Verifica-se um aumento de nascimentos de 1,4% (279) em relação a 2012, representando um aumento de 0,9% no percentual de partos normais realizados e uma redução de 0.9% no percentual de cesarianas.

## Saúde Sexual e Reprodutiva

**Tabela 231** - Procedimentos realizados e contraceptivos utilizados

Descrição do Item	Período		Variação	
	2013	2012	Nº	%
	Nº	Nº		
Anticoncepcional Oral				
Noretisterona 0,35 mg (minipílula)	17.510	19.064	-1.554	-8%
Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg	127.287	150.135	-22.848	-15%
Levonorgestrel 0,75mg (contracepção de emergência)	727	715	12	1,6%
Anticoncepcional injetável				
Anticoncepcional injetável (uso trimestral)	31199	52.837	-21.638	-40%

Anticoncepcional injetável (uso mensal)	69.438	71.864	-2.426	-4%
DIU (dispositivo intra-uterino)	774	655	119	15%
Laqueadura Tubária	1012	1.088	-76	-7%
Vasectomia	805	703	102	+12%

Fonte: Assistência Farmacêutica e TABWIN

Em 2013, houve uma redução na distribuição do contraceptivo noretisterona, Contraceptivo Oral Combinado e injetáveis. Já a pílula do dia seguinte e o DIU tiveram acréscimo em sua utilização.

O número de laqueaduras tubárias realizadas em 2013 foi 7% menor na comparação com o ano anterior, já as vasectomias apresentaram um aumento de 12%.

Os dados acima mostram que a política de planejamento familiar prevê oferta de todos os métodos, sem visar o controle de natalidade, portanto é considerada aceitável esta variação no número de procedimentos realizados e de métodos contraceptivos distribuídos durante os anos.

Concluindo, continua ocorrendo uma oferta regular de todos os métodos contraceptivos para os usuários do Município.

## Câncer de Colo do Útero

**Tabela 232** - Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Colo do Útero.

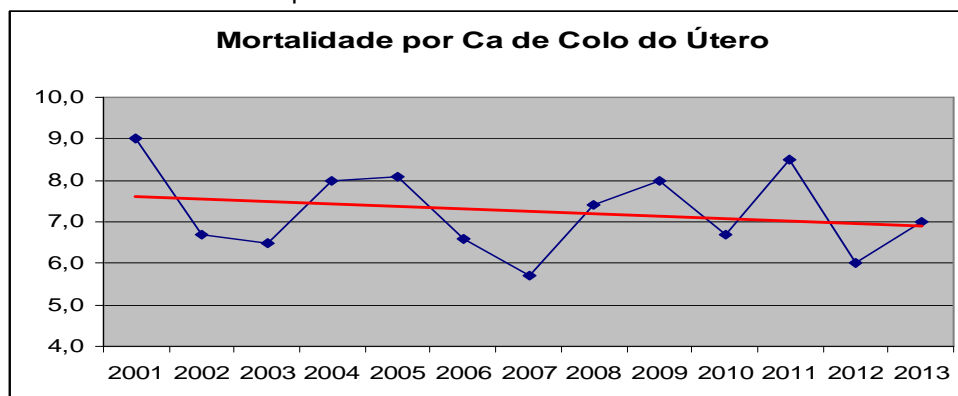
Exames realizados por faixa etária	2013	2012	Variação	
	Nº	Nº	Nº	%
Total de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 64 anos	59.170	54.493	4.677	8%
Razão entre 25-64 anos	0,42	0,39	0,03	7,69%
Total de exames na população de 10 - 69 anos	77.914	71.481	6.433	8,2%
Razão entre 10- 69 anos	0,34	0,31	0,03	9,68%
Colposcopias	9.007	10.770	-1.763	-16%

Fonte: SISCOLO e TABWIN

Houve um aumento de 8% no número de exames preventivos do câncer de colo de útero realizados na faixa etária priorizada de 25 a 64 anos, atingindo 93% da meta que é de 0,45.

No ano de 2013 se manteve a redução na oferta de colposcopias pelos 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 Central de Marcação de consultas e exames, para ginecologia colo do útero, conseguindo, dessa forma, realizar o exame no tempo esperado.

**Gráfico 13** - Taxa de Mortalidade por Câncer de Colo do Útero



Fonte: SIM CGVS/POA

Observa-se, em 2013 um discreto aumento na taxa de mortalidade por Câncer de Colo do Útero, passando de 6.0/100.000 para 7.0/100.000. Como este índice estava apresentando uma redução progressiva nos últimos anos, devemos aguardar o dado de 2014, para verificar se há realmente uma tendência de aumento neste indicador. Ao analisar a linha de tendência percebe-se que a mortalidade pela patologia em questão mantém uma tendência de queda.

## Câncer de Mama

**Tabela 233** - Nº de ecografias mamárias e mamografias realizadas período 2010-2011.

Exames	2013	2012	Variação	
	Nº	Nº	Nº	%
Mamografias	45.982	46.875	-893	-1,9%
Razão de Mamografias	0,14	0,15		
Mamografias na faixa etária 50-69 anos	27.000	26.365	635	2,3%
Razão 50-69 anos	0,16	0,16		
Ecografias Mamárias	15.122	14.921	201	1,3%

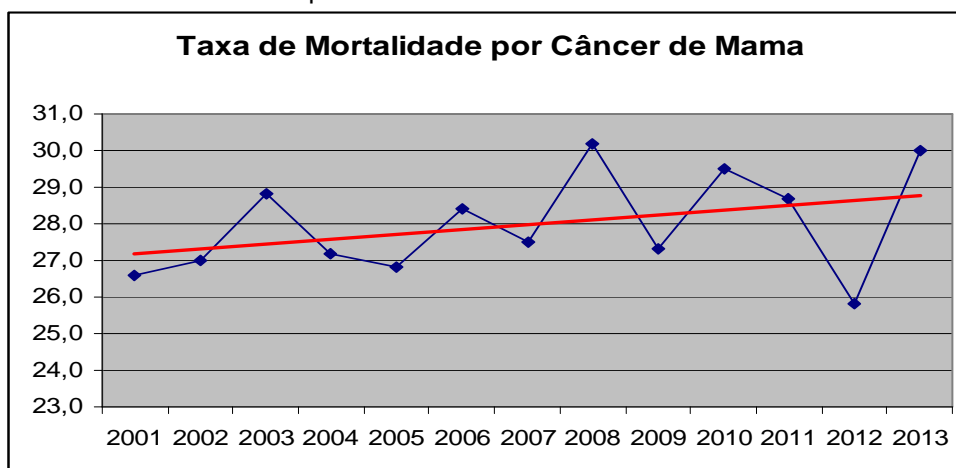
Fonte: SISMAMA/TABWIN



Observa-se um aumento de 2,3% nos exames de MMG realizados em 2013 na população prioritária, tendo atingido 89% da Meta pactuada, que é de 0,18. Já no número total de exames realizados houve redução de 1,9%. Quando analisamos apenas a população SUS (70%), visto que os exames totais computados são apenas os realizados no SUS. A razão é de 0,23 na faixa etária dos 50-69 anos e de 0,20 na faixa etária abaixo de 50 anos – tabela de metas abaixo.

A Ecografia Mamária que é um exame complementar à MMG, apresentou um aumento de 1,3% com relação ao realizado em 2012. Para 2014 já houve um aumento da oferta deste exame para a rede de saúde, portanto espera-se um aumento expressivo na realização deste.

**Gráfico 14 - Taxa de Mortalidade por Câncer de Mama**



Fonte: SIM/CGVS/POA

Registra-se uma tendência de aumento nos óbitos por Câncer de Mama passando de 25,8/100.000 em 2012 para 30/100.00, em 2013. 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.

### 15.2.3 Saúde do Homem

A Política Municipal de Atenção Integral a Saúde do Homem – PMAISH tem por objetivos facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, contribuindo para a redução das causas de morbidade e mortalidade. A Área Técnica de Atenção Integral à Saúde do Homem, ainda em processo de estruturação, tem por objetivos: organizar a rede de saúde para a atenção integral ao homem, apoiar ações e atividades de promoção à saúde para facilitar o acesso da população masculina nos serviços de saúde, qualificar os profissionais de saúde para o atendimento dos homens, incorporar o homem no planejamento reprodutivo e no compartilhamento aos cuidados familiares e construir parcerias com a sociedade civil organizada para promover a saúde do homem.

**Quadro 37** - Meta anual constante na PAS 2013

Metas 2013	Realizados da Meta
47- Ampliar a oferta de biópsias de próstata de 200/ano para 250/ano.	Meta atingida. O número anual de biópsia de próstata no ano de 2013 foi superior a mil procedimentos e a meta estabelecida na PAS, extinguindo-se a fila de espera por biópsia. Apesar de ser efetivada a Área Técnica Atenção à Saúde do Homem dentro da CGAPSES, diversas ações voltadas à saúde do homem foram articuladas com as outras Áreas Técnicas. Em 2014, o medicamento Doxissozina para o tratamento da hiperplasia prostática passará a integrar a REMUME.

**Tabela 234** - Relação de ofertas e realização das consultas urológicas conforme o local de atendimento (Centro de Especialidades e Hospital)

Consulta urologia	Anual						Variação
	2013			2012			
	Ofertadas	Realizadas	%	Ofertadas	Realizadas	%	%
Centro de Especialidade	9.903	6.829	69,0	9.017	6.389	70,9	-2,7
Hospital	4.534	4.203	92,7	4.331	3.719	85,9	+8,0
<b>Total</b>	<b>14.437</b>	<b>11.032</b>	<b>76,4</b>	<b>13.348</b>	<b>10.108</b>	<b>75,7</b>	<b>+0,9</b>

Fonte: Sistema AGHOS.

A tabela acima apresenta a relação de consultas urológicas ofertadas e realizadas. Em 2013 houve aumento no número de consultas urológicas ofertadas (+8,2%), tanto nos Centros de Especialidade (+9,8%) como nos Hospitais (+4,7%). Observou-se crescimento na proporção das consultas realizadas nos hospitais,

passando de 85,9% em 2012 para 92,7% em 2013. A taxa de absenteísmo de permaneceu em cerca de 24% nos 2 anos. O aproveitamento das consultas ofertadas nos Centros de Especialidades permaneceu baixo (+-70%). Nos hospitais, o não comparecimento à consulta foi reduzido de 14,1% em 2012 para 7,3% em 2013.

**Tabela 235** - Total de biópsias de próstatas realizadas em Porto Alegre

Procedimento	Anual		Varição
	2013	2012	%
Biopsia de Próstata	1040	1056	-1,5

Fonte: TABWIN - Procedimentos: 0201010410 BIOPSIA DE PROSTATA.

O número de biópsia de próstata em 2013 foi semelhante ao de 2012. O total de biópsias apresentados não são exclusivos para os residentes do município de Porto Alegre.

**Tabela 236** - Óbitos por Neoplasia Próstata

Óbitos por causa (CID 10)	2º Quadrimestre		Varição
	2013	2012	%
C61 - Neoplasia Próstata	159	140	13,6

Fonte: Eventos Vitais/SIM/ CGVS/SMS

A comparação dos anos de 2012 e 2013 mostrou aumento de 13,6% no número absoluto de óbitos por neoplasia de próstata.

### 15.3 Ciclo de Vida do Idoso

**Quadro 38** – Metas anuais constantes na PAS 2013

Meta 2013	Realizado das metas
41. Reduzir o nº de internações hospitalares de pessoas idosas por fratura de fêmur de 29,6 para 25 por 10.000/ hab até 2013	Meta Parcialmente atingida. A meta atingiu uma redução de 27,0/ 10.000 no número de internações hospitalares de pessoas idosas. Isso equivale a um percentual de 91,2%.
42.Reduzir a taxa de internações por AVC em população com mais de 60 anos para menos de 85,3 por 10.000/hab.	Meta atingida. A meta atingiu uma redução de 43,37/ 10.000 no número de internações por AVC em população com mais de 60 anos. Isso equivale a um percentual de 149,15%.

Porto Alegre é hoje, segundo o IBGE, a capital com maior percentual de idosos, totalizando 15% da população (211.896) conforme o Censo de 2010. Estima-se que até 2060, a população idosa deva quadruplicar no Brasil, sendo o Rio Grande do Sul um dos estados que deverá ser responsável pela elevação desse número. Chama atenção o aumento significativo de pessoas com mais de 90 anos (3,5% da população idosa), o que, sem dúvida, tem como uma das causas os investimentos públicos em saúde, saneamento, educação, cultura entre outros e as conquistas médico-tecnológicas que nos possibilitam ações de promoção de saúde, diagnósticos precoces e o trabalho preventivo.

Portanto, é inegável o envelhecimento populacional como uma realidade atual em nosso município. Entretanto, a crescente inversão demográfica apesar de ser um expressivo avanço social, representa hoje um grande desafio às políticas públicas. Evidencia-se a necessidade da concretização de uma política municipal planejada de forma intersetorial visando à máxima eficiência para com as adaptações da cidade para uma população envelhecida.

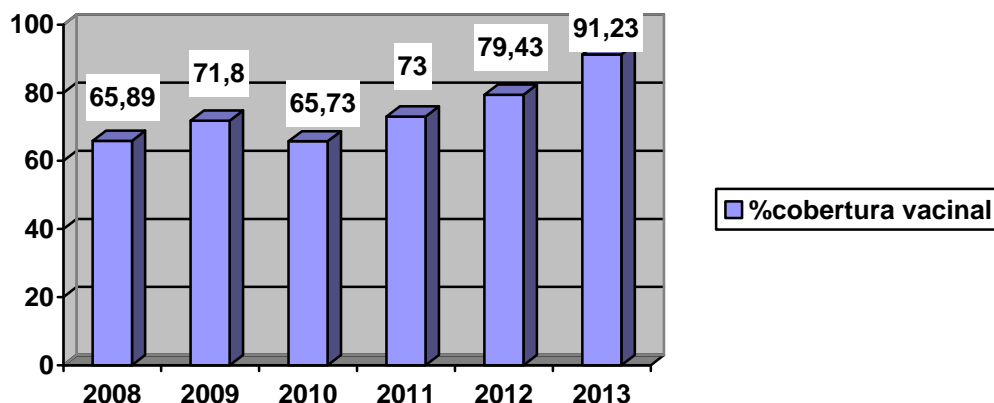
Sabe-se que alterações nas capacidades físicas e cognitivas acompanham a longevidade e seus agravos estão fortemente associados ao estilo de vida adotado. Uma vez passando a uma condição de dependência funcional, o idoso e toda a sua família sofrerão importantes impactos que vão desde o âmbito financeiro, passando por dificuldades sociais e repercutirão direto em sua saúde, tornando-se cada vez mais frágil. Portanto, o foco no desenvolvimento de ações públicas que viabilizem a promoção de um processo de viver com hábitos saudáveis e auto cuidado são fundamentais para a garantia da qualidade de vida em população que envelhece. No que se refere à saúde, a adequação e desenvolvimento das linhas de cuidado que articulem os níveis primário, secundário e terciário de atenção e que tenham como eixo central à promoção e reabilitação da capacidade funcional da pessoa idosa e a implantação de programas que possibilitam o atendimento domiciliar e que garantam cuidados de longa permanência se tornam estratégias inevitáveis.

Por outro lado, o incentivo a políticas sociais de assistência e de proteção, de educação, de cultura, de esporte e lazer e de trabalho tanto para a pessoa idosa como para sua família são fundamentais para que se garanta dignidade na velhice.

O ano de 2013 foi marcado por ações visando à promoção e prevenção de saúde da população em processo de envelhecer de forma integrada nas diversas

políticas de saúde pública. As 02 metas que compõe a PAS-2013 referentes à saúde da pessoa idosa seguem os objetivos da PNSPI que propõe a viabilização do envelhecimento ativo. Ambas as metas implicaram em ações focadas na promoção de saúde ao envelhecer, as quais foram fortemente promovidas pelo projeto “Bem Viver em qualquer Idade” que se desenvolveu nas unidades de saúde da atenção primária. O projeto teve ações de estímulo e de educação sobre hábitos de vida saudáveis, tais como: alimentação com qualidade, prática de atividades físicas, autocuidado com a saúde de forma integral (desde a saúde bucal, da saúde mental até a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis) e a preocupação com ambientes residenciais seguros a partir de pequenas adaptações possíveis e que podem reduzir de forma importante o risco de quedas. Esta ação foi promovida pela Área Técnica da Saúde do Idoso em parceria com a ASSECOM (Assessoria de Comunicação da SMS) e com o Hospital Divina Providência. A partir do “Bem viver em qualquer idade” diversas unidades de saúde passaram a promover grupos de convivência e de caminhada em suas regiões. Mais do que atenção à saúde da população idosa, as ações visam mudanças de hábitos em toda a população, a qual passa a entender o processo de envelhecer como conseqüente de seus comportamentos ao longo da vida. O “Bem-viver em qualquer Idade” ainda atingiu a população em geral a partir de estratégias de comunicação. Divulgou-se o projeto por Bus Doors, cartazes e cartilha de orientação a profissionais de saúde. Idosos de saúde receberam bonés e toalhas para incentivo a realização de caminhadas. No âmbito das ações preventivas, a Campanha de vacinação contra a Influenza superou a meta em todos os grupos de risco. No que se refere às pessoas com 60 anos ou mais, Porto alegre alcançou a marca de vacinação de mais de 91% da população somando-se 194.325 idosos vacinados. A Campanha iniciou-se pela visita em Instituições de Longa Permanência de idosos (ILPI).

**Gráfico 15** - Cobertura Vacinal contra Influenza em população com 60 ou mais anos residentes em Porto Alegre no período de 2008 a 2013.



Fonte: [www.pni.datasus.gov.br](http://www.pni.datasus.gov.br) em dezembro de 2013

Especificamente no mês do idoso, ocorreu o Ciclo de Palestras sobre Envelhecimento e Saúde, cada gerência distrital definiu um tema para realização de palestra e conversa com profissionais como foco na promoção de saúde no envelhecimento. Ao total foram realizadas 7 palestras com os principais temas: psiquiatria geriátrica, perfil do idoso atendido na ESF de Porto Alegre, atividade física e envelhecimento, ILPI e rede de atenção primária e possibilidade de atuação da equipe multidisciplinar no atendimento ao idoso. Ao total participaram dos encontros 193 servidores.

Considerando-se que o envelhecimento é reflexo da cronificação de agravos sofridos ao longo de sua vida, que determinam uma velhice associada a doenças e limitações, a atuação transversal com outras áreas técnicas foi efetivada por meio de participação em oficinas tendo o ciclo de vida do idoso com foco. Isto ocorreu especialmente com a Área Técnica de Saúde Mental a qual realizou sarau cultural no Largo Glênio Peres alusivo ao dia mundial de saúde mental com o tema proposto pela OMS - A Saúde Mental do Adulto Maduro- ação que foi planejada e executada em parceria com a área técnica de saúde da pessoa idosa.

A parceria com as universidades também potencializou ao longo do ano a atenção à saúde da pessoa idosa. No que se refere ao Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET) do Ministério da Saúde, no ano de 2013, o IPA – Centro Universitário Metodista que realiza atividades na Gerência Distrital NHNI aprovou

três projetos de pesquisa que focam a população idosa atendida pelas equipes de estratégia de saúde da família da IAPI.

A PUCRS realizou ao longo do ano apresentações dos dados coletados na pesquisa diagnóstica sobre a saúde do idoso atendido na estratégia de saúde da família de Porto Alegre. Esta pesquisa foi apresentada em vários espaços, inclusive para o Conselho Municipal de Saúde.

Realizou-se um importante trabalho, o Dia Mundial de Combate à Violência Contra o Idoso. A SMS realizou campanha de conscientização com cerca de 12.000 panfletos de esclarecimento da população sobre as formas e órgãos envolvidos no enfrentamento à violência foram distribuídos. Ocorreu evento intersetorial articulado pela SAID (Secretaria Adjunto do Idoso) na Redenção. A SMS em parceria com o Ministério da Saúde e 2ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul com recursos da OPAS realizou a 1ª Oficina de Capacitação para Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa. Esta oficina teve objetivo de articulação intersetorial capacitando profissionais da SMS, FASC e servidores de saúde de municípios da região metropolitana. Ao total foram capacitados 210 trabalhadores de saúde e assistência social visando à aproximação dos serviços no enfrentamento à violência contra o idoso.

A SMS foi indicada pelo conselho pleno do COMUI como representante governamental deste conselho no Fórum Mundial de Direitos Humanos e no 9º Encontro Nacional de Conselheiros dos Idosos. Este evento possibilitou articulação a nível nacional com profissionais que atuam na área do envelhecimento e mostrou a similaridade dos cenários nos diferentes estados. A partir desta participação, será organizado o planejamento estratégico do COMUI, o que pretende garantir a efetivação de ações e a transparência nos processos.

Tendo em vista promoção da melhor qualidade do atendimento de saúde e social aos idosos institucionalizados, a área técnica investiu esforços na aproximação da rede de saúde com a fiscalização da CGVS. Um grupo intersetorial reuniu-se envolvendo SMS, FASC e SAID. A partir destes encontros orientou-se à rede de atenção primária sobre a importância de assistir aos idosos institucionalizados mesmo que em clínicas particulares. A área técnica junto à área de atenção primária e à área de assistência farmacêutica está providenciando normatização para procedimento padrão no atendimento a situações que envolvem

ILPIs. Esta irá consolidar o maior acesso ao sistema único de saúde para estes idosos considerados frágeis e permitir que a fiscalização realize sua atuação de forma mais integrada e eficiente.

**Tabela 237 - Internação de Idosos**

Descrição do Item	Período				Variação	
	2013		2012		2013/2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
41.Reduzir a taxa de internações hospitalares de pessoas idosas por fratura de fêmur de 29,6 para 25 por 10.000/ hab.	573 (*)	27,0 / 10.000	455(*)	21,4 / 10.000	+ 118	5,56
42.Reduzir a taxa de internações por AVC em população com mais de 60 anos para menos de 85,3 por 10.000/hab.	919(*)	43,37 / 10.000	1.169 (*)	54,9 / 10.000	-250	-11,8

Fonte: TABWIN – 23/ 12/ 2013

\* Os número absolutos foram calculados considerando dados de janeiro a outubro do ano por ser o período de dados disponíveis referente ao ano de 2013 na data de fechamento do relatório.

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.

Os indicadores sugerem que para o ano de 2014, existe a necessidade de monitoramento e ação efetiva nas causas de fratura de fêmur, tendo em vista o aumento no número de internações observado ao longo do ano quando comparado a 2012. Dados da Equipe de Vigilância de eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis referentes à mortalidade por causas externas de idosos revelaram que a causa mais freqüente são as quedas. No ano de 2012, dos 192 óbitos por causas externas, 101 se referiram a quedas (52,6%). Os indicadores de 2013 estimam que este número venha aumentar, sendo a maior concentração de eventos entre as pessoas com mais de 80 anos. Foram 62 óbitos por quedas registrados nesta faixa etária em 2012, o que equivale a 61,4% dos casos. Neste sentido, à medida que a população envelhece as quedas passam a ser grande fator de risco para fraturas, em especial a fratura de fêmur, cujas conseqüências podem levar a dependência funcional, perda de autonomia prejuízo na qualidade de vida e em última instância até à morte.

Com relação às metas do SISPACTO, Porto Alegre já atingiu o pactuado. Para o ano de 2014, visando ampliar o impacto das ações de prevenção e promoção da saúde de idosos. Ousou-se modificar a meta relacionada à internação por



acidente cardiovascular (AVC) direcionando a ação para sua prevenção, ou seja, focando as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Estabeleceu-se neste 3º quadrimestre como indicador para o período de 2013-2015, a redução em 2% (0,5 ao ano) de mortalidade precoce de pessoas com menos de 70 anos (entre 30 e 69 anos) por DCNT, conforme sugerido pelo SISPACTO.

**Tabela 238** - 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 2012 e 2013.

GERÊNCIA DISTRITAL	TOTAL CONSULTAS 2012	TOTAL CONSULTAS 2013	TOTAL CONS. IDOSOS(%) - 2012	TOTAL CONS. IDOSOS(%) - 2013
GD CENTRO	80.027	94.720	27.204 (34%)	29.499 (31,1%)
GD NOROESTE HUMAITA NAVEGANTES ILHAS	155.808	162.668	32.111(20,6%)	34.131 (21%)
GD NORTE EIXO BALTAZAR	164.459	174.709	29.108 (17,7%)	33.999 (19,5%)
GD LESTE NORDESTE	164.405	168.345	29.357 (17,9%)	30.406 (18,1%)
GD GLORIA CRUZEIRO CRISTAL	137.637	118.111	30.855 (22,4%)	25.653 (21,7%)
GD SUL CENTRO SUL	111.208	120.008	30.921 (27,8%)	31.206 (26%)
GD PARTENON LOMBA PINHEIRO	123.687	123.471	30.412 (24,6%)	30.054 (24,3%)
GD RESTINGA EXTREMO SUL	62.237	75.579	15.227 (24,5%)	18.354 (24,3%)
<b>Total</b>	<b>999.468</b>	<b>1.037.611</b>	<b>225.195 (22,5%)</b>	<b>233.302 (22,5%)</b>

Fonte: SIA/TABWIN –Procedimentos Unificados por Qtd.Apresentada segundo CGAPSES Gerencia- cód 0301010064-Consulta Médica em Atenção Básica

**Tabela 239** - 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 2012 e 2013.

ANO	TOTAL DE CONSULTAS	TOTAL DE CONSULTAS - IDOSOS	PERCENTUAL DE CONSULTAS -IDOSOS
2012	172.612	51.946	30%
2013	216.513	54.689	25%

Fonte: SIA/TABWIN –Procedimentos Unificados por Qtd.Apresentada segundo CGAPSES Gerencia Total- cód 0301010072-Consulta Médica em Atenção Especializada.

Assim como as consultas da atenção primária, as consultas especializadas também respeitaram a referência legal de 20% do total de consultas realizadas.

Por fim, vale mencionar que ao longo do ano identificamos no sistema de dados inconsistências no lançamento da produção mensal. Por isso, foi necessário realizar avaliação dos valores lançados por Unidade de Saúde e ajustou-se o

número de consultas médicas nos dois anos referidos acima. Esse ajuste foi realizado pela substituição dos dados inconsistentes pela média da produção nos 6 meses anteriores. Ainda longe do ideal, esse método deve refletir de forma mais acurada a produção real de consultas médicas do que a simples tabulação dos dados apurados no SIA. Neste sentido, reforça-se a necessidade de se implantar um monitoramento sistemático do lançamento dos dados mensais de cada Unidade de Saúde para minimizar as incorreções e possibilitar dados de melhor qualidade. A atualização das seleções de pesquisa no Tabwin, com a correção dos nomes e CNES das Unidades de Saúde e a inclusão das novas Unidades, pode explicar a modificação dos dados por GD.

## 16 POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

### 16.1 Saúde da População Negra

**Quadro 39** - Metas anuais constantes na PAS 2013

Metas	Realizado das metas
<p><b>66.</b> Qualificar a coleta e analisar os dados com enfoque raça, cor e etnia em 100% dos sistemas de informação de notificação compulsória e no cadastro do Sistema AGHOS.</p>	<p>Meta parcialmente atingida.</p> <p>Buscando atingir a meta proposta, foi realizado investimento em oficinas e cursos para a qualificação da coleta do quesito raça/cor, sendo em 2013 triplicados os recursos para produção de material informativos, oficinas e cursos.</p> <p>Quanto aos sistemas de informação, é importante fazer aqui referência ao SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - na variável raça/cor, onde se observa um aumento nos percentuais de notificação compulsória da variável "preta" de 11% em 2010 para 14% em 2011 e 15% em 2012. Por outro lado, observa-se uma diminuição da notificação compulsória da raça "branca" de 78% em 2011 para 75% em 2011 e 74% em 2012. (Fonte: Relatório Geral 2012/SINASC/CGVS/SMS/POA)</p> <p>Cabe salientar que a crescente melhora do registro de autodeclaração nos últimos anos, tanto para os profissionais de saúde como para os usuários, tem sido o resultado das diversas ações desenvolvidas.</p> <p>Apesar desta meta ter tido um alcance parcial, os resultados obtidos até o final de 2013 demonstram que as ações realizadas têm sido capazes de corrigir a situação problemática em saúde que vive a população negra decorrente da falta ou pouca qualidade de registros, e assim modificar nos últimos anos o curso previsivelmente negativo deste fenômeno.</p> <p>Em relação à análise dos dados por raça/cor, esta vem sendo incorporada por diferentes gestores e trabalhadores de saúde em seus processos de trabalho. Percebe-se, através dos relatórios de gestão, que diversas áreas técnicas tem adotado esta práxis de análise da variável raça/cor, bem como as gerências distritais de saúde também têm abordado de forma permanente esta temática em seus planejamentos.</p> <p>Com base no alcançado até aqui, a expectativa é que a institucionalidade da análise qualificada do quesito raça/cor nos sistemas de informação seja alcançada de fato e de direito dentro de poucos anos.</p>

<p><b>67.</b> Realizar ações de promoção e prevenção à saúde da população negra em 50% dos serviços próprios com maior densidade de população negra.</p>	<p>Meta atingida.</p> <p>As regiões com maior densidade de população negra são: Partenon/ Lomba do Pinheiro, Leste/Nordeste e Restinga/Extremo Sul. Atualmente, estas regiões concentram o maior número de promotor@s em saúde da população negra, os quais desenvolvem seus projetos de promoção e prevenção de forma continuada, durante o ano todo.</p> <p>No ano de 2013, as 181 ações atingiram todas as regiões de saúde, incluindo o Pronto-Atendimento Cruzeiro do Sul e Partenon/ Lomba do Pinheiro. Considerando que a meta 67 se referia somente a 50% dos serviços próprios com maior densidade de população negra, a abrangência de todas as regiões recebendo ações de promoção e prevenção à saúde da população negra significa que a meta foi ultrapassada.</p> <p>Nos serviços de saúde das regiões de maior densidade de população negra houve, de 2012 para 2013, um aumento significativo de promotor@s, passando de 06 para 22 na PLP, de 12 para 32 na LENO, e de 7 para 20 na RES/Extremo Sul. Em termos percentuais o aumento foi de 266%, 185% e 166% respectivamente nas referidas regiões.</p>
<p><b>68.</b> Ampliar de duas para três Quilombos atendidos pela ESF.</p>	<p>Meta parcialmente atingida.</p> <p>Aguardamos a aprovação da troca do serviço de referência de UBS para USF por parte da comunidade do Quilombo da Família Silva.</p> <p>Em relação ao Quilombo dos Alpes, a conversão para USF está em processo, sendo que a efetivação da conversão foi re-programada para o segundo quadrimestre de 2014.</p>

## 16.2 Saúde dos Povos Indígenas

**Quadro 40** - Metas anuais constantes na PAS 2013

Metas	Realizado das metas
<p><b>21.</b> Implantar a vigilância ambiental em 4 das 6 comunidades indígenas.</p>	<p>Meta parcialmente atingida – Implantação em três aldeias</p> <p>Para avaliar o alcance desta meta, a Vigilância Ambiental foi definida como: profissionais de saúde desenvolvendo ações regulares de educação ambiental e monitoramento das condições ambientais relativas a: focos de vetores, presença de roedores e morcegos, gerenciamento do lixo, limpeza dos reservatórios de água, condições do esgotamento sanitário.</p> <p>As três aldeias onde a Vigilância Ambiental foi implantada, a saber: duas Kaingang e uma Charrua, são atendidas pela Equipe Multidisciplinar de Saúde. Das seis aldeias indígenas localizadas no município de Porto Alegre, três delas: as Mbyá Guarani, vêm sendo atendidas pela equipe de saúde indígena do município de Viamão.</p> <p>O projeto de criação da EMSI (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena), aprovado pelo CMS, prevê a contratação de um agente indígena de saneamento (AISAN), para atuar especificamente no monitoramento das áreas ocupadas, garantindo a continuidade das ações de vigilância ambiental.</p> <p>Houve o desenvolvimento de ações vigilância ambiental nas duas aldeias Kaingang e na aldeia Charrua realizado pela parceria entre as equipes de vigilância da CGVS e a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena. Com a atuação destas equipes foi possível identificar a ausência de saneamento ambiental e a precariedade das moradias na maioria das aldeias, com exceção da aldeia Kaingang da Lomba do Pinheiro. Na Aldeia Charrua Polidoro já existe projeto habitacional (DEMHAB) para obras de infraestrutura.</p>

<p><b>70.</b> Reduzir para 10/ano eventos diarreicos em crianças indígenas menores de 5 anos, relacionados com deficiência em saneamento.</p>	<p>Meta parcialmente atingida. Em março de 2013, a equipe de enfermagem da EMSI iniciou o registro dos eventos diarreicos entre crianças indígenas. Contudo, neste primeiro ano de implantação deste tipo de registro, foi possível registrar e monitorar os eventos diarreicos em crianças até 2 anos. A aldeia Polidoro não possui criança nesta faixa etária.</p>
<p><b>71.</b> Atender integralmente os portadores de diabetes e de hipertensão em 100% das comunidades indígenas.</p>	<p>Meta atingida. Os indígenas diabéticos e hipertensos moradores das aldeias de Porto Alegre tiveram acesso ao atendimento integral de saúde através da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e das unidades de saúde de referência como a UBS Tristeza, UBS Restinga e Unidade de Saúde de Viamão. Os casos de hipertensão e diabetes nos indígenas não residentes nas três aldeias foram atendidos nas unidades de saúde de referência das suas áreas de moradia.</p>

### 16.3 Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

**Quadro 41** – Meta anual constante na PAS 2013

Meta	Realizado da meta
<p><b>72.</b> Prestar atendimento integral de atenção à saúde 100% das pessoas ingressantes no Presídio Central e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier</p>	<p>Meta atingida. Para a avaliação do alcance desta meta, o total de ingressantes no Presídio Central e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier foi definido como sendo o número de apenados ou apenadas que tiveram acesso permitido às unidades de saúde por padrões de segurança. Também visando a avaliação do alcance desta meta, “atendimento integral à saúde” foi definido como sendo a aplicação do “Protocolo de Porta de Entrada”. Este protocolo consiste em um rol de exames de saúde, como diagnóstico de TB Hepatite, HIV exames clínicos entre outros, a serem realizados no momento da admissão do apenado ou apenada no Presídio Central e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier. Os exames recomendados foram realizados pelos 2861 ingressantes Presídio Central e pelas 290 ingressantes na Penitenciária Feminina Madre Pelletier. Complementando o protocolo de porta de entrada, diversas ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e tratamento de doenças foram realizadas pelas equipes de saúde em 2013, conforme detalhado nos relatórios quadrimestrais.</p>

A tabela abaixo mostra a produção de consultas e procedimentos em saúde do Presídio Central de Porto Alegre em 2013 e 2012.

**Tabela 240** - Produção Comparativa do Presídio Central de Porto Alegre - PCPA

AREAS	2013	2012
CLINICO	10.035	7.165
ENFERMAGEM	44.755	Dado não informado

ODONTOLOGIA	3.171	1.500
PSIQUIATRIA	1.835	1.084
PSICOLOGIA	1.090	885
SERVIÇO SOCIAL	1.343	880

Fonte: Relatórios Hospital Nova

A tabela abaixo mostra a produção de consultas e procedimentos em saúde da Penitenciária Feminina Madre Pelletier em 2013 e 2012.

**Tabela 241 - Produção Compartiva Penitenciária Feminina Madre Pelletier - PFMP**

AREAS	2013	2012
CLINICO	1.377	1.487
ENFERMAGEM	3.595	Dado não informado
ODONTOLOGIA	689	602
PSIQUIATRIA	178	111
PSICOLOGIA	315	265
SERVIÇO SOCIAL	159	129

Fonte: Relatórios Hospital Nova

## 17 CONTROLE SOCIAL

**Quadro 42 – Metas anuais constantes na PAS 2013**

Metas 2013	Realizados da Meta
<b>97.</b> Estruturar os 13 Conselhos Distritais de Saúde de Porto Alegre.	Meta parcialmente atingida. <b>Conselhos Distritais estruturados:</b> Os Conselhos Distritais Leste e Partenon foram estruturados, correspondendo a 15,7% da meta. <b>Conselhos Distritais com locais definidos e pendentes de estruturação:</b> Restinga, Humaitá/Navegantes/Ilhas, Norte/Eixo Baltazar e Lomba do Pinheiro já possuem local definido mas ainda sem mobiliário e equipamentos. <b>Conselhos Distritais sem local definido:</b> Conselhos Distritais Nordeste, Extremo Sul e Sul/Centro Sul.
<b>98.</b> Constituir Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas em 60% dos serviços de saúde.	Meta parcialmente atingida. Atualmente estão constituídos 103 Conselhos Locais de Saúde, correspondendo a 58,52% do total de Conselhos a serem constituídos. O desempenho equivale a 97,5% da meta.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS - ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DAS METAS DO RAG 2013 E DO PMS 2010-2013**

O Relatório de Gestão em análise, RAG 2013, finaliza o ciclo do Plano Municipal de Saúde - PMS 2010 - 2013. O PMS, instrumento que serviu de base para a execução, monitoramento, avaliação e gestão do sistema de saúde no período entre 2010 - 2013, foi aprovado, pelo CMS, em outubro de 2010 e, então, apresentava duzentas e uma (201) metas. O monitoramento das metas pactuadas, no PMS, foi desmembrado em três Programações Anuais de Saúde - PAS (2011, 2012 e 2013), conforme determina a legislação <sup>1, 2, 3 e 4</sup>.

A PAS de 2011 foi avaliada e acompanhada durante o ano de 2011 pela SETEC do CMS, porém não foi submetida para deliberação do CMS. Enquanto as PAS de 2012 e de 2013 foram aprovadas em plenárias do CMS.

As PASs de 2012 e de 2013 foram elaboradas por processo participativo, que envolveu a participação de trabalhadores e integrantes do controle social, contribuindo para a representatividade dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde, fortalecendo o SUS no município. Este método participativo de trabalho oportunizou um debate, a partir da problematização das prioridades em saúde, e subsidiou a adequação e repactuação de metas nas PAS de 2012 e 2013.

Ainda, como produto desta metodologia participativa de planejamento, foram criados, pela ASSEPLA, grupos de monitoramento compostos por trabalhadores e controle social em cada gerência distrital. O principal foco de atuação destes grupos de monitoramento foi de realização de planejamento, gestão e monitoramento descentralizados das metas da PAS de 2012 e 2013. Assim, de acordo com as repactuações, que envolveu a metodologia participativa supra-referida, houve pactuação para a readequação do conjunto de metas da PAS. Algumas metas e de outros fóruns de pactuação (tais como SISPACTO e CIB) foram retiradas do documento principal das PAS e realocadas como anexos. Na PAS de 2011 para a PAS de 2012 o número de metas repactuado foi de 201 para 164, respectivamente.

---

<sup>1</sup> - Lei complementar nº 101/00 – Lei da responsabilidade fiscal.

<sup>2</sup> - Lei Federal nº 4.320/64, lei que disciplina o orçamento e a contabilidade pública

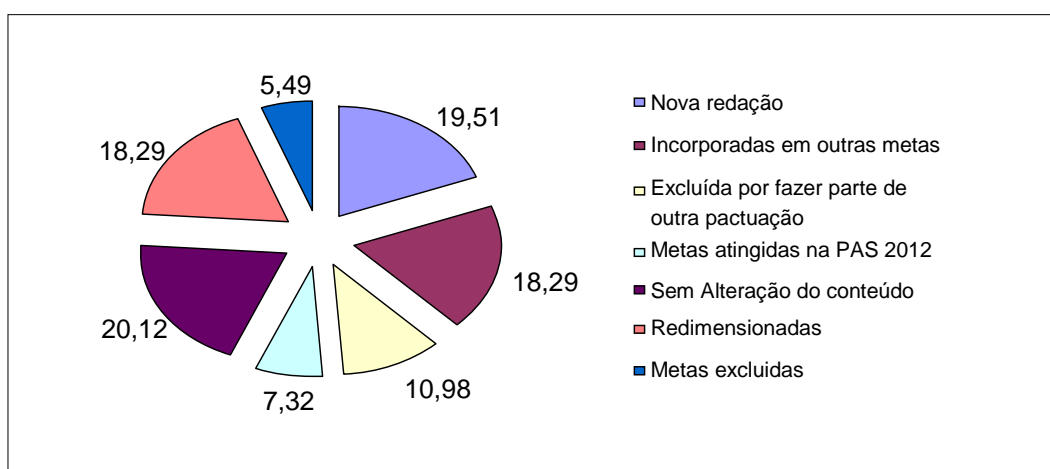
<sup>3</sup> - Lei 8.080, artigo 36 e parágrafos 1º e 2º

<sup>4</sup> - Lei 8.142/90.

No processo de elaboração da PAS de 2013, todas as metas foram revisadas a partir de uma análise da ASSEPLA com as áreas técnicas, Coordenações da SMS, trabalhadores e CMS. Das 164 metas da PAS 2012, constam na PAS 2013, 107 metas repactuadas. As 107 metas foram apresentadas e discutidas com todas as regiões da cidade, a partir das equipes de monitoramento.

No quadro abaixo, verifica-se o ajuste das metas da para a PAS em análise.

**Gráfico 16 - Ajustes das metas PAS 2012 – 2013**



**Fonte:** ASSEPLA

\*Metas excluídas- **54** -Substituída pelas metas 26, 27, 28, 29 e 30 do programa de Saúde na escola. **74** – mudança de perfil do HPS **86** – o atendimento ao Idoso deve ser prioridade em todos os serviços de saúde. **97**- optou-se por manter a UTI pediátrica em nível 3. **99** – a capacidade de internação do hospital já está próxima dos 150 leitos. **105** – A instrução normativa 03/2012 , já prevê a distribuição de medicamentos para todos os usuários que acessam os serviços do SUS. **152**- Excluída – atividade exclusiva da PROCEMPA. **154** – Excluída – para o projeto se rediscutido. **159**- Excluída. **\*\*Metas alcançadas em 2012** - 15, 82, 84, 85, 94, 109 138, 141, 142, 143,164.

Resumindo o Gráfico 16 acima, sobre a revisão da PAS 2012 para a PAS 2013, dezoito metas (11%) passaram a constar no anexo das programações, doze (7,3%) já haviam sido atingidas, trinta (18,3%) incorporam outras metas e nove (5,4%) foram excluídas, finalizando assim a PAS 2013 com 107 metas.

Para avaliar as metas levou-se em consideração a distribuição das mesmas por diretriz do PMS, adequadas e pactuadas na PAS 2012 e na PAS 2013 conforme descrito acima.

A análise a seguir, na Tabela 241 está detalhada por cada uma das diretrizes constantes na Programação Anual de 2012.

**Tabela 241** - Levantamento do cumprimento de metas da PAS 2012

<b>Diretriz</b>	<b>METAS</b>	<b>Atingida</b>	<b>Parcialmente atingida</b>	<b>Não Atingida</b>	<b>Total</b>
<b>Primeira</b>	1 a 29	12	2	15	<b>29</b>
<b>Segunda</b>	30 a 48	19	0	0	<b>19</b>
<b>Terceira</b>	49 a 55	3	3	1	<b>7</b>
<b>Quarta</b>	56 a 73	6	1	11	<b>18</b>
<b>Quinta</b>	74 a 101	10	5	13	<b>28</b>
<b>Sexta</b>	102 a 106	4	1	0	<b>5</b>
<b>Sétima</b>	107 a 115	3	2	4	<b>9</b>
<b>Oitava</b>	116 a 120	2	1	2	<b>5</b>
<b>Nona</b>	121 a 137	5	8	4	<b>17</b>
<b>Décima</b>	138 a 156	8	4	7	<b>19</b>
<b>Décima primeira</b>	157 a 164	4	2	2	<b>8</b>
<b>Total</b>		<b>76</b>	<b>29</b>	<b>59</b>	<b>164</b>
<b>Percentual</b>		<b>46,34</b>	<b>17,68</b>	<b>35,98</b>	<b>100,00</b>

Quanto ao cumprimento das metas pactuadas para 2012: 76 metas (46%) foram integralmente atingidas; 29 metas (18%) foram parcialmente atingidas; e, 59 (36%) não haviam sido atingidas.

A análise a seguir, na Tabela 242, apresenta o levantamento do grau de cumprimento das metas da PAS 2013.



**Tabela 242** - Levantamento do cumprimento de metas da PAS 2013

<b>Grau</b>	<b>Quantidade de metas</b>	<b>Percentual</b>
Atingida	49	45,79
Parcialmente atingida	30	28,03
Não Atingida	28	26,16
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Quanto ao cumprimento das metas pactuadas para 2013: 49 metas (46%) foram integralmente atingidas; 30 metas (28 %) foram parcialmente atingidas; e, 28 metas (26%) não haviam sido atingidas.

Considerando-se que 2013 representa o ano de fechamento do PMS 2010-2013, também foi feita uma análise mais detalhada do cumprimento das metas da PAS de 2013. Para tanto, foi adotada metodologia do Planeja SUS<sup>6</sup>, que estratifica os níveis de cumprimento das metas em 4 níveis: I = até 25%; II = 26 a 50%; III = 51-75%; e IV > 75%. Utilizando-se esta metodologia, a análise a seguir, na Tabela 243, está detalhada por nível de cumprimento da meta da PAS de 2013.

**Tabela 243** - Levantamento do cumprimento de metas da PAS 2013 estratificadas por níveis de cumprimento de acordo com o PlanejaSUS.

<b>GRAU cumprimento da meta PlanejaSUS</b>	<b>Quantidade de Metas</b>	<b>Percentual</b>
I < 25%	40	37,0
II 26-50%	7	6,5
III – 51-74%	7	6,5
IV- > 75%	53	50,0
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

Assim, de acordo com a estratificação do Planeja SUS, quanto ao cumprimento das metas pactuadas para 2013: metas 53 (50%) foram plenamente atingidas – nível IV; 07 metas (6,5%) foram parcialmente atingidas – nível III; 07 metas (6,5%) foram parcialmente atingidas – nível II e, 40 metas (37%) foram parcialmente atingidas – nível I.

<sup>5</sup> - Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006.

<sup>6</sup> - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento- Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde – 2004-2007: Um pacto pela saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 4)

No Anexo I, consta o quadro completo com a descrição de cada meta da PAS de 2013 e a classificação da mesma conforme o seu cumprimento.

## **PERSPECTIVAS**

A análise global do cumprimento de metas do RAG de 2013 e do PMS 2010-2013 traz resultados positivos relativos a estruturação da rede de atenção à saúde (RAS) no município. Cabe ser destacado que, na PAS de 2013, a maioria (74%) das metas foi atingida plena ou parcialmente (46% das metas foram plenamente atingidas, 28% parcialmente atingidas e 28% não foram atingidas). Entre 2010 e 2013, houve importante ampliação estrutural da RAS. Todavia, esta ampliação da rede trouxe significativos desafios processuais necessários para a melhoria contínua dos resultados em saúde. Neste sentido, o PMS 2014-2017, aprovado em 2013, trouxe foco para metas de resultados em saúde. Assim, para qualificação do acesso e dos indicadores de saúde no município, identifica-se a necessidade de potencialização da articulação do planejamento e da gestão, tanto no eixo de atenção direta à saúde quanto no eixo de apoio à atenção à saúde na rede. Para tanto, estão sendo implementados, na SMS, novos fóruns de gestão compartilhada e sendo consolidados os já existentes. A qualificação de processos articulados, na RAS, conduzirá ao cumprimento das metas pactuadas nos instrumentos formais de gestão da SMS e na melhoria da qualidade de vida dos munícipes.

## REFERÊNCIAS

Cecílio, L. C. O.; 1997. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set.

Ministério da Saúde. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, Brasília, 2008.

Ministério da saúde. Programa de Formação em Saúde do Trabalhador. Brasília, 2011.

Santos Filho, S B, Figueiredo, V O N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1, .615-26, 2009.

## ANEXO I

### QUADRO DE METAS PAS 2013

METAS PAS 2013	ATINGIDA	PARCIALMENTE ATINGIDA	NÃO ATINGIDA
1. Investigar 100% dos casos de notificação compulsória que necessitam investigação epidemiológica segundo Portaria Ministerial.	X		
2. Aumentar a cobertura da vacina contra a poliomielite (3ª dose) de 86,4% para 95%, em crianças menores de um ano.			X
3. Aumentar a cobertura da vacina pentavalente (DTP/Hib/HepB) no primeiro ano de vida de 85% para 95%.	X		
4. Atender 100% da demanda dos casos diagnosticados de hepatites virais crônicas.	X		
5. Diagnosticar 50% dos casos de hanseníase paucibacilar entre os casos novos de hanseníase.		X	
6. Realizar bloqueio e ou pesquisa vetorial espacial em 100% dos casos confirmados de dengue.	X		
7. Realizar bloqueio vacinal antirrábico em cães e gatos em 100% dos casos de positividade de raiva em morcegos herbívoros, cães ou gatos.	X		
8. Reduzir a taxa de incidência da sífilis congênita de 14,5/1000 NV para 14/1.000) NV, com equidade segundo raça/cor.			X
9. Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça/cor de 98,99/100.000 para 98/100.000 hab..	X		
10. Reduzir de 5,4% para índices iguais ou menores que 2,2% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor.		X	
11. Reduzir a mortalidade por HIV/AIDS de 29,30/100.000 para 29,00/100.000 habitantes.	X		
12. Diagnosticar 80 % dos casos novos estimados de tuberculose.		X	
13. Ampliar a taxa de cura de novos casos pulmonares bacilíferos de 64% para 85% de pacientes que iniciarem tratamento.			X
14. Reduzir o nº de casos de meningites tuberculosas para zero casos entre menores de 4 anos.			X
15. Garantir seguimento/ tratamento das mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo de útero para 100% dos casos diagnosticados.			X
16. Manter a razão de mortalidade materna abaixo de 35/100.000 com equidade segundo raça/cor.	X		

17. Implantar a notificação e ações em Saúde do trabalhador em 70% na rede de urgências do município de Porto Alegre.	X		
18. Investigar 100 % dos surtos alimentares notificados (DTA).	X		
19. Inspeccionar 100% das Estações de Tratamento de Água do DMAE por ano.	X		
20. Fiscalizar 100% das solicitações de licença para funcionamento das estações de Rádio Base.	X		
21. Implantar a vigilância ambiental em 4 das 6 comunidades indígenas.		X	
22. Fiscalizar e controlar ambientes livres do tabaco em 100% das fiscalizações dos estabelecimentos de ambientes de interesse a saúde.	X		
23. Implantar 8 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).		X	
24. Ampliar a cobertura das Equipes da Estratégia da Saúde da Família de 44% a 50% da população.		X	
25. Ampliar o atendimento odontológico no 3º turno, passando de 3 para 8 GDs com equipes implantadas.			X
26. Realizar avaliação antropométrica em 25% dos alunos das escolas públicas do ensino infantil, fundamental e médio.			X
27. Realizar triagem da acuidade visual em 95% dos alunos da 1ª série do ensino fundamental de escolas públicas.	X		
28. Realizar primeira consulta odontológica programática em 80% dos alunos do 1º e último ano do ensino fundamental das escolas públicas das áreas de abrangência das ESB das ESF.		X	
29. Realizar atividade de escovação dental ou aplicação tópica de flúor supervisionada em 80% dos alunos do 1º e último ano do ensino fundamental das escolas públicas das áreas de abrangência das ESB das ESF.	X		
30. Realizar atividade educativa em saúde bucal em 80% alunos do 1º e último ano do ensino fundamental das escolas públicas das áreas de abrangência das ESB das ESF.	X		
31. Ampliar de 58 para o 81 número de ESB na ESF.		X	
32. Reduzir a mortalidade infantil para menos de 9/1.000 NV, com equidade segundo raça/cor.			X
33. Aumentar a taxa de AME na 1ª consulta do RN, de 79,3 % para 83%, em crianças acompanhadas pelo programa PRÁ-NENÊ.			X
34. Aumentar a taxa de AME em crianças aos 4 meses de vida, acompanhados pela ESF, de 76,7% para 80%.			X
35. Implementar o plano de controle das doenças crônicas e dos agravos não transmissíveis em 100% das Gerências Distritais de Saúde.			X

36.Implementar em 100% das Unidades de Saúde a estratégia "Unidade Livre do Tabaco" , do Programa de Controle do Tabagismo.	X		
37.Aumentar o número de unidades de saúde que realizam a assistência ao fumante de 31 para 70 unidades.	X		
38.Aumentar a razão de mamografias realizadas de 0,18 para 0,19 em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.			X
39.Aumentar a razão entre exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos em relação à população alvo, de 0,45 para 0,46.			X
40.Ampliar a cobertura da triagem auditiva neonatal universal de 75% para 80% dos nascimentos pelo SUS.		X	
41.Reduzir o nº de internações hospitalares de pessoas idosas por fratura de fêmur de 29,6 para 25 por 10.000/hab.		X	
42.Reduzir o nº de internações por AVC em população com mais de 60 anos para menos de 85,3 por 10.000/hab.	X		
43.Aumentar de 24,7% para 30% a taxa de primeira consulta do acompanhamento de recém-nascido em até sete dias de vida.			X
44.Ampliar a proporção de coleta de teste de triagem neonatal no período de 3 a 7 dias de vida de 57,6% para 70%.	X		
45.Aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré natal de 73% para 74%.		X	
46.Implantar o fluxo de notificações e ações em Saúde do Trabalhador em 2 Gerências Distritais.	X		
47.Ampliar a oferta de biópsias de próstata de 200/ano para 250/ano.	X		
48.Ampliar as estratégias de Redução de Danos de 4 para 8 Gerências Distritais.			X
49.Reduzir em 90% o total de pacientes de Unidade de Internação do HPS cuja permanência exceda 20 dias.	X		
50.Cumprir o Plano Operativo de reforma e expansão do HPS no percentual proposto para cada setor.		X	
51.Reduzir os chamados necessários e sem meios em 10% no atendimento realizado pelo SAMU.	X		
52.Ampliar o número de Unidades pré hospitalar do componente fixo na cidade, passando de 1 para 7 unidades.		X	
53.Ampliar as equipes de atenção domiciliar passando de 6 para 14 equipes de sistema de atenção domiciliar(SAD).			X
54.Implementar o Plano Municipal de Saúde Mental seguindo as diretrizes da Política Nacional.		X	

55. 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.			X
56. Ampliar uma Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental de 3 para 8 Gerências Distritais de Saúde.	X		
57. Redefinir os 8 Centros de Especialidades (CE) existentes.			X
58. Ampliar de 5 para 6 o número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).	X		
59. Ampliar o número de Serviço de Atendimento Especializado em AIDS – SAE, de 2 para 3.	X		
60. Implantar o plano de ação da Política Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência.		X	
61. Implantar a rede cegonha para atendimento de 100% das gestantes de alto risco referenciadas atendidas no HMIPV.	X		
62. Manter 100% dos atendimentos a crianças vítimas de violência em espaço adequado e humanizado ao perfil do Centro de Referência em Atendimento Infante Juvenil.	X		
63. Implantar um Centro de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis – CAMMI no HMIPV.	X		
64. Ampliar e implantar o atendimento em 04 especialidades no HMIPV.		X	
65. Fornecer 100% dos medicamentos listados na REMUME.	X		
66. Qualificar a coleta e analisar os dados com enfoque raça, cor e etnia em 100% dos sistemas de informação de notificação compulsória e no cadastro do Sistema AGHOS.		X	
67. Realizar ações de promoção e prevenção à saúde da população negra em 50% dos serviços próprios com maior densidade de população negra.	X		
68. Ampliar de duas para três Quilombos atendidos pela ESF.		X	
69. Implementar a equipe multidisciplinar de Saúde Indígena.		X	
70. Reduzir para 10/ano, eventos diarreicos em criança indígena menores de 5 anos, relacionados com deficiência em saneamento.		X	
71. Atender integralmente os portadores de diabetes e de hipertensão em 100% das comunidades indígenas.	X		
72. Prestar atendimento integral de atenção à saúde 100% das pessoas ingressantes no Presídio Central e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier.	X		
73. Implantar em 100% das US diretrizes clínicas para o atendimento de mulheres afrodescendentes em situação de vulnerabilidade.			X
74. Qualificar a rede de prevenção à violência e promoção da saúde nas 8 Gerências Distritais.	X		

75. Implantar o fluxo em notificações e ações para crianças e adolescentes em situação de trabalho em 3 Gerências de Porto Alegre.	X		
76. Reduzir de 14,8% para menos de 14,5% a proporção de nascidos vivos de mães com idade menor de 19 anos, com equidade segundo raça/cor.			X
77. Regular, através de um Sistema Informatizado (SI), 100% dos leitos de UTI - SUS.		X	
78. Alcançar a proporção de 60% de internações de caráter eletivo do total das internações.		X	
79. Regular 60% das consultas especializadas e exames especializados ofertados através da implantação de um Sistema Informatizado (SI).		X	
80. Reduzir de 8% para 5% os bloqueios de consultas ofertadas pelos prestadores contratualizados.			X
81. Acompanhar o plano operativo de 100% dos prestadores contratualizados de serviços hospitalares não próprios.	X		
82. Contratualizar 60% dos prestadores de serviços ambulatoriais não próprios.		X	
83. Reduzir o tempo máximo de espera para igual ou menor que 30 dias no agendamento de consultas em subespecialidades e em exames especializados de pacientes atendidos na rede de atenção primária de saúde.			X
84. Revisar 100% das contas hospitalares de alto custo ingressantes no NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) dentro do mês de competência.	X		
85. Bloquear 100% do pagamento das contas hospitalares sem a devida regulação.	X		
86. Atualizar regularmente 100% a base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos e profissionais de saúde vinculados- CNES.	X		
87. Avisar 100% dos pacientes com consultas e exames especializados agendados.		X	
88. Nomear 10 cargos de Auxiliar de Farmácia.			X
89. Repor 100% das vacâncias geradas por exonerações de servidores municipais.	X		
90. Aplicar o percentual de 20% dos recursos públicos municipais anuais nas ações e serviços públicos de saúde.	X		
91. Aplicar 100% dos recursos financeiros nos respectivos blocos de financiamentos (vínculos orçamentários).	X		
92. Reformar 12 prédios da Secretaria Municipal de Saúde.	X		
93. Implantar infraestrutura própria de comunicação com fibra ótica e rádio em 20% da rede de serviços próprios da SMS ainda não atendidos.		X	
94. Implantar o cadastro do usuário e o agendamento eletrônico de consultas de atenção primária em 100% das US.			X
95. Informatizar 100% dos processos da rede de Saúde.			X
96. Ampliar a informatização dos processos do complexo regulador de 70% para 100%.			X



97.Estruturar os 13 Conselhos Distritais de Saúde de Porto Alegre.		X	
98.Constituir Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas em 60% dos serviços de saúde.		X	
99.Reestruturar 100% da Ouvidoria SUS em Porto Alegre.		X	
100.Realizar atividades de comunicação para 100% das ações da Secretaria Municipal de Saúde.	X		
101.Implantar um conjunto definido de critérios de humanização,conforme as diretrizes da Política Nacional deHumanização, de 47% para 70% dos serviços da SMS.	X		
102. Elaborar o Plano de Educação Permanente da SMS, assessorando 85% das metas da PAS 2013, nas quais há ações em parceria com a CGADSS.		X	
103.Avaliar e encaminhar 100% dos Planos de Atividades de Ensino em Serviço de acordo com os fluxos da Comissão Permanente de Ensino em Serviço e as prioridades da SMS.	X		
104. Identificar e monitorar 100% dos servidores que solicitem de acompanhamento funcional.			X
105.Incluir 2.000 servidores da Administração Centralizada ainda não contemplados no exame periódico.			X
106.Assessorar 100% das coordenações, assessorias e Gerências Distritais para o Planejamento do SUS.	X		
107.Acompanhar 100% das metas da Programação Anual de Saúde e do Plano Municipal de Saúde.	X		

## ANEXO II

### Ações da Humanização em 2013 no HMIPV

<b>Atividades de apoio e qualificação dos Grupos de Trabalho de Humanização da PMPA/SMS, realizadas em 2013.</b>		
<b>ATIVIDADE/ CURSO*</b>	<b>PERIODICIDADE / DESCRIÇÃO</b>	<b>Nº de integrantes do GTH que participaram da atividade</b>
REUNIÕES DO GTH	13	17
Desenvolvimento de projeto para estabelecer uma via de comunicação sistemática do GTH com os diferentes setores do HMIPV	Em andamento	17
Seguimento da proposta de criação de uma página no facebook para dar visibilidade às múltiplas atividades desenvolvidas no HMIPV	Em andamento	17
Tratativas para consolidar uma parceria com a ESPM para potencializar a divulgação de nossa instituição e das inúmeras atividades aqui desenvolvidas	Em estudo	17
Realização do IIIº Seminário de Humanização em novembro do corrente ano	06 e 07/11/2013	17
Acolhimento e inserção de novos integrantes no GTH institucional e despedida de outros dois	02 momentos	17
Seguimento do projeto de destaque das datas comemorativas, das melhorias na ambiência de vários setores e demais iniciativas humanizadoras através do "Mural da Humanização"	Mensal	17
Retomada do projeto de humanização das comunicações de óbito	Permanente	3
Discussões iniciais acerca de proposta de parceria com a CSST para oficina de instrumentalização dos trabalhadores quanto aos riscos evitáveis no ambiente de trabalho, para atendimento de mais uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH)	Em estudo	17

<b>Atividades de apoio do GTH aos serviços do HMIPV em 2013.</b>						
<b>Serviço</b>	<b>Reuniões de equipe</b>	<b>Oficinas e Grupos</b>	<b>Atividades de Educação Permanente</b>	<b>Ambiência</b>	<b>Acolhimento</b>	<b>Reunião CLS</b>

ASSEP: 43 capacitações / cursos, com 1.828 servidores beneficiados	x	x	x			
Conselho Gestor						x
Ouvidoria	x				x	
Desenvolvimento/acompanhamento funcional	x	x			x	
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

<b>Atividades, com enfoque humanizado, realizadas por diversos setores do HMIPV no em 2013.</b>						
<b>Serviço</b>	<b>Reuniões de equipe</b>	<b>Oficinas e Grupos</b>	<b>Atividades de Educação Permanente</b>	<b>Ambiência</b>	<b>Acolhimento</b>	<b>Reunião CLS</b>
Refeitório	x			x	x	
Recepção	x			x	x	
Serviço de Controle	x			x	x	
Central de Internações	x			x	x	
Sala CR	x			x	x	
ASSEP	x		x	x	x	
Internação da Mulher	x	x		x	x	
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>0</b>

## ANEXO III

### Ações da Humanização em 2013 no HPS

Diretriz da PNH	Foco	Evento Realizado
Acolhimento	Crianças Internadas	Páscoa - 30/03/13 - distribuídos 20 Kits contendo Guloseimas e kits de pintura. Dia da Criança – 12/10/12 - entrega de presentes às crianças internadas na Traumato, UTI Ped, Neuro e UTI Queimados. Contação de Histórias – ONG Cataventus – com atividades interrompidas em virtude das restrições ao acesso nas dependências do HPS devido às obras.
	Pacientes em Atendimento	Projeto Voluntariado Direção aprovou o início do projeto voluntariado no HPS, reunião com representante do SESC (assistente social Luciana Basile) em 09/04/13; iniciar o piloto com a biblioteca volante; elaborado regimento interno; reunião com Miria Patines para tratar do termo de cooperação técnica no âmbito da SMS onde Sr Roberto Moreira Nunes da ASSEJUR-SMS ainda é contrário à instituição do projeto em virtude de questões trabalhistas. Entrega de cópia da Lei Federal e termo de adesão ao voluntariado, como instrumentos que viabilizam a legalidade da atuação do voluntário. No entendimento da assessoria jurídica estes voluntários têm necessariamente que estar vinculados a alguma instituição ou ONG para não gerar vínculo empregatício. Indicamos pessoa referência na coordenação do projeto voluntariado da Santa Casa e o contato com a AVESOL (Associação Voluntariado e Solidariedade) que é uma ONG da congregação Marista que coordena o grupo de voluntariado do HSL PUC. Aguardando orientação da SMS.
Defesa dos Direitos dos Usuários	Pacientes em atendimento	Encaminhado solicitação à Direção Geral que solicitando recomendar ações de humanização para o corpo clínico e assistencial envolvendo: evoluções em boletim de atendimento, laudos e orientações sejam feitas em letra legível, prescrição dos medicamentos seja entre os medicamentos constantes da farmácia SUS, incluindo dosagens e sem rasuras.
	Acompanhantes	Encaminhado documento à Direção Geral propondo a revisão das normas de acesso de acompanhantes para pacientes em atendimento na emergência.
	Dispensação de medicamentos para usuário em situação de vulnerabilidade social ao receberem alta que são encaminhados para os abrigos municipais.	Encaminhado à DG proposta de revisão de normas estabelecidas em relação a ampliação da abrangência da dispensação de medicamentos contemplando também o período em que as farmácias da rede municipal estejam fechadas (entre as 17h e 08h) durante os dias da semana. Foi acolhida a proposição em resposta ao GTH.
Valorização do Trabalho e do Trabalhador	Trabalhador	Homenagem Dia do Servidor Público: O GTH assume, como representante do HPS, a organização das atividades de homenagem aos servidores pela passagem do Dia do Servidor com atividades no refeitório (almoço

		especial), entrega de bombons com mensagem aos funcionários, à tarde a ASHPS irá oferecer bolo aos funcionários e a faixa em homenagem. Festejos Natalinos com a participação do Coral dos Correios no dia 19/12 em circuito itinerante pelas dependências do hospital.
Co-Gestão	GTH	Ocorreram 13 reuniões ordinárias e participamos de 5 reuniões do CMH

## ANEXO IV

### SISPACTO 2013

N.º	INDICADOR	META 2013	REALIZADO
1	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	71,36	59,9
2	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)	27,54	37
3	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	58	58,91
4	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL	34,83	32
5	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	4,5	3
6	PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	5	3,06
7	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	4,35	1,84
8	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	4,6	4,28
9	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	7,3	8,21
10	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE	6,2	0,64
11	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO	75	100
12	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO	150	171
14	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	13	10,4
16	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)	85	85,14
17	PROPORÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGULADAS	70	46
18	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,38	0,42
19	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,17	0,16
20	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	49	48,46
21	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL.	73	73,33
22	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE	2	3
23	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA	9	6
24	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	9,2	9,3
25	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	100	100
26	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNS INVESTIGADOS	100	100
27	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	100	100
28	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	252	346
29	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	1	0,89
30	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	374,35	393,14

35	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	75	44
36	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA	85	56,8
37	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	80	79,4
38	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	95	96,37
39	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	90	97,91
40	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS	1.561	2103
41	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	100	100
42	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	14	6
43	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/MM3	10	6
44	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS	35.550	52.864
45	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	90	90
46	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS	55	80
52	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	75	105
53	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	100	105
57	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS	60	70
60	NÚMERO DE PONTOS DO TELESSAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADOS	0	8
61	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESFERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS	80	84
63	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE	1	1
64	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SIACS	1	1
65	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	1	1
66	COMPONENTE DO SNA ESTRUTURADO	1	1

## ANEXO V

Secretaria Estadual da Saúde - Fundo Estadual de Saúde

RMGS009

### EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA RELATÓRIO ANUAL

Emitido em: 27/03/14 13:20

PERÍODO DE EXECUÇÃO: 2013

SITUAÇÃO DO PERÍODO: ACEITO

UNIDADE EXECUTORA: Prefeitura Municipal de Porto Alegre

CRS: Porto Alegre - 1. CRS

	SALDO EM: 31/12/2012	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/12/2013
<b>FONTE MUNICIPAL</b>					
<b>Recursos Municipais Aplicados em Saúde</b>					
40 - Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS	0,00	560.015.868,	11.226,40	560.027.095,	0,00
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,00</b>	<b>560.015.868,</b>	<b>11.226,40</b>	<b>560.027.095,</b>	<b>0,00</b>
<b>FONTE ESTADUAL</b>					
<b>Assistência Farmacêutica</b>					
4050 - Farmácia Básica	1.158.173,60	6.696.153,42	60.836,85	6.071.270,14	1.843.893,73
4051 - Diabetes Mellitus	565.620,30	897.654,39	18.842,79	1.373.262,49	108.854,99
<b>Atenção Básica</b>					
4011 - Incentivo Atenção Básica	2.710.674,25	9.002.674,13	72.019,09	9.221.570,19	2.563.797,28
4020 - Gestão Plena	331.980,85	45.585,18	194.842,96	464.012,53	108.396,46
4040 - Verão Numa Boa	629.662,87	0,00	0,00	138.120,00	491.542,87
4071 - Unidades de Saude Murialdo	95.606,14	0,00	8.829,00	5.654,33	98.780,81
4080 - PACS	354.497,00	474.050,00	0,00	354.496,00	474.051,00
4090 - PSF	614.104,02	4.065.923,73	16.431,32	3.849.693,46	846.765,61
4100 - PSF indígena	0,00	44.000,00	0,00	0,00	44.000,00
4110 - Saúde Bucal	36.349,29	267.500,00	1.630,71	218.000,00	87.480,00
4121 - Saúde Prisional	340.621,01	896.804,50	0,00	578.205,99	659.219,52
4150 - Incentivo à tuberculose	0,00	152.850,00	0,00	1.150,00	151.700,00
4160 - Primeira Infância Melhor - PIM	870.316,25	426.955,20	46.818,83	435.610,10	908.480,18
4230 - Hospitais Públicos e/ou Filantropicos	9.079.177,68	38.649.397,8	311.076,23	35.393.745,2	12.645.906,5
<b>Consulta Popular</b>					
4244 - Regionalização-reforma de hospital	229.445,93	0,00	7.924,07	0,00	237.370,00
4245 - Regionalização -aquisição equiptos para hospital	72.474,79	0,00	3.263,02	47.000,00	28.737,81
<b>Convênios</b>					
4310 - atendimento aos cidadãos presos	233,81	0,00	721,14	954,95	0,00
<b>Média e Alta Complexidade</b>					
4111 - CEO - Centros de Especialidades Odontológicas	303.950,76	257.600,00	9.975,65	15.133,20	556.393,21
4112 - LRPD - Laboratórios Regionais de Prótese Dentária	43.262,96	54.360,00	1.773,13	0,00	99.396,09
4170 - Salvar/SAMU/UPA	3.474.591,66	3.704.750,92	142.357,00	3.809.624,63	3.512.074,95
4220 - CAPS	306.754,06	325.400,00	9.169,99	386.000,00	255.324,05
4221 - Regionalização	294.684,24	442.098,70	20.308,54	321.947,68	435.143,80
4240 - Regionalização-custeio(aquisição serviços, consultas e	1.046.579,35	14.103,48	17.815,76	610.744,19	467.754,40
<b>NOTA FISCAL GAÚCHA</b>					
4300 - Nota Fiscal Gaúcha	40.395,07	0,00	3.207,66	2.000,00	41.602,73
<b>TC ou Portaria SES</b>					
4293 - Aquisição de equipamentos e Material Permanente	2.115.132,24	0,00	163.455,20	404.000,00	1.874.587,44
4295 - Reformas	0,00	630.000,00	0,00	0,00	630.000,00
<b>Vigilância em Saúde</b>					
4180 - Sanitária	220.708,44	90,92	15.738,69	71.954,65	164.583,40
4190 - Epidemiologia	1.164.659,38	1.138.569,32	64.833,74	494.800,00	1.873.262,44
<b>SUBTOTAL</b>	<b>26.099.655,9</b>	<b>68.186.521,7</b>	<b>1.191.871,37</b>	<b>64.268.949,7</b>	<b>31.209.099,2</b>
<b>FONTE FEDERAL</b>					
<b>Assistência Farmacêutica</b>					
4770 - Farmácia Básica Fixa	2.206.616,93	7.769.443,74	74.563,43	8.666.856,97	1.383.767,13
4840 - Custeio Assist. Farmacêutica / QualiFar-SUS	0,00	60.090,44	337,09	31.894,24	28.533,29
<b>Atenção Básica</b>					
4510 - PAB Fixo	19.636.103,2	28.462.522,8	962.317,30	45.645.193,2	3.415.750,17
4520 - PSF - Saúde Família / Saúde na Escola	3.972.946,98	13.087.975,0	24.937,46	16.119.262,4	966.597,03
4521 - PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da	1.578.600,00	1.606.000,00	0,00	2.921.500,00	263.100,00
4530 - PACS	470.649,79	6.130.339,00	0,00	5.658.338,29	942.650,50
4540 - Saúde Bucal	1.281.732,91	1.259.900,00	0,00	1.969.386,00	572.246,91
<b>Emenda Parlamentar União, ou CONVÊNIO COM FUNASA</b>					



**EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA  
RELATÓRIO ANUAL**

Emitido em: 27/03/14 13:20

PERÍODO DE EXECUÇÃO: 2013

SITUAÇÃO DO PERÍODO: ACEITO

UNIDADE EXECUTORA: Prefeitura Municipal de Porto Alegre

CRS: Porto Alegre - 1. CRS

	SALDO EM: 31/12/2012	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/12/2013
4931 - Aquisição Equipamentos e Material Permanente	950.531,85	0,00	17.986,72	736.841,92	231.676,65
<b>Gestão do SUS</b>					
4841 - Incentivo Custeio dos CAPS	14.614,94	0,00	0,00	9.307,80	5.307,14
4850 - Qualificação,Regulação, Controle, Avaliação e	5.297.842,64	2.536.690,16	441.166,79	2.710.821,50	5.564.878,09
4890 - Gestão do Trabalho	18.836,17	0,00	0,00	0,00	18.836,17
4900 - Educação em Saúde	794.799,65	0,00	49.600,79	0,00	844.400,44
4930 - Inc a Implant de UBS e ou Org. De Pol.Específica	68.400,00	0,00	0,00	66.975,00	1.425,00
<b>Incentivo Saúde Sistema Penitenciário</b>					
4560 - Incentivo Saúde Sistema Penitenciário	0,00	75.600,00	0,00	0,00	75.600,00
<b>INVESTIMENTOS - DESPESAS DE CAPITAL</b>					
4901 - Qualificação Gestão do SUS e QualiFar/SUS	188.593,84	396.719,00	12.821,42	0,00	598.134,26
4935 - Construção ou ampliação de Unidades Básicas de	587.583,48	13.000,00	23.214,17	23.747,48	600.050,17
<b>Média e Alta Complexidade</b>					
4590 - Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade	23.095.697,4	442.114.703,7	4.404.075,16	443.818.503,7	25.795.972,3
4600 - CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)	1.299.811,60	449.437,82	4.809,39	812.123,36	941.935,45
4620 - SAMU	4.904.280,85	3.729.483,82	248,20	3.430.111,82	5.203.901,05
4630 - CEREST	1.459.600,79	360.000,00	41.715,00	17.377,79	1.843.938,00
4660 - FIDEPS - Hospitais Universitários de Ensino e pesquisa,	122.299,53	0,00	64.633,28	130.935,08	55.997,73
4690 - Fundo Ações Estratégicas e Compensação	9.456.284,65	70.416.783,7	0,00	77.956.877,9	1.916.190,52
<b>Programa Federal</b>					
4621 - UPA- Construção e/ou Reforma	285.434,68	876.513,90	41.801,41	0,00	1.203.749,99
4929 - Academias da Saude- VAN - Construção e Custeio	122.537,02	36.000,00	6.596,40	0,00	165.133,42
4940 - Estruturação dos centros de economia de saúde e	1.305.617,90	1.409.975,55	47.069,16	1.382.901,15	1.379.761,46
4953 - Vigilância, Prevenção e Controle das Hepatites Virais,	322.145,12	320.075,31	0,00	82.951,60	559.268,83
4962 - Estruturação de unidades de atenção especializada em	327.093,53	0,00	15.470,78	209.110,00	133.454,31
4966 - Qualificação e Avaliação de Serviços de Hematologia e	0,00	33.000,00	651,88	0,00	33.651,88
<b>Vigilância em Saúde</b>					
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	4.653.426,04	7.007.576,50	659.132,90	3.996.850,97	8.323.284,47
4720 - Fortalecimento Gestão da VISA (VIGISUS II)	130.628,83	0,00	8.647,91	0,00	139.276,74
4730 - Campanha de Vacinação	394.104,53	0,00	343,23	185.374,00	209.073,76
4740 - Incentivo Programa DST/AIDS	2.050.778,17	1.441.242,43	202.742,94	1.268.378,66	2.426.384,88
4750 - Termo Ajustes e Metas - TAM (MAC - VISA)	4.011.211,92	891.845,47	24.225,85	1.148.354,39	3.778.928,85
4760 - Piso Atenção Básica em VISA - PAB VISA	75.215,87	0,00	2.937,19	0,00	78.153,06
<b>SUBTOTAL</b>	<b>91.084.020,8</b>	<b>590.484.918,7</b>	<b>7.132.045,85</b>	<b>618.999.975,7</b>	<b>69.701.009,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>117.183.676,78</b>	<b>1.218.687.308,7</b>	<b>8.335.143,62</b>	<b>1.243.296.019,7</b>	<b>100.910.108,95</b>