



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

**RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO - 2016**

## **AUTORIDADES MUNICIPAIS**

NELSON MARCHEZAN JÚNIOR

**Prefeito Municipal**

GUSTAVO PAIM

**Vice-Prefeito**

## **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

ERNO HARZHEIM

**Secretário Municipal de Saúde**

PABLO DE LANNOY STÜRMER

**Secretário Adjunto**

MIRTHA DA ROSA ZENKER

**Conselho Municipal de Saúde**

JULIANA MACIEL PINTO

**Assessoria de Planejamento e Programação**

NEEMIAS OLIVEIRA DE FREITAS

**Assessoria de Comunicação**

THIAGO FRANK

**Coordenadoria Geral de Atenção Básica**

FABIANA HERMES SUPRINYAK

**Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador**

ROBERTO BAUER DE BORBA

**Coordenadoria Geral de Políticas Públicas em Saúde**

CHRISTIANE NUNES DE FREITAS

**Coordenadoria Geral de Atenção Especializada Ambulatorial**

MARCO AURÉLIO SALATTI SCHITZ

**Coordenadoria Geral do Sistema Municipal das Urgências**

FERNANDA DOS SANTOS FERNANDES

**Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde**

ANDERSON ARAÚJO LIMA

**Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde**

MÁRIO CÉSAR JERÔNIMO KURZ

**Gerência de Saúde do Servidor Municipal**

ADROALDO ROSSETTO FONTANELLA

**Coordenadoria Geral de Administração Financeira e Orçamentária**

CAROLINE MACHADO DA SILVEIRA

**Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo**

LÍVIA DISCONSI WOLITZ DE ALMEIDA

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

CARMEN JASPER

**Ouvidoria**

FABIANE MATOS LEFFA

**Coordenação de Assistência Farmacêutica**

MARCOS ANTÔNIO SLOMPO

**Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**

AMARILIO VIEIRA DE MACEDO NETO

**Hospital de Pronto Socorro**

DJEDAH LISBOA

**Assessoria Parlamentar**

**GERÊNCIAS DISTRITAIS**

DAILA ALENARACNECK DA SILVA

**Centro**

ANA LÚCIA DE LEÃO DAGORD

**Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas**

BARBARA CRISTINA LIMA DE BORBA

**Norte/ Eixo Baltazar**

WANIZE WILDE JANKE

**Leste/ Nordeste**

CRISTIANE JOVITA BARBOSA PEIXOTO

**Partenon/Lomba do Pinheiro**

DEISE ROCHA RÉUS

**Glória/Cruzeiro/ Cristal**

ROSANA MEYER NEIBERT

**Restinga/ Extremo Sul**

MARIS CRISTIANE WEBER

**Sul/Centro Sul**

**SECRETARIA TECNICA DO CMS**

Brígido Martins Ribas

Heloisa Helena Rousselet de Alencar

Humberto José Scorza

Juliana Maciel Pinto

Kelma Nunes Soares

Luis Walter Jaques Dornelles

Mirtha da Rosa Zenker

Nei Carvalho

Livia Maria Scheffer Kümmel

Walter Jeck

**NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DO CMS**

Erno Harzheim

Djanira Corrêa da Conceição

Jandira Roehrs Santana

Mirtha da Rosa Zenker

João Alne Schamann Farias

Roger dos Santos Rosa

## **LISTA DE SIGLAS**

AB – Atenção Básica

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

ABS – Atenção Básica de Saúde

AMS/CMS - Acesso Mais Seguro/Comportamento Mais Seguro

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AFE- Autorizações de Funcionamento –

AGHOS – Módulo de Regulação Ambulatorial de Consultas Especializadas

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH – Autorizações de Internações Hospitalar

AIS – Agente Indígena de Saúde

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APH – Atendimento pré-hospitalar

APL - Arranjos Produtivos Locais – Fitoterapia

app - approach control – Aplicativo móvel

APS – Atenção Primária em Saúde

ASSEPLA – Assessoria de Planejamento e Programação

BC – Bloco Cirúrgico

BCTG - Banco de Células e Tecidos Germinativos

BPA – Boletins de Produção Ambulatorial

BR - Brasil

C – Centro

CAADHAP - Comissão de Análise e Aprovação da Demanda Habitacional Prioritária

CAC – Comissão de Acompanhamento de Contratos

CAUAE - Comissão de Análise Urbanística e Ambiental

CAS – Comunidade Sócioeducativo

CASE – Centro de Atendimento Sócio Educativo

CASE PC – Centro de Atendimento Sócio Educativo

CASEF – Centro de Atendimento Socioeducativo Feminino

CAPS – Centro de Atenção Psico Social

CBP - Cadastro de Bens Patrimoniais

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

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

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



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

HEMOPROD - Boletim de Coleta e Utilização de Produtos Hemoderivados da ANVISA

HF – Hospital Fêmeina

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

HPA - Hospital Porto Alegre

HPB - Hospital Parque Belém

HPS – Hospital de Pronto Socorro

HSL - Hospital São Lucas

HVN – Hospital Vila Nova

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Instituto de Cardiologia

IN – Instrução Normativa

INCQS - Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

IMESF – Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família

ISCM - Irmandade Santa Casa de Misericórdia

LAA – Licença Aguardando Aposentadoria

LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública

LAT – Licença Acidente de Trabalho

LAI – Licença Afastamento INSS

LG – Licença Gestante

LIRAA – Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti*

LM – Licença Maternidade

LTA – Leishmaniose Tegumentar América

LTI – Licença para Tratamento de Interesses.

LTPF – Licença Tratamento Pessoa da Família

LTS – Licença Tratamento Saúde

LVC– Leishmaniose Visceral Canina

MAC – Medida de Alta Complexidade

MPT - Ministério Público do Trabalho

MS – Ministério da Saúde

N – Número Total

NA – Não Atendidos

NACH – Núcleo de Avaliação e Controle Hospitalar  
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
NAQM – Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar  
NCL - Núcleo de Contratos e Licitações  
NE – Nível Elementar  
NEP – Núcleo de Educação Permanente  
NFA – Núcleo de Fiscalização Ambiental  
NM – Nível Médio  
NIR – Núcleo Interno de Regulação  
NOTIVISA - Notificação de Eventos e Reações Adversas da ANVISA  
NS – Nível Superior  
NVESES – 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  
NVSIS – Núcleo de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde  
ONU – Nações Unidas  
PABJ – Pronto Atendimento Bom Jesus  
PACS – Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul  
PALP – Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro  
PAIGA – Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente  
PAS – Programação Anual de Saúde  
PBF – Programa Bolsa Família  
PcAH – Pessoa com Altas Habilidades  
PcD – Pessoa com Deficiência  
PCMTC – Práticas Corporais de Medicina Tradicional Chinesa  
PCPA – Presídio Central de Porto Alegre  
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão  
PEP – Profilaxia Pós-Exposição  
PESM - Plantões de Emergência em Saúde Mental.  
PET - Programa de Educação para o Trabalho  
PFMP – Penitenciária Feminina Madre Pelletier  
PGM – Procuradoria Geral do Município  
PIMPIA – Primeira Infância Melhor – Porto Infância Alegre  
PIS – Prática Integrativa em Saúde

PMM- Programa Mais Médicos  
PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNCT -  
PNAR – Pré-natal de Alto Risco  
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas  
PPCI – Plano de Prevenção e Combate a Incêndio  
PPI – Programação pactuada Integral  
PPL – População Privada de Liberdade  
PPSN – Política Pública de Saúde Nutricional  
PROCEMPA – Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre  
PROVAB – Programa para Valorização da Atenção Básica  
PSA – Antígeno Prostático Específico  
PSF – Programa de Saúde da Família  
PSR – População em Situação de Rua  
PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PVES – Pesquisas Vetoriais Especiais  
QT – Quantidade  
RAG – Relatório Anual de Gestão  
RAP – Rede de Atenção Primária  
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada  
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador  
RS – Rio Grande do Sul  
RUE – Rede de Urgências e Emergências  
SADT – Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia  
SAE – Serviço de Atendimento Especializado  
SAID – Secretaria Adjunta do Idoso  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências  
SAPH – Sistema de Atendimento Pré Hospitalar

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

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

## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE .</b>	<b>19</b>
<b>2 LEGISLAÇÃO/NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS MUNICIPAL .....</b>	<b>20</b>
<b>3 PARTICIPAÇÃO DA SMS EM INSTÂNCIAS COLEGIADAS .....</b>	<b>21</b>
<b>4 PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE – PAS 2016.....</b>	<b>23</b>
<b>5 GESTÃO NA SAÚDE.....</b>	<b>28</b>
<b>5.1 Gestão do Trabalho em Saúde.....</b>	<b>28</b>
5.1.1 Quantitativo de trabalhadores.....	29
5.1.2 Acompanhamento Funcional .....	34
5.1.3 Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família - IMESF .....	35
5.1.4 Educação Permanente em Saúde .....	36
<b>6.2 Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde.....</b>	<b>54</b>
<b>6.3 Ouvidoria do SUS.....</b>	<b>58</b>
<b>6.4 Assessoria de Comunicação.....</b>	<b>63</b>
<b>7 INFRAESTRUTURA DE APOIO .....</b>	<b>65</b>
<b>7.1 Obras, Reformas e Ampliações .....</b>	<b>65</b>
<b>7.2 Informatização da Saúde .....</b>	<b>66</b>
<b>8 REDE DE SERVIÇOS, REFERÊNCIAS E PRODUÇÃO .....</b>	<b>68</b>
<b>8.1 Atenção Básica à Saúde.....</b>	<b>68</b>
8.1.1 Referências dos Serviços de Atenção Básica.....	69
8.1.2 Produção dos Serviços de Saúde de Atenção Básica .....	74
8.1.3 Ações de Gestão na Atenção Básica Apoio Institucional .....	90
<b>8.2 Atenção Especializada Ambulatorial.....</b>	<b>98</b>
8.2.1 Referências dos Serviços de Atenção Especializada Ambulatorial.....	100
8.2.2 Produção dos Serviços Especializados Ambulatoriais Próprios.....	104
<b>8.3 Atenção às Urgências e Emergências Pré-Hospitalar Fixa e Móvel ..</b>	<b>150</b>
8.3.1 Referências dos Serviços de Atenção às Urgências e Emergências Pré-Hospitalar Fixa e Móvel.....	150
8.3.2 Pronto-Atendimentos - PA.....	158
8.3.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgências - SAMU.....	175
<b>8.4 Serviços de Atenção Hospitalar.....</b>	<b>182</b>
8.4.1 Hospital Materno Infantil Presidente Vargas .....	184

8.4.2	Hospital de Pronto Socorro .....	200
8.5	Assistência Farmacêutica .....	203
9	<b>REGULAÇÃO DO SUS</b> .....	<b>234</b>
9.1	Regulação de Serviços Ambulatoriais Especializados ofertados nos Hospitais .....	238
9.2	Produção dos Prestadores Hospitalares .....	239
10	<b>AUDITORIAS DO SUS</b> .....	<b>243</b>
11	<b>AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b> .....	<b>244</b>
11.1	<b>Vigilância Epidemiológica</b> .....	<b>244</b>
11.1.1	Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis e Outros Agravos	244
11.1.1.1	<i>Hanseníase</i> .....	245
11.1.1.2	<i>Leptospirose</i> .....	247
11.1.1.3	<i>Sarampo/Rubéola</i> .....	250
11.1.1.4	<i>Dengue, Chikungunya e Zika Vírus</i> .....	250
11.1.1.3	<i>Meningite Bacteriana</i> .....	261
11.1.1.4	<i>Influenza</i> .....	262
11.1.1.5	<i>Tétano</i> .....	263
11.1.1.6	<i>Caxumba</i> .....	263
11.1.1.5	<i>Leishmaniose</i> .....	265
11.1.2	Vigilância Ambiental.....	266
11.1.2.1	<i>Doença de Chagas</i> .....	266
11.1.2.2	Imunizações.....	267
11.1.2.6	<i>Vigilância em Saúde Mental</i> .....	270
11.2	<b>Ações e Serviços em Vigilância Sanitária</b> .....	<b>271</b>
11.2.2.1	Fiscalização Sanitária e Zoossanitária .....	272
11.2.2.2	Vigilância de Serviços de Saúde e de Interesse à Saúde .....	275
11.2.2.3	Vigilância População Animal .....	298
11.2.2.4	Vigilância da Qualidade da Água .....	302
12	<b>POLÍTICAS PÚBLICAS</b> .....	<b>310</b>
12.1	Políticas Públicas em Saúde de Cuidados Transmissíveis.....	310
12.2	Políticas Públicas em Saúde de Cuidados Não Transmissíveis .....	328
12.3	Política de Atenção Psicossocial.....	343
12.4	Política de Saúde Bucal.....	350
12.5	Práticas Integrativas em Saúde – PIS.....	357
12.6	Políticas Públicas em Saúde dos Ciclos de Vida .....	358
12.6.1	Política de Saúde da Criança e do Adolescente.....	358
12.6.2	Política de Saúde da Mulher .....	391
12.6.3	Política da Saúde do Homem .....	396



12.6.4	Política de Saúde da Pessoa Idosa.....	398
<b>12.7</b>	<b>Políticas Públicas em Saúde de Equidade Etnicorracial .....</b>	<b>404</b>
12.7.1	Política de Saúde da População Negra .....	404
12.7.2	Política de Saúde dos Povos Indígenas.....	406
<b>12.8</b>	<b>Políticas Públicas em Saúde de Igualdade e Inclusão.....</b>	<b>408</b>
12.8.1	Política de Saúde da Pessoa com Deficiência.....	408
12.8.2	Política de Saúde do Trabalhador.....	409
12.8.3	Política de Saúde da População Privada de Liberdade.....	409
12.8.4	Política de Saúde da população em Situação de Rua .....	412
<b>13</b>	<b>FINANCIAMENTO DO SUS .....</b>	<b>414</b>
<b>14</b>	<b>CONTROLE SOCIAL .....</b>	<b>417</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>419</b>
	<b>ANEXO I – PACTUAÇÃO TRIPARTITE DE INDICADORES SISPACTO 2016.....</b>	<b>421</b>
	<b>ANEXO II – RELAÇÃO DOS CARGOS POR ÁREA, ORIGEM, REGIME, CARGA HORÁRIA E QUANTITATIVO DE SERVIDORES.....</b>	<b>423</b>
	<b>ANEXO III – CAPACITAÇÕES PARA TRABALHADORES DA SMS .....</b>	<b>441</b>
	<b>ANEXO IV - CÓDIGOS DE PRODUÇÃO DO TABWIN .....</b>	<b>459</b>
	<b>ANEXO V – CATEGORIAS PROFISSIONAIS VINCULADAS AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....</b>	<b>465</b>

## APRESENTAÇÃO

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

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

Para o ano de 2016, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre teve como objetivos e diretrizes aqueles apresentados na Programação Anual de Saúde 2016, aprovada junto ao Conselho Municipal de Saúde, no mês de abril de 2016. A saber, os objetivos definidos no PMS e ordenadores da PAS 2016 foram: “promover a saúde e prevenir doenças e agravos e riscos à população”; “qualificar o acesso integral a ações e serviços de qualidade”; “qualificar a gestão para potencializar os resultados de promoção, prevenção e atenção em saúde”. Para o atingimento desses objetivos, destacaram-se as diretrizes voltadas ao fortalecimento da Atenção Básica à Saúde, ao Aperfeiçoamento da Atenção Especializada, Hospitalar e de Urgências, bem como para a Adequação da Capacidade Instalada e a Regulação de Serviços.

O Relatório Anual de Gestão foca na avaliação da execução da Programação Anual em Saúde (PAS) 2016, apresentada no capítulo 5 deste relatório. As considerações sobre o desempenho da Secretaria Municipal de Saúde na execução da Programação Anual 2016 estão descrito nas considerações finais. Aponta-se, de antemão, que o principal fator que desafiou o cumprimento das metas foi a manutenção da contenção de despesas municipais, instituída pela Prefeitura em março e vigente até o final do ano.

## **1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Durante todo o ano, permaneceu o esforço de atualização no organograma da instituição, culminando na criação das coordenações de Atenção Especializada, de Atenção Básica, de Assistência Farmacêutica e de Políticas Públicas de Saúde. Além destas, foram abertos processos administrativos para a atualização das estruturas internas dos hospitais HPS e HMIPV, da CGVS, da CMU e das gerências distritais GCC, NHNI, LENO, Centro e SCS. A multiplicidade de serviços existentes e em funcionamento, sem o devido amparo normativo por inexistência das mesmas na estrutura formal da Secretaria Municipal de Saúde, exige a continuidade deste trabalho.

A Programação Anual de Saúde 2017 foi elaborada e entregue de acordo com a legislação vigente e prazo legal instituído, sendo base para a elaboração da Lei Orçamentária Anual correspondente ao mesmo ano. Essa divergência resultou em identificação mais precisa das dificuldades financeiras que serão enfrentadas ao longo de 2017, permitindo a atuação do planejamento estratégico ao longo de 2017.

Além do decreto de contenção de despesas, que imprimiu ritmo mais lento à execução das ações planejadas, a proximidade do período eleitoral e a certeza de mudanças na condução da Prefeitura não permitiram a evolução dos processos em andamento.

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

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

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

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

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

Integrantes da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RS - Titular: Fernando Ritter - Of. Nº 394/15-GS em 24/03/2015; Suplente: Fernanda dos Santos Fernandes e Marina Manzano Capeloza Pilz – Of. Nº 1167/16-GS em 09/09/2016.

Integrantes da Secretaria Técnica (SETEC) Bipartite – CIB/RS - Titular: Fernando Ritter, Conforme Of. Nº 394/15-GS em 24/03/2015; Suplente: Fernanda dos Santos Fernandes e Marina Manzano Capeloza Pilz – Of. Nº 1167/16-GS em 09/09/2016.

Integrantes da CIR 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) - Titular: Juliana Maciel Pinto, Conforme Of. 392/15-GS em 24/03/2016; Suplente: Fernando Ritter – Conforme Of. 719/15-GS em 18/05/2015.

Integrantes da Secretaria Técnica (SETEC) CIR - Titular: Juliana Maciel Pinto, Suplente: Kelma Nunes Soares – Conforme Of. 390/15-GS em 24/03/2015.

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

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

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

#### **Conselho Municipal de Saúde (CMS)**

Integrantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) – 1ª Representação - Titular: Fernando Ritter - Conforme Of. Nº 1485/14-GS em 24/07/2014; Suplente: Juliana Maciel Pinto Of. Nº 1299/16-GS em 04/10/2016.

Integrantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) - 2ª Representação – Titular: Vânia Maria Frantz; Suplente: Christiane Nunes de Freitas - Conforme Of. Nº 1299/15-GS em 04/10/2016.

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

#### 4 PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE – PAS 2016

As metas perseguidas e avaliadas pela SMS compõem a Patuação Interfederativa de Indicadores de Saúde (SISPACTO – ANEXO I) e a Programação Anual em Saúde (PAS - abaixo). No primeiro caso, as metas são definidas pelo Ministério da Saúde (MS) e validadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Ou seja, trata-se de uma pactuação vertical em saúde. Na PAS, as metas e indicadores são pactuados a partir do Plano Municipal de Saúde e anualmente, na esfera municipal.

**Tabela 1-** Metas constantes da Programação Anual de Saúde – PAS 2016

Ação	Meta	Realizado	% Cumprimento	Grau de cumprimento*
1. Atingir 95% dos encerramentos oportunos dos casos de doenças e ou agravos de notificações compulsórias transmissíveis que necessitam investigação epidemiológica, segundo Portaria Ministerial 204 de 17 de fevereiro de 2016.	95%	95,98%	101,03%	IV
2. Implantar 100% do plano de controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis DANT com recorte raça/cor/etnia/sexo, na RAS com foco em Controle do Tabagismo, Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida, monitoramento da violência, e doenças crônicas não transmissíveis prioritárias (HAS, DM, DRC, Obesidade, Neoplasias Malignas).	100%	56,7%	56,7%	III
3. Realizar avaliação antropométrica em 22% dos alunos das escolas públicas de Educação Infantil e de Ensino Fundamental pactuadas no Programa Saúde na Escola.	22%	28,5%	129%	IV
4. Realizar triagem da acuidade visual em 22% dos alunos das escolas públicas de Ensino Fundamental pactuadas no Programa Saúde na Escola.	22%	34,5%	156,8%	IV
5. Implantar o monitoramento dos resultados de exames de lesões intraepiteliais de alto grau do colo de útero para o acompanhamento das mulheres com esse diagnóstico nas unidades de saúde.	Monitoramento implantado	Realizada		IV
6. Reduzir para índices iguais ou menores que 2,5% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor/etnia.	≤ 2,5%	3%	80%	IV
7. Reduzir a taxa de incidência da sífilis congênita para 20 /1.000 nascidos vivos, com equidade segundo raça/cor/etnia.	20 /1.000	27,2/1000	64%	III

<b>8.</b> Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo para 89/100.000 habitantes.	89/100.000 habitantes	63,6/100.000 habitantes	128,6%	IV
<b>9.</b> Reduzir a mortalidade por AIDS para 26,0 /100.000 habitantes com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo/faixa etária.	26,0 /100.000 habitantes	22,9 /100.000 habitantes	111,9 %	IV
<b>10.</b> Diagnosticar 80% dos casos novos estimados de tuberculose.	80%	82%.	102,5%	IV
<b>11.</b> Ampliar a taxa de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial para 75%, com equidade raça/cor/etnia/sexo/faixa etária.	75%,	52%	69,3%	III
<b>12.</b> Reduzir a mortalidade proporcional de coinfectados por TB e HIV, para 25,0%, com equidade raça/cor/etnia/sexo/faixa etária.	25,0%,	24, 38%	102,54%	IV
<b>13.</b> Ampliar o acesso de usuários aos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS em 15%.	15%	81%	540%	IV
<b>14.</b> Elaborar o plano de implantação da vigilância em saúde mental.	Elaborar o plano	Não Realizada		I
<b>15.</b> Realizar atividades educativas em saúde bucal em 35% dos alunos das escolas de Educação Infantil e de Ensino Fundamental pactuadas no Programa Saúde na Escola.	35%	32,2%	92,1%	IV
<b>16.</b> Reduzir o coeficiente de mortalidade materna para 30/100.000 nascidos vivos com equidade segundo raça/cor/etnia/faixa etária.	30/100.000 nascidos vivos	30,4/100.00 nascidos vivos	98,6%	IV
<b>17.</b> Ampliar a cobertura da vacina contra a poliomielite (3ª dose) para 85%.	85%	64,4%	75,7%	IV
<b>18.</b> Ampliar a cobertura da vacina pentavalente (DTP/Hib/HepB) para 80%.	80%	71,1%	88,8%	IV
<b>19.</b> Atingir a taxa de AME em 40% das crianças menores de 6 meses de vida nas US onde o Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC está implantado.	40%	Não Realizada		I
<b>20.</b> Manter o coeficiente de Mortalidade Infantil em menos de 10/1.000 nascidos vivos.	< 10/1.000	8,9/1000	112%	IV
<b>21.</b> Realizar vigilância e controle vetorial em 100% dos casos confirmados de dengue, de acordo com o Plano de Contingência da Dengue.	100%	100%	100%	IV
<b>22.</b> Realizar bloqueio contra a Raiva em 100% dos casos positivos.	100%	100%	100%	IV
<b>23.</b> Elaborar o ranqueamento de risco na avaliação dos estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde.	100%	100%	100%	IV
<b>24.</b> Investigar 100% dos surtos notificados com doenças transmitidas por alimentos (DTA).	100%	100%	100%	IV



<b>25.</b> Realizar matriciamento em atenção e vigilância à Saúde do Trabalhador adulto e infantojuvenil em 25% dos serviços da Atenção Básica em Saúde.	25%	30,5%	122%	IV
<b>26.</b> Ampliar para 55% a cobertura da Estratégia de Saúde da Família.	55%	55,8%	101,45%	IV
<b>27.</b> Ampliar a cobertura de 1ª consulta odontológica programática para 6%.	6%	4,58%	76,33%	III
<b>28.</b> Aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré natal para 76%.	76%	75,25	99%	IV
<b>29.</b> Aumentar para 40% a taxa de primeira consulta de acompanhamento do recém-nascido em até sete dias de vida.	40%	35,9%	89,7%	IV
<b>30.</b> Aumentar a razão entre exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos para 0,38.	0,38	0,34	92%	IV
<b>31.</b> Aumentar a razão de mamografias realizadas para 0,17 em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos.	0,17	0,13	76%	IV
<b>32.</b> Realizar atendimento à saúde para 100% dos ingressantes no Presídio Central e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier.	100%	61,9%	61,9%	III
<b>33.</b> Remodelar o Centro de Saúde Vila dos Comerciantes de acordo com os critérios estabelecidos e necessidades locais.	Centro de Especialidades Remodelado	Não Realizada		I
<b>34.</b> Implantar o Plano Municipal de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência.	25%	22,12 %	88,48%	IV
<b>35.</b> Implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em mais 25% dos serviços de saúde.	25%	26,19%	104,8%	IV
<b>36.</b> Implementar em mais 25% o Plano Municipal de Práticas Integrativas em saúde (PIS) no município de Porto Alegre-RS.	25%	23,8%	95,2	IV
<b>37.</b> Garantir que 77% das subespecialidades médicas tenham tempo de espera menor que 30 dias para consulta.	77%	68,53%	89%	IV
<b>38.</b> Manter as regulações necessárias e sem meios do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do APH primário abaixo de 2%.	2%	1,6%	125%	IV
<b>39.</b> Reduzir o tempo médio de espera por atendimento médico dos usuários classificados "verdes" nas unidades de prontos atendimentos para até 3 horas.	3 horas	1h 41min	178%	IV
<b>40.</b> Instituir o indicador de tempo médio de observação em emergência hospitalar em 70% dos prestadores contratualizados.	70%	60%	86%	IV
<b>41.</b> Monitorar indicadores hospitalares de qualidade em 100% dos hospitais contratualizados ao SUS pela Comissão de Acompanhamento de Contratos (CAC).	100%	100%	100%	IV

<b>42.</b> Concluir a implantação das 15 equipes EMAD, 5 equipes EMAP.	15 equipes EMAD 5 equipes EMAP	11 equipes EMAD 2 equipes EMAP	56,65%	III
<b>43.</b> Ampliar o percentual da população coberta por procedimentos periodontais para 10%.	10%	6,71%	67,1%	III
<b>44.</b> Aumentar a razão entre testes de dosagem de antígeno prostático (PSA) solicitados pela Atenção Básica em Saúde na faixa etária de 45 anos ou mais de 0,13 para 0,15.	0,15.	0,15	100%	IV
<b>45.</b> Implementar a Assistência Farmacêutica nas etapas de programação, armazenamento, distribuição e dispensação em 75% das farmácias dos serviços de saúde, considerando as especificidades locais.	75%	90,21	120%	IV
<b>46.</b> Reduzir o tempo médio de espera por transporte, dos pacientes atendidos nos Pronto Atendimentos, com indicação de internação nos Hospitais da Rede, para 3 horas.	3 horas	2h 27min	122%	IV
<b>47.</b> Contratualizar 100% dos prestadores de serviços ambulatoriais aptos, conforme legislação vigente e necessidade da SMS.	100%	85%	85%	IV
<b>48.</b> Contratualizar 100% dos prestadores hospitalares vinculados ao SUS no município, conforme necessidade da SMS.	100%	62,5%	62,5%	III
<b>49.</b> Avaliar a adequação de 100% dos serviços de hemodiálise e hemoterapia à legislação sanitária vigente.	100%	100%	100%	IV
<b>50.</b> Implementar a política de educação permanente através da certificação de 50% dos Núcleos de Educação Permanente preconizados.	50%	50%	100%	IV
<b>51.</b> Realizar dimensionamento de pessoal em 100% dos serviços assistenciais nos níveis de atenção básica, especializada ambulatorial própria, urgências pré-hospitalares e assistência farmacêutica.	100%	75%	75%	IV
<b>52.</b> Implementar a Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS.	Mesa de Negociação Permanente do SUS implementada	Não Realizada		I
<b>53.</b> Monitorar a utilização de 20% dos recursos municipais em ações e serviços públicos de saúde (ASPS).	20%	20,5%	102,5%	IV

<b>54.</b> Monitorar e acompanhar a aplicação de recursos do Fundo Municipal de Saúde conforme LC 141/2012.	Recursos do Fundo Municipal de Saúde monitorados conforme LC 141/2012	Realizada		IV
<b>55.</b> Adequar o Fundo Municipal de Saúde à legislação vigente.	Fundo Municipal de Saúde adequado à legislação vigente.	Não Realizada		I
<b>56.</b> Estruturar o componente do Sistema Nacional de Auditoria - SNA.	Componente Estruturado	Não Realizada		I
<b>57.</b> Atualizar mensalmente em 100% a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde - CNES.	100%	100	100%	IV
<b>58.</b> Cumprir 37% da pactuação anual de obras (construções, ampliações, reformas e manutenções) da Secretaria Municipal de Saúde.	37%	21,21%	57,32	III
<b>59.</b> Aquisição de 551 equipamentos de informática para a rede básica e especializada de saúde.	551	429	77,85%	IV
<b>60.</b> Implantar 9 sistemas de informação: E-SUS, GERCON, GMAT, DIS (em toda SMS) e SIHO (Pronto Atendimento e Hospitais Próprios), GERINT (hospitais), Sistema de Gerenciamento de Laboratórios, SAMU e Sistema de Alvarás de Saúde.	9	5	55,5%	III
<b>61.</b> Constituir as instâncias descentralizadas do CMS/POA em 60% dos serviços de saúde.	60%	54,75%	91,25%	IV
<b>62.</b> Certificar 100% das Unidades de Saúde da Atenção Básica como Acolhedoras.	100%	79%	79%	IV

## 5 GESTÃO NA SAÚDE

### 5.1 Gestão do Trabalho em Saúde

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

Não Realizado. No final de 2016 foram encaminhados ofícios ao SIMPA, Sindicato dos Dentistas, Sindicato Médico, Sindicato dos Enfermeiros, Sindisaúde, FEHOSUL, Sindhospa, solicitando a indicação de um representante e suplente de cada sindicato, para implantação da Mesa Municipal de Negociação.

**Meta 51.** Realizar dimensionamento de pessoal em 100% dos serviços assistências nos níveis de atenção básica, especializada ambulatorial própria, urgências pré-hospitalares e assistência farmacêutica.

Realizado 75%. O GT de Dimensionamento de Pessoal teve como objetivo realizar o dimensionamento de pessoal, conforme consta na PAS 2016/2017. A formalização do Grupo de Trabalho do Dimensionamento de Pessoal foi publicada no DOPA em 15/08/2016 através de portaria. Como metodologia para o andamento do trabalho proposto pelo GT de Dimensionamento, o grupo direcionou seu trabalho, estabelecendo os elementos importantes para compor o relatório de diagnóstico das áreas, sendo a situação atual (número de profissionais), situação desejada (número de profissionais necessários) e a legislação pertinente relativa a cada área. Com base nestes elementos, o GT definiu os seguintes critérios para a realização do diagnóstico: 1) Unidade de trabalho, lembrando que a unidade de trabalho e/ou serviço, é qualquer unidade de serviço existente; 2) Estrutura (capacidade) física das unidades; 3) Área – população atendida, de acordo com os parâmetros assistenciais; 4) Cargos; 5) Carga horária mínima; e 6) Vínculo – forma de contratação. A forma para demonstrar o relatório final, foi definida pelo GT de dimensionamento, podendo ser ajustada a qualquer momento, que o mesmo será por local de atuação, por cargo, a necessidade, o que existe atualmente e o déficit, de acordo com a carga contratual e legislação vigente. Ao final do 3º quadrimestre, foi apresentado ao secretário, o trabalho concluído das Áreas de Assistência Farmacêutica e Atenção Especializada, ficando pendentes a apresentação do Relatório de Atenção Básica e Urgências.

Em 2017, o objetivo é dar continuidade ao trabalho, com foco nas áreas Hospitalares, CGVS, GSSM e áreas meio, buscando atender as metas estabelecida na Programação Anual de Saúde 2016/2017.

### 5.1.1 Quantitativo de trabalhadores

**Tabela 2-** Comparativo dos servidores efetivos, por nível de cargo entre os anos 2015 e 2016

Cargos	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nível Superior (NS)	2.476	45,97	2.488	45,92	-12	0,05
Nível Médio (NM)	2.347	43,58	2.362	43,60	-15	-0,02
Nível Elementar (NE)	563	10,45	568	10,48	-5	-0,03
Total	5.386	100,00	5.418	100,00	-32	-0,59

**FONTE:** Sistema ERGON.

Na tabela acima se verifica redução no total de servidores efetivos em 0,59% sendo que essa atinge os três níveis de cargos evidenciando que a SMS vem perdendo servidores sem conseguir reposição que trave a tendência de queda no quantitativo. Nos níveis, superior e médio a redução é mais acentuada do que no nível elementar. Considerando o nível elementar, envolve cargos para os quais não há provimento por Concurso Público há mais de 20 anos e as vacâncias começam a determinar situação de carência que deverá ser avaliada.

**Tabela 3-** Comparativo do quantitativo dos Cargos em Comissão, Contratos Temporários (Lei 7.770), Estratégia de Saúde da Família e Terceirizados, entre os anos 2015 e 2016

Vínculo	Ano		
	2016	2015	Variação
	Nº	Nº	%
Cargos em Comissão	30	30	0
Contratos temporários (Lei Municipal nº 7.770/96)	02	0	0
Terceirizados	832	708	17,51
Total	864	738	17,07

**FONTE:** Sistema ERGON, IMESF, CGATA, HMIPV e HPS.

Na tabela acima, se verifica que o quantitativo de Cargos em Comissão permaneceu inalterado e o quantitativo de terceirizados aumentou 17,51% em relação a 2015.

**Tabela 4-** Comparativo de trabalhadores da SMS, por esfera de gestão, entre os anos 2015 e 2016

Esfera	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Municipal	4.791	88,95	4.778	88,18	13	0,27
Estadual	407	7,56	440	8,12	-33	-7,50
Federal	188	3,49	200	3,70	-12	-6,00
Total	5.386	100	5.418	100,00	-32	-0,59

FONTE: Sistema ERGON.

A tabela acima consolida e amplia o entendimento da redução de pessoal apontada na tabela 2. A redução de pessoal está na vacância de servidores municipalizados sendo que, de 2015 a 2016, houve decréscimo de 13,50% enquanto os servidores municipais aumentaram em 0,27%.

**Tabela 5-** Comparativo do quantitativo da movimentação de pessoal, entre os anos 2016 e 2015

Efetivo	Ano		
	2016	2015	Variação
	Nº	Nº	%
Aposentadoria	80	117	-31,62
Exoneração	45	51	-11,76
Falecimento	5	11	-54,55
Final de Cedência	8	17	-52,94
Desmunicipalização	4	5	-20,00
Demissão	3	1	200,00
Total de saídas	145	202	-28,22
Total Ingressantes (concurso/nomeação)	137	150	-8,67

FONTE: Sistema ERGON.

Na tabela acima, se verifica que a aposentadoria representou 55,17% dos afastamentos, exoneração vem a seguir, representando 31,03%, falecimento, final de cedência, desmunicipalização e demissão respondem pelos 20 afastamentos restantes, com 13,80%.

Os cargos mais impactados foram Auxiliar de Enfermagem, Assistente Administrativo, Médico Especialista, Técnico em Enfermagem e as áreas mais afetadas foram HPS, CGAB, CGAE e CGSMU.

No tocante aos ingressos, em 2016 houve 137 através de nomeação, sendo que os principais quantitativos ocorreram nos cargos de Médico Especialista, Farmacêutico, Técnico em Enfermagem e Enfermeiro e as áreas que foram mais impactadas pelas nomeações foram HPS, CGSMU, CGAB e CGAE. Em 2015 houve 150 ingressos através de nomeação, sendo que os principais quantitativos ocorreram nos cargos de Auxiliar de Farmácia, Enfermeiro, Médico Especialista,

Farmacêutico, Fonoaudiólogo, Técnico em Enfermagem e as áreas que foram mais impactadas pelas nomeações foram HPS, CGSMU, CGAB e CGAE.

**Tabela 6** - Comparativo dos afastamentos temporários de servidores, entre os anos 2015 e 2016

Afastamento	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº de servidores	Total (em dias)	Nº de servidores	Total (em dias)	Nº de servidores	Total (em dias)
LG - Licença-Gestante (120 dias)	88	10.138	92	11.124	-4	-986
BAS - Período Complementar LG (60 dias)	81	4.829	82	5.040	-1	-211
LAA - Licença Aguardando Aposentadoria	261	63.224	149	46.026	112	17.198
LAI - Licença Afastamento INSS	0	0	2	0	-2	0
LAT - Licença Acidente de Trabalho	119	6.154	134	5.141	-15	1.013
LTPF - Licença Tratamento Pessoa da Família	498	8.439	489	8.813	9	-374
LTS - Licença Tratamento Saúde	1.724	71.052	1.598	67.124	126	3.928
LTI - Licença Para Tratamento de Interesses	4	4.658	11	6.174	-7	-1.516
Total de afastamentos	2775	168.494	2.557	149.442	218	19.052

Fonte: Sistema ERGON.

- Licença Gestante (LG): constatou-se que houve redução no afastamento de 2015 para 2016, com total 10.138 dias em 2016 sendo que os cargos que responderam por 70% do afastamento foram: Médico Especialista, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem e Técnico em Radiologia sendo que as áreas mais afetadas foram: CGAB, HPS, HMIPV e GRSS.
- Período Complementar de LG (BAS): apresentou redução no quantitativo de dias de 2015 a 2016. Foram 4.829 dias de afastamento sendo que 60% do total correspondem a afastamentos nos cargos de Médico Especialista, Técnico em Enfermagem e Enfermeiro sendo as áreas mais afetadas: HPS, HMIPV, CGAB e GRSS. O Período Complementar está diretamente relacionado à LG sendo um prosseguimento desta.
- Licença Aguardando Aposentadoria (LAA): apresentou aumento no total de dias de afastamento, passando de 46.026 em 2015 para 63.224 dias em 2016. Os cargos que responderam por 60% ou mais dos afastamentos foram: Médico Especialista, Médico Clínico-Geral, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem e as áreas mais afetadas foram: HPS

e CGSMU. Em 2016 nota-se aumento no número de dias e de servidores. Um fator que se pode apontar como importante foi à incorporação das Gratificações GIQ Atenção e GIQ Gestão, as quais necessitavam de percepção por 5 anos consecutivos (desde agosto de 2011) para incorporação aos proventos e, assim, sendo, servidores que já poderiam ter se aposentado nos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016 aguardaram e acabaram por aumentar o quantitativo de servidores entrando em LAA. Em função de possíveis alterações nas regras de aposentadoria, pode-se inferir que há probabilidade de haver um aumento pontual concentrado em determinado período afetando os serviços em saúde e demandando reposições emergenciais para não comprometer a execução de atividades essenciais.

- Licença de Acidente de Trabalho (LAT): de 2015 a 2016 houve redução na quantidade de servidores, passando de 134 para 119, mas houve aumento na quantidade de dias afastados, passando de 5.141 para 6.154, mostrando que as ocorrências foram de maior gravidade demandando um maior número de dias de afastamento para restabelecimento dos servidores. Os cargos mais impactados foram Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Enfermagem e Enfermeiro, respondendo por 60% dos dias de afastamento. As áreas mais afetadas foram HPS, HMIPV e CGSMU.
- Licença para Tratamento de Pessoa da Família (LTPF): houve aumento na quantidade de servidores em afastamento e no total de dias afastados. Em 2015 encontramos 489 servidores que apresentaram o afastamento, contra 498 em 2016; quanto ao total de dias, em 2015 foi de 8.813 e em 2016 de 8.439. Os cargos que apresentaram maior impacto foram Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Enfermagem, Enfermeiro, Médico Especialista, Cirurgião-Dentista, respondendo por percentual aproximado de 60% do total dos afastamentos e as áreas mais afetadas foram HPS, HMIPV, CGSMU, CGAB e CGAE.
- Licença para Tratamento de Saúde (LTS): houve aumento, tanto na quantidade de servidores quanto no total de dias afastados. Em 2015, houve 1.598 servidores que apresentaram ocorrências relacionadas à LTS, em 2016 aumentou para 1.724. Quanto à quantidade de dias, em 2015 foram 67.124



dias e em 2016 71.052 dias. Os cargos mais afetados foram Auxiliar de Enfermagem, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Médico Especialista, e Motorista com percentual aproximado de 60% do total de dias de afastamento; sendo as áreas mais impactadas HPS, HMIPV, CGAB, CGSMU e CGAE. As causas dos afastamentos poderiam ser pesquisadas junto à GSSM e PREVIMPA de modo que fosse possível verificar quais as patologias que estão afetando mais os servidores e motivando os afastamentos a fim de que a Prefeitura estudasse formas de atuar na prevenção junto aos servidores.

- Licença para Tratamento de Interesses (LTI): Em 2015, havia 11 servidores em LTI totalizando 6.174 dias, em 2016, reduziu para 7 servidores com 4.658 dias de afastamento. Os cargos afetados foram Assistente Administrativo, Auxiliar de Enfermagem, Enfermeiro, Farmacêutico e Médico Especialista, afetando HMIPV, CGAB, CGAE, CGSMU e CGVS.

**Tabela 7**– Comparativo do quantitativo das conclusões das delimitações, entre os anos 2015 e 2016

Conclusão	Ano		
	2016	2015	Varição
	Nº	Nº	%
Apto	2	7	-71,42
Delimitação Permanente	9	22	-59,09
Delimitação Temporária	6	18	-66,67
Amplia, modifica ou mantém delimitação/readaptação	1	7	-85,71
Readaptação	3	3	0
Outros	1	1	0
Total	22	58	-62,07

FONTE: GEAF/SMA.

Com relação aos dados não se notam mudanças significativas na demanda da SMS no serviço de acompanhamento funcional individual prestado pela GEAF. Em relação aos cargos, mantém-se a predominância de atendimento à equipe de enfermagem (técnicos, auxiliares e enfermeiros), seguida pelo cargo de médico e assistente administrativo. Quanto à lotação do servidor, segue a predominância de servidores da CGAB, tendo havido uma redução nos atendimentos da CGSMU em 2016 em relação ao ano anterior.

## 5.1.2 Acompanhamento Funcional

**Tabela 8-** Comparativo do quantitativo dos principais motivos relacionados aos Acompanhamentos Funcionais Individuais, entre os anos 2015 e 2016

Motivo	Ano		
	2016	2015	Varição
	Nº	Nº	%
Baixa pontuação em avaliação de estágio probatório	27	20	35,00
Dificuldades de relacionamento com chefia	25	27	-7,41
Movimentação	16	11	45,45
Dificuldades de relacionamento com colega	13	16	-18,75
Desmotivação, sobrecarga de trabalho ou estresse	12	11	9,09
Busca de informações ou outros serviços	11	2	450,00
Dificuldades em realizar as atribuições do cargo	11	13	-15,38
Comportamento inadequado	7	13	-46,15
Discordância em avaliação de estágio probatório	7	9	-22,22
Assédio moral ou sexual	6	11	-45,45
Sofrimento psíquico	6	8	-25,00
Outros motivos	5	12	-58,33
Problemas pessoais	5	5	0,00
Queixas sobre o local de trabalho	5	7	-28,57
Acompanhamento de processos de avaliação laboral	2	2	0,00
Atrasos não justificados	2	3	-33,33
Uso de substância psicoativa	2	3	-33,33
Acompanhamento de avaliação de estágio probatório	2	-	0,00
Dificuldade de relacionamento – público/usuário	1	1	0,00
Retorno ao trabalho	1	1	0,00
Faltas não justificadas	-	4	0,00
Abandono de cargo	-	1	0,00
Insubordinação ou desrespeito a normas	-	1	0,00
Total	166	181	-8,29
Total de acompanhamentos no período	118	116	1,72
Total de servidores atendidos	102	107	-4,67

FONTE: GEAF/PMPA.

Considerando os motivos que geraram acompanhamento funcional no ano de 2016 tem-se: a baixa pontuação em avaliação de estágio probatório dos acompanhamentos, na seqüência, dificuldades de relacionamento com chefia e as

movimentações. As ações de qualificação das chefias foram desenvolvidas no decorrer do 3º quadrimestre de 2016 e terão continuidade no ano de 2017.

### 5.1.3 Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família - IMESF

**Tabela 9-** Comparativo de Empregado Público, por nível de cargo entre os anos 2015 e 2016

Cargos	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nível Superior (NS)	344	19,86	328	19,98	16	4,88%
Nível Médio (NM)	501	28,92	486	29,61	15	3,08%
Nível Elementar (NE)	887	51,21	827	50,39	60	7,25%
Total	1732	100	1641	100	91	5,45%

FONTE: Sistema WinDP- IMESF.

Observa-se a variação de 5,45%, totalizando acréscimo de 91 empregados públicos no ano de 2016. A maior variação ocorre no nível elementar com os cargos de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate as Endemias.

**Tabela 10-** Comparativo do quantitativo dos Cargos em Comissão, Contratos Temporários (Lei 11.062), Estratégia de Saúde da Família e Terceirizados, entre os anos 2015 e 2016

Vínculo	Ano		
	2016	2015	Variação
	Nº	Nº	%
Cargos em Comissão	03	03	0
Contratos temporários (Lei Municipal nº 11.062/2011)	07	09	-22,22%
Empregados Públicos-IMESF	1732	1641	5,54%
Médicos do PMM e PROVAB	114	118	-3,38%
Terceirizados	86	83	3,61%
Total	1942	1854	4,75%

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

Observa-se variação negativa nos contratos temporários, por término de contrato sem possibilidade de renovação. Os médicos PMM e PROVAB, contratos finalizados, e a não reposição pelo Ministério da Saúde.

**Tabela 11-** Comparativo do quantitativo de afastamentos definitivos de servidores, entre os anos 2015 e 2016

Efetivo	Ano		
	2016	2015	Variação
	Nº	Nº	%
Aposentadoria	03	01	200%
Exoneração	1	0	100%
Falecimento	04	03	33,33%
Demissão	93	145	-35,86%
Total	98	149	-34,23%

FONTE: Sistema WinDP-IMESF.

Observa-se uma redução significativa nas demissões dos empregados públicos em 2016, variação de 35,86%. As demissões ocorrem em regra a pedido do funcionário, demissões realizadas a pedido IMESF, apenas em caso de justa causa.

**Tabela 12-** Comparativo do quantitativo dos afastamentos temporários de servidores, entre os anos 2015 e 2016

Afastamento	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº de servidores	Total (em dias)	Nº de servidores	Total (em dias)	Nº de servidores	Total (em dias)
LG - Licença-Gestante (120 dias)	71	8520	74	8880	-3	-360
BAS - Período Complementar LG (60 dias)	62	3720	62	3720	0	0
LAA - Licença Aguardando Aposentadoria	0	0	0	0	0	0
LAI - Licença Afastamento INSS	139	19842	134	20254	5	-412
LAT - Licença Acidente de Trabalho	21	2721	10	1339	11	1382
LTS - Licença Tratamento Saúde	1	366	1	16	0	350
LTI - Licença Para Tratamento de Interesses	1	217	1	30	1	187
Total de afastamentos	295	35386	281	34239	14	1147

**FONTE:** Sistema WinDP- IMESF.

Observa-se que a variação maior ocorre na licença acidente de trabalho LAT, com aumento de 11 licenças. As demais licenças apresentam pouca ou nenhuma variação. Os acidentes de trabalho são: Acidente típico que ocorrem quando funcionário está executando suas atividades; Acidente de trajeto (no deslocamento de casa para o trabalho e vice versa e a doença do trabalho.

#### 5.1.4 Educação Permanente em Saúde

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

A Equipe de Desenvolvimento/CGADSS avançou nas discussões visando implementar a Política de Educação Permanente. No 2º quadrimestre foi constituído um grupo de trabalho, no âmbito da CPES, com a finalidade de elaborar a Política de Educação Permanente da SMS. Como parte dessa política iniciou-se a discussão das competências dos Núcleos de Educação Permanente-NEP e estabelecimento de critérios mínimos para que os Núcleos possam ser considerados como

constituídos e em funcionamento. Esses critérios foram aprovados pela a CPES e passaram a ser avaliados a partir do 2º Quadrimestre.

Para certificação, utilizou-se o critério de Núcleos já constituídos como unidades de trabalho, portanto utilizaram-se como base os seguintes Núcleos: Assessoria de Ensino e Pesquisa – ASSEP (HMIPV), Comissão Multiprofissional de Ensino Serviço e Pesquisa – COMESP (HPV), NEP Vigilância em Saúde (CGVS), NEP SAMU.

No 2º quadrimestre os NEP do HPS e do SAMU foram certificados, visto terem atingido 100% dos critérios estabelecidos. Já no 3º quadrimestre a certificação coube aos NEPs do HPS e CGVS. Constatou-se que a frequência quinzenal das reuniões, acrescido aos encontros quinzenais do GT de Educação Permanente sobrecarregou os representantes dos NEPs, dificultando a manutenção da frequência nas reuniões, fato esse que prejudicou o atingimento do percentual mínimo de presença nas reuniões.

Para o ano de 2017 estuda-se se a proposta de estabelecimento de peso para cada um dos critérios e que as medições passem a ser anuais.

Visando dar continuidade na construção da Política de Educação Permanente o GT criado para este fim (formalizado pela portaria nº 877/2016) construiu um conjunto de normas que pretende normatizar o processo de afastamento de servidores para participarem de cursos e demais eventos promovidos por outras instituições devendo ser apreciado pela CPES no ano de 2017, visando sua implantação. Também será avaliado a necessidade e viabilidade de constituição ou não de outros núcleos de educação na SMS.

### **Comissão Permanente de Ensino e Serviço – CEPS**

No ano de 2016, a Comissão Permanente de Ensino em Serviço (CPES) manteve funcionamento efetivo e ampliou seu objeto com as discussões de qualificação profissional. Tal ampliação teve a finalidade de avançar na criação de condições para a elaboração da Política de Educação Permanente da SMS. Ao final do ano, a CPES realizou o seu Seminário Anual de Avaliação, com a participação dos membros da instância, representantes das Gerências Distritais e dos Conselhos

Distritais de Saúde, para avaliação dos avanços da integração ensino e serviço e da qualificação profissional em 2016 e discussão dos desafios para 2017.

Ao longo do ano de 2016 passaram pela CPES os seguintes projetos:

**Proposta de fluxos para avaliação da viabilidade operacional e autorização para a realização de pesquisas nos serviços da Secretaria:** A proposta de um novo fluxo para avaliação da viabilidade da realização das pesquisas nos serviços da Secretaria, elaborada pela CPES, foi validada pela Coordenação Geral da Atenção Básica, pela Coordenação Geral da Atenção Especializada e pelos Comitês de Ética (o geral da SMS e o do HMIPV). Especificamente em relação aos Comitês de Ética foi acordada a unificação dos formulários e fluxos.

**Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES):** a CPES elaborou proposta para o COAPES, estabelecendo um processo de contratualização, definindo as Instituições de Ensino parceiras a serem convidadas para a contratualização e formulando uma minuta de contrato para ser negociada com as Instituições de Ensino e o Ministério da Saúde. A proposta elaborada foi encaminhada para análise da Procuradoria Municipal Setorial da SMS, no entanto, frente às mudanças políticas no Governo Federal, a discussão foi suspensa e aguarda novas orientações do Ministério da Saúde.

**Solicitação de Cartas Compromissos de apoio às Residências:** A CPES analisou e manifestou-se favoravelmente à emissão de Cartas Compromissos da SMS para os seguintes projetos:

- Criação do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde em Análises Clínicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA);
- Criação do Programa de Residência Multiprofissional em Oftalmologia do Hospital Banco de Olhos;
- Ampliação do número de vagas do Programa de Residência Médica em Oftalmologia do Hospital Banco de Olhos;
- Ampliação do número de vagas do Programa de Residência em Clínica Médica do Hospital Beneficência Portuguesa de Porto Alegre;
- Criação do Programa de Residência em Clínica Médica do Hospital Divina

Providência;

- Ampliação do número de vagas do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência (PRIMURGE) do HPS e integração da Residência de Psicologia.

**Cooperações Técnicas:** No ano, a CPES avaliou e manifestou-se favoravelmente a solicitações de assinatura de Termo de Cooperação Técnica (TCT) de 10 Instituições de ensino, sendo duas cooperações renovadas (ESP, Centro Educacional São Camilo), três novas assinadas (Instituto de Qualificação Profissional Florence Nightingale (IQPFN), Hospital Nossa Senhora das Graças de Canoas, Escola Técnica Cristo Redentor) e cinco ainda permanecem em análise jurídica na PMS (SOBRACID, ACM, IMED, Mãe de Deus, Hospital Beneficência Portuguesa). Além dessas cooperações, a SMS mantém TCT com mais 36 Instituições de Ensino (o que totaliza 41 TCTs vigentes): Abuchaim, CESUCA, FADERGS, FEEVALE, GHC, HCPA, HED, Hospital Divina Providência – Sociedade Sulina Divina Providência, IC-FUC, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, PUC-RS, Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, Santa Casa de Rio Grande, UFCSPA, UFPEL, UFRGS, ULBRA, UNILASALLE, UniRitter, UNISINOS, Virvi Ramos, CESAC, FUMM, SERDIL, GEANF, IBO, Odonto Pós, Centro Educacional Unitec, ESCOLA CECÍLIA MEIRELES, ESCOLA LAFAYETTE, Escola Zona Sul, Instituto de Educação Marista Nossa Senhora das Graças, FACTUM, FATEPA, SENAC.

**Certificação de preceptores para fins de progressão funcional:** Nesse quadrimestre, a CPES elaborou critérios e fluxo para a certificação de preceptores para fins de progressão funcional, que passará a pontuar o exercício da atividade de preceptoria.

**Captação eletrônica dos dados de solicitação de campo de Residência e pós-graduação:** A ASSETEC-CPES elaborou sistemática de captação dos dados e solicitação de campo para Residência e Pós-graduação via FORMSUS, mantendo o fluxo de coleta de assinaturas e entrega do formulário impresso. Através dessa nova sistemática, a Secretaria passará a contar com informações mais completas e atualizadas desses alunos nos diferentes cenários de prática.

**Cadastramento de residentes da Atenção Básica no CNES, com vista à computação de produtividade:** A ASSETEC-CPES estabeleceu, em conjunto com a CGAB e o IMESF, um fluxo para encaminhamento de informações dos residentes com permanência mínima de 3 meses na Secretaria, para cadastro no CNES, com vista à computação de produtividade.

Cabe salientar que neste último ano alguns campos de práticas já apresentam um quadro de saturação de alunos, exigindo que a CPES comece a discutir critérios para a priorização de instituições e de atividades, junto com medidas para a racionalização da utilização dos campos.

Ao longo do ano a CPES discutiu e deliberou sobre alguns temas da qualificação. Cabe destacar: discussão sobre a adesão da SMS na Matriz de Liderança da PMPA, com as adaptações necessárias para a necessidade da SMS, critérios para indicação de especializandos para os cursos do Hospital Sírio Libanês, discussão sobre critérios para liberação para eventos externos a PMPA.

### **Eixo Integração Ensino e Serviço**

Os Distritos Docentes Assistenciais (DDAs) já estruturados seguiram funcionando com reuniões regulares das Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGALs), com exceção do DDA NEB, que não realizou reunião da CGAL no primeiro semestre, mantendo apenas o funcionamento do Núcleo de Integração Ensino e Serviço (NIES-NEB) – instância que reúne a Gerência e a UFCSPA para discussão das atividades de ensino e pesquisa no território. No entanto, no segundo semestre, o DDA NEB retomou as reuniões da CGAL, definindo periodicidade bimensal, mantendo-se as reuniões do NIES nos meses que não têm reunião da CGAL. Quanto aos DDAs Sul e Centro-Sul e Restinga e Extremo-Sul, os dois foram considerados ao longo do ano de 2016, como em processo de estruturação. Em relação ao primeiro, DDA Sul/Centro-Sul, destaca-se que ele consolidou o seu funcionamento regular, com reuniões mensais da CGAL com a UniRitter e o Instituto de Cardiologia – esse com residência e a primeira experiência de territorialização dos campos para alunos do ensino técnico (do curso Técnico em Enfermagem). Essa situação nos permite considerá-lo como estruturado. Já a GD Restinga e Extremo-Sul (RES), ainda não iniciou o funcionamento da CGAL, no entanto, a Gerência continua administrando, junto com a FADERGS, que é a instituição de



ensino de referência do território, a inserção dos alunos nos serviços da Gerência. Desse modo, esse DDA permanece em estruturação.

Em relação aos DDAs também cabe destacar:

DDA LENO/PLP: foi realizado, com recursos do PRÓ-SAÚDE III, a I Jornada de Saúde Multidisciplinar, na PUCRS. A Jornada teve como objetivo problematizar os referenciais das políticas públicas de saúde e discutir os programas Pró-Saúde, PET Saúde e Residências Multiprofissional em Saúde e Residência Médica, dos cursos da PUCRS e demais universidades. Participaram do evento: docentes e estudantes dos cursos de Graduação e de Pós-Graduação, da Área da Saúde da PUCRS e de outras Universidades, trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde e representantes do Controle Social de Porto Alegre.

DDA NHNI: Foram realizadas reuniões da CGAL com as coordenações de todos os cursos da saúde do IPA, nas quais foi discutida a ampliação das ações de ensino em serviço no território.

DDA GGC: foram realizadas as Olimpíadas Culturais da Grande Cruzeiro. O projeto foi elaborado pelos moradores e associações comunitárias da região em conjunto com a UFRGS, por meio da Coordenadoria de Saúde. O objetivo foi realizar atividades de cultura e lazer na região visando à promoção da saúde e do bem-estar dos moradores do local. Ocorreu, também, a Familiarização do Distrito, promovida pela Coordenadoria da Saúde em conjunto com a Gerência do Distrito, visando apresentar a Gerência Distrital, o Pronto-Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), o Conselho Municipal de Saúde e a UFRGS para novos alunos, trabalhadores de saúde, professores e comunidade.

O DDA Centro também realizou Atividade de Familiarização, promovida pela Coordenadoria da Saúde da UFRGS em conjunto com a Gerência do Distrito, visando apresentar a Gerência Distrital, o Conselho Municipal de Saúde e a UFRGS para novos alunos, trabalhadores da saúde, professores e comunidade.

Também cabe destacar que foram realizadas as Mostras Distritais de Experiências Inovadoras em Atenção Básica em todas as Gerências Distritais, com a participação ativa das Instituições de Ensino que atuam nos territórios. As Instituições de Ensino, de modo geral, contribuíram na organização dos eventos distritais, viabilizando, inclusive, espaço físico para estes momentos, participaram na

elaboração escrita das experiências apresentadas e nas comissões de seleção dos trabalhos. Em relação à Etapa Municipal da Mostra, as Instituições de Ensino contribuíram indicando facilitadores para as mesas de apresentação das experiências e participaram na oficina sobre educação permanente e integração ensino e serviço.

Em relação aos diferentes DDAs, a ASSETEC tem sido consultada sobre a possibilidade de encaminhamento de usuários dos serviços da Secretaria para as clínicas escolas das instituições de ensino. Essas consultas partiram tanto dos serviços da rede municipal, quanto das instituições de ensino – como a Unisinos, a Fadergs, a UniRitter e o IPA – que buscam aproximarem-se das diretrizes do SUS, em especial no que diz respeito ao atendimento em saúde mental. Diante disso, junto com a equipe técnica de saúde mental da Coordenação Geral das Políticas Pública em Saúde e a Coordenação Geral de Atenção Especializada, foi construída uma proposta para formalização da cooperação, inicialmente, para a Clínica Escola de Psicologia da UniRitter. Essa proposta encontra-se em análise na Procuradoria Municipal Setorial da SMS.

Ao considerar a consolidação dos DDAs, faz-se importante assinalar duas deficiências da nossa rede assistencial, que se acentuaram ao longo do ano de 2016, dificultando o avanço do processo de transformação da rede assistencial em uma efetiva “rede escola”:

- a estrutura e ambiência: as condições de muitos serviços continuam inadequadas (falta de salas para reuniões e atividades de grupo, de consultórios para atendimentos, de equipamentos de informática, etc.), colocando-se como um obstáculo para a ampliação e qualificação das ações de ensino em serviço;
- dimensionamento de pessoal dos serviços: vários serviços e equipes não apresentam dimensionamento de pessoal adequado para possibilitar um acolhimento qualificado das atividades de ensino e dar conta das questões pedagógicas, sendo que em algumas profissões não temos nenhum profissional nos campos (como por exemplo: Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Educação Física, Terapia Ocupacional), o que inviabiliza a entrada de alunos dessas formações nos seus DDAs. Esse quadro tem se acentuado devido à situação de crescente restrição de pessoal na

Secretaria, em decorrência de aposentadorias e de outros afastamentos não repostos, implicando em dificuldades adicionais para a abertura de campos para estágios e práticas curriculares nos serviços, com prejuízo para o desenvolvimento das ações de integração ensino e serviço.

Além desses apontamentos, cabe acrescentar duas questões que se destacaram neste último ano:

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

### **Eixo Qualificação Profissional**

No presente relatório constam as capacitações promovidas pelas diferentes áreas de atuação da SMS, IMESF e pela Escola de Gestão Pública/SMA, a liberação de servidores para participação de cursos de formação e de outros eventos técnicos realizados por instituições de ensino formais e outras.

As ações de qualificação profissional, ocorridas ao longo de 2016, pelo Eixo de Qualificação Profissional e os Núcleos de Educação Permanente-NEP-ocorreram em conformidade com o PMS-2014-2017, em prioridades estabelecidas pelos Núcleos de Educação e demais setores da SMS e IMESF, referendadas pela PAS 2016.

Em virtude da complexidade das demandas atendidas na saúde é imperativo que as equipes incorporem a educação permanente para a qualificação de suas práticas profissionais. A educação permanente em serviço tem sido o modelo de qualificação, adotado e parte da problematização da realidade como disparador para a análise das práxis em saúde pelos diferentes atores envolvidos (trabalhadores, gestores e controle social).

Entre as atividades realizadas pelos núcleos de Educação Permanente da SMS, no período, destaca-se as seguintes:

## **Integração de novos servidores/estagiários: “Bem vindo ao SUS”**

Dando continuidade ao programa, que tem como objetivo oferecer informações básicas e necessárias sobre a instituição, sua cultura e funcionamento, normas e regulamentos, bem como, princípios e diretrizes do SUS e da SMS/PMPA. Além de maior engajamento e motivação por parte dos novos ingressantes.

## **Biblioteca Virtual**

Atualização da biblioteca virtual de documentos e informações dirigidas a essa área através da rede de RH, buscando qualificação dos processos de gestão de RH.

## **Curso “A Prática de Gestão na lógica da Educação Permanente”**

Iniciado em 2015 e concluído neste ano, o curso busca desenvolver e qualificar a gestão das ações de saúde do SUS em Porto Alegre. O encontro possibilitou conhecer e debater as dificuldades enfrentadas pelos gestores no cotidiano dos serviços buscando assegurar as melhores práticas de gestão.

## **Encontro com a Rede de RH/SMS**

A programação dos encontros abordou assuntos relacionados com a gestão de RH priorizados pelos núcleos de RH dos diversos serviços da SMS. Além de oportunizar a integração dos serviços e a uniformização de conduta nos processos administrativos e legais referentes a RH. Como fechamento desta atividade foi realizado em dezembro de 2016, o Seminário abordando o tema Mudança de Paradigma em Tempos de Adversidade, além de propiciar uma avaliação das diversas atividades da área de recursos humanos da Secretaria.

## **Parceria com Hospital Sírio libanês**

Dando continuidade a esta parceria a Equipe de Desenvolvimento coordenou no âmbito da SMS, as atividades do Curso de Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Saúde informadas por Evidências, realizado nas dependências do HMIPV, assessorando administrativamente a organização do mesmo.

Participaram do curso 34 profissionais de saúde de diferentes áreas de atuação, sendo que desses, 19 eram servidores da SMS.

No último quadrimestre de 2016 iniciou-se o Curso de Aperfeiçoamento em Processos Educacionais na Saúde (APES), tendo continuidade no ano de 2017. O mesmo visa formar facilitadores para atuarem nos cursos de Qualidade e Segurança no Cuidado do Paciente e Vigilância em Saúde. Foram cinco (5) servidores indicados para participarem dessa formação, todos membros dos NEPs, visto que a proposta é qualificar os profissionais no uso das metodologias ativas, visando a disseminação dessa proposta nas atividades de qualificação da SMS.

### **Parceria com a Escola de Gestão Pública- EGP**

Cabe ressaltar o fortalecimento desta parceria, possibilitando aos servidores participarem de cursos e oficinas voltados ao SUS.

Merece destaque o trabalho realizado em parceria junto à EGP, da Secretaria Municipal de Administração – SMA, que nos forneceu suporte não apenas logístico como apoio na escolha dos educadores que atuaram como instrutores dos eventos realizados pela Equipe de Desenvolvimento – ED. Esses eventos foram significativos para os servidores participantes da SMS, a exemplo da palestra “Atendimento ao Usuário”, considerando que a qualificação do atendimento aos usuários do SUS tendo como enfoque a humanização da relação instituição e usuário, promovendo maior resolutividade dos serviços prestados pela rede de saúde da PMPA.

Esse esforço conjunto agrega valor ao trabalho que está sendo entregue, incentiva a sinergia entre secretarias distintas, promove a colaboração e melhora o clima organizacional.

### **Sistema ERGON**

Neste ano se deu a consolidação do processo de inscrição, acompanhamento e emissão de certificados pelo Sistema ERGON, acarretando maior qualidade e agilidade no processo de emissão e registro de certificados de servidores que participaram de cursos e demais eventos promovidos pela SMS e IMESF.

Ao longo do ano várias ações de educação permanente foram disparadas pela Atenção Básica: Acolhimento aos Trabalhadores ingressantes na Atenção Básica, Atualização de fluxos do IMESF, Encontros de Educação em Saúde com os Agentes de Combates às Endemias e Curso de Qualificação para Coordenadores da Atenção Básica e Encontro de Educação Permanente para Apoiadores IMESF. Essas atividades oportunizaram diversos espaços de troca de experiências e saberes e tiveram como potências:

- A disponibilização de informações sobre o SUS, a Atenção Básica em Porto Alegre;
- O esclarecimento dos trabalhadores acerca da organização do trabalho e dos principais fluxos existentes na AB;
- A (re)discussão e o alinhamento dos profissionais de Atenção Básica em relação as suas atribuições (comuns e específicas);
- A qualificação da prática de gestão pelos profissionais que exercem atividades de coordenação das Unidades de Saúde;
- A discussão sobre os processos de trabalho desenvolvidos nas Unidades de Saúde.

Além das ações desenvolvidas pela Equipe Desenvolvimento, acima elencadas, destaca-se outras promovidas pelos demais Núcleos de Educação Permanente:

### **Projeto SAMUZINHO**

O Projeto SAMUZINHO teve continuidade ao longo do ano atendendo as demandas de escolas públicas municipais, estaduais e privada, além de outras empresas e secretarias.

### **Projeto SAMU Cidadão**

Capacitação ofertada para a população em geral, para participação individual ou de pequenos grupos de empresas, creches ou CIPAs. Houve uma grande procura por essa atividade ao longo do ano.

Avançou-se na aproximação de profissionais do SAMU com as ações do Projeto Vida no Trânsito, realizadas em conjunto com a EPTC, SMS (SAMU,

Vigilância), DETRAN/RS, aprimorando a coleta de informações necessárias para qualificar os dados sobre as mortes no trânsito em nossa cidade e constituindo parceria para as ações de prevenção.

### **Simpósio Internacional de Saúde da População Negra**

O Simpósio Internacional de Saúde da População Negra teve como objetivo o fortalecimento para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no cenário nacional. Permitiu a possibilidade de articulação entre diversos atores de imprimir esforço coletivo de gestores, trabalhadores, sociedade civil, academia e agências internacionais no sentido de incidir sobre o panorama atual.

**Tabela 13-** Comparativo das capacitações, afastamentos e liberação para estudo de Servidores da SMS e IMESF, entre os anos 2015 e 2016

Capacitações/Afastamentos/Liberação	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Servidor	Horas	Servidor	Horas	Servidor	Horas
Capacitações SMS + IMESF	20.357	122.230	17.449	85.179	16,67	43,50
Capacitações EGP e AQVSM/SMA	2.181	9.223	1.413	10.322	54,35	-10,65
Afastamentos para qualificação profissional	695	22.604	721	12.240	-3,61	84,67
Liberação de servidores para estudo em horário de trabalho	330	25.113	240	31.034	37,50	-19,08
<b>Total</b>	<b>23.563</b>	<b>179.170</b>	<b>19.823</b>	<b>138.775,4</b>	<b>18,87</b>	<b>29,11</b>

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

Ao analisar a tabela acima, observa-se um aumento no número de servidores e total de horas realizadas nos eventos realizados pela SMS e IMESF quando comparado com ano anterior. Constatou-se que houve um acréscimo no número de atividades promovidas e com carga horária maior por evento. O mesmo não ocorrendo com as capacitações promovidas SMA que apresentam um acréscimo no número de atividades, mas com redução de 10,65% no número de horas.

Referente aos afastamentos para participação em cursos, congressos, seminários e afins, ocorreu a autorização de 695 servidores da SMS e IMESF, representando uma redução de 3,61 %, comparativamente ao ano anterior. Analisando os dados referente aos afastamentos observa-se que há um número reduzido de solicitações para Porto Alegre, o que acredita-se tratar de subnotificação

e falta de conhecimento na necessidade de autorização para participar de eventos externos a PMPA no horário de trabalho.

Evidencia-se um acréscimo de 37,50% do quantitativo de servidores liberados para estudos, demonstrando interesse em programas de qualificação profissional, mas com redução do número de horas liberadas.

De um modo geral, ao analisar o quadro comparativo das capacitações, afastamentos e liberação para estudo de Servidores da SMS e IMESF, entre os anos 2015 e 2016, conclui-se que ocorreu um aumento de 18,87% e 29,11%, no número de servidores e nas horas compiladas, respectivamente.

### **Estágios**

O preenchimento das vagas de estágio ocorre em consonância com a Lei Federal nº 11.788/08 e Decreto Municipal nº 16.132/08, alterado pelo Decreto nº. 19.496, de 09 de setembro de 2016, que regulam as atividades de estágio, enquanto ato educativo supervisionado no ambiente de trabalho, de forma a não caracterizar vínculo empregatício e assegurar a compatibilidade das ações com o currículo de cada área de formação. Desta forma, o número de estagiários efetivos é variável, conforme situação do respectivo Termo de Compromisso de Estágio, interesse e desempenho do estudante na ocupação das vagas disponíveis, bem como de profissionais para seleção e supervisão dos estudantes.



## Estágios Não Remunerados

**Tabela 14-** Quantitativo de estagiários não remunerados da SMS (exceto HPS e HMIPV) nos anos de 2016 e 2015 respectivamente

Nível	Ano		Variação
	2016	2015	
	Nº de estagiários	Nº de estagiários	
Ensino Técnico	5	5	0,0%
Ensino Superior	14	7	100,0%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>58,3%</b>

**FONTE:** Sistema ERGON (PMPA)/Relatório 1408. Informações referentes ao nº de estagiários com Termo de Compromisso de Estágio vigente nos dias 31 de dezembro de 2016 e 31 de dezembro de 2015 respectivamente.

Na tabela acima se observa, em relação ao número total de estagiários ativos nas datas de retirada dos relatórios (31/12/16 e 31/12/15), um número maior de estagiários ativos de nível superior. Observa-se também que houve um aumento de 58,3% no total de vagas ocupadas no ano de 2016 em relação ao mesmo período do ano de 2015.

Destaca-se que, assim como nos estágios remunerados, a ocupação das vagas é um reflexo das variantes que compõe o processo de formalização de contratação dos estagiários junto à SMA e por esse motivo, os estagiários que estão em processo de contratação, não constam no número de vagas ocupadas. Também ocorrem variações devido aos estagiários que, após cumprirem a carga horária curricular necessária para o estágio obrigatório, solicitam cessação.

**Tabela 15-** Quantitativo de estagiários Não Remunerados formalizados via HPS, ano de 2016

Nível	Ano	
	2016	2015
	Nº de estagiários	Nº de estagiários
Ensino Técnico	73	Dado não disponível
Ensino Superior	314	Dado não disponível
<b>Total</b>	<b>387</b>	

**FONTE:** HPS.

**Tabela 16-** Quantitativo de estagiários Não Remunerados\* formalizados via HMIPV, no ano 2016

Nível	Ano		Variação
	2016	2015	
	Nº de estagiários	Nº de estagiários	
Ensino Técnico	25	18	38,89
Ensino Superior	119	124	-4,03
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>142</b>	<b>1,41</b>

**FONTE:** ASSEP – HMIPV.

\*No ano de 2017 haverá um acréscimo nas vagas, tendo em vista que houve um aumento de estágios Medicina Ulbra e também da UFCSPA.

## Estágios Remunerados

Tabela 17- Quantitativo de estagiários remunerados SMS por Projeto/Programa nos anos de 2016 e 2015 respectivamente

Código	Projeto/Programa	Número de Vagas por Projeto/programa	2016	2015	Variação
			Nº de estagiários	Nº de estagiários	
918	Programa Rotativo <sup>1</sup>	246	149	163	-8,6%
166	PIM/ PIA – Primeira Infância Melhor <sup>2</sup>	87	57	57	0,0%
116	Reorganização da Assistência Farmacêutica <sup>2</sup>	82	59	59	0,0%
178	Atenção Integral à População de Porto Alegre <sup>2</sup>	74	46	56	-17,9%
35	Prevenção a DST/ AIDS <sup>2</sup>	37	20	28	-28,6%
36	Atenção a Saúde em Creches Comunitárias <sup>2</sup>	36	17	26	-34,6%
165	Saúde Escolar: Universidade / SUS <sup>2</sup>	21	10	16	-37,5%
171	Trabalho de Ações em Saúde Ambiental para o PIEC <sup>2</sup>	19	11	13	-15,4%
114	Programa de Erradicação do Aedes Aegypti <sup>2</sup>	10	5	7	-28,6%
192	Tchê Ajudo - Acolhimento sala de espera <sup>2</sup>	12	8	8	0,0%
154	Vigilância do Estado Nutricional de Crianças e Gestantes <sup>2</sup>	3	0	1	-100,0%
181	Telemedicina/ Informática/CGRABS <sup>2</sup>	8	5	7	-28,6%
161	Programa Rotativo HMIPV	113	90	102	-11,8%
901	Programa Rotativo HPS	31	22	26	-15,4%
	<b>Total</b>	<b>779</b>	<b>499</b>	<b>569</b>	<b>-12,3%</b>

**FONTE:** Sistema ERGON (PMPA) / Relatório 1408. Informações referentes ao número de estagiários com Termo de Compromisso de Estágio vigente nos dias 31 de dezembro de 2016 e 31 de dezembro de 2015 respectivamente.

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

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

**Tabela 18-** Quantitativo de estagiários remunerados SMS nos anos de 2016 e 2015 respectivamente

Nível	Ano		Variação
	2016	2015	
	Nº de estagiários	Nº de estagiários	
Ensino Médio	193	227	-15,0%
Ensino Técnico	50	60	-16,7%
Ensino Superior	256	282	-9,2%
<b>Total</b>	<b>499</b>	<b>569</b>	<b>-12,3%</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 2016 e 31 de dezembro de 2015 respectivamente.

*Nota explicativa:*

A opção pelo sistema ERGON como fonte das informações, deve-se à necessidade de disponibilidade de informações padronizadas. O relatório (1408) utilizado pela Equipe de Estágios/SMS fornece dados de caráter não cumulativo, portanto adotou-se a posição do último dia dos anos solicitados para o Relatório de Gestão.

Nas tabelas acima consta a ocupação das vagas de estágio dos projetos/programas/ SMS na posição dos dias 31/12/16 e 31/12/15 respectivamente.

Observa-se que o número de vagas remuneradas ocupadas no ano de 2016 representa 57,63% em relação ao número total de vagas de estágio que a Secretaria dispõe. Como os números constantes nas tabelas são um recorte da ocupação das vagas no último dia do ano, quando da análise destes dados, há que se levar em consideração que a ocupação das vagas é um processo dinâmico e constante com diversas variáveis incidindo no processo, tais como, interesse dos estudantes e setores, disponibilidade de supervisores, perfil adequado, apresentação da documentação solicitada, concordância por parte das Instituições de Ensino. Portanto, as vagas que estão em processo de contratação não constam no número de vagas ocupadas. Também ocorrem variações na ocupação das vagas devido às cessações de estágio que podem ser solicitadas a qualquer momento pelo estudante ou setor. Além do período (31/12/16) estipulado como base para retirada dos relatórios do sistema ERGON, existe o reflexo do final de ano letivo, quando alguns estagiários perdem o vínculo escolar ou acadêmico tendo seus contratos cessados ou concluídos e também a dificuldade de novas contratações devido às férias escolares.

Ainda em relação ao número total de vagas, deve-se considerar que, devido ao Plano de Contenção de Despesas comuns a todos os órgãos (Decreto nº 19.345 de 18 de março de 2016), a Secretaria teve um corte, no 2º quadrimestre do ano 2016, de 15 vagas de estágio pertencentes aos projetos.

Verificando as tabelas acima se identifica uma diminuição de 12,3% no total de vagas ocupadas no ano de 2016, em relação ao ano de 2015, esse decréscimo, é reflexo da publicação do Decreto nº 19.496, de 09 de setembro de 2016 com suas alterações no que se refere à forma de seleção de estagiários da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Nessa ocasião, houve cancelamento de contratações que já estavam em andamento e a suspensão temporária de novas contratações até que se houvesse adequação ao novo Processo Seletivo atendendo ao Art. 17 desse Decreto.

## 6.2 Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde

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

### Atenção Básica

#### Unidades Acolhedoras

**Tabela 19-** Unidades certificadas como Acolhedoras, por Gerência Distrital em 2016

Gerência Distrital	US	N	%	N	%	N	%
		Ano					
		2016		2015 <sup>o</sup>		Variação	
Centro	3	1	33,3	1	33,3	0	0,0
GCC	24	23	95,8	24	100,0	-4	-4,2
LENO	23	16	69,6	12	52,2	33	33,3
NEB	26	17	65,4	13	50,0	31	30,8
NHNI	14	10	71,4	9	64,3	11	11,0
PLP	21	19	90,5	18	85,7	6	5,6
RES	12	11	91,7	11	91,7	0	0,0
SCS	18	14	77,8	15	83,3	-7	-6,6
Porto Alegre	141	111	78,7	103	73,0	8	7,8

FONTE: Declaração da Prática do Acolhimento das Gerências Distritais/CGAB.

Em dezembro, 111 unidades (79%) foram certificadas como Unidades Acolhedoras. Em relação a 2015, houve aumento de 7,8% (mais 8 US) de US Acolhedoras. Alguns fatores, incluindo dificuldades de reposição de profissionais e dificuldade em mudança nos processos de trabalho em algumas equipes, influenciaram para que a meta de 100% não fosse alcançada. Ainda assim, nas 30 unidades que não aboliram o acesso às consultas através de “fichas”, algumas mudanças já ocorreram com vistas a ampliar o olhar cuidadoso e humanizado aos usuários.

Destaca-se que a condição de Unidade de Saúde Acolhedora é reavaliada a cada quadrimestre, e as unidades que não cumprem os critérios estipulados na Guia do Acolhimento, deixam de ser classificadas como acolhedoras.

## **Acolhimento dos Trabalhadores Ingressantes na Atenção Básica**

Em 2016 deu-se início à realização das oficinas de Acolhimento dos Trabalhadores ingressantes na AB com o objetivo de propiciar aos novos trabalhadores conhecimentos sobre o SUS e a AB em Porto Alegre, além de esclarecer a organização do trabalho e os principais fluxos existentes. Foram realizadas seis oficinas com carga horária de oito horas cada.

## **Acesso Mais Seguro**

A ferramenta do Acesso Mais Seguro (AMS), criada pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), está sendo implantada em Porto Alegre desde junho de 2016. Trata-se de um recurso que objetiva instrumentalizar as equipes de saúde que atuam em territórios caracterizados pela violência armada, de forma a adotarem comportamentos mais seguros, mitigando os riscos. A cidade do Rio de Janeiro, que utiliza a ferramenta AMS desde 2009, identifica menor rotatividade nas US desde o uso da ferramenta, exatamente aquelas que enfrentaram longos períodos de vacância de médicos.

O AMS propõe uma classificação de risco a partir do conhecimento e análise dos sinais do território, com a autonomia da equipe de saúde na tomada de decisão a partir de um plano previamente elaborado e pactuado pela gestão municipal. O instrumento também prevê a organização de um grupo de suporte por GD, o qual atua capacitando as unidades, qualificando os planos e acompanhando as equipes expostas a situações estressantes, decorrentes da violência armada no território.

Durante 3º quadrimestre as GDs Norte-Eixo Baltazar e Partenon-Lomba do Pinheiro construíram o grupo de suporte e elaboraram um plano de implantação do AMS que define a ordem de prioridade das unidades a serem capacitadas a partir do relatório de situação de violência no território realizado pela CGAB e das ocorrências identificadas pela GD. Ao final, foram capacitadas no quadrimestre cinco unidades de saúde que compõe a GD NEB e uma GD PLP.

Em dezembro de 2016, as oito primeiras unidades de saúde da Atenção Básica capacitadas receberam certificados de “unidade habilitadas para a utilização da

ferramenta”, tendo seus planos de AMS assinados pelo Secretário Municipal de Saúde: quatro unidades de saúde da GD LENO (incluída no segundo quadrimestre) e quatro unidades de saúde da GD NEB.

Ao término do quadrimestre, a CGAB, junto com as GDs e com base no relatório de situações de violência armada, construiu um planejamento de capacitação para todas as unidades identificadas em territórios de risco de Porto Alegre a ser executado no ano de 2017.

### **Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - Comissão de Humanização (Comhum)**

A Comissão de Humanização da instituição retomou suas atividades em março de 2016, como ocorre anualmente, buscando sempre maior aproximação com os trabalhadores e principalmente traçar caminhos para concretizar a missão de humanização dos serviços e dos servidores.

Algumas das atividades realizadas pela Comissão de Humanização ao longo do ano:

- Capitação de parceria com a Escola Monteiro Lobato, que, através de sua Direção, direcionou os resultados de várias atividades extracurriculares da escola para a doação de materiais e equipamentos ao HMIPV, com recursos encaminhados através da Associação dos Amigos do HMIPV. O Colégio Monteiro Lobato há vários anos desenvolve trabalho voluntário, envolvendo os alunos e a comunidade, sendo que em 2016 suas ações foram destinadas ao HMIPV. Esses recursos são oriundos de atividades tais como, *os Jogos do Monteiro, a Quermesse Junina e o Monteiro Mostra*.
- Criação do espaço “Conhecendo o Servidor”, onde se publica entrevistas com foto homenageando alguns servidores, selecionados por sua antiguidade ou relevância dentro do HMIPV.
- Início do projeto Oficina de Expressão Criativa para Crianças

Como proposta para 2017, o grupo pretende desenvolver uma oficina de francês para qualificar e humanizar o atendimento à população imigrante, que tem frequentado cada vez mais nosso serviço.



### 6.3 Ouvidoria do SUS

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

Em 2016 houve um aumento no número de manifestações encaminhadas ao setor: 24.140 demandas abertas através dos canais de comunicação do atendimento presencial feito na sede SMS, térreo da Avenida João Pessoa, 325 – Porto Alegre/RS; pelo telefone, através dos sistemas Fala Porto Alegre (156) e Ouvidor SUS (136 do Ministério da Saúde); pela participação através de carta, internet (portoalegre.rs.gov.br/sms) ou redes sociais. Foram recebidos em 2015, 21.779 protocolos. Portanto, houve um aumento de 2.361 demandas.

**Tabela 20-** Quantitativo das demandas, por área, entre os anos 2016 e 2015

Áreas	Demanda Total	
	2016	2015
Assistência Farmacêutica	1.218	770
Atenção Básica	5.678	4.163
Atenção em Urgências	359	367
Atenção Especializada	4.536	4.091
Atenção Hospitalar	1.192	1.334
HMIPV	54	97
HPS	58	168
Infraestrutura e Apoio	385	458
Ouvidoria	729	1.427
Regulação	248	135
Vigilância	9.683	8.769
Total	24.140	21.779

FONTE: Sistema 156POA.

Na tabela acima se constata um aumento de demandas no nível de Atenção Básica. Um acréscimo de 1.515 demandas, 5.678 em 2016 e 4.163 em 2015. Aqui estão incluídas situações como mau atendimento, reclamação de falta de consultas, atendimento ao idoso e falta de profissionais da área de saúde, entre outras. Na Atenção Especializada, são levantados dados das manifestações referentes à demora e falta de consultas especializadas e discriminadas as áreas com mais procura pelos

cidadãos (ortopedia, neurologia, otorrino...). Percebe-se um leve crescimento de 445 demandas: 4.536 em 2016 e 4.091 em 2015.

A Atenção Hospitalar fornece uma panorâmica da rede de hospitais conveniados com o SUS. Apesar de todas as instituições contarem com Ouvidoria própria, a SMS recebeu – em 2016 – 1.192 protocolos de usuários. Já em 2015, foram 1.334. Na tabela abaixo estão inseridos temas dos hospitais municipais HMIPV e HPS, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, entre outras informações gerais e de infraestrutura da SMS.

**Tabela 21-** Comparativo das principais demandas, por nível de atenção e tipologia, entre os anos 2016 e 2015

Nível de Atenção	Tipificação da demanda	Ano	
		2016	2015
<b>Assistência Farmacêutica</b>	Falta de medicamentos	654	340
	Reclamação de Farmácias	252	0**
	Negativa de Medicação	90	0**
	Orientação Medicamentos	89	206
<b>Atenção Básica</b>	Mau atendimento	648	419
	Atendimento Idoso	542	403
	Não atendimento	523	349
	Reclamação de Consulta	508	430
<b>Atenção Especializada</b>	Reclamação Consulta Especializada	3.462	2.853
	Exames Especializados	616	863
	Reabilitação Física	98	4
	Orientações Fraldas	64	112
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	Atendimento Domiciliar	51	76
	Mau atendimento SAMU	51	36
	Não atendimento SAMU	46	23
	Mau atendimento Pronto Atendimento	38	25
<b>Atenção Hospitalar</b>	Hospitais Conveniados	656	716
	Reclamação de Cirurgias	524	592
	Orientações Órteses/Próteses	6	1
	Demora Fornecimento Órteses/Próteses	6	1
<b>HMIPV*</b>	Reclamação Consulta	13	3
	Reclamação de Exames	11	8
	Reclamação Cirurgia	9	3
	Mau atendimento	8	1
<b>HPS*</b>	Mau atendimento	16	17
	Elogio/Agradecimento	10	2
	Informações	9	3
	Não atendimento	8	12
<b>Infraestrutura Apoio</b>	Falta de material (gaze,soro, esparadrapo...)	140	196
	Transporte Social	97	110
	Falta de material – Fraldas	96	90
	Falta de equipamento	50	67
<b>Ouvidoria</b>	Ouvidoria do Estado	157	271
	SIC – Serviço de Informações ao Cidadão	123	31

	Reclamações diversas	117	224
	Solicitações diversas	96	77
<b>Regulação</b>	Clínicas conveniadas	101	7
	Transferência hospitalar	51	51
	Transferência do local de consultas especializadas	49	38
	Informações GRSS	30	38
<b>Vigilância</b>	Dengue	5.410	2.889
	Desratização	1.375	1.773
	Alimentos	1.189	1.059
	Esgoto – notificação	580	715
<b>Total</b>		16.393	13.339

**FONTE:** Sistema 156 POA.

\*O HPS e HMIPV não inserem as manifestações presenciais no sistema Fala Porto Alegre. Não sendo computados os dados na tipificação.

\*\*Novas tipificações em 2016

Num comparativo entre 2016 e 2015, pode-se constatar que, com os 298 casos de dengue na cidade no primeiro semestre - 246 incidências autóctones (vírus é contraído dentro da cidade) e outras 52 importadas – houve um impacto grande na população que recorreu aos canais de comunicação para denunciar ou mesmo solicitar orientações sobre o mosquito *Aedes aegypti*. Foram abertos 5.410 protocolos abordando o tema em 2016, já em 2015; 2.889, perfazendo 2.521 a mais do que o ano anterior.

Na atenção básica, os contatos dos usuários destacam o mau atendimento nos serviços de saúde, com um aumento, em 2016, de 419 manifestações para 648. Os cidadãos também registraram com frequência reclamações de falta de consulta nas unidades de saúde. Em 2016 ampliou de 430 (2015) para 508 demandas de queixas sobre o acesso ao seu atendimento, numa diferença de 78.

A reclamação na espera das consultas especializadas é o serviço mais procurado dentro da Atenção Especializada, num total de 3.462. Abaixo na tabela xxx, a Ouvidoria apresenta – em 2016 – a quantidade das especialidades mais mencionadas.

**Tabela 22**– Quantidade das Especialidades mais demandadas em 2016

<b>Especialidades</b>	<b>Número</b>
Reclamação Consultas Especializadas	1143
Consulta Ortopedia e Traumatologia	884
Consulta Neurologia	341
Consulta de Oftalmologia	390
Consulta Otorrino	139
Consulta Urologista	172
Consulta de proctologista	147
Consulta Cardiologista	69
Consulta Cirurgião Vascular	128
Consulta Oncologia	49
Total	3462

FONTE: Sistema 156 POA

Na atenção hospitalar, a tipificação “Hospitais Conveniados” aponta o número de demandas que as instituições mais acionadas têm. Num total de 656 manifestações, o Grupo Hospitalar Conceição foi o mais demandado, com 92 protocolos, seguido do Complexo Hospitalar Santa Casa, com 90 protocolos. A seguir o número que as principais instituições hospitalares obtiveram em 2016.

**Tabela 23**– Hospitais mais demandados

<b>Hospitais</b>	<b>Número</b>
Hospitais Conveniados (DEMAIS HOSPITAIS)	110
Hospitais Conveniados - GHConceição	92
Hospitais Conveniados - Santa Casa	90
Hospitais Conveniados - HCPA - Clínicas	58
Hospitais Conveniados - Vila Nova	72
Hospitais Conveniados - Beneficência Portuguesa	59
Hospitais Conveniados - Cardiologia	36
Hospitais Conveniados PUC	86
Hospitais Conveniados - Banco de Olhos	37
Hospitais Conveniados Parque Belém	3
Hospital Independência	13
Total	656

FONTE: Sistema 156 POA

Pode-se constatar no período avaliado, uma redução no número de manifestações, através dos canais de acesso, sobre as doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes Aegypti* (dengue, zika e chikungunya). Por meio das tipificações relativas à dengue (fiscalização dengue, orientações dengue, fiscalização Gerencias

Distritais, Dengue 156 e fiscalização de Piscinas) houve uma redução considerável de protocolos no período de temperatura mais amena: no 2º quadrimestre foram somente 278. Já no 1º quadrimestre, houve um total de 4.449 demandas e no 3º quadrimestre, 509 protocolos.

**Tabela 24**– Ouvidoria HMIPV

Ouvidoria		2016		2015		Variação
		Nº	%	Nº	%	
156	Concluídas	51	100	33	97%	54
	Pendentes	00	0	01	3%	0
	<b>Total</b>	51	100	34	100%	54
Presencial	Concluídas	169	97,1	128	97%	32
	Pendentes	05	2,9	04	3%	25
	<b>Total</b>	174	100	132	100%	32
Total	Concluídas	220	97,7	161	97%	37
	Pendentes	05	2,3	05	3%	0
<b>Total Geral</b>		225	100	166	100	35

FONTE: Ouvidoria HMIPV

As demandas mais freqüentes em 2016 foram:

- Atraso dos médicos para consultas.
- Demora no atendimento na emergência pediátrica.
- Demora no resultado de exames no laboratório.
- Dificuldades para marcar consultas com Fonoaudióloga.
- Dificuldades para marcar consultas no ambulatório.

Em 2016, assim como em 2015, percebe-se que prevalece uma maior procura na ouvidoria presencial, talvez pelo fácil acesso ou, até mesmo, pela orientação de alguns servidores. Os pacientes e familiares relataram que o servidor do setor orienta o usuário a procurar a ouvidoria para resolução mais fácil de algumas questões. De um ano para o outro, não houve mudanças significativas nos motivos que levaram os usuários a procurarem a ouvidoria.

A ouvidoria procura mediar, sempre, todas as situações com ação direta junto às chefias para que não haja conflitos e interpretações errôneas com relação às demandas.

## 6.4 Assessoria de Comunicação

No ano de 2016, a equipe da Assessoria de Comunicação desenvolveu suas tarefas de maneira a assessorar plenamente todos os serviços da Secretaria de Saúde, colaborando na divulgação das ações, dados epidemiológicos de relevância para a população, alertas em saúde, tanto pela assessoria de imprensa na relação permanente junto aos veículos de comunicação, como por meio dos materiais informativos, eventos e campanhas de saúde. As ações foram desenvolvidas de forma a valorizar o Sistema Único de Saúde (SUS). Os canais de comunicação da Secretaria foram abastecidos com informações relevantes para a opinião pública.

O contato interpessoal com os jornalistas foi reforçado de forma a realizar uma interface maior entre o órgão governamental e os veículos de comunicação, dando mais transparência e credibilidade às atividades.

Em relação às campanhas de saúde: a Assessoria intensificou suas ações para a prevenção das DSTs durante o período do carnaval; divulgação das ações relacionadas à Dengue, Zika e Chikungunya; materiais gráficos para a Saúde da Mulher pelo dia Internacional da Mulher; prevenção da Tuberculose no período alusivo ao dia Mundial de Combate da doença, 24 de março; também intensificou as ações para as Doenças e Agravos não Transmissíveis preparando juntamente com demais setores, o dia da Atividade Física e Dia Mundial de Saúde, com enfoque na promoção de hábitos saudáveis; bem como na elaboração de ações para a gripe.

Trabalhou-se de modo a reorganizar as ferramentas de comunicação disponíveis ao cidadão e aos funcionários da secretaria. Foi construída também uma *newsletter* que iniciou sua distribuição no mês de setembro para contemplar público interno e externo com notícias da SMS.

Com a antecipação do início da Campanha da Vacinação contra Influenza a Atenção Primária em conjunto com os diferentes setores da SMS esteve amplamente mobilizada ultrapassando 98% da meta geral dos grupos prioritários.

O material está publicado no site da SMS: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/>. Como resultado obteve-se 3.461 publicações de

notícias positivas, levando em conta rádio, jornal, portais de internet e TV, sendo 89% delas positivas. Além disso, a Assessoria de Comunicação foi responsável pelo agendamento, acompanhamento e fornecimento de informações em 711 entrevistas marcadas com técnicos, coordenadores e secretário.

Os temas mais destacados foram ações contra dengue, zika, aplicações de inseticidas no combate ao mosquito, vacinações e eventos adversos em Unidades de Saúde. No Facebook, a página da SMS alcançou, no período, 2 milhões de acessos.

Durante o ano de 2016, a Assessoria de Comunicação intensificou os contatos com os veículos de comunicação. A prestação de serviços de saúde à população tem sido destaque na mídia de Porto Alegre de modo positivo. Foram produzidas, pelos profissionais de jornalismo da ASSECOM, 417 matérias divulgando ações da Secretaria Municipal de Saúde, além de fotos e contatos com a imprensa.

Da mesma forma, iniciaram-se as tratativas para a construção de uma *Intranet* para atender notícias internas, documentos, formulários e sistemas para auxiliar na busca de informações dos trabalhadores da SMS.

Com dados fornecidos pela Procempa foi possível avaliar os pontos do site da SMS com maior número de visualizações. De posse dessas informações, trabalha-se na reformulação do atual site para que se torne mais objetivo.

Priorizando um melhor atendimento à população foi iniciado o desenvolvido o projeto SaúdePOA – um portal de atendimento direto ao usuário dos serviços de saúde de Porto Alegre. A ferramenta auxiliará os usuários a localizar equipamentos e serviços de saúde por meio de consultas automatizadas via Internet. A construção deste *hotsite* possibilitará a conversão dos dados em um Aplicativo de celular guiado por georreferenciamento que irá orientar o usuário no acesso aos serviços de saúde do município.

## 7 INFRAESTRUTURA DE APOIO

### 7.1 Obras, Reformas e Ampliações

**Meta 58.** Cumprir 37% da pactuação anual de obras (construções, ampliações, reformas e manutenções) da Secretaria Municipal de Saúde.

Durante o ano de 2016 foram concluídas 7 obras das 33 pactuadas na PAS 2016, conforme demonstra tabela abaixo:

**Tabela 25-** Resultado Anual da Pactuação Anual de Obras 2016

Obras concluídas	Resultado%
Unidade: PA Lomba do Pinheiro Obra: Cercamento	3,03
Unidade: SEDE Obra: Readequação layout 3º e 4º andar	3,03
Unidade: US Morro Santana Obra: Recuperação de reboco e pintura geral	3,03
Unidade: US Macedônia Obra: Reforma	3,03
Unidade: US Panorama Obra: Construção	3,03
Unidade: US Osmar Freitas Obra: Ampliação e Reforma	3,03
Unidade: US Vila Brasília Obra: Reforma	3,03
<b>Total</b>	<b>21,21</b>

FONTE: CGATA

Além das obras e reformas, a equipe da ASSEPRO, elaborou projetos. A Equipe de Manutenção também realizou algumas adequações e melhorias nos espaços dos serviços. O contingenciamento financeiro dos recursos destinados as obras prejudicaram o desenvolvimento das mesmas.

Houve a implantação, juntamente com a GTI e COORAF, do almoxarifado de medicamentos no Sistema GMAT. Com o referido almoxarifado haverá melhoria nos controles e distribuição destes materiais. A sua implantação é o primeiro processo para desenvolver a integração entre os Sistemas GMAT e DIS, que possibilitará ter o controle dos medicamentos distribuídos para a população.

A CGATA coordenou dois processos de inventário nos materiais de consumo da SMS. Um especificamente para os medicamentos e outro para os demais



almoxarifados (enfermaria, odontologia, higiene e limpeza, escritório e impressos). Nesses processos houve participação de servidores de várias unidades de trabalho da SMS, assim como a participação de auditores da SMF.

Foi realizado o processo de levantamento patrimonial em 48 unidades de trabalho. O referido processo consiste no levantamento físico dos bens, ajuste no Sistema de Cadastro de Bens Patrimoniais (CBP), colagem das novas etiquetas e fornecimento de Termo de Responsabilidade para cada lotação.

## 7.2 Informatização da Saúde

**Meta 59** - Aquisição de equipamentos de informática para a rede básica e especializada de saúde especializada de saúde.

No ano de 2016 foram adquiridos 429 equipamentos de informática, sendo 284 impressoras e 145 computadores, representando 77,85% da meta estabelecida.

Salienta-se que para atingir a informatização plena da rede de saúde de Porto Alegre, grande parte dos equipamentos distribuídos, foi doação do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde. A aquisição foi para complementar à necessidade de informatização e integração da rede.

**Meta 60-** Implantar 9 sistemas de informação: e-SUS, GERCON, GMAT, DIS (em toda a SMS), SIHO (Pronto Atendimentos e Hospitais próprios), GERINT (Hospitais) Sistema de Gerenciamento de Laboratórios, SAMU e Sistema de Alvarás de Saúde

Dos nove sistemas previstos para implantação no plano municipal de saúde Vigente, 55,5% foram implantados: **e-SUS**, apenas o Centro Avançado Vila Fátima não usa o sistema. **Gercon**<sup>1</sup> - Modulo de 1ª consultas está implantado em 100% dos serviços da atenção básica e especializada. **GMAT**<sup>2</sup> - em uso em 100% da Atenção Básica e no Hospital de Pronto Socorro. **SIHO**<sup>3</sup> - Em uso no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul - PACS e no Hospital de Pronto Socorro - HPS. Foi desenvolvido o

---

<sup>1</sup> Gerenciamento de consultas e exames especializados.

<sup>2</sup> Gerenciamento de Materiais

<sup>3</sup> Sistema de Internações hospitalares

Módulo Ambulatorial, e implantado no Hospital de Materno Infantil Presidente Vargas em Janeiro. Não foi implantado o módulo hospitalar porque o HMIPV não implantou a classificação de risco. **DIS**<sup>4</sup> - 100 % das customizações foram concluídas visando à integração com o Cartão SUS – CNES e o GMAT. A implantação integrada iniciou-se em março de 2017. **GERINT**<sup>5</sup> – já está especificado, está em desenvolvimento e alguns módulos estão em homologação. Sistema do **SAMU** - foi renovado o contrato com a empresa através de licitação e o mesmo venceu no início do segundo semestre de 2017. **Sistema de Alvarás de Saúde** - estão em desenvolvimento os módulos das diversas secretarias que serão integrados na sala do empreendedor.

A implantação destes sistemas de saúde permite o acesso mais veloz às informações do usuário e a documentação dos atendimentos prestados ao longo da vida. Também proporciona legibilidade, transparência e a integração dos dados com outros sistemas de informação, facilitando a gestão dos serviços, a comunicação e o compartilhamento das informações.

---

<sup>4</sup> Dispensação de medicamentos

<sup>5</sup> Gerenciamento de Internações

## **8 REDE DE SERVIÇOS, REFERÊNCIAS E PRODUÇÃO**

### **8.1 Atenção Básica à Saúde**

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

Durante o ano de 2016, manteve-se o quantitativo de 141 Unidades de Saúde da Atenção Básica, porém houve aumento do número de US com Saúde da Família, passando de 96 em 2015 para 112 (79,4%) (Tabela 20). Destas 112 US, 22 têm apenas uma parcela da população está assistida pela Saúde da Família (modelo misto). Nas demais 29 unidades (20,6%), o modelo de atenção ainda não contempla Saúde da Família.

### 8.1.1 Referências dos Serviços de Atenção Básica

**Tabela 26**– Número de Unidades de Saúde da Atenção Básica, de Equipes de Saúde da Família, de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, de Agentes Comunitários de Endemias, de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e atenção de populações específicas, por Gerência Distrital

Gerência Distrital	População	US	US com Saúde Família	ESF	Cobertura ESF (%)	ACS	Cobertura ACS (%) *	ACE	NASF	Cobertura AB (%)	eCR	EMSI	ESP	USSE
<b>Centro</b>	277.322	3	3	7	8,7	33	6,8	34	1	21,6	1	0	0	0
<b>GCC</b>	149.626	24	21	34	78,4	101	38,8	14	1	94,6	0	0	1	6
<b>LENO</b>	151.073	23	19	34	77,6	121	46,1	10	2	94,5	0	0	0	0
<b>NEB</b>	190.337	26	20	42	76,1	143	43,2	14	2	92,0	0	0	0	0
<b>NHNI</b>	183.218	14	11	35	65,9	84	26,4	11	2	87,2	1	0	0	0
<b>PLP</b>	173.141	21	16	32	63,8	116	38,5	15	1	79,4	0	1	3	0
<b>RES</b>	93.796	12	10	20	73,6	85	52,1	9	1	76,8	0	0	0	0
<b>SCS</b>	190.839	18	12	24	43,4	86	25,9	14	1	60,4	0	0	0	0
<b>Porto Alegre</b>	1.409.352	141	112	228	55,8	769	31,4	121	11	71,2	2	1	4	6

**FONTE:** SMS/CGAPSES/MESF, SCNES e IBGE Censo 2010.

US = Unidade de Saúde; ESF = Equipe de Saúde da Família; ACS = Agente Comunitário de Saúde; ACE = Agente de Combate às Endemias; eCR = Equipe Consultório na Rua; ESP = Equipe de Saúde Prisional; EMSI = Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena; USSE = Unidades de Saúde Socioeducativo. População Censo 2010 IBGE. Cobertura AB, ESF e ACS: Cobertura populacional estimada pela Atenção Básica, pelas Equipes de Saúde da Família e por Agente Comunitário de Saúde (SISFACTO, DAB/MS).

Houve aumento da cobertura populacional pelas Equipes de Saúde em 2016, atingindo 55,8% da população. A cobertura populacional da Atenção Básica foi ampliada de 64,4% em 2015 para 71,2% ao final de 2016 (Tabela acima). Para o cálculo desse indicador soma-se o número de ESF e o número de equipes equivalentes, Uma equipe equivalente corresponde ao somatório de 60 horas ambulatoriais de médico clínico, pediatra e gineco-obstetra dos estabelecimentos cadastrados no CNES como Unidade Básica para cada 3000 habitantes. Para o cálculo considerou-se o total de 3.450 habitantes por equipe e a população contabilizada pelo Censo 2010 do IBGE.

Houve acréscimo no número de Agente Comunitário de Saúde (ACS) em 2016, finalizando no mês dezembro com 769 agentes e com cobertura populacional estimada por Agente Comunitário de Saúde de 31,4%. Para o cálculo, segundo a Nota Técnica do DAB/MS, considerou-se a média 575 pessoas acompanhadas por ACS e a população registrada no Censo 2010 do IBGE. A PNAB estabelece 750 como número máximo de pessoas por ACS. O número de Agentes de Combate às Endemias (ACE) permaneceu inalterado durante 2016 (Tabela acima).

**Tabela 27**– Número de Unidades de Saúde da Atenção Básica com Saúde Bucal, proporção de Unidades de Saúde da Atenção Básica com Saúde Bucal, número de Equipes de Saúde Bucal, Cobertura da Saúde Bucal, número de Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal e de Equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal por Gerência Distrital

Gerência Distrital	População	Nº US	US com SB	Cobertura populacional	ESF SB	EAB SB	Total de ESB
<b>Centro</b>	277.322	3	2	8,1	3	4	7
<b>GCC</b>	149.626	24	10	30,0	11	4	15
<b>LENO</b>	151.073	23	20	63,6	22	6	28
<b>NEB</b>	190.337	26	17	45,4	18	8	26
<b>NHNI</b>	183.218	14	14	46,4	17	9	26
<b>PLP</b>	173.141	21	19	44,9	14	9	23
<b>RES</b>	93.796	12	9	45,2	7	5	12
<b>SCS</b>	190.839	18	15	34,7	11	10	21
<b>Porto Alegre</b>	1.409.352	<b>141</b>	<b>106</b>	<b>37,0</b>	<b>103</b>	<b>55</b>	<b>158</b>

FONTE: SMS/CGAT/ATSB.

US = Unidade de Saúde; ESB = Equipe de Saúde Bucal; ESF = Equipe de Saúde da Família; EAB = Equipe de Atenção Básica.

Em relação a 2015, houve aumento do número de US com Saúde Bucal (de 104 para 106), de Equipes de Saúde Bucal (155 para 158) e de ESF com Saúde Bucal (93 para 103). Contudo, a cobertura populacional estimada pela saúde bucal permaneceu em 37,0% (Tabela acima).

**Tabela 28**– Distribuição de equipes de Saúde da Família em Porto Alegre/RS, por empregador em Porto Alegre/RS

Gerência Distrital	GHC	HCPA	PMPA	Total
Centro	0	3	4	7
GCC	0	0	34	34
LENO	8	0	26	34
NEB	15	0	27	42
NHNI	16	0	18	35
PLP	0	0	33	32
RES	0	0	20	20
SCS	0	0	24	24
<b>Porto Alegre</b>	<b>39</b>	<b>3</b>	<b>186</b>	<b>228</b>

FONTE: SMS/CGAPSES/IMESF.

Obs.: GHC e HCPA contam com ACS empregados públicos do IMESF.

Durante 2016, foi encerrado o convênio com o Hospital Divina Providência e as equipes das US Rincão e Nossa Senhora de Belém passaram a ser compostas por profissionais da PMPA (Tabela acima).

**Tabela 29**– Distribuição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF, em Porto Alegre/RS

NASF	Gerência Distrital	Unidade de Saúde Sede	N Equipes
NASF Cruzeiro/Cristal	GCC	US Vila dos Comerciantes	9
Equipe 4 - NASF - Barão Bagé	LENO	US Barão de Bagé	8
NASF LENO	LENO	US Mato Sampaio	10
Equipe 2 - NASF - JD Leopoldina	NEB	US Jardim Leopoldina	8
NASF Novo Horizonte	NEB	US Santo Agostinho	10
Equipe 1 - NASF – Unidade Conceição	NHNI	US Conceição	8
Equipe 3 - NASF – Jardim Itu	NHNI	US Jardim Itu	8
NASF Lomba	PLP	US Lomba do Pinheiro	12
NASF Sul	SCS	US Campos do Cristal	9

FONTE: SCNES e CGAB.

**Tabela 30**– Distribuição dos Núcleos de Apoio Matricial da Atenção Básica - NAMAB, em Porto Alegre/RS

NAMAB	Gerência Distrital	CNES	N Equipes
Centro	Centro	6883435	10
Restinga	Restinga	6883176	9

FONTE: SCNES e CGAB \* NAMAB Centro acompanha 7 ESF e 2 EAB e 1 e-CR

Atualmente, 42,1% das ESFs contam com o apoio matricial dos NASFs/NAMABs, distribuídos em todas as Gerências Distritais. Os Núcleos apoiam as US conforme o referencial teórico e metodológico estabelecido. A SMS possui 9 equipes de NASFs cadastradas, mas recebe incentivo financeiro federal por apenas 5 equipes (Tabela 29 e 30).

## Atendimento às populações específicas

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

**Tabela 31**– Lista de profissionais da Unidade de Saúde Indígena, em Porto Alegre/RS

Tipo de Serviço	Nome da Equipe	Gerência Distrital	Nº Profissionais
Unidade de Saúde Indígena	Aldeia Kaingang Fag NHIN	PLP	12
Consultório na Rua	eCR Centro	Centro	9
	eCR Hospital Nossa Senhora da Conceição	NHNI	7
Equipe Saúde Prisional	Madre Pelletier	GCC	9
	PCPA 1	PLP	12
	PCPA 2		11
	PCPA 3		14
Unidade de Saúde Socioeducativa	FASERS	GCC	14
	CASE PC		13
	CASE I		11
	CASE II		8
	CSE		10
	CASEF		10

FONTE: SCNES

## Saúde Indígena

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

## **Consultório na Rua**

As equipes do Consultório na Rua (e-CR), à luz da Portaria MS 122/2011, exercem suas atividades *in loco*, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades de Saúde da Atenção Básica e, quando necessário, com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. Porto Alegre conta atualmente com duas e-CRs, sendo uma equipe Modalidade III na GD Centro e uma equipe Modalidade II na GD NHNI em parceria com o GHC.

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

A CGAB, em parceria com a Gerência de Políticas em Saúde de Igualdade e Inclusão da Coordenação Geral das Políticas Públicas em Saúde (CGPPS), também vem realizando atividades de sensibilização dos profissionais das US acerca da singularidade do atendimento deste público específico. Orientam-se as US no sentido de acolher esta demanda e identificar, cadastrar e acompanhar o usuário pertencente ao próprio território.

## **Saúde Prisional**

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



ampliação de tais equipes. Na Penitenciária Madre Pelletier, a capacidade instalada é compatível com a população carcerária.

### **8.1.2 Produção dos Serviços de Saúde de Atenção Básica**

A produção das Unidades de Saúde da Atenção Básica apresentada nas tabelas abaixo foi obtida do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) através do Tabwin.

O sistema e-SUS AB suprime a necessidade de lançamento da produção das US no BPA, e possibilita a exportação mensal dos dados da produção das US diretamente ao SIA. No e-SUS AB a produção é processada tanto quando utilizado o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), como quando empregado o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS). Em dezembro de 2016, 126 (89,3%) das 141 US da AB utilizaram o e-SUS, sendo o PEC utilizado em 92,9% dessas Unidades. Considerou-se uso preferencial para aquelas unidades onde o lançamento dos atendimentos ocorreu no mínimo em 80% de sua totalidade através do PEC. As Unidades de Saúde da Atenção Básica do GHC (12) e do HCPA (1) utilizam sistema de informação próprio exportando os dados para o sistema e-SUS AB. Somente as Unidades de Saúde Vila Fátima (HSL/PUCRS) e Ilha do Pavão (HED) não estão integradas ao sistema e-SUS.

Após atualização da versão (2.06) em outubro, o sistema e-SUS AB passou a apresentar dificuldade na geração dos relatórios e na exportação da produção. Apesar dos esforços da GTI, Procempa, GRSS e CGAB e dos inúmeros contatos junto ao MS e aos desenvolvedores do e-SUS, essas inconsistências não foram solucionadas, prejudicando o lançamento da produção no SIA. A análise dos dados de produção das US da Atenção Básica no SIA de 2016 mostra significativa queda a partir de outubro. Em novembro e dezembro, somente a produção da US que não utilizam o e-SUS foi contabilizada. Motivada pelas dificuldades acima relatadas, os valores apresentados nas tabelas de produção da Atenção Básica do Relatório Anual de Gestão de 2016 foram estimados pela média da produção apresentada nos meses anteriores. A sazonalidade de algumas ações, como as da Saúde Escolar (condicionadas pelo funcionamento das escolas) e o período de férias (janeiro e fevereiro) podem influenciar a estimativa de produção de alguns procedimentos.

Segundo os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as unidades de saúde devem ofertar um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção de saúde. Embora a PNAB não estabeleça parâmetros para as diversas ações que devem ser desenvolvidas pela AB, é importante o monitoramento destas atividades, garantindo ofertas diferenciadas de cuidado com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e em seus determinantes.

Os dados da produção das US da Atenção Básica foram agrupados em consultas (cirurgião dentista, enfermeiro, médico e outros profissionais de nível superior), ações de promoção e prevenção em saúde (visitas e atendimentos domiciliares e atividades coletivas/em grupo) e procedimentos (clínicos e com finalidade diagnóstica).

### 8.1.2.1 Consultas na Atenção Básica

**Tabela 32**– Comparativo do total de consultas realizadas na Atenção Básica por Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médico por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	População	Cirurgião Dentista			Enfermeiro			Médico			Total		
		2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
<b>Centro</b>	277.322	5.600	3.992	40,3	9.033	9.875	-8,5	45.990	75.455	-39,0	60.623	89.322	-32,1
<b>GCC</b>	149.626	19.925	18.738	6,3	53.867	50.761	6,1	123.864	133.263	-7,1	197.655	202.762	-2,5
<b>LENO</b>	151.073	28.784	24.011	19,9	50.526	43.937	15,0	162.504	152.311	6,7	241.814	220.259	9,8
<b>NEB</b>	190.337	31.566	24.933	26,6	62.943	68.449	-8,0	186.791	166.059	12,5	281.300	259.441	8,4
<b>NHNI</b>	183.218	33.900	28.108	20,6	53.471	50.943	5,0	162.882	158.317	2,9	250.253	237.368	5,4
<b>PLP</b>	173.141	24.278	20.043	21,1	45.588	41.533	9,8	128.501	128.094	0,3	198.366	189.670	4,6
<b>RES</b>	93.796	9.924	7.688	29,1	30.194	22.538	34,0	52.905	58.880	-10,1	93.023	89.106	4,4
<b>SCS</b>	190.839	17.309	12.758	35,7	44.684	46.323	-3,5	116.003	119.344	-2,8	177.995	178.425	-0,2
<b>Porto Alegre</b>	1.409.352	171.284	140.271	22,1	350.304	334.359	4,8	979.439	991.723	-1,2	1.501.026	1.466.353	2,4

FONTE: SIA (2016: estimativa).

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

Na Tabela acima foram mostrados os números de consultas e atendimentos realizados pelos cirurgiões dentistas, enfermeiros, médicos e outros profissionais de nível superior das 141 US de Atenção Básica. A projeção de dados de 2016 sugere a ampliação do número de consultas, particularmente de Cirurgião Dentista e Enfermeiros.

**Tabela 33**– Comparativo do total de consultas realizadas na Atenção Básica por Cirurgião Dentista, por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	População	Consulta			Primeira Consulta Programática			Atendimento de Urgência			Total		
		2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
<b>Centro</b>	277.322	3.158	1.277	147,3	2.085	2.498	-16,5	357	217	64,5	5.600	3.992	40,3
<b>GCC</b>	149.626	11.421	9.401	21,5	7.208	8.350	-13,7	1.296	987	31,3	19.925	18.738	6,3
<b>LENO</b>	151.073	15.027	10.675	40,8	9.890	10.052	-1,6	3.867	3.284	17,8	28.784	24.011	19,9
<b>NEB</b>	190.337	17.355	11.876	46,1	10.508	9.972	5,4	3.704	3.085	20,0	31.566	24.933	26,6
<b>NHNI</b>	183.218	19.874	14.008	41,9	11.267	11.991	-6,0	2.760	2.109	30,9	33.900	28.108	20,6
<b>PLP</b>	173.141	14.058	9.018	55,9	7.749	9.387	-17,4	2.471	1.638	50,8	24.278	20.043	21,1
<b>RES</b>	93.796	5.606	3.278	71,0	2.658	3.624	-26,7	1.661	786	111,3	9.924	7.688	29,1
<b>SCS</b>	190.839	9.708	5.727	69,5	5.585	6.245	-10,6	2.016	786	156,5	17.309	12.758	35,7
<b>Porto Alegre</b>	1.409.352	96.206	65.260	47,4	56.948	62.119	-8,3	18.131	12.892	40,6	171.284	140.271	22,1

FONTE: SIA (2016: estimativa).

Procedimentos: 0301010030; 0301010153; 0301060037.

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

**Tabela 34**– Comparativo do total de consultas realizadas na Atenção Básica por Enfermeiro por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	População	Consulta			Pré-natal e Puerpério			Puericultura			Total		
		2016	2015	Varição	2016	2015	Varição	2016	2015	Varição	2016	2015	Varição
<b>Centro</b>	277.322	8.094	8.817	-8,2	552	544	1,5	387	512	-24,4	9.033	9.875	-8,5
<b>GCC</b>	149.626	48.666	46.946	3,7	3.317	2.182	52,0	1.884	1.633	15,4	53.867	50.761	6,1
<b>LENO</b>	151.073	43.337	40.346	7,4	4.154	1.977	110,1	3.036	1.614	88,1	50.526	43.937	15,0
<b>NEB</b>	190.337	58.296	65.084	-10,4	2.966	1.994	48,7	1.682	1.371	22,6	62.943	68.449	-8,0
<b>NHNI</b>	183.218	51.015	48.715	4,7	1.547	1.419	9,0	909	809	12,4	53.471	50.943	5,0
<b>PLP</b>	173.141	36.414	35.351	3,0	5.219	3.393	53,8	3.956	2.789	41,8	45.588	41.533	9,8
<b>RES</b>	93.796	27.509	21.087	30,5	1.950	1.041	87,3	735	410	79,3	30.194	22.538	34,0
<b>SCS</b>	190.839	40.578	43.937	-7,6	2.522	1.353	86,4	1.584	1.033	53,3	44.684	46.323	-3,5
<b>Porto Alegre</b>	1.409.352	313.908	310.285	1,2	22.224	13.903	59,9	14.172	10.171	39,3	350.304	334.359	4,8

FONTE: SIA (2016: estimativa).

Procedimentos: 0301010030; 0301010110; 0301010129; 0301010080.

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

**Tabela 35**– Comparativo do total de consultas realizadas na Atenção Básica por Médico por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	População	Consulta			Atendimento de Urgência			Pré-natal e Puerpério			Puericultura			Total		
		2016	2015	Varição	2016	2015	Varição	2016	2015	Varição	2016	2015	Varição	2016	2015	Varição
<b>Centro</b>	277.322	44.135	57.965	-23,9	174	12.859	-98,6	1.293	1.871	-30,9	389	2.790	-86,1	45.990	75.455	-39,0
<b>GCC</b>	149.626	113.252	122.478	-7,5	3.920	5.062	-22,6	5.453	4.507	21,0	1.241	1.216	2,0	123.864	133.263	-7,1
<b>LENO</b>	151.073	145.314	137.311	5,8	11.025	11.126	-0,9	5.484	3.541	54,9	681	333	104,5	162.504	152.311	6,7
<b>NEB</b>	190.337	175.704	149.575	17,5	5.042	7.316	-31,1	4.635	4.302	7,7	1.410	4.866	-71,0	186.791	166.059	12,5
<b>NHNI</b>	183.218	149.483	143.670	4,0	8.402	10.420	-19,4	3.770	2.876	31,1	1.229	1.351	-9,1	162.882	158.317	2,9
<b>PLP</b>	173.141	110.658	107.791	2,7	9.537	12.484	-23,6	5.294	3.146	68,3	3.012	4.673	-35,5	128.501	128.094	0,3
<b>RES</b>	93.796	50.648	53.373	-5,1	53	3.454	-98,5	2.204	1.901	15,9	2	152	-99,0	52.905	58.880	-10,1
<b>SCS</b>	190.839	109.727	111.760	-1,8	72	3.059	-97,6	4.712	2.821	67,0	1.493	1.704	-12,4	116.003	119.344	-2,8
<b>Porto Alegre</b>	1.409.352	898.919	883.923	1,7	38.223	65.780	-41,9	32.843	24.965	31,6	9.455	17.085	-44,7	979.439	991.723	-1,2

FONTE: SIA (2016: estimativa).

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

A projeção do número de consultas médicas sugere redução em 2016, particularmente nas consultas de puericultura e de atendimento de urgência. Os números de Atendimentos de Urgência e de Puericultura em algumas GDs podem refletir a não utilização de códigos para procedimentos mais específicos e reforçam a necessidade de revisão continuada da utilização adequada dos códigos de procedimento no e-SUS.

**Tabela 36-** Comparativo do total de consultas médicas realizadas na rede de atenção básica para todas as idades e total de consultas utilizadas pelas pessoas com 60 ou mais anos, por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	2016			2015			Variação		
	Nº total de consultas básicas	Nº total de consultas básicas para Idoso	% de consultas básicas para idoso	Nº total de consultas básicas	Nº total de consultas básicas para Idoso	% de consultas básicas para idoso	Nº total de consultas básicas	Nº total de consultas básicas para Idoso	% de consultas básicas para o idoso
<b>Centro</b>	44.130	14.615	33,1	59.566	21.217	35,6	-25,9	-31,1	-7,0
<b>GCC</b>	113.216	26.952	23,8	122.444	26.082	21,3	-7,5	3,3	11,8
<b>LENO</b>	145.296	30.170	20,8	137.658	24.292	17,6	5,5	24,2	17,7
<b>NEB</b>	175.683	36.306	20,7	149.518	27.710	18,5	17,5	31,0	11,5
<b>NHNI</b>	149.480	37.329	25,0	145.960	31.483	21,6	2,4	18,6	15,8
<b>PLP</b>	110.642	28.065	25,4	107.789	24.474	22,7	2,6	14,7	11,7
<b>RES</b>	50.648	11.226	22,2	53.373	12.095	22,7	-5,1	-7,2	-2,2
<b>SCS</b>	109.727	31.221	28,5	111.758	34.579	30,9	-1,8	-9,7	-8,0
<b>Total</b>	898.820	215.883	24,0	888.066	201.932	22,7	1,2	6,9	5,6

FONTE: SIA (2016: estimativa).

Procedimentos: 0301010064.

A Tabela acima aponta a ampliação do número e da proporção de consultas médicas para a população idosa em 2016 em relação a 2015.

### 8.1.2.1 Ações de promoção e prevenção em saúde

**Tabela 37** – Comparativo do total de atividades coletivas e/ou em grupo realizadas na Atenção Básica, por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	População	Atividade educativa, orientação, prática corporal e atividade física em grupo			Prática corporal/Atividade física em grupo			Ação coletiva – aplicação de flúor			Ação coletiva – escovação supervisionada			Ação coletiva – exame bucal			Total		
		2016	2015	Varição	2016	2015	Varição	2016	2015	Varição	2016	2015	Varição	2016	2015	Varição	2016	2015	Varição
<b>Centro</b>	277.322	1.289	1.120	15,0	2	0	-	18	242	-92,6	8	391	-98,1	12	190	-93,7	1.328	1.943	-31,7
<b>GCC</b>	149.626	818	1.549	-47,2	47	28	66,1	131	434	-69,9	221	902	-75,6	32	262	-88,0	1.247	3.175	-60,7
<b>LENO</b>	151.073	5.082	2.165	134,7	14	19	-28,9	98	190	-48,7	131	874	-85,1	62	44	39,8	5.385	3.292	63,6
<b>NEB</b>	190.337	2.595	2.771	-6,4	32	39	-19,2	56	339	-83,6	74	906	-91,9	122	344	-64,7	2.877	4.399	-34,6
<b>NHNI</b>	183.218	6.290	3.366	86,9	11	3	250,0	150	541	-72,3	86	1.038	-91,8	164	451	-63,7	6.699	5.399	24,1
<b>PLP</b>	173.141	773	1.771	-56,4	32	176	-82,1	152	281	-46,1	143	2.730	-94,8	51	638	-92,0	1.149	5.596	-79,5
<b>RES</b>	93.796	225	2.200	-89,8	5	1	350,0	75	309	-75,7	17	492	-96,6	36	507	-92,9	357	3.509	-89,8
<b>SCS</b>	190.839	977	1.139	-14,3	47	10	365,0	126	122	3,3	140	606	-77,0	21	113	-81,4	1.310	1.990	-34,2
<b>Porto Alegre</b>	1.409.352	18.047	16.081	12,2	186	276	-32,6	804	2.458	-67,3	816	7.939	-89,7	498	2.549	-80,5	20.351	29.303	-30,6

FONTE: SIA (2016: estimativa).

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

A Tabela acima apresenta as diversas atividades coletivas realizadas nas US da Atenção Básica, sugerindo ampliação do número de procedimentos atividade educativa, orientação, prática corporal e atividade física em grupo em 2016. A projeção das ações de saúde bucal deve estar prejudicada pela sazonalidade das ações realizadas nas escolas.

**Tabela 38– Comparativo do total de atividades educativas em grupo realizadas na Atenção Básica por categoria profissional por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015**

Gerência Distrital	População	Agente Comunitário de Saúde			Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal			Cirurgião dentista			Auxiliar e técnico de enfermagem			Enfermeiro			Médico			Outros profissionais de nível superior*			Total		
		2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
Centro	277.322	5	44	-89,8	20	54	-63,9	2	18	-91,7	8	31	-75,8	590	741	-20,4	419	44	851,1	215	0	-	1.256	932	34,7
GCC	149.626	53	570	-90,8	257	236	8,7	132	145	-9,0	164	101	61,9	42	299	-86,0	165	570	-71,1	6	3	100,0	818	1.924	-57,5
LENO	151.073	42	109	-61,5	120	352	-65,9	86	283	-69,8	4.350	691	529,5	249	442	-43,7	143	109	30,7	78	28	178,6	5.067	2.014	151,6
NEB	190.337	24	779	-96,9	1.202	215	458,8	77	546	-86,0	840	506	66,0	102	89	14,6	60	779	-92,3	254	168	50,9	2.558	3.082	-17,0
NHNI	183.218	3	47	-93,6	27	82	-67,1	371	279	32,8	5.058	1.874	169,9	122	314	-61,3	210	47	346,8	395	155	154,5	6.185	2.798	121,0
PLP	173.141	38	265	-85,8	119	344	-65,6	102	308	-66,9	83	302	-72,7	380	336	12,9	12	265	-95,5	35	9	283,3	767	1.829	-58,1
RES	93.796	12	63	-81,0	56	221	-74,9	23	256	-91,2	114	1.136	-90,0	15	434	-96,5	2	63	-97,6	5	4	12,5	225	2.177	-89,7
SCS	190.839	18	29	-37,9	576	38	1415,8	125	900	-86,2	57	39	46,2	42	79	-46,8	159	29	448,3	0	0	-	977	1.114	-12,3
Porto Alegre	1.409.352	194	1.906	-89,8	2.375	1.542	54,0	915	2.735	-66,5	10.673	4.680	128,0	1.541	2.734	-43,7	1.169	1.906	-38,7	986	367	168,5	17.850	15.870	12,5

FONTE: SIA (2016: estimativa).

Procedimentos: 0101010010.

\*Assistente social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo Clínico e Terapeuta Ocupacional.

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



### 8.1.2.2 Visitas e Atendimentos Domiciliares

**Tabela 39**– Comparativo do total de atendimentos domiciliares realizadas na Atenção Básica por categoria profissional por Gerência **Distrital**, entre os anos de 2016 e 2015

Gerência Distrital	População	Auxiliar e Técnico de Enfermagem			Cirurgião Dentista			Enfermeiro			Médico			Outros profissionais de nível superior*			Total		
		2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
<b>Centro</b>	277.322	140	4	3387,5	44	63	-31,0	522	481	8,5	126	669	-81,2	20	54	-63,9	851	1271	-33,1
<b>GCC</b>	149.626	824	1.165	-29,3	41	51	-20,6	365	430	-15,2	348	537	-35,2	0	3	-100,0	1577	2186	-27,9
<b>LENO</b>	151.073	504	1.309	-61,5	185	137	34,7	239	232	2,8	161	199	-19,3	56	76	-27,0	1143	1953	-41,5
<b>NEB</b>	190.337	1.367	1.282	6,6	66	21	214,3	353	465	-24,2	114	275	-58,5	155	109	41,7	2054	2152	-4,6
<b>NHNI</b>	183.218	618	610	1,3	92	119	-23,1	266	439	-39,5	116	497	-76,8	321	650	-50,6	1412	2315	-39,0
<b>PLP</b>	173.141	591	580	1,9	71	157	-55,1	464	563	-17,7	368	438	-16,1	126	109	15,6	1619	1847	-12,4
<b>RES</b>	93.796	69	439	-84,3	21	8	162,5	30	78	-61,5	9	139	-93,5	0	1	-100,0	129	665	-80,6
<b>SCS</b>	190.839	557	760	-26,8	12	117	-89,7	308	467	-34,2	146	294	-50,5	0	0	-	1022	1638	-37,6
<b>Porto Alegre</b>	1.409.352	4.668	6.149	-24,1	530	673	-21,3	2.544	3.155	-19,4	1.386	3.048	-54,5	677	1002	-32,5	9804	14027	-30,1

FONTE: SIA (2016: estimativa).

Procedimentos: 0101030010; 0101030029; 0301010137.

\*Assistente social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo Clínico e Terapeuta Ocupacional.

Na Tabela acima foram apresentados os números de visitas e atendimentos domiciliares realizados pelas diferentes categorias profissionais. Em comparação com 2015, houve redução do número de visitas e atendimentos domiciliares de todos profissionais, particularmente maior pelos médicos.

**Tabela 40**– Comparativo do total de visitas domiciliares realizadas na Atenção Básica por Agente Comunitário de Saúde, por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015

<b>Gerência Distrital</b>	<b>População</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Varição</b>
<b>Centro</b>	277.322	14.166	14.626	-3,1
<b>GCC</b>	149.626	38.033	58.532	-35,0
<b>LENO</b>	151.073	48.978	54.493	-10,1
<b>NEB</b>	190.337	35.112	26.836	30,8
<b>NHNI</b>	183.218	30.021	13.231	126,9
<b>PLP</b>	173.141	41.265	48.715	-15,3
<b>RES</b>	93.796	29.991	37.993	-21,1
<b>SCS</b>	190.839	47.235	41.360	14,2
<b>Porto Alegre</b>	1.409.352	284.801	295.786	-3,7

**FONTE:** SIA (2016: estimativa).

**Procedimentos:** 0101030010.

O número de visitas domiciliares desenvolvidas pelos ACS em cada GDs foi demonstrado na Tabela acima, totalizando mais de 280 mil visitas domiciliares em 2016, número inferior ao apresentado em 2015.

Em alguns territórios a situação de violência acarreta dificuldades na execução de visitas domiciliares. Em diversos momentos a equipe fica impossibilitada de seguir suas atividades rotineiras por instabilidades apresentadas nas comunidades, incluindo brigas entre grupos rivais que disputam o tráfico de drogas, bem como ações policiais nestes espaços, o que resulta em risco para os trabalhadores.

### 8.1.2.3 Produção das Unidades de Saúde de Atenção Básica para Populações Específicas

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

**Tabela 41 – Comparativo do total do** de procedimentos realizados pelas Unidades de Saúde Indígena Aldeia Kaingang Fag Nhin, entre os anos 2016 e 2015

Procedimentos	2016	2015	Variação
Avaliação antropométrica	317	682	-53,6
Atividade educativa	11	6	75,0
Ação coletiva bucal	14	0	-
Triagem oftalmológica	2	0	-
Coleta de citopatológico	32	19	65,8
Coleta de exame laboratorial	0	71	-100,0
Glicemia capilar	17	41	-59,8
Teste Rápido HIV	27	45	-40,0
Teste Rápido Gravidez	8	13	-42,3
Teste Rápido Sífilis	29	37	-23,0
Teste Rápido HVC	18	2	800,0
Consulta NS AB exceto médico	482	167	188,3
Consulta médico AB	1.460	732	99,4
Consulta de puericultura	3	0	-
Consulta de pré-natal	6	0	-
Consulta puerperal	3	0	-
Consulta/atendimento domiciliar	12	0	-
Atendimento de urgência	5	0	-
Primeira consulta odontológica	120	150	-20,0
Procedimentos odontológicos	1.179	1.011	16,6
Administração de medicamentos	78	138	-43,5
Aferição pressão arterial	338	343	-1,6
Nebulização/Inalação	18	45	-60,0
Curativo/Retirada de pontos/Drenagem de abscesso	62	57	7,9
Visita domiciliar	366	144	154,2
Total	4.601	3.710	24,0

**FONTE:** SIA (2016: estimativa).

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

No ano de 2016 a Unidade de Saúde Indígena Aldeia Kaingang Fag Nhin ampliou o atendimento para a população indígena residente de três para cinco aldeias existentes em Porto Alegre e sua produção pode ser observada na Tabela acima. Destaca-se a ampliação do número das diversas consultas ofertadas.

**Tabela 42**– Comparativo do total de procedimentos realizados pelas Unidades de Saúde Sócio-Educativa (FASE), entre os anos 2016 e 2015

<b>Procedimentos</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Variação</b>
Atividade educativa	12	9	33,3
Consultas	16.301	15.223	7,1
Atendimento de urgência	183	261	-29,9
Saúde bucal	3.630	4.242	-14,4
Procedimentos	4.631	3.942	17,5
Total	24.757	23.677	4,6

**FONTE:** SIA.

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

Entre as USSE, houve ampliação do número de procedimentos em 2016 em relação a 2015 (Tabela acima).

### 8.1.2.5 Procedimentos clínicos e com finalidade diagnóstica na Atenção Básica

Tabela 43– Comparativo do total de procedimentos realizados na Atenção Básica por Gerência Distrital, entre os anos de 2016 e 2015

Gerência Distrital	População	Aferição de pressão arterial			Coleta de Triagem Neonatal			Antropometria			Triagem da acuidade visual			Total		
		2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
<b>Centro</b>	277.322	34.382	30.149	14,0	60	78	-23,1	9.936	11.355	-12,5	8	3	150,0	44.385	41.585	6,7
<b>GCC</b>	149.626	88.554	108.874	-18,7	180	916	-80,3	80.870	87.033	-7,1	113	57	97,4	169.716	196.880	-13,8
<b>LENO</b>	151.073	92.162	104.864	-12,1	369	357	3,4	45.971	76.501	-39,9	33	368	-91,0	138.534	182.090	-23,9
<b>NEB</b>	190.337	151.049	144.957	4,2	570	717	-20,5	68.589	146.030	-53,0	3	30	-90,0	220.211	291.734	-24,5
<b>NHNI</b>	183.218	64.793	61.234	5,8	278	289	-4,0	31.445	25.476	23,4	230	87	163,8	96.744	887.086	-89,1
<b>PLP</b>	173.141	83.084	84.805	-2,0	669	890	-24,8	35.582	49.558	-28,2	36	36	0,0	119.370	135.289	-11,8
<b>RES</b>	93.796	43.856	49.240	-10,9	176	468	-62,5	20.870	35.656	-41,5	14	13	3,8	64.914	85.377	-24,0
<b>SCS</b>	190.839	87.957	74.987	17,3	260	461	-43,7	33.909	40.887	-17,1	66	110	-40,0	122.192	116.445	4,9
<b>Porto Alegre</b>	1.409.352	645.834	659.110	-2,0	2.561	4.176	-38,7	327.170	472.496	-30,8	501	704	-28,8	976.065	1.163.486	-16,1

FONTE: SIA (2016: estimativa).

Procedimentos: 0301100039; 0201020050; 0101040024; 0211060275.

Nas Tabela 43 e 44 foram apresentados os quantitativos de diversos procedimentos realizados diariamente nas US de Atenção Básica. Destacam-se os mais de 645 mil procedimentos de aferição de pressão arterial e 320 mil antropometrias em 2016 (Tabela acima).

**Tabela 44**– Comparativo do total de procedimentos realizados na Atenção Básica por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	População	Inalação e nebulização			Glicemia capilar			Retirada de pontos			Curativo			Total		
		2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
<b>Centro</b>	277.322	32.553	19.375	68,0	7.742	8.328	-7,0	1.032	1.119	-7,8	30.878	21.872	41,2	72.204	50.694	42,4
<b>GCC</b>	149.626	2.463	5.267	-53,2	24.522	29.996	-18,2	2.370	3.023	-21,6	12.149	18.275	-33,5	41.504	56.561	-26,6
<b>LENO</b>	151.073	2.460	3.170	-22,4	21.674	33.313	-34,9	3.357	3.764	-10,8	9.342	17.798	-47,5	36.833	58.045	-36,5
<b>NEB</b>	190.337	4.277	5.019	-14,8	26.022	32.637	-20,3	6.309	6.511	-3,1	17.546	24.800	-29,3	54.153	68.967	-21,5
<b>NHNI</b>	183.218	3.284	3.253	0,9	13.842	15.273	-9,4	4.343	3.661	18,6	12.782	13.251	-3,5	34.250	35.438	-3,4
<b>PLP</b>	173.141	2.174	3.156	-31,1	20.448	24.800	-17,5	2.931	3.270	-10,4	12.177	15.122	-19,5	37.730	46.348	-18,6
<b>RES</b>	93.796	1.196	1.986	-39,8	8.423	16.292	-48,3	1.695	2.148	-21,1	5.699	12.335	-53,8	17.012	32.761	-48,1
<b>SCS</b>	190.839	2.147	2.324	-7,6	40.250	35.968	11,9	2.516	3.143	-20,0	7.352	11.726	-37,3	52.263	53.161	-1,7
<b>Porto Alegre</b>	1.409.352	50.552	43.550	16,1	162.921	196.607	-17,1	24.552	26.639	-7,8	107.922	135.179	-20,2	345.947	401.975	-13,9

FONTE: SIA (2016: estimativa).

Procedimentos:0301100101; 0214010015; 0301100152; 0401010023.

Na Tabela acima se observam os mais de 50 mil procedimentos de inalação e nebulização, mais de 100 mil curativos e mais 160 mil procedimentos glicemia capilar em 2016.

**Tabela 45**– Comparação do total de coleta de material para citopatológico de colo uterino na Atenção Básica por Gerência Distrital por categoria profissional, entre os anos de 2016 e 2015

Gerência Distrital	População Alvo	Enfermeiro			Médico			Total		
		2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
<b>Centro</b>	121.704	693	737	-6,0	2.327	1.508	54,3	3.020	2.245	34,5
<b>GCC</b>	50.098	3.062	2.594	18,0	2.055	2.634	-22,0	5.117	5.228	-2,1
<b>LENO</b>	49.909	3.824	4.106	-6,9	1.818	1.085	67,6	5.642	5.191	8,7
<b>NEB</b>	66.194	4.277	4.253	0,6	3.080	2.729	12,8	7.356	6.982	5,4
<b>NHNI</b>	71.394	2.874	2.946	-2,4	2.069	2.245	-7,9	4.943	5.191	-4,8
<b>PLP</b>	55.911	4.032	4.441	-9,2	1.653	869	90,2	5.685	5.310	7,1
<b>RES</b>	28.527	2.021	1.984	1,8	179	249	-28,3	2.199	2.233	-1,5
<b>SCS</b>	69.796	2.381	2.296	3,7	2.397	2.296	4,4	4.778	4.592	4,0
<b>Porto Alegre</b>	513.533	23.162	23.357	-0,8	15.576	13.615	14,4	38.738	36.972	4,8

FONTE: SIA (2016: estimativa). IBGE Censo 2010 – Mulheres com 25 ou mais de idade.  
Procedimentos: 0201020033.

Na Tabela acima foram apresentados os números de coleta de material para realização de citopatológico de colo uterino pelas US da AB realizados em 2016 e 2015. Observa-se este cuidado com a saúde da mulher tem sido realizado de forma compartilhada entre enfermeiros e médicos.

**Tabela 46**– Comparação do total dos testes rápido realizados na Atenção Básica por Gerência Distrital, entre os anos de 2016 e 2015

Gerência Distrital	Gravidez			Sífilis em gestante			HIV em gestante			Total		
	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
<b>Centro</b>	287	342	-16,2	119	28	323,2	128	33	286,4	533	403	32,1
<b>GCC</b>	2.016	2.190	-7,9	969	556	74,3	1.007	558	80,4	3.992	3.304	20,8
<b>LENO</b>	2.765	3.079	-10,2	999	526	89,9	1.025	548	87,0	4.788	4.153	15,3
<b>NEB</b>	2.495	2.587	-3,6	896	406	120,6	929	435	113,4	4.319	3.428	26,0
<b>NHNI</b>	2.072	1.507	37,5	635	445	42,6	651	446	46,0	3.357	2.398	40,0
<b>PLP</b>	3.132	3.225	-2,9	1.661	895	85,5	1.688	973	73,4	6.480	5.093	27,2
<b>RES</b>	2.841	2.311	22,9	564	218	158,7	573	224	155,8	3.978	2.753	44,5
<b>SCS</b>	1.517	1.911	-20,6	1.037	386	168,5	1.032	425	142,8	3.585	2.722	31,7
<b>Porto Alegre</b>	17.123	17.152	-0,2	6.878	3.460	98,8	7.031	3.642	93,0	31.031	24.254	27,9

FONTE: SIA (2016: estimativa).  
Procedimentos: 0214010066; 0214010082; 0214010040, 0214010058; 0214010074; 0214010090.

Nas Tabelas 47 e 48 foram detalhados os tipos de testes rápidos realizados nas US da AB. Em 2016 destaca-se o aumento de testes rápidos de sífilis e HIV em gestantes em relação a 2015 (Tabela acima).

**Tabela 47– Comparação do total dos testes rápido realizados na Atenção Básica por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015**

Gerência Distrital	HIV			Sífilis			Hepatite C			Total		
	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
Centro	930	1.079	-13,8	863	979	-11,9	563	61	822,1	2.355	2.119	11,1
GCC	2.904	2.804	3,6	2.801	2.546	10,0	3.036	1.658	83,1	8.741	7.008	24,7
LENO	1.743	2.386	-26,9	1.646	2.261	-27,2	2.040	699	191,8	5.429	5.346	1,5
NEB	2.804	3.223	-13,0	2.724	3.076	-11,4	2.679	1.247	114,8	8.207	7.546	8,8
NHNI	2.199	2.460	-10,6	1.956	2.278	-14,1	1.670	1.628	2,5	5.825	6.366	-8,5
PLP	3.080	3.585	-14,1	3.084	3.318	-7,1	4.163	1.896	119,5	10.326	8.799	17,4
RES	839	964	-13,0	779	922	-15,6	1.094	313	249,4	2.711	2.199	23,3
SCS	2.295	3.036	-24,4	2.259	2.954	-23,5	2.964	1.620	83,0	7.518	7.610	-1,2
Porto Alegre	16.793	19.537	-14,0	16.110	18.334	-12,1	18.207	9.122	99,6	51.110	46.993	8,8

FONTE: SIA (2016: estimativa).

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

Em relação a 2015, houve redução na realização de testes rápidos para HIV e Sífilis e aumento dos testes para hepatite C (Tabela acima).

**Tabela 48– Comparativo total de testes rápido realizados na Atenção Básica por Gerência Distrital por categoria profissional, entre os anos 2016 e 2015**

Gerência Distrital	Cirurgião Dentista			Enfermeiro			Médico			Total		
	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
Centro	329	192	71,1	2.501	2.220	12,6	59	107	-45,3	2.888	2.519	14,6
GCC	413	78	428,8	11.792	9.665	22,0	489	503	-2,8	12.693	10.246	23,9
LENO	234	452	-48,2	9.690	8.883	9,1	293	164	78,4	10.217	9.499	7,6
NEB	252	222	13,5	12.116	10.667	13,6	158	85	85,3	12.525	10.974	14,1
NHNI	44	108	-59,7	8.289	7.558	9,7	849	1.098	-22,7	9.182	8.764	4,8
PLP	111	50	122,0	16.590	13.823	20,0	74	16	359,4	16.775	13.889	20,8
RES	204	2	10100,0	6.482	4.930	31,5	3	20	-85,0	6.689	4.952	35,1
SCS	92	137	-33,2	10.998	10.099	8,9	14	96	-85,9	11.103	10.332	7,5
Porto Alegre	1.677	1.241	35,1	78.456	67.845	15,6	1.937	2.089	-7,3	82.070	71.175	15,3

FONTE: SIA (2016: estimativa).

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

Como em 2015, a maioria dos testes rápidos foi realizado por enfermeiro durante o ano de 2016 (Tabela acima).



### **8.1.3 Ações de Gestão na Atenção Básica Apoio Institucional**

A Atenção Básica finalizou 2016 com 18 Apoiadores Institucionais, representando uma média de 3 a 10 US por apoiador. O papel do apoiador é o de ampliar a capacidade de reflexão e de intervenção das pessoas envolvidas, isto é, produção de sujeitos e subjetividades (responsáveis, autônomos, com capacidade de contrair contratos, entre outros). O apoio também auxilia no processo de co-gestão, democratização das relações e qualificação das relações clínicas.

Durante 2016, sob a coordenação da CGAB, foram realizados encontros sistemáticos com os Apoiadores para alinhamento das ações nos diferentes Distritos Sanitários. Também foram priorizadas as ações dos Apoiadores Institucionais junto às equipes das Unidades de saúde da Atenção Básica, assim como a construção do comum do apoio junto aos membros dos NASF nos territórios.

Os Apoiadores também foram envolvidos em processos de educação permanente, como em encontros de apoiadores institucionais, com temas do Controle Social, Fluxos do IMESF, AMAQ e Acolhimento, Ferramentas do Apoio, avaliação do processo de educação e discussão de casos. Participaram também de rodas de conversas com os Gerentes Distritais, CGAB e IMESF com as seguintes temáticas: Violência, Indicadores, ACS e GERCON. Estiveram em encontros com os NASF, já citados anteriormente e das rodas com os coordenadores de unidades, chamadas pela CGAB.

Os Apoiadores Institucionais foram submetidos a uma avaliação 360°. Isto é, fizeram uma auto-avaliação, foram avaliados pelas equipes que apoiam e pela gestão (Gerências Distritais, IMESF e CGAB), o que oportunizou o alinhamento do trabalho a ser realizado pelos apoiadores e a compreensão do papel do apoiador pela gestão. Os apoiadores receberam devolutivas individuais após a conclusão do processo.

Em novembro de 2016 foram distribuídos 48 tablets aos apoiadores e aos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para auxiliar a organização dos registros, monitorarem a produção e viabilizar o planejamento das ações dos apoiadores nas US da AB.

## **Educação permanente**

A realização de ações de educação na saúde para os trabalhadores da Atenção Básica tem-se mostrado fundamental para a qualificação da assistência ofertada aos usuários. A prática de Educação Permanente em Serviço (EPS) vem sendo considerada como estratégia fundamental para a educação na saúde. A EPS tem como objetivo a aprendizagem no trabalho a partir do cotidiano das organizações e a partir da problematização da realidade. Ela busca transformar as práticas profissionais existentes através de respostas construídas a partir da reflexão de trabalhadores, estudantes e demais atores sociais.

## **Educação em Saúde com os Agentes de Combates às Endemias**

A Coordenação da Atenção Básica em conjunto com a equipe de Educação Permanente do IMESF realizou através de metodologias ativas encontros com todos os ACE nos quais foram abordados temas como a Política Nacional de Atenção Básica, princípios, diretrizes, responsabilidade da rede de atenção à saúde; atribuições e responsabilidades comuns a todos os profissionais da equipe bem como as atribuições específicas do ACE, questões éticas, trabalho em equipe e visitas domiciliares.

Também foram realizados encontros técnicos, com aproximadamente 100 Agentes de Combate às Endemias que atuam junto às equipes da AB e as equipes dos Centros de Referência em Tuberculose e Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde.

## **Protocolo da Atenção Básica de Saúde das Mulheres**

Em novembro de 2015 foi publicado pelo Ministério da Saúde o Protocolo de Atenção Básica – Saúde das Mulheres. Em dezembro de 2015 foi feita a revisão do Protocolo pela Coordenação da Atenção Básica (CGAB) com base nos Protocolos Municipais que já estavam em uso pelos trabalhadores. A adoção do protocolo teve como objetivos: ampliar a resolutividade e qualificar as ações de saúde ofertadas à mulher na AB; respaldar ética e legalmente a atuação dos trabalhadores da AB; permitir a tomada de decisão baseada em evidências; ofertar cuidado integral, com ênfase na Clínica Ampliada; prestar assistência com enfoque não apenas para a mulher, mas

também para a família e a comunidade; e realizar ações que reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Entre os temas abordados no Protocolo destacam-se a integralidade e a interdisciplinaridade na assistência à saúde das mulheres, vulnerabilidades, atenção às mulheres em situação de violência, atenção aos problemas mais comuns em saúde das mulheres, prevenção do câncer de mama e colo de útero, saúde bucal, puerpério e aleitamento materno.

No primeiro quadrimestre de 2016 foi constituído o Grupo Condutor para a definição sobre a metodologia para a implementação do Protocolo de Atenção Básica. Em julho e agosto de 2016 foi realizado o Projeto Piloto da Oficina do Protocolo de Atenção Básica na Gerência Distrital Restinga/Extremo Sul com a participação de 70 trabalhadores. Em 19/08/2016 o Protocolo foi validado pelo Gestor Municipal em evento com a participação de 39 trabalhadores. Em 29/08/2016 foi realizado a capacitação dos Grupos Formadores de cada GD, com a participação de 44 trabalhadores.

No terceiro quadrimestre de 2016 foram desenvolvidas Oficinas sobre o Protocolo de Atenção Básica – Saúde das Mulheres foram desenvolvidas com o intuito de formar facilitadores para o processo de implantação desse protocolo em Porto Alegre. As Oficinas, desenvolvidas a partir da articulação do IMESF, CGAB, Gerência de Políticas de Saúde, Coordenação da Assistência Farmacêutica e Gerências Distritais, objetivam oferecer aos diversos profissionais (dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, médicos de Família, comunidade e trabalhadores do NASF) das equipes de AB atividades de educação permanente em serviço, visando à qualificação das ações de Saúde da Mulher.

### **Coordenadores da Atenção Básica**

A partir de julho deste ano, a Coordenação Geral da Atenção Básica e o IMESF, instituíram o encontro mensal com todas as Coordenações de Unidades de Saúde da AB do município. Em julho a pauta foi o início do uso do Sistema GERCON, e contou com a participação de 164 pessoas. Já em agosto, com a presença de 173 pessoas, a pauta principal foi a Nota Técnica 05/2016 que dispõe sobre o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na AB do município de Porto Alegre.

No segundo semestre de 2016 foi realizado Curso de Qualificação de Coordenadores com o objetivo de aprimorar a prática de gestão dos profissionais que exercem atividades de coordenação das US. O curso foi disponibilizado a todos os Coordenadores das Unidades de Saúde de Atenção Básica, em seis encontros com duração de 8 horas. Foram abordados assuntos como Sistema Único de Saúde e Atenção Básica em Porto Alegre, Atribuições dos Trabalhadores e Coordenadores da Atenção Básica, Fluxos de Trabalho, Gestão de Pessoas e Mediação de Conflitos.

### **Formação de Facilitadores: Atualização de Fluxos do IMESF**

Os Encontros de Atualização de fluxos do IMESF foram realizados com os profissionais que compõem as equipes das GDs, incluindo Gerentes, Assessores Técnicos, Responsáveis Técnicos, Apoiadores Institucionais e Assistentes Administrativos. O objetivo de tais encontros é atualizar os fluxos e formar facilitadores junto às Gerências e às US para a divulgação de fluxos do Instituto e do Manual do Trabalhador do IMESF. Estas atividades contaram com a formação de três turmas de 20 trabalhadores, tendo duração de quatro horas cada encontro.

### **Apoio Matricial**

Em 2016 foram desenvolvidas diversas ações para aprimoramento do Apoio Matricial à atenção básica, como encontros mensais de representantes dos NASF/NAMAB; elaboração do Manual de Registro no e-SUS; incentivo à integração do NASF e Apoio Institucional nos territórios através de encontros de trabalho; e aquisição e entrega de tablets para os profissionais que atuam nos NASF ou NAMAB.

### **Bolsa Família**

O PBF é inerente à Atenção Básica, pois visa acompanhar as famílias beneficiárias com ações de saúde que consistem nas Condicionalidades em Saúde do Programa, mas que muito além destas condicionalidades formais apresentadas pelo programa, consiste em uma oportunidade impar para as equipes de saúde buscar atender com equidade sua população.

Buscar um maior número de famílias acompanhadas, com qualidade nas ações, vem ao encontro de princípios preconizados pelo SUS, visto que as famílias beneficiárias do PBF são por definição, a parcela da população mais empobrecida e por isso mais vulnerável ao adoecimento e sofrimento.

Durante o ano de 2016 buscou-se ampliar a discussão sobre a condução do Programa Bolsa Família no município. Neste período concluiu-se que o processo de descentralização do Programa Bolsa Família (PBF) da CGVS para a Coordenação Geral de Atenção Básica e Gerências Distritais. A partir do segundo quadrimestre, a coordenação do PBF passou para a Coordenação da AB.

### **Campanha da Vacinação contra Influenza**

A Campanha da Vacinação contra Influenza mobilizou AB e diferentes setores da SMS e resultou em 380.519 doses aplicadas e cobertura vacinal de 99,7%. Cabe destacar que no dia de Mobilização Nacional os trabalhadores lotados na Sede da SMS participaram ativamente das atividades, possibilitando inclusive a abertura de um posto de vacinação na sede administrativa da SMS.

### **Sistemas de Informação e-SUS**

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

O prontuário eletrônico através do e-SUS está implantado em 100% das US próprias do Município, assim como estão capacitados os trabalhadores que operam o sistema. Em dezembro 2016, 127 das 141 (90,1%) das US da Atenção Básica

utilizaram o e-SUS, sendo empregado o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) em 83,5% dessas US (106).

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

O software (aplicativo) recebeu versão atualizada, que permite o compartilhamento das informações dos prontuários dos usuários nas diferentes US do município. Esta melhoria qualificou e otimizou o cuidado da saúde do usuário. O e-SUS também recebeu aplicativos para aparelhos móveis que permitem o registro das ações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, que podem fazer diretamente o cadastramento do território, bem como registrar o acompanhamento das visitas.

O desenvolvimento deste aplicativo está integrado ao Prontuário Eletrônico do Cidadão, permitindo a ampliação da troca de informações entre os profissionais da equipe. Além disso, o aplicativo permite a simplificação do processo de trabalho dos ACS: dispensa o uso das fichas de cadastro das famílias (Cadastro Domiciliar e Cadastro Individual); elimina o processo auxiliar de digitação do cadastro; reduz o armazenamento de fichas de papel; propicia agilidade no compartilhamento de informações com toda equipe; reduz o tempo de cadastramento e de atualização dos cadastros da população do território.

### **Implantação do Sistema GERCON**

O Sistema de Gerenciamento de Consultas Especializadas (GERCON) visa qualificar a solicitação das consultas especializadas aos usuários do município. Após a realização em abril da sensibilização aos Gerentes Distritais e Assessores Técnicos em conjunto com a Gerência de Tecnologia de Informação (GTI), foi dado início às capacitações dos trabalhadores da Atenção Básica para a utilização do sistema.

No mês de junho foram capacitados todos os médicos das US da Atenção Básica para o perfil solicitante além de um profissional enfermeiro e um dentista de cada US para o mesmo perfil. Este perfil permite aos profissionais solicitar no sistema GERCON, de forma qualificada uma consulta especializada além de agendar, cadastrar evoluções, visualizar solicitações, dentre outras.

Os técnicos de enfermagem, ACS e auxiliares administrativos foram capacitados para o perfil administrativo solicitante das US que possibilita cancelar agendamentos, visualizar solicitações, contatar usuários, dentre outras funcionalidades. Foram capacitados também os Gerentes Distritais, Assessores Técnicos, Apoiadores Institucionais e todos os Coordenadores dos US para o perfil visualizador para que estes também possam acompanhar o processo de implementação do sistema visualizando as solicitações realizadas pelos profissionais dos US do seu território.

Ao final desse quadrimestre, mais de 1000 trabalhadores da Atenção Básica foram capacitados diretamente pela CGAB e GTI.

### **Programa Pra-Nenê**

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança do MS estabelece como estratégica a vinculação precoce (até 5º dia de vida) da dupla mãe-bebê às US da Atenção Básica. A meta assumida pela SMS no Contrato de Gestão de 2016, previa a ampliação da proporção de recém-nascido (RN) com primeiro atendimento nas US realizado até o 7º dia de vida. A CGAB elaborou a Instrução Normativa 06/2016, que prevê mudanças para garantir o atendimento ao RN e sua família nas US nos primeiros cinco dias de vida em 2017.

### **Territorialização**

Durante 2016 foi realizada a transição do sistema GeoSaúde, da antiga plataforma ERSI hospedada no servidor da PROCempa, para o sistema do Google Maps. A transição facilitou o acesso a informação e a atualização dos mesmos. Esta nova plataforma possui dados atualizados sobre as unidades de saúde, incluindo telefones de contato, horários de funcionamento, horários das reuniões de equipe e nomes dos coordenadores. Paralelo a isto, as GDs seguiram realizando as avaliações em conjunto com o Controle Social para buscar adequações dos seus territórios, principalmente nas áreas de maior dificuldade de identificação, ou onde há conflito entre serviços em relação à cobertura do território.

### **II Mostra Porto-alegrense de Experiências Inovadoras na Atenção Básica**

Em 2016 foi realizada a II Mostra Porto-alegrense de Experiências Inovadoras na Atenção Básica. Envolvendo equipes da US, gestores, usuários e instituições de ensino, a II Mostra teve por objetivo evidenciar e intercambiar experiências, iniciativas e conhecimentos que fortalecem e inovam a AB nos territórios.

A Mostra ocorreu em duas etapas: distrital e municipal. A etapa distrital ocorreu descentralizadamente nas 8 GDs, quando foram selecionadas as 80 melhores experiências, sendo 10 de cada uma das Gerências. Esta etapa contou com 2.037 participantes: 264 na GD LENO; 402 na GD GCC, 375 na GD SCS, 120 na GD NHNI, 365 na GD PLP, 248 na GD NEB, 83 na GD RES e 180 na GD Centro.

Na etapa municipal, ocorrida nos dias 08 e 09 de dezembro, circularam 1.672 pessoas, que tiveram a oportunidade de participar das cirandas de apresentação das experiências assim como de atividades culturais, rodas de conversa, oficinas, cine-debate e conferências. Foram selecionados os 15 trabalhos com melhor classificação.

### **Acumuladores de animais**

A pesquisa “Acumuladores de animais: caracterização do perfil psicopatológico, cognitivo-comportamental e estratégias de prevenção e tratamento”, realizada no âmbito da pós-graduação em Psicologia da PUCRS, levada a campo entre agosto de 2015 e maio de 2016, revelou a existência, na cidade, de 48 indivíduos que sofrem do transtorno de acumulação de animais. Durante 2016 foram definidas, de forma conjunta entre SMS (CGAB, Saúde Mental e CGPPS), Secretaria Especial dos Direitos dos Animais e grupo de pesquisa da PUCRS, as estratégias para enfrentamento desta questão.

A CGAB dará conhecimento sobre o tema para as GDs, a fim de que todos os casos da cidade sejam conhecidos e acompanhados pelas US e demais setores responsáveis. É sobretudo através da intersetorialidade que se poderá prestar um atendimento adequado aos portadores deste transtorno, visto tratar-se de casos complexos, cujas causas são multifatoriais.

### **Reorganização Territorial da Saúde Bucal**



Durante 2016 foi realizada avaliação da cobertura de saúde bucal no Município, e elaborada proposta de redistribuição das áreas adscritas das equipes de saúde bucal com o objetivo de diminuição das iniquidades, possibilitando acesso às populações hoje desassistidas e reduzindo as diferenças entre as unidades de saúde quanto à oferta, demanda e capacidade de atendimento. Em 2017 deverá ser realizada a discussão nos territórios, garantindo a ampla participação das equipes de saúde e do controle social, para iniciar a implementação destas diretrizes.

### **Agentes Comunitários de Saúde**

O trabalho exercido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Atenção Básica do município de Porto Alegre é considerado de extrema relevância para a produção do cuidado em saúde e para o aumento da qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde. Os ACS têm como principal ferramenta de trabalho a Visita Domiciliar caracterizada como o conjunto de ações voltado para a promoção da saúde, prevenção de doenças e práticas educativas em âmbito individual, familiar ou coletivo no domicílio dos usuários. Desta forma, visando à realização e qualificação do trabalho dos ACS em Porto Alegre a Coordenação da Atenção Básica em parceria com o IMESF estabelece a Nota Técnica nº 05/2016 de 24 de agosto de 2016 que dispõe sobre o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Atenção Básica do município de Porto Alegre. O documento visa complementar as atribuições e ações dos ACS já estabelecidas em normatizações.

#### **8.2 Atenção Especializada Ambulatorial**

**Meta 33** - Remodelar o Centro de Saúde Vila dos Comerciantes de acordo com os critérios estabelecidos e necessidades locais

Houve o cumprimento das ações que foram descritas ao longo dos relatórios, em especial àquelas que se referem à capacitação de servidores e a estrutura de equipamento e pontos lógicos para garantir a utilização do GERCON. A captação de recursos ficou pendente.

Como as ações da meta estavam gerais aos serviços especializados e não específicas ao CSVC e havia uma dificuldade de mensuração, a meta foi reescrita para a PAS 2017: *“Remodelar os cinco Centros de Especialidades de acordo com os critérios estabelecidos neste Plano às necessidades locais”*.

Abaixo, é apresentado o quadro de referências na atenção especializada ambulatorial e também na atenção especializada substitutiva, tendo a delimitação territorial por Gerências Distritais como critério de regionalização dos serviços.

## 8.2.1 Referências dos Serviços de Atenção Especializada Ambulatorial

**Quadro 1-** Grade de referências especializadas ambulatoriais vigentes em Porto Alegre/RS

Serviço/GD	Centro	NHNI	PLP	GCC	SCS	NEB	RES	LENO	Total
<b>EESCA</b>	EESCA Centro	EESCA IAPI EESCA NAV	EESCA PLP	EESCA GCC	EESCA SCS	EESCA NEB	EESCA RES	EESCA LENO	<b>9</b>
<b>ESMA</b>	ESMA CENTRO	ESMA IAPI ESMA NAV	ESMA PLP	ESMA GCC	ESMA SCS	-	ESMA RES	ESMA LENO	<b>8</b>
<b>CEREST</b>	CEREST POA								<b>1</b>
<b>CTA</b>	CTA Santa Marta								<b>1</b>
<b>SAE DST/AIDS</b>	SAE Santa Marta	SAE IAPI	Sanatório Partenon	SAE Vila dos Comercíarios	SAE Vila dos Comercíarios	SAE IAPI	SAE Vila dos Comercíarios	SAE IAPI	<b>4</b>
<b>SAE HEPATITES</b>	SAE Hepatites								<b>1</b>
<b>CEO</b>	CEO Santa Marta CEO UFRGS	CEO GHC CEO IAPI	CEO Bom Jesus	CEO Vila dos Comercíarios	CEO Vila dos Comercíarios	CEO GHC	CEO Santa Marta	CEO Bom Jesus	<b>6</b>
<b>CRTB</b>	CRTB Centro	CRTB NHNI	Sanatório Partenon	CRTB GCC	CRTB GCC	CRTB NHNI	HRES - CRTB Centro	CRTB LENO	<b>5</b>
<b>CAPS</b>	CAPS i Harmonia CAPS II Centro CAPS AD III IAPI	CAPS AD III IAPI CAPS i GHC CAPS II GHC	CAPS i HCPA CAPS II HCPA CAPS AD III PLP	CAPS i Harmonia CAPS II GCC CAPS AD GCC	CAPS i Harmonia CAPS II GCC CAPS AD II V. Nova	CAPS i GHC CAPS II GHC CAPS AD III GHC	CAPS i Harmonia CAPS AD II V. Nova CAPS II Centro	CAPS i HCPA CAPS II HCPA CAPS AD III PLP	<b>12</b>
<b>Ambulatório Especialidades</b>	AE Santa Marta	AE IAPI	AE Murialdo	AE Vila dos Comercíarios	AE Camaquã	-	-	AE Bom Jesus	<b>6</b>
<b>Serviço Apoio Diagnóstico</b>	SAD Santa Marta	SAD IAPI	SAD Murialdo	SAD Vila dos comercíarios	-	SAD Assis Brasil	-	-	<b>5</b>

<b>Serviço de Oxigenoterapia</b>	Serviço de Oxigenoterapia Vila dos Comerciantes								<b>1</b>
<b>Oficina de Geração de Renda</b>	Geração POA								<b>1</b>
<b>Residencial Terapêutico</b>	Residencial Terapêutico Nova Vida I e II								<b>2</b>
<b>Serviço de Feridas e Estomatologia</b>	SFE Santa Marta	SFE IAPI	SFE Santa Marta	SFE Vila dos comerciantes	SFE Vila dos Comerciantes	SFE IAPI	SFE Santa Marta	SFE IAPI	<b>3</b>
<b>CRAI</b>	HMIPV								<b>1</b>
<b>Casa de Apoio Viva Maria</b>	CAVM								<b>1</b>
<b>CRF</b>	Fisio Abreu Fisioclínica Stª Terezinha Lívio Rocco Andrade Neves Coliseu Sefil	Cerepal Lívio Rocco Coliseu Sefil CRF IAPI	Cerepal Fisio Abreu Fisioclínica Stª Terezinha Lívio Rocco Coliseu	Fisio Abreu Fisioclínica Stª Terezinha Lívio Rocco Andrade Neves Coliseu CRF Vila dos Comerciantes	Cerepal Fisioclínica Lívio Rocco Andrade Neves Coliseu Sefil	Lívio Rocco Andrade Neves Coliseu	Fisioclínica Lívio Rocco Andrade Neves Coliseu	Cerepal Fisio Abreu Stª Terezinha Lívio Rocco Coliseu	<b>10</b>

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

**Quadro 2-** Especialidades disponíveis nos Ambulatórios de Especialidades, por Gerência Distrital

<b>GD Centro: Ambulatórios de Especialidades Santa Marta</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Nº de Profissionais</b>	<b>CH SEM</b>
Cardiologia Adulto	GERCON	01	30
Dermatologia	GERCON	UFCSPA	-
Infectologia Adulto	GERCON	01	20
Oftalmologia Pediátrica	GERCON	01	40
Ortopedia Geral Pediátrica	GERCON	01	40
Proctologia Adulto	GERCON	01	30
Otorrino Adulto e Pediátrica	GERCON	02	60
Neurologia Pediátrica	GERCON	01	20
Fonoaudiologia	GD	02	80
Endocrinologia Sobrepeso/Obesidade	GERCON	01	20
Nutricionista Sobrepeso/Obesidade	GERCON	01	40
Reumatologia	GERCON	01	20
Nutricionista	GD	01	40
Homeopatia	-	-	-
<b>GD Centro: Ambulatório de Práticas Integrativas Modelo</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Nº de Profissionais</b>	<b>CH SEM</b>
Homeopatia	GERCON	02	40
Acupuntura	GERCON	03	20
Fitoterapia	GERCON	01	30
<b>GD Restinga Extremo Sul</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Nº de Profissionais</b>	<b>CH SEM</b>
Nutricionista (* localizada em uma US)	GD	01	40
<b>GD Norte Eixo Baltazar</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Nº de Profissionais</b>	<b>CH SEM</b>
Fonoaudiologia (* localizada em uma US)	-	-	-
Nutricionista (* localizada em uma US)	GD	03	120
<b>GD Sul Centro Sul – Ambulatório de Especialidades Camaquã</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Nº de Profissionais</b>	<b>CH SEM</b>
Nutricionista (AE Camaquã e US Tristeza)	GD	02	70
Ginecologia geral adulto	-	-	-
<b>GD Lomba do Pinheiro: Ambulatório de Especialidades Murialdo</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Nº de Profissionais</b>	<b>CH SEM</b>
Cardiologia Adulto	GERCON	01	20
Ginecologia Geral Adulto	GD	01	40
Ginecologia Geral Adulto	GERCON	01	30
Proctologista	GERCON	01	04
Homeopatia	GERCON	01	10
Fonoaudiologia	GD	01	30
Nutricionista	GD	01	32
Urologista	GERCON	01	20
Reumatologia	-	-	-

<b>GD Glória Cruzeiro Cristal: Ambulatório de Especialidades Vila dos Comercários</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Nº de Profissionais</b>	<b>CH SEM</b>
Cirurgia Vascular Adulto	GERCON	01	20
Dermatologia Adulto	GERCON	01	30
Endócrino Adulto	GERCON	01	30
Fisiatria	GERCON	01	20
Fonoaudiologia	GD	01	20
Gastro Adulto	GERCON	01	20
Otorrino Geral	GERCON	02	40
Reumatologia	GERCON	01	20
Cardiologia	GERCON	01	30
Urologia	GERCON	01	20
<b>GD Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas: Ambulatório de Especialidades IAPI</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Nº de Profissionais</b>	<b>CH SEM</b>
Cardiologia Adulto	GERCON	04	100
Dermatologia	GERCON	02	50
Endócrino Adulto	GERCON	01	30
Gastro Adulto	GERCON	02	50
Gastro Pediátrica	GERCON	01	20
Ginecologia Colo Uterino	GERCON	01	20
Neurogeriatria	GERCON	01	20
Otorrino Geral	GERCON	01	20
Pneumologia Adulto	GERCON	02	40
Proctologia Adulto	GERCON	01	20
Fonoaudiologia	GD	01	00
Reumatologia	GERCON	01	20
Cirurgia Vascular	ESTOMIAS	-	-
Planejamento Familiar	GD	01	40
Nutricionista	-	-	-
<b>Gerência Leste Nordeste: Ambulatório de Especialidades Bom Jesus</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Nº de Profissionais</b>	<b>CH SEM</b>
Neurologia	GERCON	01	20
Nutricionista	GD	02	70
Fonoaudiologia	GD	01	40

FORNTE: CGAE.

Este quadro descreve as especialidades disponíveis nos ambulatórios de especialidades e a situação em dezembro de 2016. Mantiveram-se as especialidades que constavam no relatório anual de 2015, porém foram excluídas as informações referentes aos profissionais que não permaneceram nos ambulatórios devido à aposentadoria ou exoneração. Houve mudança do sistema de regulação, do AGHOS para o GERCON. Algumas especialidades não médicas ainda não estão incluídas no sistema de regulação e no GERCON.

## 8.2.2 Produção dos Serviços Especializados Ambulatoriais Próprios

As produções dos serviços serão demonstradas a partir dos dados disponíveis no sistema SIA/SUS

### 8.2.2.1 Centro de Especialidades – Ambulatório Especializado e Exames Diagnósticos

**Tabela 49**– Total de consultas médicas especializadas realizadas nos serviços especializados, por gerência distrital, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Serviços especializados	2016	2015	Varição
<b>Centro</b>	Ambulatório de Especialidades Santa marta	26.571	30.018	-3.447
	ESMA Centro	1.955	2.224	-269
	EESCA Centro	1.279	2.639	-1.360
	CRTB Modelo	8.094	8.523	-429
	SAE Santa Marta	2.734	4.079	-1.345
	Ambulatório de Práticas Integrativas – Modelo	2.285	4.484	-2.199
<b>GCC</b>	Ambulatório de Especialidades Vila dos Comercários	18.950	19.648	-698
	EESCA GCC	1.234	1.690	-456
	ESMA GCC	162	15	147
	CRTB GCC	1.348	3.025	-1.677
	SAE Vila dos Comercários	9.790	12.890	-3.100
<b>LENO</b>	Ambulatório de Especialidades Bom Jesus	360	1.397	-1.037
	ESMA LENO	2.019	2.508	-489
	EESCA LENO	972	896	76
	CRTB LENO	538	00	538
<b>NEB</b>	EESCA NEB	314	1.043	-729
<b>NHNI</b>	Ambulatório de Especialidades IAPI	27.272	29.178	-1.906
	ESMA IAPI	2.142	2.664	-522
	ESMA Navegantes	2.384	2.080	304
	CRTB Navegantes	3.235	2.532	703
	SAE IAPI	5.395	4.049	1.346
	EESCA IAPI	3.060	2.858	202
<b>PLP</b>	ESMA PLP	1.075	480	595
	EESCA PLP	2.291	2.844	-553
	Ambulatório de Especialidades Murialdo	5.229	3.143	2.086
<b>RES</b>	ESMA RES	478	415	63
	EESCA RES	294	361	-67
<b>SCS</b>	EESCA SCS	750	570	180
	ESMA SCS	1.629	725	904
	Ambulatório de Especialidades Camaquã	0	664	-664

FONTE: Tabwin Procedimento: 0301010072.

**Tabela 50** - Quantitativo total da produção médica especializada nos Ambulatórios de Especialidades, entre os anos 2016 e 2015

Ambulatório	Ano		Variação
	2016	2015	
Santa Marta	26.571	30.018	-3.447
Bom Jesus	360	1.397	-1.037
Vila dos Comerciantes	18.950	19.648	-698
Murialdo	5.229	3.143	2.086
Vila IAPI	27.272	29.178	-1.906
Total	78.382	83.384	-5002

FONTE: Tabwin Procedimento: 0301010072

As tabelas acima mostram o número de consultas médicas nos serviços especializados por Gerência Distrital. Em geral, observa-se uma diminuição das consultas nos ambulatórios de especialidades (-5.002 consultas), provavelmente por redução dos especialistas médicos por aposentadoria, licenças e exonerações. Cabe reforçar que quanto mais próximo a aposentadoria, as licenças são mais frequentes. Não houve reposição imediata para as licenças-aposentadorias (LAA) ou licenças de qualquer ordem, nem exonerações ou as próprias aposentadorias. Fato também observado no percentual elevado de bloqueios de agendas de alguns serviços especializados, conforme demonstrado na tabela a baixo que na comparação com o ano de 2015, o percentual de bloqueio de agenda foi 24,94% maior, justamente pelas questões de recursos humanos já apontados. Nos demais serviços que não possuem sistema de regulação não há a possibilidade de identificar os bloqueios. Quanto à produção zerada em 2015, no CRTB LENO, a produção foi colocada no Ambulatório de Especialidades, processo corrigido em 2016. Quanto à relevância epidemiológica dos dados de produção se faz necessário utilizarmos indicadores mais específicos por especialidade.



**Tabela 51-** Quantitativo total das oferta de consultas iniciais dos serviços Especializados, reguladas pela Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados de Porto Alegre/RS, entre os anos 2016 e 2015

<b>GD Centro: Ambulatórios de Especialidades Santa Marta</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Varição</b>
Cardiologia Adulto	273	176	55,11
Dermatologia	4195	2575	62,91
Infectologia Adulto	1501	965	55,54
Oftalmologia Pediátrica	1340	1208	10,93
Ortopedia Geral Pediátrica	2252	1628	38,33
Proctologia Adulto	1368	992	37,90
Otorrino Adulto e Pediátrica	1710	3128	-45,33
Neurologia Pediátrica	100	529	-81,10
Fonoaudiologia	-	-	
Endocrinologia Sobrepeso/Obesidade	256	-	
Nutricionista Sobrepeso/Obesidade	-	-	
Reumatologia	908	239	279,92
Nutricionista	-	-	
Homeopatia	12	217	-94,47
<b>GD Centro: Ambulatório de Práticas Integrativas Modelo</b>			
Homeopatia	374	373	0,27
Acupuntura	431	171	152,05
Fitoterapia	195	-	
<b>GD Restinga Extremo Sul</b>			
Nutricionista (* localizada em uma US)	-	-	
<b>GD Norte Eixo Baltazar</b>			
Fonoaudiologia (* localizada em uma US)	-	-	
Nutricionista (* localizada em uma US)	-	-	
<b>GD Sul Centro Sul – Ambulatório de Especialidades Camaquã</b>			
Nutricionista (AE Camaquã e US Tristeza)	-	-	
Ginecologia geral adulto	-	-	
<b>GD Lomba do Pinheiro: Ambulatório de Especialidades Murialdo</b>			
Cardiologia Adulto	503	645	-22,02
Ginecologia Geral Adulto	610	790	-22,78
Ginecologia Geral Adulto			
Proctologista	664	64	937,50
Homeopatia	158	92	71,74
Fonoaudiologia	-		
Nutricionista	-		
Urologista	2478	-	
Reumatologia	402	193	108,29
<b>GD Glória Cruzeiro Cristal: Ambulatório de Especialidades Vila dos Comerciantes</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	
Cirurgia Vascular Adulto	828	1678	-50,66

Dermatologia Adulto	1000	1768	-43,44
Endócrino Adulto	1445	1280	12,89
Fisiatria	1045	1187	-11,96
Fonoaudiologia	-	-	
Gastro Adulto	1321	3111	-57,54
Otorrino Geral	2511	3215	-21,90
Reumatologia	436	692	-36,99
Cardiologia	619	1180	-47,54
Urologia	1764	1920	-8,13
<b>GD Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas: Ambulatório de Especialidades IAPI</b>			
Cardiologia Adulto	3125	2704	15,57
Dermatologia	1829	1685	8,55
Endócrino Adulto	1277	1330	-3,98
Gastro Adulto	1516	1428	6,16
Gastro Pediátrica	573	754	-24,01
Ginecologia Colo Uterino	1904	484	293,39
Neurogeriatria	546	665	-17,89
Otorrino Geral	1685	1901	-11,36
Pneumologia Adulto	2697	2529	6,64
Proctologia Adulto	1673	1661	0,72
Fonoaudiologia	-	-	
Reumatologia	651	303	114,85
Cirurgia Vascular	54	152	-64,47
Planejamento Familiar	-	-	
Nutricionista	-	-	
<b>Gerência Leste Nordeste: Ambulatório de Especialidades Bom Jesus</b>			
Neurologia	1680	2492	-32,58
Nutricionista	-	-	
Fonoaudiologia	-	-	

FONTE: AGHOS e GERCON CMCE

Nos dados referentes às consultas iniciais ofertadas nos Serviços Especializados é possível constatar que houve uma variação positiva acima de 50% nas especialidades de cardiologia, dermatologia, infectologia adulto e reumatologia, no Ambulatório de Especialidades Santa Marta. Teve início as consultas Endocrinologia Sobrepeso/Obesidade, com 256 consultas agendadas no ano de 2016. No Modelo destacam-se as PIS, com variação positiva de 152,05 na acupuntura. A fitoterapia teve 195 consultas agendadas nesse ano, evidenciando a importância do investimento nas práticas integrativas em saúde. No Centro de Especialidades Murialdo as consultas de proctologia, homeopatia, urologia e reumatologia tiveram variação acima de 70% de agendamentos. No Ambulatório de Especialidades Vila dos Comerciantes as variações

negativas podem indicar os problemas enfrentados no decorrer do ano com as situações de violências que ocorreram no território, fazendo com que as pessoas não comparecessem às consultas. Esse dado tem sido recorrente em todos os níveis de atenção à saúde. No IAPI destacam-se as consultas para ginecologia que tiveram uma variação positiva de 293% e, também, na especialidade de reumatologia com 114%. É importante salientar que não houve ingresso de novos profissionais médicos nos Ambulatórios de Especialidades, no ano de 2016, porém houve incremento de consultas em diversas áreas das especialidades.

### 8.2.2.2 Centro de Especialidade Odontológica – CEO

**Tabela 52**– Quantitativo total da produção dos Centros de Especialidades Odontológicas, conforme procedimentos estabelecidos na Portaria GM/MS nº 1.464 de 24 de junho de 2011, entre os anos 2016 e 2015

Centro de Especialidades Odontológicas	Nº de Procedimentos Básicos				Nº de Procedimentos Periodontais				Nº de Procedimentos Endodônticos				Nº de Procedimentos Cirúrgicos			
	META 110 procedimentos/mês				META 90 procedimentos/mês				META 60 procedimentos/mês				META 90 procedimentos/mês			
	2016	Nº	2015	Nº	2016	Nº	2015	Nº	2016	Nº	2015	Nº	2016	Nº	2015	Nº
UFRGS – Odontologia	1206	101	1314	110	1143	95	810	68	95	08	205	17	247	21	293	24
IAPI	1498	125	1333	111	1385	115	1369	114	258	22	198	17	351	29	296	25
Bom Jesus	1979	165	779	65	1182	99	322	27	383	32	104	09	614	51	709	59
GCC	2026	169	1929	161	1597	133	1015	85	426	36	404	34	213	18	573	48
Santa Marta	909	76	935	78	697	58	702	59	425	35	332	28	537	45	514	43
<b>Total POA</b>	<b>7618</b>	<b>127</b>	<b>6290</b>	<b>105</b>	<b>6004</b>	<b>100</b>	<b>4218</b>	<b>70</b>	<b>1587</b>	<b>26</b>	<b>1243</b>	<b>21</b>	<b>1962</b>	<b>33</b>	<b>2385</b>	<b>40</b>

FONTE: SIA SUS TABWIN 2016.

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

A tabela acima demonstra a produção individual de cada CEO e sua meta prevista pela portaria 1464 de 2011. Porém, deve-se ter atenção ao CEO Santa Marta que não atingiu nenhuma meta em ambos os anos. Os motivos devem passar por necessidade de Recursos Humanos, assim como avaliação da fila de espera que é bastante significativa e, conseqüentemente, do absenteísmo. Também é importante analisar a questão da baixa cobertura da saúde bucal na atenção básica.

**Tabela 53**– Oferta de consultas especializadas nos Centros de Especialidades Odontológicas de Porto Alegre

Especialidade	Nº de Primeiras Consultas Agendadas			Nº Faltas			% Absenteísmo		
	2016	2015	Varição	2016	2015	Varição	2016	2015	Varição
Cirurgia Bucomaxilofacial	3195	3495	-300	961	1126	-165	30	32	-2
Endodontia	4399	3882	517	1635	1440	190	37	37	0
Estomatologia	1171	1023	148	283	242	41	24	24	0
Pacientes com Necessidades Especiais	455	500	-45	135	120	15	30	24	6
Periodontia	2200	2033	167	587	638	-51	27	31	-4
Prótese	712	571	141	141	119	22	20	21	-1
DTM	126	120	6	59	45	14	47	38	9
Clínica do Bebê	63	61	2	20	20	0	32	33	-1
Endodontia de Decíduos	120	14	106	58	4	54	48	29	19
Total	12441	11699	742	3879	3754	125	31	32	-1

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

A tabela acima mostra que houve um discreto aumento do número total de consultas odontológicas especializadas no ano de 2016 em relação ao ano anterior, além de uma pequena redução do índice de absenteísmo no mesmo período. O acréscimo de vagas em 2016 está relacionado às ações realizadas junto à atenção básica e aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) para diminuir o absenteísmo às consultas especializadas e aumentar o número de primeiras consultas. Já as especialidades de Cirurgia Bucomaxilofacial e Pacientes com Necessidades Especiais apresentaram diminuição de oferta de vagas, totalizando 345 primeiras consultas a menos para essas especialidades em 2016. Para a Cirurgia Bucomaxilofacial, essa redução deve-se ao fato de terem ocorrido problemas estruturais no CEO Santa Marta no segundo quadrimestre de 2016. Já a especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais apresenta rotineiramente uma oferta de primeiras consultas maior que a demanda, demonstrando a necessidade de ações de busca ativa dessa população para o atendimento odontológico.

### 8.2.2.3 Práticas Integrativas em Saúde – PIS

**Tabela 54-** Quantitativo total de consultas de no Ambulatório de PIS – Modelo, entre os anos 2016 e 2015

Especialidade	2016	2015	Varição
Acupuntura	374	373	0,27
Homeopatia	431	171	152,05
Fitoterapia	195	-	-
<b>Total</b>	<b>1000</b>	<b>544</b>	<b>83,82</b>

FONTE: GERCON/AGHOS

É importante destacar as Práticas Integrativas em Saúde, realizadas no Ambulatório localizado no CS Modelo que, no decorrer de 2016, tiveram uma variação positiva de 83,82% nas consultas ofertadas, evidenciando a necessidade de investir permanentemente nessa modalidade de atenção à saúde. A fitoterapia iniciou com agenda e foram 195 consultas realizadas.

### 8.2.2.4 Serviços de Assistência Especializada (SAE)

#### Serviço de Assistência Especializada – CSVC

**Tabela 55–** Quantitativo total da produção do SAE CSVC, entre os anos 2016 e 2015

Descritivo	Indicadores	2016	2015	Varição
Consultas HIV Primeiras consultas	Consultas disponibilizadas	139	355	-216
	Consultas agendadas	138	257	-119
	Consultas realizadas	111	215	-104
Consultas de HIV retorno	Consultas disponibilizadas	-	10.064	-
	Consultas agendadas	9.201	9.795	-594
	Consultas realizadas	8.145	8.433	-288
Atividades complementares	Enfermagem	3.440	4.279	-839
	Serviço Social	2.145	2.457	-312
Dispensação de Insumos	Preservativo Masculino	58.752	119.540	-60.788
	Preservativo Feminino	7.948	7.165	783
	Gel Lubrificante	-	15.300	-
PEP	PEP Sexual	169	266	-97
	PEP ocupacional	00	00	00

FONTE: SAE CSVC

Na produção do SAE VC identificou-se redução dos atendimentos demonstrados aqui como indicadores. Contudo, em 2016, o SAE esteve bloqueado para pacientes novos por estar com sua capacidade máxima para atendimentos, conforme normativa definida pelo QUALIAIDS. Ao final do ano o CTA foi incorporado ao SAE garantindo o

complemento da equipe, bem como o processo de transformação do SAE em Centro de Referência e Tratamento para IST/AIDS (CRT).

**Tabela 56-** Quantitativo total da dispensação de medicamentos (HIV/ AIDS) no SAE/CSVC, entre os anos 2016 e 2015

Usuários	2016	2015	Variação
<b>Adultos</b>	26.427	28.839	-2.412
<b>Gestantes HIV +</b>	267	345	-78
<b>Crianças expostas</b>	107	138	-31
<b>Total</b>	26.801	29.839	-3.038

FONTE: SICLOM

A tabela acima demonstra a diminuição de dispensação de medicamentos no SAE VC. Este é um dado que deve ser analisado, porém é possível inferir que a violência no território é um dificultador do acesso à farmácia do SAE; a transferência de pacientes ao SAE Santa Marta (SAE SM) e ao hospital da Restinga para tratamento. Quanto à redução de gestantes HIV pode ser pelos mesmos motivos aqui descritos, mas um dado que preocupa é que pode haver gestantes HIV que não estão em tratamento. Quanto à redução de crianças expostas é um dado positivo.

### Serviço de Assistência Especializada – IAPI

**Tabela 57-** Quantitativo total da produção do SAE IAPI, entre os anos 2016 e 2015

Descritivo	Indicadores	2016	2015	Variação
<b>Consultas HIV Primeiras consultas</b>	<b>Consultas disponibilizadas</b>	417	146	271
	<b>Consultas agendadas</b>	337	131	206
	<b>Consultas realizadas</b>	247	99	148
<b>Consultas de HIV retorno</b>	<b>Consultas disponibilizadas</b>	-	4065	-
	<b>Consultas agendadas</b>	4494	3880	614
	<b>Consultas realizadas</b>	4045	3409	636
<b>Atividades complementares</b>	<b>Enfermagem</b>	612	407	205
	<b>Serviço Social</b>	1.174	1.196	-22
<b>Dispensação de Insumos</b>	<b>Preservativo Masculino</b>	77.000	84.000	-7.000
	<b>Preservativo Feminino</b>	5.500	6.000	-500
	<b>Gel Lubrificante</b>	-	24.000	-
<b>PEP</b>	<b>PEP sexual</b>	469	474	-5
	<b>PEP ocupacional</b>	00	00	00

FONTE: SAE IAPI

Na análise da produção do SAE IAPI identificou-se um aumento dos dados de produção, provavelmente devido à adequação no processo de trabalho da equipe. Ainda, constatou-se um absenteísmo importante que seria a diferença das consultas agendadas pela realizadas. A diferença entre as disponibilizadas e as agendadas deve ser por consultas livres junto ao GERCON ou os bloqueios de agendas. Resta lembrar

que as consultas INFECTO HIV estão no GERCON desde agosto de 2016 e que há demanda reprimida para infectologia HIV.

**Tabela 58-** Quantitativo total da dispensação de Medicamentos (HIV/AIDS) no SAE IAPI, entre os anos 2016 e 2015

<b>Usuários</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Varição</b>
Adultos	13.324	13.066	-258
Gestantes HIV +	34	53	-19
Crianças expostas	41	22	19
<b>Total</b>	<b>13.399</b>	<b>13.141</b>	<b>258</b>

FONTE: SICLOM

Nesta tabela identifica-se a diminuição de gestantes HIV, contudo percebe-se aumento no número de crianças expostas. Atualmente as mulheres HIV do SAE IAPI, quando se encontram gestantes, são encaminhadas ao HNSC. Avalia-se que o atendimento destas mulheres por ginecologista do SAE seria mais indicado, sendo assim, está em processo de adequação uma sala para que o ginecologista do SAE VC possa também atender as mulheres gestantes no SAE IAPI, dividindo sua carga horária.

### **Serviço de Assistência Especializada – Santa Marta**

**Tabela 59-** Quantitativo total da produção do SAE Santa Marta, entre os anos 2016 e 2015

<b>Descritivo</b>	<b>Indicadores</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Varição</b>
<b>Consultas HIV Primeiras consultas</b>	<b>Consultas disponibilizadas</b>	629	1.264	-635
	<b>Consultas agendadas</b>	619	1.079	-460
	<b>Consultas realizadas</b>	412	946	-534
<b>Consultas de HIV retorno</b>	<b>Consultas disponibilizadas</b>	3.380	2750	630
	<b>Consultas agendadas</b>	3.380	2.558	822
	<b>Consultas realizadas</b>	2.663	2.197	466
<b>Atividades complementares</b>	<b>Enfermagem</b>	2.118	1.449	669
	<b>Serviço Social</b>	480	614	-134
<b>Dispensação de Insumos</b>	<b>Preservativo Masculino</b>	34.333	26.445	7888
	<b>Preservativo Feminino</b>	4.484	12.900	-8416
	<b>Gel Lubrificante</b>	15.714	11.883	3.831
<b>PEP</b>	<b>PEP Sexual</b>	156	42	114
	<b>PEP Ocupacional</b>	14	00	14

FONTE: SAE SANTA MARTA

A tabela acima demonstra a adequação do SAE SM para atender e absorver seus pacientes. Em 2015 foi disponibilizado maior número de primeiras consultas tendo em vista o serviço estar iniciando suas atividades. Já no ano de 2016, o SAE passou a disponibilizar mais consultas de retorno para acompanhamento de seus próprios



pacientes. Cabe salientar que no ano de 2016 foi adequado o fluxo da Profilaxia Pós-Exposição Ocupacional (PEP) para dentro do SAE, pois antes estava sendo realizado pelo CEREST e muitos dos casos não contavam com acompanhamento.

**Tabela 60-** Quantitativo total da dispensação de medicamentos (HIV/AIDS) no SAE Santa Marta, entre os anos 2016 e 2015

<b>Usuários</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Varição</b>
<b>Adultos</b>	4.562	-	-
<b>Gestantes HIV +</b>	46	-	-
<b>Crianças expostas</b>	01	-	-
<b>Total</b>	4.609	-	-

FONTE: SICLOM

Os dados junto a Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) do SAE Santa Marta passaram a ser acompanhado em 2016.

#### 8.2.2.4 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)

Na tabela abaixo está quantificada a produção do CTA Vila dos Comercários, que no último quadrimestre de 2016 teve sua equipe incorporada pelo SAE VC. O propósito é transformar o SAE VC em um Centro de Referência e Treinamento (CRT), ou seja, tornar-se uma unidade de referência na atenção integral às pessoas com IST/HIV/Aids e Hepatites Virais, realizando multiplicação de conhecimentos, informações técnicas, capacitação das equipes de saúde e assistência em diversas sub-especialidades, composta por equipe multiprofissional ampliada.

**Tabela 61-** Quantitativo total dos procedimentos realizados no CTA Vila dos Comercários, entre os anos 2016 e 2015

<b>Procedimentos Realizados CTA GCC</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Variação</b>
Atividade Educativa / Orientação Em Grupo Na Atenção Especializada	19	159	-140
Consulta De Profissionais De Nível Superior Na Atenção Especializada (Exceto Médico)	726	836	-110
Atendimento Em Psicoterapia De Grupo	70	112	-42
Atendimento Individual Em Psicoterapia	504	401	103
Matriciamento da Atenção básica	0	10	-10
Total de procedimentos	1319	1518	-199

FONTE: Tabwin

A tabela acima apresenta uma redução dos procedimentos realizados pelo CTA Vila dos Comercários.

Cabe salientar que a produção do CTA Santa Marta está apresentada junto à produção do SAE Santa Marta, visto que não tem CNES próprio, pois não há equipe suficiente para o cadastro deste serviço.

#### 8.2.2.5 Serviço de Assistência Especializada – Hepatites

**Tabela 62–** Quantitativo total de consultas SAE/Hepatites Virais, entre os anos 2016 e 2015

<b>Consultas</b>	<b>Indicadores</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Variação</b>
<b>Primeiras consultas</b>	<b>Consultas disponibilizadas</b>	1525	1.583	-58
	<b>Consultas agendadas</b>	1338	1.296	42
	<b>Consultas realizadas</b>	1.111	1.095	16
<b>Retorno</b>	<b>Consultas disponibilizadas</b>	5381	7.214	-1833
	<b>Consultas agendadas</b>	5.543	8.001	-2458
	<b>Consultas realizadas</b>	4.456	7.843	-3387

FONTE: SAE/Hepatites Virais.

Na tabela acima se identifica uma diminuição de consultas disponibilizadas devido à exoneração de médico gastroenterologista, que representa cerca de 2.000 mil consultas ano. No relatório do terceiro quadrimestre não foram computadas cerca de 400 consultas extras ofertadas por falta de funcionários administrativos para inserção da informação no sistema. Estas consultas são geradas espontaneamente, todos os dias, por questões associadas a processos de solicitação de medicação para o tratamento da Hepatite C. Estima-se um cálculo de, no mínimo, 3 a 5 por dia (cerca de 90 por mês).

**Tabela 63-** Total de entrevistas farmacêuticas realizadas em 2016

<b>Ver especificação</b>	<b>2016</b>
Entrevista farmacêutica	1.193
Total	1.193

FONTE: SICLOM

Com relação à dispensação de medicamentos no SAE Hepatites, foram realizadas entrevistas farmacêuticas no decorrer do ano. Contudo, nem toda entrevista gera necessariamente uma Dispensação de Medicamentos. Em algumas entrevistas são realizadas orientações acerca dos processos de aquisição de medicamentos junto a Farmácia do Estado, entre outras orientações.

O SAE Hepatites tem realizado endoscopias de adultos, conforme horário disponibilizado pelo Bloco Cirúrgico, cerca de 8 exames por semana. No final de dezembro de 2016 foi adquirido o ecógrafo com software para realização de elastografia pelo método ARFI. Em fevereiro de 2017 após treinamento de um dos hepatologistas, em São Paulo, se iniciará a agenda com estes exames. Em março, um segundo médico do SAE hepatites e a radiologista realizarão este treinamento, passando a atender também. A fila de espera para este exame é de aproximadamente 400 pacientes e a expectativa é que se solicite no mínimo 150 elastografias por mês, visto que as solicitações destes exames são aquém da real necessidade, provavelmente pela indisponibilidade do mesmo.

Conforme protocolos ministeriais e consensos internacionais a hepatite C crônica é altamente prevalente em população privada de liberdade e deve ser priorizada em grupos considerados em vulnerabilidade. A SMS da PMPA atende aos

pacientes apenados no Presídio Central de Porto Alegre e estima--se uma prevalência de tal agravo superior a dez vezes ao da população em geral. Desde que o SAE Hepatites iniciou suas atividades, por conta de vários fatores, mas predominantemente os que envolvem logísticas de segurança e transporte dos pacientes, muito poucas medidas no combate a esta importante epidemia, 04 vezes maior do que a da AIDS pôde ser realizada. Estabeleceu-se então, um projeto em parceria com a unidade de saúde prisional, para que seja realizado o diagnóstico, estadiamento e tratamento através de intervenções médicas locais e demais ações em saúde através de matriciamento. Espera-se com este projeto seja possível incluir de forma efetiva os pacientes em terapia antiviral, que, nos dias de hoje é mais curta, mais efetiva e com menos efeitos adversos.

Iniciou-se um levantamento sorológico nas galerias onde se consegue atualmente ter maior facilidade de acesso, estando em fase de confirmação do diagnóstico com biologia molecular, e já iniciando nos pacientes confirmados exames para definição de indicação ou não de terapia medicamentosa.

### 8.2.2.6 Centro de Referência à Tuberculose (CRTB)

A produção apresentada se refere aos quatro CRTBs do município: Navegantes, Bom Jesus, Modelo e Vila dos Comerciários. A produção do Hospital da Restinga ou do Sanatório Partenon, referência para suas regiões, não podem ser avaliadas aqui por indisponibilidade de dados junto ao SIA/SUS.

**Tabela 64**– Quantitativo total dos procedimentos realizados nos CRTB, entre os anos 2016 e 2015

<b>Procedimentos realizados nos CRTB</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Variã o</b>
Atividade Educativa/orientação de grupos na atenção especializada	00	256	-256
Visita domiciliar por profissional de nível médio	100	436	-336
Visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior	9	121	-112
Avaliação antropométrica	1.108	3.637	-2.529
Coleta de material p/ exame laboratorial	1.198	2.434	-1.236
Intradermorreação com derivado protéico purificado (PPD)	2.239	1.245	994
Teste rápido para detecção de infecção pelo HIV	101	99	2
Teste rápido para sífilis	57	80	-23
Teste rápido para detecção de hepatite c	17	18	-1
Consulta ao paciente curado de tuberculose (tratamento supervisionado)	507	350	157
Consulta c/ identificação de casos novos de tuberculose	532	372	160
Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	130	499	-369
Consulta medica em atenção especializada	13.215	14.239	-1024
Consulta /atendimento domiciliar	0	55	-55
Assistência domiciliar por profissional de nível médio	435	396	39
Administração de medicamentos na atenção especializada	2.400	2.662	-262
<b>Total</b>	<b>22.048</b>	<b>26.899</b>	<b>-4.851</b>

FONTE: Tabwin.

A tabela acima demonstra a diminuição dos atendimentos realizados nos CRTBs próprios no município. Como não há demanda reprimida nos CRTBs, acredita-se que os pacientes específicos para o serviço têm diminuído devido à ampliação do tratamento pela atenção básica, o que é chamado de descentralização. Porém, estes dados são de produção registrados no SIA/SUS, não são consultas realizadas ou reguladas pelo sistema GERCON.

### 8.2.2.7 Serviço de Atenção Psicossocial

Será apresentada a produção dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme a inclusão dos dados no SIA/SUS.

#### Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

**Meta 13.** Ampliar o acesso de usuários aos Centros de Atenção Psicossocial em 15%. Realizada 81%

**Tabela 65**– Quantitativo de procedimento acolhimento inicial CAPS por tipo, entre os anos 2016 e 2015

	Serviço	Quadrimestre		
		2016	2015	Varição
Primeiras consultas - Acolhimento	CAPSi GHC	403	17	386
	CAPSi Harmonia	00	00	00
	CAPSi HCPA	00	00	00
	CAPS II Centro	13	51	-38
	CAPS II GCC	00	00	00
	CAPS II GHC	156	48	108
	CAPS II HCPA	00	00	00
	CAPS AD II GCC	00	00	00
	CAPS AD II Vila Nova	269	219	50
	CAPS AD III GHC	548	76	472
	CAPS AD III IAPI	374	250	124
	CAPS AD III PLP	661	678	-17
<b>Total</b>		<b>2424</b>	<b>1339</b>	<b>1085</b>

FONTE: SIA TABWIN. Procedimento 0301080232

Ao avaliar o total de procedimentos se identifica um aumento de 1085 acolhimentos (> que 15%), o que representa o cumprimento da meta PAS. Contudo, ao analisar o procedimento por CAPS constatam-se problemas de inserção dos dados específicos deste procedimento no SIA/SUS pelo CAPS i Harmonia, CAPS AD II e II da GD GCC. Já na produção dos CAPSi e II HCPA, que estão com problemas de habilitação e com sua produção bloqueada, aparece zerada ou fortemente reduzida como no CAPS II da GD Centro. Estas adequações já estão sendo verificadas e corrigidas junto ao Ministério da Saúde, no departamento de saúde mental.

**Tabela 66**– Quantitativo total da produção dos CAPS por tipo, entre os anos 2016 e 2015

<b>Ação</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Variação</b>	<b>Percentual</b>
Produção dos CAPSi	33.911	13.234	20.677	156,24%
Produção dos CAPS II	23.477	22.905	572	2,50%
Produção dos CAPS AD III	117.162	75.177	41.985	55,85%
<b>Produção total dos CAPS</b>	<b>174.550</b>	<b>111.316</b>	<b>63.234</b>	<b>56,81%</b>

FONTE: SIA TABWIN.

Nesta tabela identifica-se um aumento importante no que se refere a todos os procedimentos realizados nos CAPS, 56,81%, o que demonstra qualificação no processo de inclusão dos dados. Contudo, persiste a necessidade de aperfeiçoar os registros, principalmente na inclusão da produção dos CAPS que se encontram com problemas nas habilitações, como mencionado anteriormente.

### 8.2.2.8 Equipes de Saúde Mental Adulto (ESMA)

**Tabela 67-** Quantitativo total dos procedimentos realizados em por Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA), entre os anos 2016 e 2015

Procedimentos realizados nos ESMA	Equipes de Saúde Mental Adulto														
	ESMA Centro			ESMA IAPI			ESMA Navegantes			ESMA PLP			ESMA GCC		
	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
Atividade Educativa / Orientação em Grupos	14	00	14	118	64	54	182	14	168	25	44	-19	00	00	00
Consulta de Profissionais de NS	257	186	71	445	741	-296	989	32	957	701	1023	-322	295	371	-76
Consulta Médica em AE	1955	2224	-269	2142	2664	-522	2019	2080	-61	1075	480	595	162	15	147
Consulta/Atendimento Domiciliar na AE	00	00	00	00	00	00	02	00	02	03	00	03	02	00	2
Terapia em Grupo	09	310	-301	400	666	-266	173	00	173	168	119	49	75	53	22
Terapia Individual	00	00	00	120	195	-75	856	320	536	00	00	00	1125	1422	-297
Atendimento em Oficina Terapêutica II	14	00	14	00	00	00	00	00	00	265	245	20	44	41	03
Atendimento em Psicoterapia de Grupo	71	00	71	697	824	-127	147	00	147	00	00	00	00	02	-2
Atendimento Individual em Psicoterapia	1781	2401	-620	2709	2228	481	552	2200	-1648	758	00	758	1178	1610	-432
Ações de Articulação de Redes Intra E intersetorial	00	00	00	00	00	00	266	00	266	00	00	00	01	00	01
Fortalecimento do Protagonizou de Usuário	00	00	00	00	00	00	00	00	00	09	00	09	00	00	00
Matriciamento de Equipes da AB	00	00	00	00	00	00	609	00	609	1788	1007	781	434	00	434
<b>Total</b>	<b>4101</b>	<b>5121</b>	<b>-1020</b>	<b>6631</b>	<b>7379</b>	<b>-748</b>	<b>5795</b>	<b>4648</b>	<b>1147</b>	<b>4792</b>	<b>2918</b>	<b>1874</b>	<b>3316</b>	<b>3514</b>	<b>-198</b>



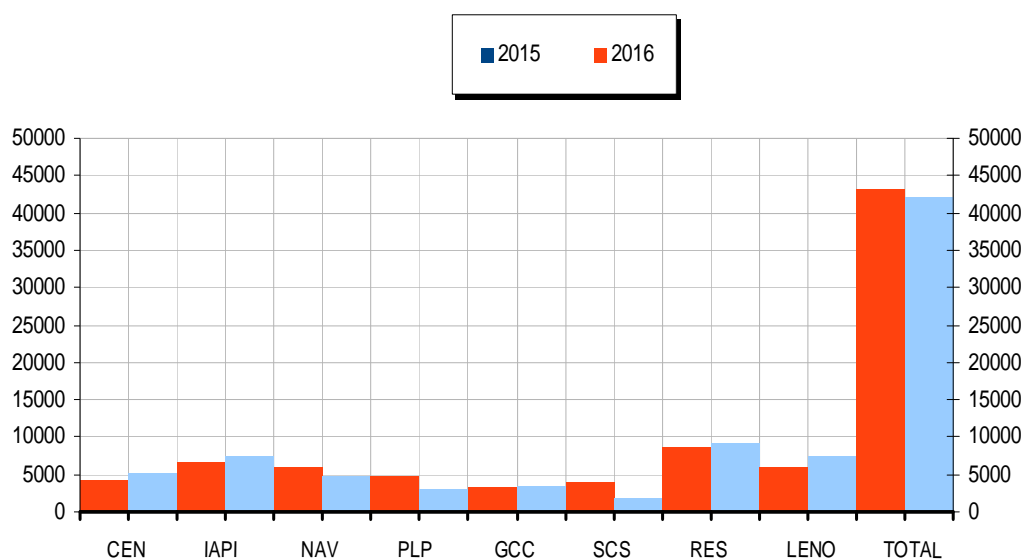
**(Continuação)** Quantitativo total dos procedimentos realizados em por Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA), entre os anos 2016 e 2015

Procedimentos realizados nos ESMAS	Equipes de Saúde Mental Adulto											
	ESMA SCS			ESMA RES			ESMA LENO			Total geral das ESMAs		
	2016	20215	Variação	2016	2015	Variação	2016	20215	Variação	2016	2015	Variação
Atividade Educativa / Orientação em Grupos	54	10	44	301	105	196	182	183	-1	876	422	454
Consulta de Profissionais de NS	2235	1071	1164	380	401	-21	989	744	245	6291	4569	1722
Consulta Médica em Atenção Especializa	1629	725	904	478	415	63	2019	2508	-489	11479	11111	368
Consulta/Atendimento Domiciliar na AE	00	00	00	50	65	-15	2	57	-55	59	122	-63
Terapia em Grupo	105	30	75	00	00	00	173	224	-51	1103	1402	-299
Terapia Individual	00	00	00	00	00	00	856	1119	-263	2957	3056	-99
Atendimento em Oficina Terapêutica II	00	00	00	00	0	00	00	00	00	323	286	37
Atendimento em Psicoterapia de Grupo	00	00	00	28	73	-45	147	239	-92	1090	1138	-48
Atendimento Individual em Psicoterapia	00	00	00	7094	7818	-724	552	1242	-690	14624	17499	-2875
Ações de Articulação de Redes Intra e Intersetoriais	00	00	00	103	126	-23	266	260	06	636	386	250
Fortalecimento do Protagonizou de Usuário	00	00	00	00	00	00	00	00	00	09	00	09
Matriciamento de Equipes da AB	00	00	00	134	198	-64	609	888	-279	3574	2093	1481
<b>Total</b>	<b>4023</b>	<b>1836</b>	<b>2187</b>	<b>8568</b>	<b>9201</b>	<b>-633</b>	<b>5795</b>	<b>7464</b>	<b>-1669</b>	<b>43021</b>	<b>42081</b>	<b>940</b>

FONTE: SIA –TABWIN

\* NS – Nível Superior, AE – Atenção Especializada, AB – Atenção Básica

### Produção ESMAS 2016 - 2015



**Gráfico 1**– Produção ESMAS por Gerência Distrital 2016 – 2015

As tabelas e gráficos acima retratam a produção das Equipes de Saúde Mental Adulto, através dos quantitativos de procedimentos mais utilizados pelos serviços. Porém, há diferenças no entendimento de cada serviço quanto à identificação dos procedimentos e os respectivos códigos, bem como a inserção dos registros no sistema de informações. Outro aspecto a ser considerado na produção das ESMAs, se refere à diferença de Recursos Humanos entre os serviços, pois não há equipes completas, conforme o documento orientador de 2016, que define a equipe mínima, assim como a ausência de sistema que acompanhe as agendas dos profissionais, a produção e a demanda reprimida. Cabe salientar que o procedimento de matriciamento para Atenção Básica, realizado pelas equipes, é glosado como produção, visto o Ministério da Saúde reconhecer esta atividade apenas para os CAPS e não para os ambulatórios ou equipes. Como se trata de uma atividade inerente à atenção na RAPS, a decisão de gestão é permanecer apresentando o procedimento independente da glosa. Quanto ao quantitativo de ESMAs, a Gerência NEB não possui equipe.

### 8.2.2.9 Equipe Especializada de Saúde Integral da Criança e do Adolescente

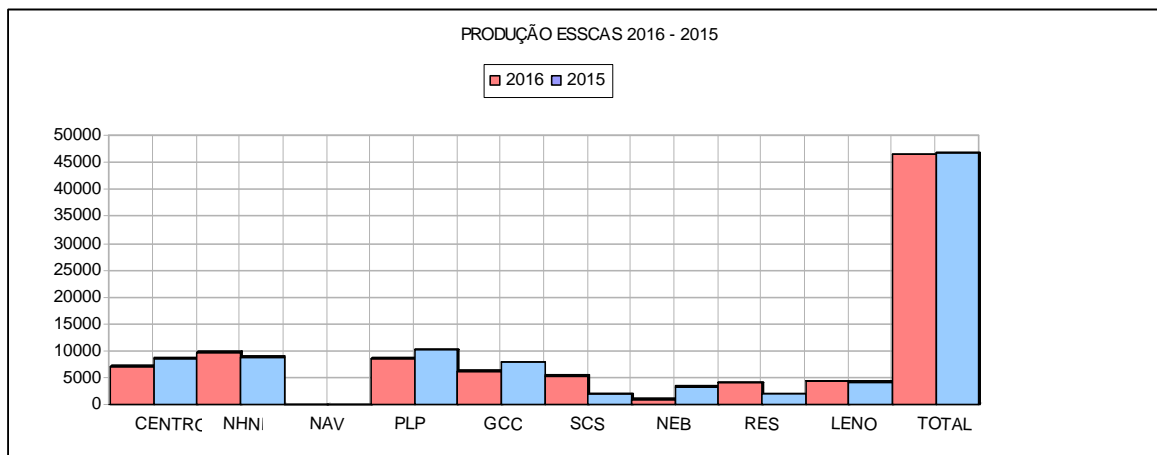
**Tabela 68**– Quantitativo total dos procedimentos realizados Equipe Especializada de Saúde Integral da Criança e do Adolescente (EESCA) entre os anos 2016 e 2015

Procedimentos realizados nos EESCA	Equipes Especializadas de Saúde Integral da Criança e do Adolescente														
	Centro			IAPI			Navegantes			PLP			GCC		
	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
Atividade Educativa / Orientação em Grupo	153	85	68	136	86	50	00	00	00	03	68	-65	223	592	-369
Visita domiciliar / Institucional por Profissional	00	00	00	00	03	-3	00	00	00	01	1182	-1181	00	00	00
Avaliação Antropométrica	572	926	-354	81	00	81	00	00	00	327	00	327	272	153	119
Biomicroscopia de Fundo de Olho	00	00	00	00	00	00	00	00	00	130	140	-10	00	00	00
Fundoscopia	00	00	00	00	00	00	00	00	00	934	896	38	00	00	00
Triagem Oftalmológica – Projeto Olhar BRASIL	541	421	120	1.051	1234	-183	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Avaliação de Linguagem Escrita/Leitura	00	00	00	107	58	49	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Avaliação de Linguagem Oral	00	00	00	102	64	38	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Avaliação Miofuncional de Sistema	00	00	00	11	19	-8	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Avaliação Vocal	00	00	00	01	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Aplicação de Teste p/ Psicodiagnostico	00	00	00	00	00	00	00	00	00	55	85	-30	00	00	00
Consulta de Profissionais de Nível Superior na AE	542	735	-193	242	319	-77	00	00	00	2302	2711	-409	1037	1375	-338
Consulta Medica em Atenção Especializada	1279	2478	-1199	3060	2588	472	00	00	00	2291	2720	-429	1234	1493	-259
Terapia em Grupo	22	33	-11	32	06	26	00	00	00	32	67	-35	00	257	-257
Terapia Individual	2209	2202	7	1593	1537	56	00	00	00	00	00	00	124	964	-840
Assistência Domiciliar	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	726	00	726
Acompanhamento Neuropsicomotor	00	00	00	00	00	00	00	00	00	02	00	02	00	00	00
Terapia Fonoaudiológica Individual	00	00	00	00	00	00	00	00	00	61	69	-8	00	00	00
Atendimento em Oficina Terapêutica	00	00	00	00	00	00	00	00	0	63	87	-24	00	00	0
Atendimento Psicoterapia em grupo	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	11	-11
Atendimento Individual em Psicoterapia	00	00	0	1968	1715	253	00	00	00	955	00	955	1496	1372	124
Ações de Articulação de Redes Intra e intersetorial	00	00	00	71	72	-1	00	00	00	179	00	179	57	70	-13
Matriciamento de Equipes da Atenção Básica	1791	1666	125	1239	1066	173	00	00	00	1220	1070	150	1113	1279	-166
<b>Total</b>	<b>7109</b>	<b>8546</b>	<b>-1437</b>	<b>9694</b>	<b>8768</b>	<b>926</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>8555</b>	<b>10092</b>	<b>-1537</b>	<b>6282</b>	<b>7790</b>	<b>-1508</b>

(Continuação) Quantitativo total dos procedimentos realizados Equipe Especializada de Saúde Integral da Criança e do Adolescente (EESCA), entre os anos 2016 e 2015

Procedimentos realizados nos EESCA	Equipes Especializadas de Saúde Integral da Criança e do Adolescente														
	SCS			NEB			RES			LENO			Total geral das EESCA's		
	2016	2015	Variacão	2016	2015	Variacão	2016	2015	Variacão	2016	2015	Variacão	2016	2015	Variacão
Atividade Educativa / Orientação em Grupo	42	00	42	43	351	-308	10	02	08	07	99	-92	617	1273	-656
Visita domiciliar / Institucional por Profissional	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01	03	-2
Avaliação Antropométrica	1391	112	-1160	00	00	00	00	00	00	00	00	00	2643	2609	34
Biomicroscopia de Fundo de Olho	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	02	-2	130	140	-10
Fundoscopia	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	934	896	38
Triagem Oftalmológica – Projeto Olhar Brasil	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	1592	655	937
Avaliação de Linguagem Escrita / Leitura	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	107	58	49
Avaliação de Linguagem Oral	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	102	64	38
Avaliação Miofuncional de Sistema	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	11	19	-8
Avaliação Vocal	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01	01	00
Aplicação de Teste p/ Psicodiagnóstico	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	55	85	-30
Consulta de Profissionais de Nível Superior	1099	251	848	00	00	00	1436	908	528	116	285	-169	6774	6584	190
Consulta Medica em Atenção Especializada	750	475	275	354	928	-574	294	312	-18	972	896	76	10234	11890	-1656
Terapia em Grupo	33	38	-5	00	40	-40	43	00	43	21	04	17	183	445	-262
Terapia Individual	94	246	-152	93	238	-145	911	73	838	538	700	-162	5562	5960	-398
Assistência Domiciliar	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01	-1	726	01	725
Acompanhamento NeuroPsicomotor	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	02	04	-2
Terapia Fonoaudiológica Individual	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	61	69	-8
Atendimento em Oficina Terapêutica II	10	00	10	00	00	00	00	00	00	00	00	00	73	87	-14
Atendimento em psicoterapia de grupo	00	00	00	07	531	-524	00	05	-5	10	36	-26	17	583	-566
Atendimento Individual em Psicoterapia	841	00	841	03	1145	-1142	878	582	296	1096	1053	43	7237	7214	23
Ações de Articulação de Redes Intra	156	38	118	00	00	00	253	109	144	202	236	-34	918	525	393
Matriciamento de Equipes da Atenção Básica	927	470	457	501	25	476	181	08	173	1354	847	507	8326	6431	1895
<b>Total</b>	<b>5343</b>	<b>1984</b>	<b>3359</b>	<b>1001</b>	<b>3258</b>	<b>-2257</b>	<b>4006</b>	<b>1999</b>	<b>2007</b>	<b>4316</b>	<b>4159</b>	<b>157</b>	<b>46.306</b>	<b>46.596</b>	<b>-290</b>

FONTE: Tabwin



**Gráfico 2-** Produção ESCA 2016-2015

A análise da produção das EESCA não difere das equipes dos ESMA. Produções diferentes devido à composição das equipes serem diferentes entre si e incompletas, ou seja, nenhuma gerência apresenta equipe mínima como orienta o documento norteador. Um exemplo é que se verifica procedimento de fonoaudiologia em algumas equipes e outras não, pois estas não contaram com fonoaudióloga na equipe no ano de 2016. O mesmo acontece com os procedimentos de oftalmologia que só aparecem na EESCA PLP e as avaliações antropométricas, que são procedimentos relacionados à nutrição, porém não há nutricionista em todos os serviços. Permanecem as dificuldades no registro das atividades por desconhecimento dos servidores que preenchem as produções diárias e dos servidores responsáveis em digitar a produção no SIA/SUS. No que se refere a indicadores de produtividade, ainda não há um padrão estabelecido para as EESCA. Contudo, será importante definir tendo em vista a necessidade de avaliar a produção de cada serviço.

### 8.2.2.10 Oficina Geração POA

**Tabela 69**– Quantitativo total dos procedimentos realizados – Geração POA, entre os anos 2016 e 2015

<b>Procedimentos</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Variação</b>
Atividade educativa /orientação de grupos	301	183	118
Visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior	42	08	34
Consulta de profissionais de nível superior	1.119	745	374
Terapia em Grupo	613	676	-63
Atendimento em Oficina Terapêutica II	1.825	1.671	154
Ações de articulação de redes	48	390	-342
Fortalecimento do protagonismo dos usuários	45	784	-739
Matriciamento de equipes de AB	0	6	-6
<b>Total</b>	<b>3.993</b>	<b>4.463</b>	<b>-470</b>

FONTE: TABWIN.

A produção da Geração POA apresentou redução nos procedimentos devido à diminuição da equipe por aposentadorias de profissionais, no decorrer do ano, sendo que não houve reposição. Contudo, analisando o período de 2012 a 2016 houve um maior número de acolhimentos e permanência de usuários encaminhados da Rede de Atenção Básica e dos serviços especializados em saúde mental. Como ações da Geração destacam-se: a criação do "Projeto de Prestação de Serviços e do Atelier" trazendo maior autonomia e geração de renda aos usuários; ações de descentralização de geração de renda, com o "Projeto Gerabonja", na Gerência Distrital Leste Nordeste; consolidação da regularidade do "GeraEncontro" evento de arte, cultura e diálogos com a cidade; a parceria com instituição de ensino Murialdo com a assessoria para os educadores do Jovem Aprendiz, inclusão em turmas regulares de aprendizagem para os usuários da Geração POA e, a inclusão de 15 usuários no mercado formal de trabalho. Permanece em tratativas a ampliação do espaço da Oficina, com a aquisição da casa ao lado, atualmente cedida a SMED e que permanece ociosa na maioria dos dias da semana.

### **8.2.2.11 Serviço Residencial Terapêutico Nova Vida (SRT)**

O Serviço Residencial Terapêutico Nova Vida compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no território da Gerência Distrital de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal em Porto Alegre, atendendo usuários de saúde mental com histórico de internações hospitalares e vulneráveis socialmente. Está vinculada ao SRT Nova Vida a Casa de Transição, moradia temporária onde os usuários residem de forma autônoma, com supervisão periódica. No ano de 2016, foram desenvolvidas diversas atividades voltadas para o desenvolvimento da autonomia dos usuários nas atividades de vida diária (cuidado com o corpo, alimentação, vestuário, planejamento financeiro com abertura de contas poupança, mobilidade funcional), bem como atividades práticas de cunho educacional, social, político e cultural (cuidado do ambiente, passeios, eventos), promovendo a inclusão social dos mesmos, integrando-os na comunidade, incentivando-os de forma sistemática na construção de projetos de vida, respeitando as necessidades e singularidades de cada um e melhorando a qualidade de vida. O perfil dos usuários acolhidos no SRT Nova Vida modificou-se, com idades que variaram de 19 a 59 anos, com casos de esquizofrenia, bipolaridade e retardo mental moderado.

- Foram recebidas 18 solicitações de vaga (HEPA, HMPV, HPSP, FPE, CAPS CENTRO, CAPS II GDGCC, NASF GD NORTE EIXO BALTAZAR, GHC, IPF, MINISTÉRIO PÚBLICO). Foram realizados 04 avaliações de ingresso e 14 usuários estão na lista de espera aguardando vaga/avaliação.
- Ingressaram no SRT Nova Vida 03 usuários: 02 mulheres provenientes do HMIPV (06/01/16 e 09/05/16) e 01 homem proveniente do IPF (03/08/16).
- Estão residindo na Casa de Transição 02 usuários: uma que ingressou no SRT Nova Vida em 20/11/13 e um usuário que ingressou em 15/04/13.
- Concluíram a permanência no SRT:
- 01 usuária que havia ingressado em 08/06/15, retornou para o convívio familiar em 04/06/16;
- 01 usuária que havia ingressado em 12/05/14, constituiu novo núcleo familiar em 16/12/15.

- Quanto ao quadro de servidores:
- 02 afastamentos prolongados por motivo de saúde: desde setembro de 2014, aguardando publicação aposentadoria por invalidez e outro desde agosto de 2015;
- 02 abandonos de trabalho: um desde dezembro de 2014 (exoneração confirmada em jan /2017) e outro desde agosto de 2016 (aguardando exoneração);
- 01 pedido de aposentadoria: em LAA desde novembro de 2015.

#### **8.2.2.12 Comunidades Terapêuticas (CT)**

**Marta e Maria:** No decorrer de 2016 foram acolhidas 26 pessoas do sexo feminino na CT Marta e Maria. Do total de mulheres e adolescentes atendidas 06 concluíram o tratamento; 07 desistiram; 03 evadiram e 02 tiveram alta administrativa. Nas atividades de triagens, reinserção social, ações de prevenção à recaída foram atendidas 249 pessoas, em 2016.

**PACTO:** Em 2016 foram acolhidos 168 usuários do sexo masculino na CT PACTO. Destas vagas 41 foram custeadas pela SENAD e as demais pelo convênio com a SMS. As avaliações e solicitações de vagas do convênio e da SENAD são encaminhadas pelos CAPS AD, conforme fluxo estabelecido na RAPS. Em julho houve uma redução de 10 vagas pelo SENAD aumentando a demanda reprimida. Concluíram o Programa de Recuperação 56 usuários, no decorrer do ano. Foram encaminhados ao Programa de Reinserção Social Urbana 09 usuários. Encaminhamentos para emprego formal 03; Estágio Programa de Reinserção Social 03; Estágio em Fazenda 01. Este ano foi reestruturado o Programa Terapêutico da PACTO POA com a implantação do Programa de Atendimento aos familiares, assim como teve a ampliação do Programa de Prevenção a Recaída com a capacitação de monitores e familiares. Com relação às pessoas que ingressaram em situação de rua dois retornaram ao convívio familiar e quatro ingressaram na Republica Juntos.



### 8.2.2.13 Casa de Apoio Viva Maria (CAVM)

Tabela 70- Quantitativos de procedimentos CAVM 2016-2015

Procedimentos	2016	2015	Varição
ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GR	47	40	07
VISITA DOMICILIAR	637	38	599
AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	99	45	54
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUP	130	367	-237
TERAPIA EM GRUPO	1172	147	1025
TERAPIA INDIVIDUAL	749	188	561
ASSISTENCIA DOMICILIAR	00	27	-27
ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS	3310	3029	281
AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL	193	83	110
INALACAO / NEBULIZACAO	949	22	927
CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	80	170	-90
<b>TOTAL</b>	<b>7366</b>	<b>4156</b>	<b>3210</b>

FONTE: Tabwin

A Casa de Apoio Viva Maria, considerada serviço pertencente à Rede de Atenção à Saúde, apresentou aumento de sua produção principalmente nos atendimentos em grupo, nos procedimentos de enfermagem e nas vistas domiciliares. Porém, a partir de 2016, os procedimentos relativos à “Assistência Domiciliar” foram inclusos nas “Visitas Domiciliares”. Por se tratar de um serviço 24h, as aposentadorias não se tornam tão evidentes na avaliação da produção, pois a equipe mínima precisa ser preservada para a manutenção do trabalho sem o cancelamento das atividades. Pode-se considerar, ainda, que o aumento da produção se deve pela qualificação dos registros dos dados.

### 8.2.2.14 Centro de Reabilitação Física (CRF)

**Tabela 71**– Quantitativos de procedimentos em CRF IAPI e VC 2016 e 2015

Procedimentos	CRF IAPI			CRVC		
	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPOS	517	673	-156	0	0	0
PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICION. CHIN	92	91	1	1	0	1
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUP	131	5	126	954	1472	-518
CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR	0	187	-187	0	0	0
ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIEN	3.642	3.951	-309	8.812	13.824	-5012
SESSAO DE ACUPUNTURA COM INSERCAO DE A	178	156	22	0	0	0
TERAPIA INDIVIDUAL	0	0	0	582	519	63
PRÁTICA CORPORAL / ATIVIDADE FÍSICA EM	0	0	0	312	554	-242
<b>TOTAL</b>	<b>4.560</b>	<b>5.063</b>	<b>-503</b>	<b>10.661</b>	<b>16.369</b>	<b>-5708</b>

FONTE: Tabwin

Na análise da produção dos CRF identificou-se uma redução dos atendimentos nos dois Centros. Cabe salientar que a agenda dos CRFs entraram no SISREG no final de 2016, devendo ser avaliada no decorrer de 2017. Porém, é possível assegurar que houve um aumento significativo no absenteísmo nos dois serviços, principalmente no CRF VC, provavelmente devido à questão de violência no território, já que estes serviços estão regionalizados atendendo suas próprias regiões.

**Tabela 72**- Quantitativo total dos atendimentos em Práticas Integrativas nos CRF, nos anos de 2016 e 2015.

CRF	Especialidade	2016	2015	Variação
IAPI	PCMTC – Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa	92	91	1
	Fisioterapia Acupunturista	178	156	22
Vila dos Comerciantes	PCMTC Auriculoterapia	1	0	1

FONTE: TabWin

A análise da tabela acima demonstra a baixa produtividade de práticas integrativas dentro dos CRFs do município, porém deve-se considerar os problemas de inserção dos dados de produção no SIA /SUS e que estas agendas específicas não são reguladas por sistema, mas pelo serviço.

### **8.2.2.15 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)**

**Meta 25.** Realizar matriciamento em atenção e vigilância à Saúde do Trabalhador adulto e infanto-juvenil em 25% dos serviços da Atenção Primária em Saúde. Realizada 30,5%

No ano de 2016, foram matriciadas em saúde do trabalhador 43 novas unidades, correspondendo a 30,5% dos serviços da atenção básica em saúde, havendo, portanto, superação da meta. O matriciamento ocorreu em todas as gerências distritais, tendo havido maior procura pelas unidades localizadas na PLP, GCC e NEB. A meta Ação Apoio Matricial iniciou em 2014 e já atingiu 77,30% da rede da atenção básica (109 unidades).

O objetivo do matriciamento em saúde do trabalhador é viabilizar a interconexão entre as diferentes complexidades (Atenção Básica - Especializada - Alta Complexidade), utilizando também a parceria interinstitucional que o CEREST possui, visando um acolhimento integral do trabalhador desde a porta de entrada do SUS. Conforme Manual da RENAST de 2015, o CEREST Regional deve ser referência técnica para as investigações de maior complexidade, a serem desenvolvidas por equipe interdisciplinar. A abordagem da equipe do CEREST preconiza a metodologia do "Projeto Babel", utilizada pelo matriciamento em saúde mental do município, e que define a abordagem como "a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Utilizando-se dessa metodologia, o Centro visa matriciar a unidade através de discussões de caso ou interconsultas, cujo agravo é relacionado ao trabalho.

Em 2016, em vista do trabalho realizado no matriciamento, 62 unidades de saúde pediram auxílio para definição denexo-causal em 140 casos, referenciando os pacientes ao CEREST. Desses, 13 casos advieram da gerência Centro, 31 da gerência GCC, 13 da gerência LENO, 24 da gerência NEB, 09 da gerência NHNI, 32 da gerência PLP, 08 da gerência RES e 10 da gerência SCS. No ano, observou-se um aumento gradativo de solicitação de retaguarda, assim como a diferenciação das unidades solicitantes de auxílio apoio diagnóstico, demonstrando a capilarização do tema saúde

do trabalhador na Rede de Atenção Básica. Comparando com o ano de 2015, houve um aumento de 38,61% de solicitações de parecer denexo causal advindos da rede (2015 – 101 casos). O aumento é consequência do trabalho de sensibilização das equipes acerca da importância do reconhecimento desse nexo para o trabalhador, principalmente para a garantia de direitos.

A partir de setembro de 2016, as consultas do CEREST passaram a ser reguladas pelo GERCON. No período analisado, foram 974 profissionais de saúde matriciados em saúde do trabalhador pela equipe do CEREST, correspondendo a um aumento de 25,35% de participantes, quando comparamos com o ano de 2015 (777 profissionais). A tabela abaixo descreve as categorias profissionais matriciadas.

**Tabela 73-** Percentual de profissionais matriciados em saúde do trabalhador por categoria profissional

Profissionais matriciados em 2016 por categoria profissional	
Agente comunitário de saúde	25,5%
Técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família	14,6%
Enfermeiro da estratégia de saúde da família	7,4%
Auxiliar de enfermagem	5,2%
Enfermeiro	4,3%
Técnico de enfermagem	4,0%
Cirurgião dentista da estratégia de saúde da família	3,4%
Médico generalista	2,3%
Médico da estratégia de saúde da família	2,2%
Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família	2,0%
Cirurgião dentista clínico geral	2,2%
Auxiliar em saúde bucal	1,8%
Auxiliar em saúde bucal da estratégia de saúde da família	1,8%
Médico clínico	1,6%
Médico pediatra	1,4%
Agente de combate as endemias	1,4%
Médico de família e comunidade	1,3%
Médico ginecologista e obstetra	1,3%
Psicólogo clínico	1,3%
Assistente social	1,3%
Auxiliar de escritório, em geral	1,3%
Assistente administrativo	1,1%
Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família	0,7%
Farmacêutico	0,5%
Nutricionista	0,4%
Fonoaudiólogo	0,4%
Técnico em saúde bucal	0,4%
Fisioterapeuta geral	0,2%

Atendente de farmácia balconista	0,2%
Estudantes	4,2%
Não localizados no CNES	4,5%
<b>Total</b>	100%

**FONTE:** Listas de presença e cadastro dos estabelecimentos de saúde de cada unidade matriciada (CNES)

As equipes de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros) corresponderam a 36,3% dos participantes do matriciamento em 2016, enquanto os profissionais de saúde bucal (técnico e auxiliar em saúde bucal e cirurgião dentista) e médicos totalizaram 11,6% e 10,1% respectivamente. Esses dados são promissores uma vez que os profissionais da equipe de enfermagem são estratégicos no reconhecimento inicial do adoecimento ocorrido pelo trabalho, por estarem presentes no contato inicial do usuário com a unidade de saúde. Tal premissa também é válida quando se pensa na categoria agente comunitário de saúde, que nesse ano, de forma isolada, teve participação mais expressiva no matriciamento, correspondendo a 25,5% dos profissionais matriciados. É necessária maior sensibilização dos profissionais médicos, que estão em menor número nas unidades e nem sempre estão presentes nas reuniões de equipe. Salienta-se que os percentuais acima correspondem ao cadastro dos profissionais lotados na rede básica matriciada.

Sobre procedimentos especializados, no período analisado, foram realizadas 742 consultas individuais na especialidade medicina do trabalho, gerando interconsultas com os demais profissionais do CEREST. Houve um decréscimo de 12,6% na oferta de consultas (2015 – 849 consultas) em vista de um dos profissionais médicos, lotado no CEREST, estar afastado, gozando licenças, tendo em vista que se aposentará em 2017. Não há previsão de reposição desse profissional.

Em vista de demandas trazidas no matriciamento, o CEREST auxiliou a EPT/GSSM e a CSST na padronização dos cuidados com a saúde e segurança dos profissionais de saúde da SMS durante manuseio de produtos químicos e cuidados pós desinsetização. No matriciamento, também nos foi apontada a importante dificuldade na organização do trabalho das unidades, tendo como causas mais freqüentes os diferentes vínculos, a violência do território e o grande número de invasões no mesmo. Os servidores estatutários também têm apontado para a falta de estruturas, na PMPA, semelhantes ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do

Trabalho (SESMT), que tem como função principal proteger a integridade física dos trabalhadores dentro das empresas privadas.

As ações voltadas à erradicação do trabalho infantil tiveram importante avanço em 2016. A estruturação do fluxo de atendimento às crianças e adolescentes, em situação de trabalho infantil, aprovada em audiência, foi construída pela Comissão Municipal de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (COMPETI), com representação do CEREST (SMS), da FASC, da Educação, da Governança, da PROCEMPA, da Superintendência Regional do Trabalho e Emprego e do Conselho Regional de Assistência Social. Como seguimento, o CEREST realizou quatro capacitações que abordaram os impactos do trabalho infantil na saúde e apresentação do protocolo/fluxo. Os eventos ocorreram nas Redes de Proteção da Criança e Adolescentes, das Regiões Centro, Navegantes, Norte-Eixo-Baltazar e Leste-Nordeste. Estavam presentes profissionais da educação, assistência, saúde e conselhos tutelares. Os quatro eventos totalizaram 169 participantes.

Desde a sua criação em 1992, o CEREST Porto Alegre é referência e suporte técnico para o Estado no tema saúde do trabalhador. Atualmente, o CEREST POA é retaguarda técnica para 47 municípios da 2º e 18º CRS. A tabela abaixo compila as ações realizadas na área de abrangência, em 2016, comparando-as com o ano anterior.

**Tabela 74-** Outras atividades realizadas pelo CEREST Porto Alegre na sua área de abrangência regional

Descrição do Item	2016	2015	Varição
Palestras e Capacitações	33	22	11
Ações Fiscalizatórias	03	01	02

Fonte: CEREST (Listas de Presença/ SIA Procedimentos: 0102020027; 0101010028;01020100226, 0102020035)

Regionalmente, em 2016, foram realizadas 31 atividades educativas em saúde do trabalhador. Dessas, 17 foram executadas em parceria da 2º CRS, que providenciou as instalações para a realização dos eventos. Dentre os participantes dessas atividades estavam os Secretários de Saúde, os representantes da atenção básica, os da atenção especializada, do Hospital ou PA 24 horas, os da Vigilância e os servidores que alimentam os sistemas de informação em saúde SINAN ou SIST dos municípios da área de abrangência. Também nesse período, o CEREST assessorou audiência pública no município de Osório, levando a experiência bem sucedida de Porto Alegre.

A pedido do CMS, em 2016, o CEREST trabalhou com as equipes de monitoramento das oito gerências de Porto Alegre, em oito eventos distintos, sensibilizando os profissionais acerca dos agravos mais presentes em cada território.

Sobre a regionalidade do Centro, está em discussão na CIB/RS redução da área de abrangência do CEREST Porto Alegre.

Sobre as parcerias interinstitucionais, o CEREST participa do Programa Trabalho Seguro, coordenado pelo Tribunal Regional do Trabalho (4º TRT) e Ministério Público do Trabalho (MPT), objetivando a conjugação de esforços entre os participantes com vistas à implementação de programas e ações regionais voltadas à prevenção de acidentes de trabalho, no âmbito do Programa Nacional de Prevenção aos Acidentes de Trabalho, institucionalizado pela Resolução de nº 96, de 23 de março de 2012, do Conselho Superior da Justiça do Trabalho (termo de adesão III ao Protocolo de Cooperação Técnica nº 28/2012). No ano de 2016, Como representantes da RENAST e do Ministério da Saúde, a equipe do CEREST foi convocada a participar da “Força Tarefa de Adequação das Condições de Saúde e Segurança do Trabalho em Hospitais”, coordenada pelo Ministério Público do Trabalho do RS, cujo objetivo é investigar as condições de saúde e segurança dos trabalhadores nos postos de trabalho. Foram vistoriados três hospitais do RS com quadro funcional de 2500 funcionários, 810 funcionários e outro com 5295 funcionários. Essa ação deve se estender em 2017. Tal operação tem caráter interinstitucional e conta com o apoio da rede CEREST do RS, da Fundação Jorge Duprat Figueiredo, de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), vinculada ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), do Conselho Regional de Engenharia e Agronomia do RS (CREA RS), das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e do Sindicato dos Profissionais de Enfermagem, Técnicos, Duchistas, Massagistas e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde do RS (SINDSAÚDE RS). As inadequações dos ambientes e os termos de ajustamento de conduta, advindos a partir dos laudos técnicos, estão publicizados na Internet, no *site* do Ministério Público do Trabalho do RS.

No final de 2016, e por solicitação da Coordenação Geral das Políticas Públicas em Saúde (CGPPS), a equipe do CEREST auxiliou a construção da Política Municipal

de Saúde do Trabalhador de Porto Alegre. Após considerações sindicais, a Política foi aprovada na Plenária do Conselho Municipal de Saúde na data de 08 de dezembro de 2016. Essa política estimulará e permitirá a construção de programas, responsabilidades e ações visando preservar a saúde dos trabalhadores em Porto Alegre.

Ainda nesse ano, o Centro foi convidado a participar da elaboração dos planos de trabalho do Fórum Sindical da Saúde do Trabalhador (FSST), espaço de negociações políticas, unificação de ações e discussões das necessidades dos trabalhadores acerca do tema saúde do trabalhador, para o ano de 2017. A participação da saúde nesse fórum é de extrema importância, uma vez que as necessidades do ambiente laboral de cada trabalhador são discutidas nesse espaço. É um estreitamento das relações entre o usuário do SUS/ trabalhador e o CEREST.

Além das atividades já descritas, os profissionais do CEREST representam a SMS em fóruns, comissões e grupos de trabalho: Comissão Normativa de Acidentes com Material Biológico (CNAMB); Comitê Municipal de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (COMPETI); Fórum Estadual de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FEPETI); Fórum Sindical Saúde do Trabalhador (FSST); Fórum Gaúcho de Combate aos Impactos dos Agrotóxicos (FGCIA); Comissão Intersetorial Saúde do Trabalhador /SMS (CIST); Comissão Intersetorial Saúde do Trabalhador /SES (CIST); Conselho Gestor CEREST Estadual. GT da Construção Civil; GT dos Frigoríficos; GT dos Hospitais; GT Risco Biológico; GT das LER/DORT; GT da Polícia Rodoviária Federal; GT de Enfrentamento à Violência contra os Trabalhadores da SMS.



### 8.2.2.16 Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SADT)

São serviços de apoio diagnóstico próprios que possuem alguns exames de baixo custo e de baixa tecnologia para apoio a AB e a AE.

**Quadro 3-** Exames executados nos Serviços Diagnósticos próprios, por Gerência Distrital

<b>GD Centro: Serviço Diagnóstico Santa Marta</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Status</b>	<b>Nº de Oferta de Exames Mês</b>
Eletrocardiograma	SISREG	Em manutenção	640
Rx Odontológico	SISREG	Funcionando	964
Ecografia	SISREG	Funcionando	144
Eletrocardiograma	SISREG	Funcionando	640
Espirometria	TELESSAUDE	Funcionando	308
Rx Odontológico	SISREG	Funcionando	964
<b>GD GCC: Serviço Diagnóstico Vila dos Comerciantes</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Status</b>	<b>Nº de Oferta de Exames Mês</b>
Ecografia Obstétrica	SISREG	Funcionando	160
Ecografia Transvaginal	SISREG	Funcionando	96
Serviço de Coleta de Análises Clínicas - LABCEN	Demanda das Unidades e SAE s	Funcionando	6.000
<b>GD Leste Nordeste: Serviço Diagnóstico Bom Jesus</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Status</b>	<b>Nº de Oferta de Exames Mês</b>
Ecografia	SIRREG	Em Manutenção	0
Eletrocardiograma	GD	Funcionando	80
<b>GD Restinga</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Status</b>	<b>Nº de Oferta de Exames Mês</b>
<b>GD Norte Eixo Baltazar – US Assis Brasil</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Status</b>	<b>Nº de Oferta de Exames Mês</b>
Ecografia Obstétrica	GD	Funcionando	30
Ecografia Transvaginal	GD	Funcionando	30
Eletrocardiograma - US Ramos E US Domenico Fioli	GD	Funcionando	120
<b>GD Sul Centro Sul: Serviço Diagnóstico Camaquã</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Status</b>	<b>Nº de Oferta de Exames Mês</b>
Rx Odontológico	SISREG	Funcionando	72
<b>GD Lomba do Pinheiro: Serviço Diagnóstico Murialdo</b>	<b>Forma de Regulação</b>	<b>Status</b>	<b>Nº de Oferta de Exames Mês</b>
Ecografia Transvaginal	SISREG	Funcionando	208
Ecografia Obstétrica	SISREG	Funcionando	108
Ecografia Mamária	SISREG	Funcionando	44
Ecografia Abdominal Total	GD	Funcionando	70
Ecografia Abdominal Total com Vias Urinárias e prostática	GD	Funcionando	11
Eletrocardiograma	GD	Funcionando	100
Serviço de Coleta de Análises Clínicas -	Demanda das US e SAE	Funcionando	650

FONTE: CGAE

**Tabela 75-** Quantitativo total dos procedimentos diagnósticos de Ecografias, por local de realização, entre os anos 2016 e 2015

<b>Serviço de Apoio Diagnóstico (SAD)</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Variação</b>
Santa Marta	342	1.066	-724
Vila dos Comerciantes	1.757	1.102	655
Murialdo	1813	184	1.629
Vila IAPI	882	1072	-190
Bom Jesus	00	00	00
Assis Brasil	940	2.293	-1.353
<b>Total</b>	<b>5.734</b>	<b>5.717</b>	<b>17</b>

FONTE: TABWIN

A tabela demonstra a produção de ecografias nos serviços próprios da SMS, sendo que os dados são sensíveis à presença do profissional médico que realiza os exames, que na sua maioria é único e, na impossibilidade de estar disponível, a produção é reduzida conseqüentemente. Esse fato é possível de ser identificado no SAD SM onde a servidora entrou em Licença Maternidade, no ano de 2016, assim como na US Assis Brasil onde ocorreu a exoneração da médica. Quanto à produção zerada no SAD Bom Jesus justifica-se pelo aparelho estar retido na manutenção, setor de patrimônio desde 2015.

**Tabela 76-** Quantitativo total dos procedimentos diagnósticos de Audiometria, por local de realização, entre os anos 2016 e 2015

<b>Serviço</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Variação</b>
Santa Marta	88	70	18

FONTE: TABWIN.

O exame de audiometria esteve indisponível no período de fevereiro de 2015 a novembro de 2016 por falta de manutenção do aparelho. Foi colocado em atividade, novamente, em dezembro de 2016 e está sendo regulado pelo SISREG.

**Tabela 77-** Quantitativo total procedimentos diagnósticos de Eletrocardiograma, por local de realização, entre os anos 2016 e 2015

<b>Serviço de Apoio Diagnóstico (SAD)</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Variação</b>
Santa Marta	3.700	3.889	-189
Bom Jesus	233	253	-20
Vila dos Comerciantes	3.708	5.489	-1.781
Murialdo	343	630	-287
Vila IAPI	2.992	3.803	-811
Us Ramos e Domingos Fioli	1.116	554	562
<b>Total</b>	<b>12.214</b>	<b>14.669</b>	<b>-2.455</b>

FONTE: TABWIN

Identifica-se uma redução dos ECG realizados nos serviços, principalmente pela dificuldade de manutenção das peças dos aparelhos, assim como a falta de técnicos de enfermagem para realizar o exame.

**Tabela 78-** Quantitativo total dos procedimentos diagnósticos de Espirometria, por local de realização, entre os anos 2016 e 2015

<b>Serviço de Apoio Diagnóstico (SAD)</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Varição</b>
Santa Marta	1531	-	1531
IAPI	1221	226	995
Total	2752	226	2526

**FONTE:** Gerência Distrital - Telessaúde

O exame de espirometria é realizado no SAD Santa Marta através do convênio com o TELESSAUDE. Já o SAD IAPI realiza os exames pelo convênio e para uso dos médicos da rede especializada própria, onde os pneumologistas do AE IAPI realizam os laudos. Cabe salientar que este modelo de ação conjunta (SMS – SES – Telessaúde) reduziu a fila de espera a zero.

**Tabela 79-** Quantitativo total dos procedimentos diagnósticos de Radiografia Oclusal, entre os anos de 2016 e 2015

<b>Ambulatório</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Varição</b>
Santa Marta	1	0	-1
Camaquã	0	0	0
IAPI	2	13	-11
Bom Jesus	0	0	0
UFRGS	0	0	0
GHC - CEO	0	1	-1
HCPA	2	3	-1
HMIPV	2	7	-5
CEO GCC	0	0	0
CEO SMARTA	11	10	1
CEO BOM JESUS	0	0	0
CEO IAPI	0	0	0
Total	24	40	-16

**FONTE:** SIA SUS TABWIN.  
Procedimentos: 0204010160

Comparando o número de radiografias oclusais realizadas em 2015 e 2016, se observa uma redução de 40%. Este exame de imagem possui baixa demanda por parte das equipes de saúde bucal, e, conforme dados da Central de Marcação de Consultas (CMCE/GRSS), atualmente não possui fila de espera, o que justifica a baixa produção.

**Tabela 80-** Procedimentos diagnósticos de Radiografia Periapical/Interproximal

<b>Ambulatório</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Variação</b>
Santa Marta	7.301	7.168	133
Camaquã	435	656	-221
IAPI	216	3.026	-2.810
Bom Jesus	188	229	-41
UFRGS - CEO	1.300	1.280	20
GHC - CEO	2.415	2.503	-88
HCPA	697	376	321
HMIPV	130	189	-59
CEO GCC	1.639	1.859	-220
CEO SMARTA	1.523	1.226	297
CEO BOM JESUS	1.098	446	652
CEO IAPI	1.471	1.173	298
<b>Total</b>	<b>18.736</b>	<b>20.378</b>	<b>-1615</b>

**FONTE:** SIA SUS TABWIN.  
Procedimentos: 0204010187

O número de radiografias periapicais/interproximais realizadas em 2016 foi menor que em 2015, apresentando cerca de 9% de redução. Os serviços de radiologia do IAPI e da Bom Jesus apresentaram uma importante redução na produção e isto se deve à aposentadoria de duas servidoras, ainda sem reposição. No serviço de radiologia do Camaquã, a redução deve-se a problemas recorrentes no equipamento de raio X, que já estão solucionados.

**Tabela 81-** Quantitativo total dos procedimentos diagnósticos de Radiografia Panorâmica, entre os anos de 2016 e 2015

<b>Ambulatório</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Variação</b>
HNSC	1.847	1.980	-133
HCPA	1.346	1.810	-464
CEO UFRGS	2.324	1.688	636
<b>Total</b>	<b>5.517</b>	<b>5.478</b>	<b>39</b>

**FONTE:** SIA SUS TABWIN  
Procedimentos: 0204010179

O número total de radiografias panorâmicas realizadas em 2016 foi maior do que em 2015. Observa-se uma redução no número exames realizados pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que em 2016 deixou de realizar esse procedimento para a rede municipal. Compensando a redução do HCPA, a Faculdade de Odontologia da UFRGS aumentou a oferta de exames em 2016, sendo atualmente o único prestador com agenda regulada pela CMCE/GRSS. Os exames realizados pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) apresentaram uma pequena redução entre 2015 e 2016. Com relação a este prestador, destaca-se a necessidade de melhorias na qualidade do exame e de regulação da oferta.

De maneira geral, faz-se necessário aumentar a oferta de exames radiográficos para a saúde bucal, na rede própria e/ou conveniada, por serem recursos auxiliares importantes para o diagnóstico e para o planejamento do tratamento, mantendo a qualidade do atendimento odontológico em todos os níveis de atenção.

**Tabela 82-** Quantitativo total da produção das unidades de saúde preventiva SESC - Parceria SMS/PMPA e Saúde SESC, no ano de 2016

Unidade de saúde	Exames	2016
USSP 1 - US Camaquã	ECG Realizadas	729
	Ecografias Realizadas	1.018
	Oftalmologias Realizadas	820
	Mamografia**	55
USSP 2 - SESC Campestre*	ECG Realizadas	491
	Ecografias Realizadas	912
	Oftalmologias Realizadas	1.318
	Mamografia**	00
Total	ECG Realizadas	1.220
	Ecografias Realizadas	1.930
	Oftalmologias Realizadas	2.138
	Mamografia**	55

**FONTE:** SESC - Gerência de Saúde - Departamento Regional do Estado do Rio Grande do Sul -Coordenação-SMS: CGPPS

\*Unidade SESC de Saúde Preventiva - SESC Campestre teve início das atividades na primeira semana de maio.

\*\*Exame de mamografia é oferecido somente para usuárias que comparecem para ecografia mamária sem última mamografia.

No ano de 2016 um projeto conjunto entre o SESC e PMPA oportunizou a realização de exames diagnósticos, assim como consultas odontológicas e em oftalmologia, com uma grande efetividade no apoio à atenção básica do município, principalmente em áreas que existem demanda reprimida (ecografias, ECG, consultas oftalmológicas). O sucesso do projeto levou a decisão da gestão em transformá-lo em um contrato de prestação de serviço em 2017.

### **Assistência Laboratorial**

A Assistência Laboratorial do município de Porto Alegre tem como missão a realização de exames de diagnóstico em análises clínicas para a população que utiliza o SUS, atendendo às normas de qualidade exigidas pelos órgãos reguladores, a fim de garantir a satisfação dos usuários e profissionais envolvidos na promoção e recuperação da saúde.

O município de Porto Alegre possui três laboratórios próprios, estando suas unidades distribuídas no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), no

Hospital de Pronto Socorro (HPS) e no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (Laboratório Central - LABCEN), que absorvem apenas parte da demanda de exames laboratoriais para a população do município. Cabe salientar que HMIPV é referência para os exames do PACS, quando o LABCEN está inoperante (noites) e o HPS é referência para o PA BJ diariamente. Os exames do PALP são absorvidos pelo HPUC. Para complementar a quantidade de exames necessária para atendimento da rede de atenção à saúde básica e especializada, a SMS conta com treze laboratórios contratados, dentre eles doze são empresas privadas e um é público (Laboratório da Faculdade de Farmácia da UFRGS).

**Tabela 83**– Quantitativo total de exames realizados pelos Laboratórios Próprios, entre os anos 2016 e 2015

<b>Exames</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Variação</b>
Genotipagem/Carga Viral HCV	3.130	4.695	-1.565
Bioquímica	419.435	408.470	10.965
Imunologia	49.792	69.275	-19.483
Hematologia e Coagulação	143.972	167.876	-23.904
Carga viral HIV	12.237	11.147	1.090
CD4/CD8	11.180	10.808	372
HIV ELISA/ECLIA	7.333	8.674	-1.341
Microbiologia	28.637	34.685	-6.048
Parasitologia	2.087	2.046	41
Teste de Esterilização	3.797	3.431	366
Tuberculose	13.679	14.631	-952
Urinálise	31.353	29.945	1408
<b>Total</b>	<b>726.632</b>	<b>765.683</b>	<b>-39.051</b>

**FONTE:** Sistema Informatizado de Laboratório – MADYA.

Pode-se evidenciar, na tabela acima, um decréscimo na produção de exames dos Laboratórios próprios do município em relação ao ano anterior, totalizando 39.051 exames a menos em 2016. Sugere-se que essa situação ocorreu por redução de número de pacientes no ambulatório do HMIPV que eram referenciados em outros municípios e, também, a reorganização do Labcen em função de perda de recursos humanos. Cabe frisar a importância de um modelo organizacional que compreenda a estruturação de postos de coleta de amostras acoplado a um sistema de transporte adequado para as mesmas, a fim de aumentar a produção dos laboratórios próprios da rede municipal.

## Testes de HIV/AIDS Laboratoriais

**Tabela 84**– Quantitativo total de testes laboratoriais realizados, entre os anos 2016 e 2015

Testes	2016	2015	Varição
Exames Elisa* realizados	65.957	64.859	1.098
Western Blot**	153	130	23

**FONTE:** Tabwin

**Procedimentos:** \*0202030300 e \*\*0202030296.

Com a tabela acima se pode observar que em 2016 houve um leve aumento na quantidade de exames realizados para testes de HIV por método ELISA e Western Blot. Cabe destacar que os esforços para a redução da realização dos exames laboratoriais continuam, cujo vetor importante dessa ação é o esclarecimento dos profissionais sobre a importância e os benefícios da realização dos testes rápidos na atenção básica, principalmente para o usuário.

**Tabela 85**– Quantitativo de exames realizados pelos laboratórios privados

Laboratórios	2016				2015				Variação			
	Teto Físico	Teto Financeiro (R\$)	Produção Física	Produção Financeira (R\$)	Teto Físico	Teto Financeiro (R\$)	Produção Física	Produção Financeira (R\$)	Teto Físico	Teto Financeiro (R\$)	Produção Física	Produção Financeira (R\$)
<b>Andradas</b>	19.465	101.218,00	127.370	665.437,32	21.415	111.358,00	214.952	1.102.190,42	-1.950	-10.140,00	-87.582	-436.753,10
<b>Bioanálises</b>	18.962	98.601,39	188.910	1.192.999,38	21.017	109.286,47	163.264	1.021.038,19	-2.055	-10.685,08	25.646	171.961,19
<b>Endocrimeta</b>	28.723	149.358,76	301.041	1.549.304,74	30.577	159.001,52	282.889	1.489.082,40	-1.854	-9.642,76	18.152	60.222,34
<b>Faculdade de Farmácia</b>	30.000	156.000,00	6.423	54.046,48	-	-	112.139	596.737,35	30.000	156.000,00	-105.716	-542.690,87
<b>Felippe</b>	13.000	67.600,00	116.164	601.397,33	15.000	77.997,87	123.206	614.972,25	-2.000	-10.397,87	-7.042	-13.574,92
<b>Geyer</b>	19.798	102.949,60	215.195	1.116.259,89	21.287	110.692,40	291.632	1.469.470,56	-1.489	-7.742,80	-76.437	-353.210,67
<b>Jeffman</b>	19.018	98.893,60	211.631	1.094.347,55	20.968	109.033,60	179.698	925.156,06	-1.950	-10.140,00	31.933	169.191,49
<b>Lafont</b>	12.777	66.440,40	140.308	728.323,45	12.777	66.438,35	163.384	835.493,10	0	2,05	-23.076	-107.169,65
<b>Lutz</b>	21.360	111.072,00	241.107	1.206.070,59	21.360	111.073,02	237.115	1.180.453,15	0	-1,02	3.992	25.617,44
<b>Marques Pereira</b>	19.600	101.919,65	225.310	1.167.242,06	21.369	111.121,01	229.961	1.203.823,41	-1.769	-9.201,36	-4.651	-36.581,35
<b>Moogen</b>	19.629	102.072,59	244.162	1.207.531,30	21.333	110.933,39	267.830	1.321.105,09	-1.704	-8.860,80	-23.668	-113.573,79
<b>Santa Helena</b>	19.510	101.451,48	173.521	900.304,28	20.955	108.965,48	151.524	777.782,52	-1.445	-7.514,00	21.997	122.521,76
<b>Senhor dos Passos</b>	25.204	131.058,32	292.757	1.531.024,63	27.000	140.397,75	242.569	1.252.762,84	-1.796	-9.339,43	50.188	278.261,79
<b>Total</b>	<b>267.045</b>	<b>1.388.635,79</b>	<b>2.483.899</b>	<b>13.014.289,00</b>	<b>255.057</b>	<b>1.326.298,85</b>	<b>2.660.163</b>	<b>13.790.067,34</b>	<b>11.989</b>	<b>62.336,93</b>	<b>-176.264</b>	<b>-775.778,34</b>

FONTE: Tabwin



Nos dados da tabela acima se pode observar que houve decréscimo na quantidade de exames realizados pelos laboratórios privados no ano de 2016 em relação ao de 2015 e, conseqüentemente, no valor pago aos mesmos. No entanto, foi realizado um aditivo de 11.989 cotas de exames em novembro de 2016, por solicitação de algumas gerências em função de demanda reprimida apresentada em algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Isso ocorre porque as cotas dos laboratórios ainda são distribuídas por Unidade, não podendo o usuário ser direcionado a outros laboratórios que não os de referência quando elas terminam antes do final do mês. A SMS ainda não possui logística de referenciar os laboratórios contratados por gerências distritais, nem ferramentas de gestão adequadas para medição do absenteísmo. Outra limitação é o fato de não haver uma rastreabilidade dos usuários, para coerente mensuração dos dados de consultas médicas e exames relacionados para cada usuário SUS.

Tendo em vista estas e outras dificuldades encontradas, está sendo desenvolvido um novo sistema de gestão laboratorial pela PROCempa e SMS, denominado Gerlab. Este visa prover a rastreabilidade dos processos da assistência laboratorial no município, desde a solicitação do exame pelo profissional até a obtenção dos seus resultados, passando pela coleta e processamento dos exames pelos equipamentos. Além disso, visa proporcionar o direcionamento do usuário a qualquer laboratório e prover as informações necessárias para mensurar e dimensionar a oferta de exames.

### **Implementações da Assistência Laboratorial em 2016**

Em 2016 foi criada a Coordenação Geral de Atenção Especializada Ambulatorial, na qual se inseriu a Área Técnica da Assistência Laboratorial, a fim de uniformizar os processos e qualificar os serviços apresentados pelos laboratórios da rede municipal, buscando a integralidade na rede de apoio ao diagnóstico de análises clínicas.

Como progressos no decorrer de 2016 pode-se citar: a absorção dos exames do PACS pelo Labcen, e este começou a funcionar aos finais de semana desde o mês de julho; a realização de capacitação de profissionais que trabalham com a coleta de amostras no Laboratório do HMIPV; a contratação de um laboratório público e a

transferência de 30.000 cotas dos laboratórios privados para o mesmo; a reestruturação da Comissão de Cadastro em Insumos para Laboratórios (CCLAB), sendo agora constituída por três membros de cada um dos laboratórios próprios da rede municipal, excluindo os gerentes para garantir maior transparência e imparcialidade nas avaliações dos produtos; um maior alinhamento da gestão de processos e pessoas em todos os laboratórios próprios com a criação da área técnica da Assistência Laboratorial e o início do desenvolvimento do sistema de gestão laboratorial próprio da SMS.

A Coordenação da Atenção Especializada também realizou em 2016 um estudo para calcular a estimativa de demanda de exames laboratoriais para o município de Porto Alegre, apresentado em plenária do Conselho Municipal de Saúde. Como referência para este trabalho foi utilizada a Portaria GM/MS nº 1.631 de 1 de outubro de 2015, que considera as populações-alvo de atenção à saúde e patologias específicas, no âmbito do SUS. O cálculo envolveu também os dados populacionais do IBGE 2015, respeitando a população dependente do SUS de cada gerência, bem como sexo e faixa-etária, e considerando a incidência das diferentes patologias conforme a localização, a fim de estimar a quantidade necessária de exames de análises clínicas por gerência distrital. O resultado obtido foi que a demanda anual para a atenção básica e especializada do município é de 6.043.994 exames de análises clínicas. A SMS não possui ainda uma ferramenta adequada que possibilite mensurar a demanda reprimida de exames, bem como o absenteísmo. A conclusão deste trabalho foi a de que para atender à demanda da população do município de Porto Alegre para exames de análises clínicas ainda precisa ser disponibilizado o quantitativo anual de 372.412 exames, ou seja, um aditivo de cerca de 31.035 exames mensais.

Também, em 2016, foi realizado um estudo de dimensionamento de RH do laboratório central, que foi entregue à CGADSS. Esta atividade foi realizada em conjunto entre CGAE e CMU, visto os servidores do laboratório estarem vinculados ao PACS.

## **Ações de Gestão na Atenção Especializada Ambulatorial**

Atenção especializada ambulatorial caracteriza-se pelo papel complementar à atenção básica, proporcionando ao usuário a continuidade de diagnóstico e/ou assistência especializada, com tecnologia compatível a sua capacidade de resolução e, quando necessário, atuando como apoio matricial (consultorias, interconsultas e teleconsultas). Os componentes da atenção especializada são serviços de média complexidade, ambulatórios e serviços especializados que constituem as redes de atenção, orientadas pelas linhas de cuidado. A Coordenação Geral de Atenção Especializada Ambulatorial (CGAE) foi criada em agosto de 2016. Desde então tem realizando ações específicas junto aos serviços especializados, na lógica de apoiar as gerências distritais em ações pontuais sobre seus serviços.

As ações relevantes no ano de 2016 foram:

- A implantação do GERCON nos ambulatórios de especialidades para as primeiras consultas médicas e a partir desta, o monitoramento das agendas;
- Participação ativa dos médicos em utilizar o sistema GERCON com apoio importante à implantação e à melhoria do sistema;
- Qualificação dos relatórios de gestão com a inclusão de produção dos serviços especializados e o monitoramento desta produção, podendo atuar diretamente na melhoria dos dados do SIA, com a possibilidade de pensar em indicadores eficazes que produzam avaliação de saúde. Neste sentido também podemos monitorar a realização de exames diagnósticos da rede própria e poder ampliar sua capacidade;
- A inclusão de uma área técnica para acompanhamento das atividades relacionadas aos laboratórios de análises clínicas no município;
- Realização do dimensionamento de pessoal para todos os serviços especializados do município, com entrega ao GT de dimensionamento dos resultados;

- Participação da CGAE nas reuniões de monitoramento fomentando a discussão quanto às necessidades de serviços especializados em cada gerência;
- Garantia de verba de adiantamento para apoiar as gerências quanto à manutenção de equipamentos ou materiais necessários que estão fora do registro de preço oficial da PMPA, evitando descontinuidade nos atendimentos;
- A realização dos processos necessários para a garantia de execução das emendas parlamentares (Afonso Motta – CS VC e João Derly – CS IAPI).

### **Apoio Institucional**

Um dos papéis da CGAE é apoiar as gerências e seus serviços nas atividades diárias, assim como monitorar e propor novas práticas sempre na lógica do acesso com qualidade e resolutividade. Cita-se como exemplo o apoio institucional realizado pela coordenação aos serviços de estomatoterapia a fim de qualificar os processos de trabalho, unificá-los entre os 03 serviços e a qualificação da inclusão das produções junto ao SIA/SUS, garantindo ressarcimento de valores da media e alta complexidade ao FMS.

### **Educação Permanente**

As ações de educação permanente na atenção especializada são dispersas, pois são a partir da necessidade do trabalhador como individuo (profissão) e não como necessidade da equipe. Esta é uma discussão importante que terá que ser abordada dentro da política municipal de educação permanente.

### **Humanização**

A política de humanização perpassa todas áreas da SMS, dentro da atenção especializada deve estar presente: quando se fala em acesso e demanda reprimida; quando se refere à ausência de sistemas que conversem entre si, na lógica de evitar ao usuário os múltiplos procedimentos e encaminhamentos: quando se fala em serviços de porta aberta, como nos CAPS AD; na ambiência visto o déficit estrutural que se vivencia nos serviços; quando se observa ausência de acessibilidade em serviços que são

específicos para pessoas com deficiência, como os CEOs. Neste sentido, o olhar e as ações desta coordenação devem sempre caminhar na direção de atendimento humanizado.

### 8.3 Atenção às Urgências e Emergências Pré-Hospitalar Fixa e Móvel

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

**Quadro 4-** Referências às Urgências e Emergências Pré-Hospitalar Fixa e Móvel

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

FONTE: CGMU/SMS

### Segurança

Durante o ano de 2016 foram registrados vários eventos de violência dentro do município de Porto Alegre. Segundo dados da Secretaria Estadual de Segurança, os índices de violência no município estão acima dos registrados em anos anteriores. Essa situação influencia na manutenção e qualidade dos serviços de saúde. Sendo assim,

diversas ações foram desenvolvidas no ano de 2016, tais como: fortalecimento da parceria com Brigada Militar e Guarda Municipal, permitindo uma ação rápida e segura nos casos de suspeita de violência nos territórios onde estão localizados os serviços que compõem a RUE de Porto Alegre.

O fluxo de ações em casos de violência interna e externa, discutido com servidores, sindicatos e Conselho Municipal de Saúde, foi implantado, permitindo que os serviços possam agir de forma precisa nos casos de violência, ofertando maior segurança a todos os envolvidos.

Estabelecida parceria com a Cruz Vermelha Nacional, com cumprimento do cronograma de implantação do Projeto “Acesso Mais Seguro”.

A permanência dos estagiários do “Programa Tchê Ajudo”, além de proporcionar acolhimento aos usuários dos Prontos Atendimentos, resulta na redução das situações de conflito nas salas de espera dos PA e Hospital de Pronto Socorro, criando assim, um ambiente mais seguro para todos.

Cabe ainda estabelecer grupo de apoio psicológico aos servidores, buscando minimizar os danos emocionais gerados pelos eventos de violência nos territórios, bem como discutir formas de salvaguardar também os servidores do SAMU que adentram as áreas conflituosas.

### **Integralidade do Cuidado**

Para qualificar a RAS e garantir a integralidade do cuidado foram adotadas as seguintes medidas:

- Retomadas as discussões do Comitê Gestor Municipal da Rede de Atenção às Urgências. Fórum composto por representantes da MAC, CERIH, urgências hospitalares, Pronto Atendimentos, SAMU e, coordenado, pela CGSMU;
- Abertura de mais um consultório de clínica médica no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul;
- Manutenção das discussões junto ao Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgência, com representante da MAC e CGSMU;

- Realização de acompanhamento de assessora do Ministério da Saúde na UPA Moacyr Scliar e PACS;
- Discussão interna da SMS para elaboração de fluxos de regulação a serem validados em 2017.
- Aproximação dos componentes da RUE com a atenção primária;
- Revisão da linha de cuidado do AVC, com a qualificação do processo Vistoria bipartite (Estado e Município) nos componentes da RUE; e
- Início da Vistoria Tripartite (Federação, Estado e Município) a ser concluída em abril de 2017.

### **Gestão de Processos**

Em 2016, foi qualificado o regimento geral dos serviços vinculados à CGSMU e iniciado estudo de dimensionamento de RH. Este processo permitiu uma visão mais ampla das necessidades dos PA e do SAMU, embora não tenhamos logrado êxito, nos pedidos de reposição feitos no final do ano, este estudo permitiu ofertar subsídios para que a nova gestão proceda à adequação do quadro de pessoal, respeitando a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Com recursos do Ministério da Saúde foram adquiridos e instalados equipamentos de ar condicionado nos PA, melhorando a climatização dos serviços.

Esta busca por recursos irá proporcionar também a aquisição de equipamentos assistenciais e mobiliários para o Pronto Atendimento da Lomba do Pinheiro e para o Pronto Atendimento Bom Jesus.

Em busca de qualificar as bases e a Central de Regulação do SAMU, foram realizadas revitalizações das bases do Centro Vida, Navegantes, Morro Santana, PACS, bem como negociação com a Direção do HPS para mudança do local da base das duas equipes ali localizadas.

Durante este ano também foram realizadas melhorias no saguão do PALP, atendendo assim uma reivindicação do Conselho Local de Saúde.

No final do ano, foi necessário alterar o fluxo para os óbitos ocorridos fora do ambiente hospitalar. Para atender esta parcela da população, não deixando as famílias desassistidas em tão frágil momento, o SAMU e os PA passaram a participar do processo de constatação e fornecimento de declaração de óbito para indivíduos com morte natural, sem causa externa.

### **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**

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

No que se refere à implantação do Programa Melhor em Casa, em 2016 foram totalizadas 11 EMADs, com percentual de cumprimento de 73,3%, e 2 EMAPs, representando 40% de cumprimento.

Quanto ao índice de cumprimento da meta, é preciso considerar que o prazo estabelecido para totalizar as implantações seria dezembro de 2016. No entanto, com publicação de portaria ministerial em abril de 2016, (Portaria nº 825/GM/MS), as habilitações prévias foram revogadas e, portanto, a coordenação do programa deixou de ter governabilidade quanto ao cumprimento da meta. Neste sentido, foram implantadas todas as equipes EMAD autorizadas, ou seja, houve o cumprimento integral, considerando o quantitativo de equipes habilitadas pela Portaria nº 825.

No intuito de buscar os meios para atingir a meta da PAS, foi reencaminhado ao Ministério da Saúde o projeto para habilitação das equipes que ficaram faltando para totalizar o quantitativo previsto; o projeto está aprovado, mas a nova habilitação aguarda previsão orçamentária.

Com as novas equipes de 2016, a Coordenação do Programa promoveu a redistribuição das áreas de cobertura das equipes, a fim de ampliar o atendimento, mesmo não tendo sido possível ampliar o número de equipes conforme pretendido. Desta forma, começaram a ser atendidos os usuários das regiões Centro, Partenon/Lomba do Pinheiro e região Leste. Permanecem fora das áreas de cobertura as regiões das Ilhas, Humaitá e Navegantes.

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



As equipes do “Melhor em Casa” constituem-se em serviço substitutivo, ou complementar à internação hospitalar, ou ao atendimento ambulatorial; têm o papel de, além de cuidar dos pacientes no domicílio, ajudar a fazer a gestão do cuidado dos mesmos e realizar a articulação dos pontos de atenção. Evitam internações desnecessárias, bem como proporcionam o abreviamento de internações hospitalares, quando indicado clinicamente, contribuindo para a otimização da oferta de leitos hospitalares.

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

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

Vários são os agravos que podem ter o cuidado realizado em domicílio, como cardiopatias, neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica, demência avançada, doenças terminais; pacientes em processo pós-cirúrgico; pacientes em situações agudas (pneumonias, pielonefrites, doenças vasculares e neurológicas); pacientes em nutrição parenteral, ventilação mecânica não invasiva e antibioticoterapia domiciliar; pacientes em cuidados paliativos, dentre outros.

Considerando o percurso do serviço de atenção domiciliar em Porto Alegre até então, o desafio para 2017 é garantir a contrapartida municipal e estadual para custeio do Programa, o que não está acontecendo; e buscar novos hospitais parceiros para totalizar as equipes previstas para o Município (15 equipes EMAD e 5 equipes EMAP). Além disso, para a qualificação da assistência prestada e potencialização do atendimento, buscamos a aproximação das equipes com a rede hospitalar, a fim de promover a desospitalização precoce dos pacientes que podem ter o cuidado de saúde continuado em domicílio.

Quanto aos avanços obtidos em 2016, além da ampliação do número de equipes, pode-se ressaltar a implantação do e-SUS AD; a redistribuição das equipes, ampliando a área de cobertura do programa; a continuidade do termo de conveniamento com o HCPA, que permite o atendimento de crianças em uso de NPT; a participação de profissionais das equipes em treinamento promovido pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz em São Paulo (PROADI), bem como participação de profissionais como palestrantes no curso.

Ressalte-se que, quanto ao sistema de informação para o registro de dados, e-SUS AD, o mesmo ainda está em fase inicial e, por essa razão, não emite relatórios, o que tem gerado dificuldades para o acompanhamento de indicadores. Para viabilizar este acompanhamento, foi criado um registro paralelo para construção de indicadores a partir de maio de 2016.

Por esse motivo os dados apresentados são referentes ao período de maio a dezembro de 2016. Os dados de 2015 não estão sistematizados.

**Tabela 86-** Distribuição dos atendimentos do Programa Melhor em Casa segundo EMADs do GHC e Hospital Vila Nova de maio a dezembro de 2016, Porto Alegre, RS

Indicador	GHC		Vila Nova		Total	
	Ano					
	2016	2015	2016 <sup>1</sup>	2015	2016 <sup>2</sup>	2015
Média mensal de pacientes em AD	186	-	146	-	332	-
Nº de visitas em AD no período	5.954	-	4880	-	10834	-
Nº de novas admissões no período	534	-	186	-	720	-
Nº de novas admissões de pacientes encaminhados pela atenção primária saúde	41	-	120	-	161	-
Nº de novas admissões de pacientes egressos de hospital	493	-	66	-	559	-
Nº de intercorrências atendidas no domicílio	226	-	100	-	326	-
Nº de altas no período	513	-	127	-	640	-
Nº de óbitos domiciliares	10	-	16	-	26	-
Nº de óbitos declarados no domicílio	9	-	15	-	24	-
Média de tempo de permanência de pacientes em AD	54	-	124	-	-	-

**FONTE:** GHC e AHVN.

<sup>1</sup> Os dados do SAD Hospital Vila Nova são preliminares.

<sup>2</sup> Somatório das médias do SAD GHC e SAD Hospital Vila Nova

A tabela acima mostra a distribuição dos atendimentos do Programa Melhor em Casa no período de maio a dezembro de 2016. O somatório das médias do SAD GHC e HVN foi de 332 pacientes acompanhados pelas onze equipes ao mês. O número de visitas domiciliares nestes meses foi de 10834 representando uma média mensal de 1354 visitas domiciliares por mês no total das onze equipes. Quando é estratificado por

prestador, as quatro equipes do GHC apresentam a média de 744 visitas por mês. Em relação às sete equipes do Hospital Vila Nova obteve-se uma média de 610 visitas mês.

Foram 720 novas admissões nesse período, com 77,7% de pacientes egressos do hospital e 22,3% encaminhados pela Atenção Primária à Saúde (APS). O maior percentual de admissões foi do SAD GHC (74,2%) em relação ao SAD Hospital Vila Nova (25,8%). Do universo de pacientes egressos de hospital, 88,2% foi encaminhado ao SAD GHC e 11,8% ao SAD HVN. Dos pacientes encaminhados pela APS, 74,5% foram absorvidos pelo SAD HVN e 25,5% pelo SAD GHC.

Ressalte-se que um dos objetivos do programa é a desospitalização com qualidade e de forma responsável, bem como evitar hospitalizações efetivamente desnecessárias, de casos cuja resolução possa ser alcançada fora do ambiente hospitalar. O desafio do programa, por isso, é consolidar a assistência domiciliar como uma política resolutiva da rede de atenção à saúde, para reduzir a alta taxa de permanência hospitalar, que muitas vezes não tem justificativa clínica.

O número de intercorrências foi de 326 nestes oito meses, representando, em média, 40,25 visitas por mês, ocupando cerca de 3% do contingente de visitas domiciliares. Destas, aproximadamente 28 intercorrências/ mês ocorreram no SAD GHC e 12, no SAD Vila Nova. Cabe salientar que o atendimento de intercorrências gera um trabalho significativo às equipes no esforço de evitar as reinternações. E, nos casos de necessidade de assistência hospitalar, o encaminhamento se dá de forma mais qualificada.

Outro indicador utilizado é o número de altas, que representa a transição do cuidado do programa para a Atenção Primária em Saúde. O número de altas (640) neste período foi inferior ao número de admissões (720). É possível observar que 80,2% das altas ocorreram no SAD GHC enquanto que, no SAD HVN, correspondeu a 19,8% em relação ao número total de altas. Esta situação repercute no tempo médio de permanência (TMP) dos pacientes: no SAD do GHC, a média foi 54 dias e no SAD do Hospital Vila Nova foi de 124 dias.

A diferença de performance entre os dois prestadores reflete a diferença de trajetória e de características entre eles: as equipes do GHC que integram o SAD têm

uma atuação consolidada há aproximadamente 13 anos, com números expressivos de desospitalização de pacientes dos hospitais/ GHC, enquanto o SAD do Hospital Vila Nova ainda está em processo de estruturação. Enquanto o GHC tem organizado um fluxo para captação de pacientes internados no próprio Grupo, as equipes do Hospital Vila Nova, sediadas no próprio hospital e no Centro de saúde Modelo, recebem, conseqüentemente, um quantitativo muito menor de pacientes oriundos da rede hospitalar.

Nesse sentido, conforme já mencionado, uma das metas para 2017, em conjunto com a Coordenação Hospitalar da SMS, sobretudo para as sete equipes vinculadas ao HVN, será aproximar as equipes do corpo clínico do conjunto dos hospitais, apresentando a atenção domiciliar como uma alternativa de continuidade de cuidado e para a antecipação de altas e estabelecer fluxos para o ingresso de pacientes provenientes de internações.

Pretende-se sediar algumas equipes em hospitais estratégicos, a fim de favorecer esta necessária aproximação entre a rede hospitalar e a AD. Esta estratégia pode reforçar o trabalho de busca ativa de pacientes ainda hospitalizados, e que podem ter o seu cuidado de saúde continuado em domicílio.

### 8.3.2 Pronto-Atendimentos - PA

**Meta 39** - Reduzir o tempo médio de espera por atendimento médico dos usuários classificados "verdes" nas unidades de pronto atendimento para até 3 horas.

Para a meta 39, obteve-se uma média de espera anual de 1 hora e 41 minutos, considerando o tempo médio de espera por atendimento dos usuários classificados como verdes, tanto pediátricos como adultos.

Cabe considerar que o tempo médio de espera dos pacientes pediátricos é inferior ao resultado dos pacientes adultos, o que acaba influenciando o resultado da meta. Muitas são as variáveis que podem interferir no tempo de espera dos pacientes, sendo imprescindível que os serviços apontem quais as situações que geraram tal resultado, baseados nesta informação é possível elaborar plano de ação para adequação do indicador.

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

Resultado Anual: 2 horas e 27 minutos

O resultado da meta acima levantado junto aos serviços demandantes diz respeito aos transportes inter hospitalares, ou seja, remoção do paciente atendido em uma das portas de urgência e que tem indicativo de internação hospitalar.

Para manutenção do indicador dentro deste patamar, a CGSMU, deve ser acionada pelo serviço demandante, sempre que houver demora no início da remoção. Desta forma é possível que a CGSMU intervenha e busque solução do problema antes de findo o período de 3 horas.

Uma das maiores dificuldades encontradas para manutenção da meta acima é a idade dos veículos cedidos ao SAMU para realização das remoções. Como não houve reposição de frota nos últimos dois anos, vários são os problemas mecânicos enfrentados. Visando adequação dos veículos utilizados para o transporte inter hospitalar a SMS vêm buscando meios para reposição de frota.

Outro ponto a ser trabalhado para o próximo ano é o tempo em que as equipes ficam retidas nas Instituições de saúde aguardando para a internação dos pacientes, principalmente para os pacientes da saúde mental, nestes casos existem registros de equipes que ficam aguardando a internação dos pacientes por períodos superiores a 60 minutos, isto mesmo com o leito previamente liberado para CERIH. Cabe considerar que este tempo de espera, associado ao pequeno número de veículos disponíveis, compromete a eficiência do serviço e sobrecarrega as Salas de Observações dos PA.

**Tabela 87-** Distribuição do número de total (**clínica e pediatria**) de atendimentos médicos e desistências nas Unidades de Pronto Atendimentos, entre os anos 2016 e 2015

Pronto Geral - Pediatria	Nº Boletins emitidos			Nº Atendimentos			Nº Desistências			Percentual desistência		
	Ano											
	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
	066	047	17,41	090	059	12,16	76	098	46,15	08	,5	34,97
Jesus	671	276	0,35	226	074	1,57	145	002	7,58	13	,5	10,19
da Lomba do Pinheiro	765	056	3,52	235	175	2,43	33	81	25,15	9	9	21,86
de Scliar	579	268	8,68	152	079	8,39	132	089	4,47	31	,4	12,17
	081	547	-1,75	603	987	0,44	086	060	15,14	34	,3	13,71

FONTE: SIHO/AMB, Hospital Restinga e GHC.

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

Ao comparar o ano de 2016 com 2015 é possível observar redução em todos os indicadores. Estes resultados estão fortemente influenciados pelas reduções dos indicadores do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (boletins emitidos redução de 17,41% e número total de atendimentos com redução de 12,16%). Embora não seja possível precisar o fator causal desta significativa redução, pode-se inferir que uma das variáveis possíveis é a deflagração de casos de violência no território onde está situado o respectivo Pronto Atendimento, com os usuários optando por ficar protegidos em suas casas; como resultado da redução da procura dos usuários, associado à melhoria dos processos, ocorrida com a implantação do SIHO, no ano de 2016 o PACS registrou uma queda de 34,97% no total de desistências.

O Pronto Atendimento da Lomba do Pinheiro teve um pequeno aumento na procura e no total de atendimentos, porém apresentou ascensão nas desistências, 25,15% acima do número registrado no ano anterior.

Os demais serviços elencados mostram aumento tanto no número de boletins emitidos, quanto no total de atendimentos e redução no percentual de desistência, o que teoricamente indica qualificação de processo de trabalho.

**Tabela 88**– Distribuição do número de atendimentos médicos e desistências em **clínica médica** das Unidades de Pronto Atendimento, entre os anos 2016 e 2015

Atendimento Geral - Clínica e Pediatria	Nº Boletins emitidos			Nº Atendimentos			Nº Desistências			¹Percentual desistência		
	Ano											
	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
PACS	58.725	69.987	- 16,09	51.431	55.951	- 8,08	7.294	14.036	- 48,03	12,42	20,1	- 38,21
PA Bom Jesus	76.789	76.514	0,36	68.582	65.975	3,95	8.207	10.539	- 22,13	10,68	13,8	-22,61
PA Lomba do Pinheiro	54.313	52.454	3,54	49.775	48.692	2,22	4.738	3.762	25,94	8,72	7,2	21,11
UPA Moacyr Scliar	81.070	75.727	7,06	58.039	54.676	6,15	20.036	21.051	- 4,82	24,71	27,8	- 11,12
<b>Total</b>	<b>270.897</b>	<b>274.682</b>	<b>-1,38</b>	<b>227.827</b>	<b>225.294</b>	<b>1,12</b>	<b>40.275</b>	<b>49.388</b>	<b>- 18,45</b>	<b>14,87</b>	<b>17,2</b>	<b>-13,55</b>

FONTE: SIHO/AMB, Hospital Restinga e GHC.

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

Ao analisar a especialidade de clínica médica observa-se a redução no número de boletins emitidos pelo PACS, no total de atendimentos realizados e redução no número de desistências.

O PABJ e a UPA Moacyr Scliar mostram aumento no número de boletins emitidos e no número total de atendimentos, com redução significativa no total de desistências, o que pode significar melhoria no processo de trabalho. Embora estes números mostrem melhora, ainda estão longe de atingir a excelência desejada.

Já o PALP apresentou pequeno acréscimo no número de boletins emitidos e no total de atendimentos realizados, porém o indicador desistência registrou um aumento considerável de 25,94% quando comparado ao ano de 2015. Neste caso cabe ressaltar que não houve aumento no número de casos classificados como vermelhos, ou laranjas, o que poderia de alguma forma justificar a elevação do indicador.



**Tabela 89**– Distribuição do número de atendimentos médicos e desistências **em pediatria** das Unidades de Pronto Atendimentos, entre os anos 2016 e 2015

Atendimento Geral - Clínica e Pediatria	Nº Boletins emitidos			Nº Atendimentos			Nº Desistências			¹ Percentual desistência		
	Ano											
	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
PACS	21.341	26.960	- 20,84	20.559	26.008	- 20,95	782	952	- 17,85	3,66	3,5	4,57
PA Bom Jesus	33.882	33.762	0,35	31.644	32.699	- 3,22	2.238	1.063	110,50	6,61	3,1	113,22
PA Lomba do Pinheiro	25.452	24.602	3,45	24.510	23.783	3,05	995	819	21,49	3,90	3,3	18,18
UPA Moacyr Scliar	10.509	8.541	23,04	10.113	8.203	23,28	396	338	17,16	3,77	4,0	- 5,75
<b>Total</b>	<b>91.184</b>	<b>93.865</b>	<b>- 2,85</b>	<b>86.826</b>	<b>90.693</b>	<b>-4,26</b>	<b>4.411</b>	<b>3.172</b>	<b>39,06</b>	<b>4,83</b>	<b>3,4</b>	<b>42,05</b>

FONTE: SIHO/AMB, Hospital Restinga e GHC.

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

A tabela acima traz os dados dos atendimentos em pediatria, excetuando o PACS que apresentou redução no número de boletins emitidos e no número de atendimentos, os demais serviços apresentaram pequena elevação nestes indicadores, com destaque para a UPA Moacyr Scliar que apresentou acréscimo de 23,28% no total de pacientes atendidos.

O dado que mais chama atenção é o aumento significativo no percentual de desistências registrado nos serviços próprios da SMS, especialmente, PALP e PABJ. O serviço com maior registro de desistências foi o Pronto Atendimento Bom Jesus, se compararmos o ano de 2016 a 2015 é possível observar um aumento de 110,5% no número de desistências. Considerando que este indicador é um dos parâmetros para mensurar a qualidade dos processos do serviço, faz-se necessário uma análise dos mesmos e a elaboração de plano de ação que possibilite a qualificação do serviço e a redução das desistências registradas na pediatria.

O destaque positivo fica a cargo da UPA Moacyr Scliar, onde foi possível observar aumento no número de atendimentos e número de boletins emitidos e redução de 5,75% do número de desistências, quando comparamos os anos de 2015 e 2016.

### Perfil de Classificação de Risco nos Pronto-Atendimentos

**Tabela 90-** Distribuição do número total de atendimentos médicos e proporção segundo classificados e gravidade de risco, nas Unidades de Prontos Atendimentos, entre os anos 2016 e 2015

Perfil do Usuário por Gravidade de Risco	Ano					
	2016		2015		Variação do N° de Usuários	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Emergência - Vermelho</b>	566	0,18	999	0,27	- 433	<b>-43,34</b>
<b>Muito Urgente – Laranja</b>	21.794	6,91	23.889	6,3	- 2.095	<b>- 8,77</b>
<b>Urgente - Amarelo</b>	49.284	15,65	59.269	15,75	- 9.985	<b>- 16,85</b>
<b>Pouco Urgente - Verde</b>	210.600	66,87	237.264	63,06	- 26.664	<b>- 11,23</b>
<b>Não Urgente -Azul</b>	8.481	2,69	11.398	3,03	- 2.917	<b>- 25,59</b>
<b>Total com registro de CR</b>	290.725	92,30	333.008	88,51	- 42.283	<b>- 12,7</b>
<b>Total sem registro de CR</b>	24.264	7,70	43.228	11,49	-18.964	<b>- 43,86</b>
<b>Total de atendimentos</b>	314.989	100,0	376.236	100,0	- 61.247	<b>-16,28</b>

FONTE: SIHO/AMB, Hospital Restinga e GHC.

A tabela acima mostra que o ano de 2016, quando comparado com 2015, apresenta redução no percentual de pacientes classificados como emergência (- 433 casos) e muito urgente (- 2.095 casos), o encaminhamento deste perfil de pacientes

para as emergências hospitalares de alta complexidade foi tema de discussões do Grupo Condutor Municipal, assim como nas reuniões com representantes dos PA e do SAMU. Embora tenha ocorrido redução no atendimento deste perfil de pacientes, a permanência dos mesmos na SO ainda está acima do preconizado pela Portaria GM/MS 342/ 2013, a qual indica um tempo máximo de 24 horas para que os pacientes permaneçam no PA.

Em relação aos pacientes classificados como pouco urgentes houve uma redução de 11,23%, o que equivale a um total de 26.664 casos a menos aportando nos PA. Esta redução provavelmente está relacionada à redução do número de pacientes que procuraram os Prontos Atendimentos durante o ano.

Para que este indicador, pacientes classificados como verdes pelo protocolo de Manchester, possa alcançar melhores resultados é necessário o fortalecimento da rede de atenção primária, assim como o estreitamento da relação entre estes componentes. Estas duas ações quando efetivadas possibilitarão a oferta de serviços de saúde mais qualificados aos usuários.

Outro ponto positivo a ser apontado no ano de 2016 é a redução de 43,86% dos pacientes sem registro de classificação de risco, o que mostra o resultado do trabalho que vem sendo desenvolvido pelas coordenações locais para qualificar os registros.

**Tabela 91**– Distribuição do número e proporção dos atendimentos médicos no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), segundo Classificação de Risco (CR) , entre os anos 2016 e 2015

Classificação de Risco PACS	Ano					
	2016		2015		Variação do N° de Classificação de Risco PACS	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Emergência - Vermelho</b>	118	0,16	79	0,1	39	49,37
<b>Muito Urgente – Laranja</b>	5.784	8,03	5.674	6,92	110	1,94
<b>Urgente - Amarelo</b>	10.926	15,18	10.338	12,61	588	5,69
<b>Pouco Urgente - Verde</b>	50.439	70,06	50.151	61,19	288	0,57
<b>Não Urgente -Azul</b>	967	1,34	1.727	2,11	-760	- 44,01
<b>Total com registro de CR</b>	68.234	94,78	68.017	82,99	217	0,32
<b>Total sem registro de CR</b>	3.756	5,22	13.942	17,01	-10.186	-73,06
<b>Total de atendimentos</b>	71.990	100,00	81.959	100,0	-9.969	-12,16

FONTE: SIHO/AMB.

Embora tenha ocorrido redução no número total de atendimentos realizados no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, a tabela acima mostra aumento no percentual de

pacientes classificados como emergência (49,37%) e, nos pacientes classificados como muito urgentes (1,94%). O aumento nos atendimentos de pacientes vermelhos e laranjas, assim como o tempo em que os mesmos ficam aguardando leito no PA, tem sido tema de análise e preocupação por parte da CGSMU, principalmente porque os Prontos Atendimentos não possuem a tecnologia necessária para o atendimento de casos de alta complexidade.

Os pacientes classificados como urgentes tiveram um aumento de 5,69% em relação ao ano de 2015, já os classificados como pouco urgentes mantiveram-se dentro do mesmo percentual do ano anterior.

O percentual de pacientes classificados como não urgentes apresentou redução significativa (-44%), este indicador é satisfatório, até porque este perfil de paciente pode ter suas necessidades atendidas pela atenção primária.

Em relação aos pacientes sem registro de classificação de risco é possível observar uma redução de 73,06% no percentual, o que mostra qualificação do processo de trabalho do serviço.

**Tabela 92**– Distribuição do número e proporção dos atendimentos médicos no Pronto Atendimento Bom Jesus (PABJ), segundo Classificação de Risco (CR) , entre os anos 2016 e 2015

Classificação de Risco PABJ	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Emergência - Vermelho</b>	63	0,06	78	0,079	-15	-19,23
<b>Muito Urgente – Laranja</b>	3.682	3,65	3.275	3,319	407	12,42
<b>Urgente - Amarelo</b>	9.778	9,70	9.538	9,6	240	2,52
<b>Pouco Urgente - Verde</b>	63.929	63,41	53.768	54,49	10.161	18,90
<b>Não Urgente -Azul</b>	4.830	4,79	5.094	5,16	-264	- 5,18
<b>Total com registro de CR</b>	82.282	81,62	71.753	72,71	10.529	14,67
<b>Total sem registro de CR</b>	18.539	18,38	26.921	27,28	- 8.382	- 31,13
<b>Total de atendimentos</b>	100.821	100,0	98.674	100,0	2.147	2,17

FONTE: SIHO/AMB

Ao analisar os dados acima se observa estabilidade no total de pacientes atendidos. Ao compararmos os indicadores do ano de 2016 com o ano de 2015, há uma redução percentual de 19,23% de pacientes classificados como emergência, porém se percebe um aumento de 12,42% nos pacientes classificados como muito urgentes. Estes pacientes, devido à gravidade de seu quadro clínico, devem ser encaminhados em até 24 horas para hospitais de maior complexidade.

No que tange aos pacientes classificados como pouco urgente (Verde) observa-se um aumento de 18,90% no número de pacientes atendidos e aumento proporcional em relação a 2015. O número de usuário sem classificação de risco teve uma queda percentual de 31,13%, mostrando melhoria do indicador.

**Tabela 93**– Distribuição do número e proporção dos atendimentos médicos no Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (PALP), segundo Classificação de Risco (CR) , entre os anos 2016 e 2015

Classificação de Risco PALP	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Emergência - Vermelho</b>	186	0,25	196	0,27	-10	- 5,1
<b>Muito Urgente – Laranja</b>	4.505	6,08	5.510	7,60	-1.005	- 18,24
<b>Urgente - Amarelo</b>	12.007	16,22	9.996	13,79	2.011	20,12
<b>Pouco Urgente - Verde</b>	53.896	72,80	52.466	72,39	1.430	2,73
<b>Não Urgente -Azul</b>	1.472	1,98	1.942	2,67	- 470	- 24,20
<b>Total com registro de CR</b>	72.066	97,3	70.110	96,73	1.956	2,79
<b>Total sem registro de CR</b>	1.969	2,65	2.365	3,26	- 396	- 16,74
<b>Total de atendimentos</b>	74.035	100,0	72.475	100,0	1.560	2,15

FONTE: SIHO/AMB

Segundo os dados acima, o PALP registrou aumento de 2,15% no total de atendimentos no ano de 2016 quando comparado a 2015. Ao analisar o mesmo período é possível observar redução no quantitativo de pacientes classificados como emergência (- 5,1%) e muito urgente (-18,24%), este dado vai ao encontro da vocação desta unidade de saúde, porém é importante que se analise o período de permanência destes pacientes no PA, buscando medidas que mantenha este patamar abaixo de 24 horas.

No caso dos pacientes classificados como urgente (amarelo) observamos um aumento de 20,12% no total de atendimentos, este número corresponde ao esperado para um Pronto Atendimento. Em contrapartida, em 2016, houve 72,8% do total de atendimentos classificados como pouco urgentes (verde), mantendo o mesmo perfil dos últimos anos. Há, ainda, uma redução de 24,2% nos pacientes classificados como não urgentes (azul) dado este considerado positivo, pois este perfil de usuário deve ser acompanhado pela atenção primária.

No ano de 2016 também foi registrado uma qualificação no percentual de pacientes devidamente classificados segundo o protocolo de Manchester, obtendo um percentual de 97,3% dos pacientes devidamente classificados.

**Tabela 94**– Distribuição do número e proporção dos atendimentos médicos na Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar, segundo Classificação de Risco (CR) , entre os anos 2016 e 2015

Classificação de Risco UPA Moacyr Scliar	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Emergência - Vermelho</b>	199	0,29	190	0,3	9	4,74
<b>Muito Urgente – Laranja</b>	7.823	11,48	6.188	9,8	1.635	26,42
<b>Urgente - Amarelo</b>	16.573	24,32	15.526	24,7	1.047	6,74
<b>Pouco Urgente - Verde</b>	42.336	62,13	39.885	63,8	2.451	6,15
<b>Não Urgente -Azul</b>	1.212	1,77	1.089	1,7	123	11,3
<b>Total com registro de CR</b>	68.143	100,0	62.879	100	5.264	8,4
<b>Total sem registro de CR</b>	0	0	0	0,0	0	0
<b>Total de atendimentos</b>	68.143	100,0	62.879	100,0	5.264	8,4

FONTE: GHC.

A UPA Moacyr Scliar, Porte III, é o único serviço desta categoria qualificado pelo Ministério da Saúde dentro do Município de Porto Alegre, devendo atender aos parâmetros descritos na Portaria GM n.342 de 2013 e da Portaria GM n. 10 de 2017. Os dados mostram que a UPA teve aumento de 8,4% no total de atendimentos no ano de 2016 quando comparado a 2015. Outro dado positivo é que 100% ao pacientes atendidos pelo serviço são devidamente classificados segundo o protocolo de Manchester, o que atende a orientação das Portarias Ministeriais.

O ano de 2016 também mostrou aumento no quantitativo de pacientes classificados como emergência (4,7%) e muito urgente (26,4%), sendo que os maiores percentuais foram registrados no segundo e terceiro quadrimestre, período em que se registrou superlotação nas portas de emergências hospitalares, inclusive com fechamento temporário de duas referências para RUE. Infere-se que a UPA, por sua proximidade com o Hospital Nossa Senhora Conceição, seja o serviço que mais sofre a repercussão da superlotação das portas de emergência, sendo imprescindível que a SMS pactue fluxos de regulação que compensem este fator. Outro dado que deve ser amplamente analisado é o período em que estes pacientes permanecem nas dependências do serviço aguardando leito hospitalar. Este indicador está diretamente relacionado com o alto percentual de desistência registrado pela UPA, pois estes pacientes, por sua complexidade clínica, demandam maior tempo de assistência, o que interfere no atendimento dos pacientes não urgentes.

Outro indicador que mostrou aumento de percentual e que necessita de atenção dos gestores é referente aos pacientes não urgentes (11,3%) e os pacientes pouco

urgentes (6,15%). Cabe considerar que os pacientes não urgentes têm indicação de atendimento na rede de atenção primária em saúde, sendo necessário analisar a motivação dos mesmos para buscar atendimento na UPA.

### UPA Hospital da Restinga/Extremo Sul

**Tabela 95**– Distribuição do número de atendimentos médicos e desistências nas especialidades de clínica e pediatria da Unidade de Pronto Atendimento Hospital da Restinga, entre os anos 2016 e 2015

Atendimento Geral - Clínica e Pediatria	Nº Boletins emitidos			Nº Atendimentos			Nº Desistências		
	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
Clínica	46.936	42.573	10,24	29.164	32.934	- 11,4	17.772	9.639	84,4
Pediatria	29.300	30.100	- 2,65	24.696	27.315	- 9,6	4.607	2.785	65,4
Total (clínica e pediatria)	76.236	72.673	4,9	53.860	60.249	- 10,6	22.376	12.424	80,10

FONTE: Hospital da Restinga/Extremo Sul

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

Ao analisar os dados acima se pode observar que durante o ano de 2016 houve um aumento na procura neste serviço de 4,9%, porém o percentual de pacientes que chegou a receber atendimento médico teve uma redução de 10,6%, o que resulta em um aumento no percentual de desistência. Com estes números a Restinga responde pelo maior percentual de desistências entre os serviços mensurados, este indicador precisa ser analisado dentro de um contexto histórico, pois certamente está relacionado ao aumento da capacidade diagnóstica, assim como ao elevado número de pacientes classificados como emergência e muito urgentes que aportam o serviço, conforme será demonstrado logo a seguir.

A dualidade deste cenário vem sendo discutida dentro da SMS, de forma a buscar alternativas assistenciais que atendam às necessidades dos usuários deste território. Para o ano de 2017 estão previstas ações que fortaleçam a atenção primária da região, permitindo assim que os pacientes que hoje buscam atendimento na UPA Hospitalar Restinga e que, por conta da demora no atendimento, acabam desistindo, tenham suas demandas atendidas pela atenção primária em saúde.

**Tabela 96**– Distribuição do número e percentual dos atendimentos médicos no Pronto Atendimento Restinga, segundo Classificação de Risco (CR) , entre os anos 2016 e 2015

Classificação de Risco UPA Restinga	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Emergência - Vermelho</b>	393	0,73	456	0,8	- 63	- 13,8
<b>Muito Urgente – Laranja</b>	3.926	7,3	3.242	5,4	684	21,09
<b>Urgente - Amarelo</b>	14.032	26,05	13.821	22,9	211	1,5
<b>Pouco Urgente - Verde</b>	33.689	62,5	40.994	68,0	- 7.305	- 17,8
<b>Não Urgente -Azul</b>	1.820	3,4	1.546	2,6	274	17,7
<b>Total com registro de CR</b>	53.860	100,0	60.249	100,0	- 6.389	-10,6
<b>Total sem registro de CR</b>	0	0	0	0,0	0	0
<b>Total de atendimentos</b>	53.860	100,0	60.249	100,0	- 6.389	- 10,6

FONTE: Hospital da Restinga.

Embora o número de pacientes classificados como emergência tenha apresentado redução de 13,8% no ano de 2016 quando comparado ao ano de 2015, o indicador ainda está acima do que é considerado adequado. Se analisarmos este quantitativo em conjunto com os pacientes muito urgentes, cujo percentual aumentou em 21,09% em 2016, veremos que o indicador está acima dos demais Pronto Atendimentos.

Esta variável, possivelmente, é a responsável pelo elevado número de desistências registradas neste serviço. Pacientes com clínica mais severa, demandam maior complexidade terapêutica e mais envolvimento dos profissionais de saúde, o que causa aumento no tempo de espera pelo atendimento e conseguinte a desistência.



### 8.3.2.1 Plantão de emergência em Saúde Mental - PESM

Tabela 97– Perfil Geral dos atendimentos em Urgência em Saúde Mental, entre os anos 2016 e 2015

Perfil dos atendimentos em Urgência em Saúde Mental	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	% <sup>1</sup>	Nº	% <sup>1</sup>	Nº	% <sup>1</sup>
<b>Total de boletins emitidos</b>	21.967	-	23.355	-	- 1.368	<b>- 5,9</b>
<b>Total de pacientes atendidos</b>	20.966	95,45	21.749	93,1	- 783	<b>- 3,6</b>
<b>Desistências</b>	1.001	4,55	1.606	6,9	- 605	<b>- 37,7</b>
<b>Pacientes &lt; 18 anos atendidos</b>	1.200	5,46	1.264	5,8	64	<b>- 5</b>
<b>Total Paciente em SO</b>	11.399	51,89	10.044	46,2	1.355	<b>13,5</b>
<b>Tempo Médio de Permanência / dias</b>	2,51	-	2,0	-	0,51	<b>25,5</b>
<sup>2</sup> <b>Dependência Química em SO</b>	4.275	37,5	4.033	40,2	242	<b>6</b>
<sup>2</sup> <b>Transtorno Humor Bipolar SO</b>	1.504	13,2	1.172	11,7	332	<b>28,4</b>
<sup>2</sup> <b>Depressão SO</b>	1.682	14,75	905	9,0	777	<b>85,8</b>
<sup>2</sup> <b>Esquizofrenia SO</b>	950	8,33	938	9,3	12	<b>1,2</b>
<b>Transferências para Internação Hospitalar de pacientes em SO</b>	5.987	52,2	6.851	68,2	- 864	<b>- 12,7</b>

FONTE: SIHO/AMB e Hospital Mãe de Deus

<sup>1</sup> Percentual de desistências = Total de desistências / total de boletins emitidos 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 Sala de Observação X100

A tabela acima mostra o cenário vivenciado nas portas de emergência em saúde mental. Os dados revelam uma leve redução no volume de boletins emitidos (-5,9%), assim como no total de pacientes atendidos (-3,6%). Em contrapartida houve um aumento 13,5% no quantitativo de pacientes que permaneceram em SO e destes 52,2% foram transferidos para outras instituições para continuidade da terapêutica, percentual menor do que o registrado em 2015 (68,2%). Cabe aqui ressaltar que as indicações de internações hospitalares estão em curva descendente, tendo alcançado patamares inferiores a 27% no último quadrimestre do ano.

O tempo médio de permanência apresentou elevação, provavelmente ocasionado pela redução de leitos em saúde mental vivenciada durante o ano de 2016 em Porto Alegre, principalmente no que se refere a leitos para menores de idade.

Outro dado que pode ser ressaltado é a redução gradual e contínua no número de desistências registradas, tendo atingido o percentual de 4,55%, com redução de 37,7% em relação ao ano anterior.

Observa-se também leve redução no percentual de pacientes menores de idade que buscaram os serviços de emergência em saúde mental.

Temos nos casos associados à depressão o maior percentual de aumento na procura, atingindo patamares de 85,8% em relação ao ano anterior.

A saúde mental deve ser foco de atenção constante, buscando ações que permitam o fortalecimento da rede, possibilitando acesso facilitado aos pacientes. Ressaltamos que da forma atual da rede, todos os pacientes que necessitam de internação precisam, obrigatoriamente, acessar o serviço de emergência em saúde mental, o que ocasiona superlotação destes serviços, custos com remoções e permanência elevada nas SO.

A seguir serão apresentados, separadamente, os dados dos respectivos serviços de emergência em saúde mental.

**Tabela 98**– Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental no PACS, entre os anos 2016 e 2015

Urgência em Saúde Mental -PACS	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	% <sup>1</sup>	Nº	% <sup>1</sup>	Nº	% <sup>1</sup>
<b>Total de boletins emitidos</b>	11.617	-	13.395	-	- 1.778	<b>-13,27</b>
<b>Total de pacientes atendidos</b>	10.880	93,65	11.995	89,5	- 1.115	<b>-9,30</b>
<b>Desistências</b>	797	7,35	1.400	10,5	- 603	<b>-43,07</b>
<b>Pacientes &lt; 18 anos atendidos</b>	309	2,6	367	3,1	-58	<b>-15,80</b>
<b>Total Paciente em SO</b>	4.207	36,2	4.635	38,6	-428	<b>-9,23</b>
<b>Tempo Médio de Permanência / dias</b>	2,6	-	2,2	-	0,4	
<sup>2</sup> <b>Dependência Química em SO</b>	1.849	43,9	2.108	45,5	-259	<b>-12,29</b>
<sup>2</sup> <b>Transtorno Humor Bipolar SO</b>	529	12,6	620	13,4	-91	<b>-14,68</b>
<sup>2</sup> <b>Depressão SO</b>	360	8,5	485	10,5	-125	<b>-25,77</b>
<sup>2</sup> <b>Esquizofrenia SO</b>	515	12,2	529	11,4	-14	<b>-2,65</b>
<b>Transferências para Internação Hospitalar de pacientes em SO</b>	3.119	74,13	3.692	79,7	-573	<b>-15,52</b>

FONTE: SIHO/AMB.

<sup>1</sup>Percentual de desistências = Total de desistências / total de boletins emitidos 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 Sala de Observação X 100

Ao analisar os dados do ano de 2016, do PESM PACS, comparando-os com o ano de 2015, observamos redução no total de boletins emitidos, assim como no total de pacientes atendidos. Um dos pontos que pode ser considerado positivamente é a redução do percentual de desistências (-43,07%) em relação a 2015, o que significa que mais pacientes tiveram acesso ao atendimento profissional.

Percebe-se, também leve redução no percentual de pacientes em SO que foram encaminhados para internação hospitalar, perfazendo 74,13%, número muito acima do

que se espera de internações para este segmento da saúde. Temos ainda pequena redução no número de pacientes menores de idade que buscaram este serviço.

Cabe ressaltar que o PESM PACS é serviço próprio da SMS e está 100% constituído por servidores estatutários.

**Tabela 99**– Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental IAPI, entre os anos 2016 e 2015

Urgência em Saúde Mental –PAUI- IAPI	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	% <sup>1</sup>	Nº	% <sup>1</sup>	Nº	% <sup>1</sup>
<b>Total de boletins emitidos</b>	10.290	-	9.960	-	330	<b>3,3</b>
<b>Total de pacientes atendidos</b>	10.086	98,00	9.754	97,9	332	<b>3,4</b>
<b>Desistências</b>	204	2,0	206	2,1	-2	<b>-0,97</b>
<b>Pacientes &lt; 18 anos atendidos</b>	891	8,65	897	9,2	- 6	<b>-0,66</b>
<b>Total Paciente em SO</b>	7.994	77,7	5.409	55,5	2.585	<b>47,8</b>
<b>Tempo Médio de Permanência / dias</b>	2,4	-	1,7	-		<b>41,0</b>
<sup>2</sup> <b>Dependência Química em SO</b>	2.426	30,3	1.925	35,6	501	<b>26,02</b>
<sup>2</sup> <b>Transtorno Humor Bipolar SO</b>	975	12,2	552	10,2	423	<b>76,6</b>
<sup>2</sup> <b>Depressão SO</b>	1.322	16,5	420	7,8	902	<b>214</b>
<sup>2</sup> <b>Esquizofrenia SO</b>	435	5,44	409	7,6	24	<b>6,35</b>
<b>Transferências para Internação Hospitalar de pacientes em SO</b>	2.868	35,9	3.159	58,4	- 291	<b>-9,21</b>

FONTE: Hospital Mãe de Deus.

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

<sup>2</sup>Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB, Depressão e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ, THB, Depressão e Esquizofrenia/ Total de pacientes atendidos na Sala de Observação X100

Iniciamos a análise dos dados do IAPI salientando que o serviço é mantido através de uma parceria entre a SMS e o Hospital Mãe de Deus, sendo a segunda instituição responsável pelos recursos humanos do PESM.

Observamos aumento no percentual de boletins emitidos, assim como aumento no total de pacientes atendidos. Estes dados são corroborados pela redução percentual de desistências que em 2016 chegou a 2%, o que equivale a dizer que 98% dos pacientes que buscaram o IAPI foram atendidos.

Do quantitativo total de pacientes atendidos no IAPI 8,65% eram menores de idade, dado extremamente preocupante, pois o PESM é recurso para atendimentos as crises agudas.

Outro ponto muito importante é o percentual de pacientes que tiveram indicação de internação hospitalar, neste caso 35,9% indicando que os demais pacientes ou

tiveram sua situação resolvida no local, ou foram encaminhados para tratamento nos demais componentes da rede.

Não podemos deixar de ressaltar o impactante aumento do número de casos de pacientes com quadro de depressão que tiveram indicação de permanecer em SO, se comparado com o ano anterior é possível observar um aumento de 214% destes casos. Outro ponto a ser abordado é o aumento de 26,02% de casos de permanência em SO por dependência química.

### 8.3.2.2 Plantão de Emergência em Saúde Bucal

O Setor de Odontologia do PACS criado em 1989 atende aproximadamente 1.300 pacientes por mês em situação de urgência. Desenvolve suas atividades assistenciais baseado em protocolo clínico desenvolvido pela equipe e publicado em 2014. Neste protocolo estão descritas as patologias mais prevalentes nas áreas de endodontia, periodontia, cirurgia, sistema estomatognático, estomatologia e trauma dentoalveolar. Também, é suporte para toda a rede de atenção nos casos de infecções odontogênicas graves. Pacientes com quadros hemorrágicos severos e infecções graves são assistidos em Sala de Observação e evoluídos até sua alta ou encaminhados, através de fluxos já pactuados, a hospitais especializados. Atualmente, dispõe de três consultórios completos e um aparelho de RX.

Seu corpo clínico é composto de 16 Cirurgiões Dentistas- CD e 11 Auxiliares de Consultório Dentário (ACD).

**Tabela 100-** Distribuição do número de atendimentos odontológicos e desistências em Saúde Bucal nas Unidades de Pronto Atendimentos, em 2016

Atendimentos Odontológicos	ANO
	2016
Nº de Boletins emitidos	12.264
Nº de Atendimentos	12.078
Nº de Desistências	186
Percentual de Desistências	1,51

FONTE: SIHO/AMB.

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

Conforme demonstrado na tabela acima, durante o ano de 2016, foram realizados 12.078 atendimentos pela equipe da Odontologia do PACS, destes 60 pacientes foram admitidos e evoluídos em SO. Dos 60, 43 receberam alta na instituição

e 10 necessitaram internação em hospitais especializados. O percentual de desistência foi de 1,51%.

Como este indicador somente passou a ser mensurado em 2016, não foi possível fazer a comparação com a produção de 2015.

O Setor desenvolve atividades de ensino e pesquisa junto à Escola de Saúde Pública ESP e Faculdade de Odontologia da UFRGS realizando preceptoria a 18 residentes por ano e a alunos estagiários da disciplina de Estágio II.

### 8.3.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgências - SAMU

**Meta 38** - Manter as regulações necessárias e sem meios do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do APH primário abaixo de 2%.

Resultado Anual: 1,6%

Ao longo do ano muito esforço foi despendido para manter o percentual de chamados sem meios adequados de resposta abaixo de 2%.

Cabe aqui considerar que a própria meta de manter o indicador abaixo de 2% está abaixo do que é considerado aceitável pelo Ministério da Saúde (5%), ou seja, temos aqui um indicador que mostra a excelência do serviço ofertado pelo SUS.

Persiste para o próximo ano o desafio da renovação e manutenção da frota, mantendo assim a agilidade no atendimento a população de Porto Alegre.

**Tabela 101**– Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações e comparativo, entre os anos 2016 e 2015

Perfil das ligações	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trote	55.467	14,34	63.394	17,0	- 7.927	-12,5
Regulação	81.307	21,02	83.018	22,3	- 1.711	- 2,06
Outros	250.015	64,63	226.568	60,7	23.447	10,34
Total de Ligações	386.789	100,0	372.977	100,0	13.812	3,70
Média Diária (Ligações)	1053					

FONTE: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH).

O ano de 2016 mostra um leve aumento no número total de ligações feitas para o SAMU 192 (3,70%).

No que tange aos trotes temos uma redução significativa no percentual, obtendo uma média de 14,34% de trotes, embora este número seja menor do que o obtido nos outros anos, ainda é necessário manter as campanhas educativas contra os trotes. Vale lembrar que o recurso mobilizado para atender o trote é o mesmo recurso que falta para atender uma ocorrência.

Dentro das ligações classificadas como Outros permanecemos com as ligações Fora de Abrangência de área em aumento significativo, acreditamos que isto se deve a treinamento da classificação pelos Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica

(TARMS) que deixaram de classificá-las como engano. Fazendo melhor uso dos termos e definições nos processos de trabalho.

**Tabela 102-** Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a causa, e comparativos, entre os anos 2016 e 2015

Tipo de Atendimento SAMU	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Caso Clínico	18.883	51,7	19.070	48,7	- 187	- 0,99
Traumático	11.459	31,3	12.794	32,7	- 1335	- 10,4
Transporte	2.225	6,1	2.804	7,2	- 579	- 20,6
Obstétrico	624	1,7	739	1,9	- 115	- 15,6
Não Registrado	241	0,6	0	0,0	241	0,6
Psiquiátrico	3.112	8,5	3.755	9,6	- 643	-17,12
Orientação	-	-	0	0,0	0	0
Total de APHr	36.544	100,0	39.159	100,0	- 2.615	- 6,7

FONTE: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH).

Houve redução do número total de APHr realizados em 2016, quando comparado com 2015, em 6,7%, os demais parâmetros não mostram alteração significativa.

**Tabela 103-** Distribuição do número de regulações necessárias e sem meios do SAMU, entre os anos 2016

Classificação do Médico Regulador	2016
	Nº
Intervenção Necessária e Possível	33.770
1ª Decisão: Intervenção Necessária e Sem Meios	8.604
Total	42.374
2ª Decisão: Intervenção Necessária e Sem Meios	685

FONTE: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH).

Obs: Os dados começaram a ser registrados em novo formato a partir de 2016.

**Tabela 104-** Distribuição do número de óbitos em relação aos Atendimentos Pré Hospitalares (APH) realizados pelo SAMU, entre os anos 2016 e 2015

Comparativo entre APH e óbitos	Ano		
	2016	2015	Variação
APH	36.544	39.159	- 6,67
Óbitos	1.056	1.028	2,72
Percentual de óbito	2,88	2,6	10,76

FONTE: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH)

**Tabela 105**– Distribuição do Atendimento de óbitos categorizados em atendimento a Parada Cardio-respiratória ou constatações de óbitos realizados pelo SAMU, entre os anos 2016 e 2015

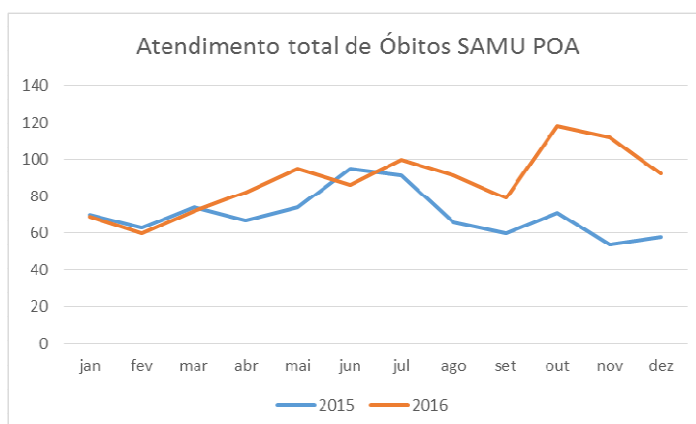
<b>Casos</b>	<b>2016</b>
Constatações	564
PCR	492
Óbitos totais	1.056

**FONTE:** Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH)

Nesta tabela apresentamos os dados referentes ao atendimento de pacientes em PCR, ou seja, com intervenção das equipes do SAMU e, os casos em que o serviço somente foi acionado para constatação do óbito. Essa categorização passou a ser realizada em 2016.

Cabe ressaltar que a partir de outubro de 2016 houve mudanças no atendimento dos óbitos domiciliares sem causa externa. A declaração de óbito dos pacientes encontrados em casa antes era feita pelo Departamento Médico Legal. Pelo entendimento da Secretaria de Saúde do Estado e da Secretaria de Segurança do Estado este não é de competência daquele órgão, sendo que, a partir de 15 Outubro de 2016, esta competência passou a ser de atribuição do município. Foi realizado um planejamento para o atendimento destes casos que envolveu as áreas da atenção básica, do SAMU, dos PAs e de alguns hospitais que passaram a fazer este papel sanitário. Como o único serviço móvel de saúde pública é o SAMU e, seria imprudente sobrecarregá-lo com toda essa nova atribuição, houve uma pactuação com a coordenação de Atividades Funerárias para o traslado necessário dos corpos. Mesmo assim, o SAMU ficou com a incumbência da identificação dos óbitos e, portanto, um aumento de atendimentos para constatação de óbito, ao final do ano.





**Gráfico 3-** Atendimento total de óbitos SAMU/POA

**FONTE:** CGSMU/SAMU

O gráfico acima mostra a ascendência da curva a contar de outubro de 2016, o que coincide com a mudança instituída.

### **Linha de Cuidado – Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

Porto Alegre foi pioneira na implantação da Linha do Cuidado do AVC na Rede de Urgência e Emergência no ano de 2012. Posteriormente, a cidade transformou-se em referência nacional e norteou as regras estabelecidas pelo Ministério da Saúde para enfrentamento do problema. A rede de atendimento em Porto Alegre conta com unidades de atenção aguda e cuidado prolongado.

Hospitais Referências Linha do Cuidado AVC em Porto Alegre:

- Hospital de Clínicas de Porto Alegre (habilitado pelo Ministério da Saúde – Hospital tipo III)
- Hospital Moinhos de Vento
- Hospital Mãe de Deus
- Hospital São Lucas da PUCRS (habilitado pelo Ministério da Saúde – Hospital tipo III)

- Hospital Santa Casa Porto Alegre (habilitado pelo Ministério da Saúde – Hospital tipo III)
- Hospital Nossa Senhora da Conceição (habilitado pelo Ministério da Saúde – Hospital tipo III)
- Hospital Cristo Redentor (habilitado pelo Ministério da Saúde – Hospital tipo III)

**Tabela 106-** Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a linha de atendimento AVC para os **candidatos a trombólise**:

Tipo de Atendimento SAMU	Ano	
	2016	
	Nº	%
HCPA	181	20,40
HNSC	294	33,14
PUC	182	20,51
Santa Casa	185	20,85
Outros	45	5,07
Total de APHr AVC trombólise	887	100,0

FONTE: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH).

**Tabela 107-** Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a linha de atendimento AVC para os **não candidatos a trombólise**:

Tipo de Atendimento SAMU	Ano	
	2016	
	Nº	%
HCPA	98	18,2
HNSC	154	28,57
PUC	103	19,10
Santa Casa	123	22,80
Outros	61	11,30
Total de APHr AVC S trombólise	539	100,0

FONTE: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH).

Segundo os dados acima, durante o ano de 2016 o SAMU atendeu um total de 1.426 casos de AVC, sendo 887 casos de pacientes candidatos a trombólise e 539 casos de pacientes não candidatos a trombólise.

O Hospital que mais recebeu pacientes da Linha do AVC, encaminhados pelo SAMU foi o HNSC, num quantitativo total de 448 casos. É importante salientar que o HNSC está habilitado para receber maior número de pacientes, o que se confirma nos números apresentados.

## Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

Nos últimos anos observou-se uma redução importante na taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, tal redução está relacionada a avanços na prevenção primária e no tratamento da síndrome coronariana aguda (SCA). Essa redução também foi possível em razão da adoção da Linha de Cuidado ao paciente com IAM em nossa capital, resultando em melhorias no acesso ao tratamento adequado em tempo hábil.

No Brasil, as doenças cardiovasculares ainda permanecem como a primeira causa de mortalidade proporcional, responsáveis por 29% dos óbitos em 2010 (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [Datasus]). O infarto agudo do miocárdio (IAM) é a segunda causa de morte mais frequente (7%, Datasus 2010), e no sistema público de saúde a mortalidade hospitalar dos pacientes internados por IAM se mantém persistentemente elevada: em média, 16,2%, em 2000, 16,1%, em 2005, e 15,3%, em 2010, para as internações registradas em todo país (Datasus).

Hospitais Referências Linha do Cuidado IAM:

- Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- Instituto de Cardiologia de Porto Alegre
- Hospital Santa Casa Porto Alegre
- Hospital São Lucas da PUCRS

**Tabela 108-** Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a linha de atendimento IAM candidatos a reperfusão:

Tipo de Atendimento SAMU	Ano	
	2016	
	Nº	%
HCPA	102	24,9
HNSC	12	2,9
ICFUC	128	31,2
PUC	71	17,3
Santa Caca	89	21,7
Outros	08	1,9
Total de APHr IAM	410	100,0

FONTE: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH).

Conforme dados acima o SAMU Porto Alegre foi acionado para atender a 410 casos de IAM, a regulação dos pacientes obedeceu a pactuação prévia.

Cabe ressaltar que as equipes do SAMU possuem equipamento de ECG, com transmissão síncrona para o HCOR, os quais encaminham traçado devidamente laudado para o médico regulador analisar e determinar o melhor local de destino para o paciente.

## Comissões

**Quadro 5-** Participação nas Comissões

CGSMU	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projeto Vida no Trânsito</li> <li>• Comissão de Controle de Infecções SAMU e Prontos Atendimentos</li> <li>• Comissão Permanente de Ensino e Serviço</li> <li>• Comissão de Óbitos</li> <li>• Comissão de óbitos pediátricos</li> <li>• Comissão de Prontuários</li> </ul>
SAMU	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comissão de Saúde e Segurança no Trabalho</li> <li>• Participação no Comitê da População Negra</li> </ul>
PACS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Núcleo de Segurança do Paciente</li> <li>• Comissão de Comunicação</li> <li>• Comissão de Resíduos Sólidos</li> <li>• Participação na Comissão de Infecção Hospitalar da Coordenação Municipal de Urgências</li> </ul>
PA Bom Jesus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação Comissão de Controle de Infecções SAMU e Prontos Atendimentos</li> <li>• Núcleo de Educação Permanente</li> <li>• Comissão de segurança</li> </ul>
PA Lomba do Pinheiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle de Infecção</li> <li>• Conselho Gestor</li> <li>• Grupo de Humanização</li> <li>• Grupo de Saúde Integral da População Negra</li> <li>• Núcleo de Educação Permanente, PNGC</li> </ul>
UPA Hospital da Restinga – Extremo Sul	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comissão de Prontuários</li> <li>• Comissão de Gerenciamento de Resíduos</li> <li>• Comissão Controle de Infecção</li> <li>• Comissão de Controle de Padronização de Materiais e Medicamentos Hospitalares</li> <li>• Comissão de Óbitos</li> <li>• Comissão Equipe de Multiprofissional de Terapia Nutricional</li> <li>• Comissão Transfusional</li> <li>• Comissão de Perfuro Cortante</li> <li>• Comissão de Ética Médica</li> <li>• Comitê Gestão por Processos</li> </ul>
PESM IAPI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projeto justiça inclusiva.</li> <li>• NAIC- Núcleo Atendimento internações compulsórias.</li> <li>• CIPA – Comissão interna de prevenção de acidentes.</li> </ul>

#### **8.4 Serviços de Atenção Hospitalar**

Os Hospitais devem funcionar como retaguarda para os demais pontos de atenção da RAS, atendendo a demandas de urgência e emergência ou eletivas. Os que ofertam serviços de Urgência e Emergência, caracterizados como Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e Emergência, podem atender a demanda regulada e/ ou espontânea.

Os hospitais que compõem o SUS são estratégicos pontos de atenção na RAS, oferecendo assistência de forma integrada e articulada na perspectiva da integralidade da assistência, continuidade do cuidado e universalidade do acesso. Estão organizados conforme as necessidades locais e regionais, de formas racionais, harmônicas, sistêmicas e reguladas.

A contratualização dos serviços é definida conforme as necessidades locais e regionais de saúde estabelecidas nos planos de saúde municipais e estaduais e nos planos de ação regional baseados na oferta dos prestadores conforme a sua tipologia.

A SMS, através do NRP - Núcleo de Relacionamento com os Prestadores - aprimorou ao longo do último ano, os indicadores contratuais que traduzem e atendem às necessidades da assistência hospitalar municipal.

O acesso à atenção hospitalar em Porto Alegre ocorre de maneira referenciada (via complexo regulador: CMCE, SAMU, CERIH) ou espontânea, através de serviços eletivos ou de emergência.

A regulação de leitos de Porto Alegre é realizada pela CERIH (Central de regulação de internação hospitalar) e está em processo de informatização para integração em tempo real com todos os serviços hospitalares.

O Município é referência em média e alta complexidade no Estado do Rio Grande do Sul para estudo eletrofisiológico e/ou ablação, colocação de marcapasso, eletrochoqueterapia, tratamento endovascular, queimados; malformações, cardiopatias congênitas; cirurgias cardiovasculares pediátricas; emergências oftalmológicas; fibrobroncoscopia pediátrica e neonatal; biópsia estereotáxica; mola hidatiforme;

colocação de Permcath; retinopatia da prematuridade; hematologia (leucemia) pediátrica e alguns casos adultos; e procedimentos complexos hepáticos.

Os hospitais de Porto Alegre são referências da rede de atenção às Urgências para a 1ª, 2ª e 18ª Coordenadorias Regionais de Saúde.

A Coordenação da Média e Alta Complexidade na Atenção Hospitalar (MAC - AH) vem ao longo dos últimos 2 (dois) anos se dedicando à implementação, no nível municipal, das Portarias 3390/2013 (Política Nacional de Atenção Hospitalar), Portaria 3410/2013 (Diretrizes de Contratualização), Portaria 142/2014 (Incentivo de Qualificação de Gestão Hospitalar), no que tange a criação e manutenção das agendas com os Hospitais dos **Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar**. Tais encontros de frequente periodicidade visam acompanhar os hospitais componentes da rede nos aspectos de fluxo de acesso dos pacientes, gestão clínica, transição de cuidado e desospitalização.

### 8.4.1 Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

Em 2016, dando continuidade ao processo de solidificação do HMIPV no âmbito da saúde pública do município de Porto Alegre, o Hospital aproximou-se da meta proposta de 75% de leitos ativos, não alcançando, porém, pela impossibilidade de inauguração dos leitos de psiquiatria infantil. No período, houve redução da capacidade instalada do Hospital de 188 para 182 leitos. No alojamento conjunto foram de 28 para 26 leitos em virtude de necessidades de adequações físicas da unidade, além de uma redução da capacidade instalada da enfermaria pediátrica para criação de uma enfermaria de psiquiatria infantil. Houve, ainda, um aumento da capacidade instalada da Sala de Observação Pediátrica através de melhorias no fluxo interno. Apesar da reforma e preparo das salas para atendimento da psiquiatria infantil, as mesmas ainda não foram utilizadas e aguardam a nomeação de servidores.

**Tabela 109- Capacidade Instalada Atual do Hospital – Comparativa**

Enfermaria	Capacidade Instalada		Ano		
			2016	2015	Varição dos leitos ativos (%)
	2016	2015	Ativos		
Alojamento Conjunto – 8º andar	26	28	24	18	33,3
Patologia da Gestação – 7º andar	11	11	9	7	29,0
Centro Obstétrico – 10º andar	8	8	8	8	0,0
Internação Ginecológica – 7º andar	18	18	9	8	12,5
Pediatria – 4º andar	23	38	16	14	14,3
Psiquiatria – 5º andar	24	24	20	20	0,0
Sala de Observação Pediátrica – SOP	15	10	5	10	-50,00
Sala de Recuperação – 11º andar	11	11	11	11	0
UTI Neonatal – 9º andar	10	10	8	10	-20,0
UCI Neonatal	15	15	12	15	-20,0
UCI Canguru	5	5	5	5	0,0
UTI Pediátrica – 3º andar	10	10	6	6	0,0
Psiquiatria Infantil	6	0	0	0	0,0
<b>Total de Leitos</b>	<b>182</b>	<b>188</b>	<b>133</b>	<b>132</b>	<b>1</b>

FONTE: AMB – HMIPV

## Emergência

Tabela 110– Procedência dos atendimentos na Emergência Pediátrica

Emergência Pediátrica		2016		2015		Variação (%)
		Nº	%	Nº	%	
Procedência	Município de POA	16.110	81%	13.479	80	19,5
	Outros municípios	3.812	19%	3.399	20	12
Total		19.922	100	16.878	100	18

FONTE: Programa Procedência do AMB/SIHO.

Houve aumento de quase 20% no número de atendimentos na emergência pediátrica, em comparação ao ano anterior, com discreto aumento no percentual de pacientes oriundos de Porto Alegre.

Tabela 111– Procedência dos atendimentos na Emergência Obstétrica

Emergência Obstétrica		2016		2015		Variação (%)
		Nº	%	Nº	%	
Procedência	Município de POA	5.776	74	5.478	71	5,44
	Outros municípios	2.030	26	2.238	29	-9,29
Total		7.806	100	7.716	100	1,17

FONTE: Programa Procedência do AMB/SIHO.

O atendimento na Emergência Obstétrica tem se mantido estável, com algum aumento da proporção de pacientes do Município de POA.

## Classificação de Risco

Tabela 112– Classificação de Risco no Centro Obstétrico, por tipo de profissional

Classificação de Risco	2016	2015*	Variação (%)
Classificados	1.384	1.324	4,5
Médicos	57	609	-91
Enfermeiros	1.286	637	102
Ignorado (ñ assinado ou ilegível)	40	78	-49
% de classificados s/ total de atendimentos	18	19	-5,26
Total de atendimentos	7.806	6.796*	15*

Fonte: NIR/HMIPV

\*OBS: A Classificação de Risco na Emergência Obstétrica iniciou em abril de 2015.

Desde abril de 2015 está parcialmente implantado o projeto-piloto de Classificação de Risco (CR) para as pacientes que procuram o Centro Obstétrico. Embora já esteja previsto, ainda não se consegue alocar enfermeiros para atuar exclusivamente na CR, motivo pelo qual a classificação continua parcial, e restrita ao CO.



**Tabela 113-** Classificação de Risco no Centro Obstétrico, por gravidade

<b>Classificação de Risco</b>	<b>2016</b>	<b>2015*</b>	<b>Variação (%)</b>
<b>Vermelhos</b>	3	22	-86,36
<b>Laranjas</b>	327	224	46
<b>Amarelos</b>	425	357	19
<b>Verdes</b>	362	463	-22
<b>Azuis</b>	267	258	3,49
<b>Total Classificados</b>	1.384	1.324*	4,5*

Fonte: NIR/HMIPV

\* A Classificação de Risco na Emergência Obstétrica iniciou em abril de 2015.

**Tabela 114–** Desfechos clínicos no atendimento da Emergência Pediátrica

<b>Emergência Pediátrica</b>	<b>2016</b>		<b>2015</b>		<b>Variação (%)</b>
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	
<b>Altas da Emergência</b>	18.175	91	15.411	91,3	17,94
<b>Internações agudas/agudizadas</b>	1.716	8,6	1.450	8,6	18,34
<b>Transferências pós-internação</b>	25	0,1	14	0,08	78,57
<b>Óbitos</b>	6	0,03	3	0,01	100
<b>Total de atendimentos</b>	19.922	100	16.878	100	18,04

FONTE: Programa Estatística de Atendimentos do AMB/SIHO.

Conforme discutido anteriormente, houve aumento de 18% no número de atendimentos na emergência pediátrica, em comparação ao ano anterior, mostrando o aumento da relevância desse serviço para o município de Porto Alegre. O percentual de altas e internações manteve-se inalterado.

**Tabela 115–** Desfechos clínicos no atendimento da Emergência Obstétrica

<b>Emergência Obstétrica</b>	<b>2016</b>		<b>2015</b>		<b>Variação (%)</b>
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	
<b>Altas da Emergência Obstétrica</b>	5.755	73,7	5.607	72,7	2,64
<b>Internações agudas/agudizadas</b>	2.042	26,2	2.019	26,2	1,14
<b>Transferências pós-internação</b>	09	0,1	90	1,1	-90,00
<b>Óbitos</b>	0	0	0	0	0
<b>Total de atendimentos</b>	7.806	100	7.716	100	1,17

FONTE: Lista de Pacientes do AMB/SIHO.

Não houve alteração significativa na comparação dos dois períodos.

**Tabela 116-** Taxa de ocupação da emergência

Emergência	2016			2015			Variação		
	Nº de leitos	Total de pacientes	Taxa de ocupação	Nº de leitos	Total de pacientes	Taxa de ocupação	Nº de leitos	Total de pacientes	Taxa de ocupação
<b>Pediátrica</b>	5(15)*	1.716	166%	5(15)*	1.450	129%	0	+18	+29%
<b>Obstétrica</b>	8	2.042	107%	8	2.019	106%	0	+1	+1%

**FONTE:** AMB.

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

SOP 2015 – sobre 5 leitos de 01/01 a 11/06/2015; sobre 15 leitos de 12/06 a 07/09/2015; novamente sobre 5 leitos de 08/09 a 31/12/2015.

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

A taxa de ocupação da SOP teve um aumento de 29% no ano de 2016, refletindo o maior nº de atendimentos deste ano, devido ao inverno mais rigoroso, o que justifica a importância da manutenção dessa política de saúde que é a Operação Inverno.

## Ambulatório

Tabela 117- Procedência dos atendimentos ambulatoriais no HMIPV

Atendimentos ambulatoriais		2016		2015		Variação (%)
		Nº	%	Nº	%	
Procedência	Município de POA	78.614	67	79.766	65	-1,44
	Outros municípios	38.650	33	42.254	35	-8,53
Total		117.264	100	122.020	100	-3,90

FONTE: Programa Procedência do AMB/SIHO.

A diminuição de aproximadamente 4% no número de atendimentos ambulatoriais em 2016, é atribuída à readequação das características do ambulatório de acordo com a vocação do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e as necessidades da Rede de Atenção à Saúde. Desde 2015 optou-se pela reavaliação das especialidades atendidas e solicitação, ou não, da reposição dos servidores. Além disso, no ano de 2016 houve uma maior dificuldade em nomeação de novos servidores devido aos decretos municipais de contingência.

## Internação

Tabela 118- Demonstrativo da produção hospitalar

Unidades		Ano		
		2016	2015	Variação (%)
Internações hospitalares	Nº total de internações*	6.902*	6.645*	3,9
	Nº total de internações na UCI Neonatal	315	323	-2,5
	Nº de internações na UTI NEO	323	333	-3,0
	Nº de internações na UTI pediátrica	243	193	26
	Nº de internações no Alojamento Conjunto	1.662	1.548	7
	Nº de internações no Centro Obstétrico	2.049	1.953	5
	Nº de internações na Ginecologia	651	627	4
	Nº de internações na Patologia da Gestação	319	370	-14
	Nº de internações na Sala de Recuperação	1.526	1.489	2,5
	Nº de internações na Sala de Obs. Pediátrica (SOP)	1.729	1.454	19
	Nº de internações na Pediatria	1.080	1.392	-22
	Nº de internações na Psiquiatria (feminino adulto)	166	179	-7
Bloco Cirúrgico	Nº total de cirurgias realizadas	2.178	2.052	5
	Cirurgia geral	164	152	8
	Cirurgia pediátrica	378	347	9,
	Cirurgia plástica	76	71	7
	Gastroenterologia (Endoscopia Digestiva Alta - EDA)	240	220	9
	Ginecologia/obstetrícia	929	804	15,5
	Mastologia	52	71	-27
	Neurocirurgia	28	16	757
	Odontologia	46	51	-10
	Otorrino	7	5	40
	Proctologia	149	180	-17
	Psiquiatria (Eletroconvulsoterapia)	02	42	-95
Urologia	107	88	22	
Centro Obstétrico	Nº total de partos realizados	1.641	1.579	4
	Nº de partos normais	1062	1.031	3
	Nº de partos cesáreos	579	548	6
Exames de apoio diagnóstico	Nº de exames radiológicos	6.624	8.360	-21
	Nº de ecografias	8.813	8.732	1
	Nº de outros exames de imagem	213	386	-45
	Nº de exames laboratoriais	723.461	724.734	-0,2

FONTE: Programa Estatística Hospitalar AMB/SIHO, Programa Bloco Cirúrgico, Estatística do CO e TABWIN.

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

Internações hospitalares: discreto aumento no nº total de internações (3,9%). O aumento mais significativo ocorreu nas seguintes Unidades:

- UTI Pediátrica – aumento de 26% em 2016;
- Sala de Observação Pediátrica - aumento de 19% no nº de internações na SOP. O principal motivo deste aumento decorreu da reordenação da capacidade instalada da Internação Pediátrica, que sofreu reforma de

área física para abertura da Psiquiatria Infantil, tendo reduzido seus leitos para 23 leitos no inverno, mantendo 16 leitos no restante do ano. A abertura da Psiquiatria Infantil está na dependência de ingresso de recursos humanos de enfermagem.

- Internação Psiquiátrica – redução de 7% no número de internações em 2016, atribuída ao bloqueio de leitos necessário para internações de adolescentes, que passou a ocorrer, como rotina, a partir do último quadrimestre.
- As demais Unidades de Internação tiveram pequenas variações, positivas ou negativas, não relevantes.

Bloco Cirúrgico: aumento de 5% do nº total de cirurgias em 2016. Isso se deve a melhor organização dos horários de bloco cirúrgico e otimização de salas disponíveis. A especialidade que teve maior aumento foi a Urologia (21%), seguida da Ginecologia (15%).

Centro Obstétrico: discreto aumento do nº total de partos, mantendo-se a taxa de cesáreas de 34,5% estável, dentro da faixa recomendada para uma instituição de referência para Gestação de Alto Risco e com Serviço de Medicina Fetal bastante atuante.

Apoio Diagnóstico: significativa redução do nº de exames radiológicos (- 20%). Esta redução se deu pela impossibilidade de realizar exames uma vez que o aparelho de exames contrastados e o aparelho de Raio-X portátil estão inoperantes deste março e julho de 2016, respectivamente.

**Tabela 119** - Demonstrativo dos indicadores de atenção à saúde

Tipo	Descrição	Ano		
		2016	2015	Variação (%)
Geral	Taxa de ocupação de leitos	89	89	0
	Taxa de ocupação leitos UTI PED	94	105	-10
	Taxa de ocupação leitos UTI NEO	117	115	2
	Taxa de ocupação leitos UTI NEO INT.	80	85	-6
	Taxa de ocupação leitos Psiquiatria	91	80	14
	Tempo médio de permanência geral	6,2	6,2	0
	Tempo médio de permanência UTI PED	11	12	-8
	Tempo médio de permanência UTI NEO	16	14	14
	Tempo médio de permanência UTI NEO INT.	16	14	14
	Tempo médio de permanência Psiquiatria	25	23	9
	Tempo médio de permanência leitos pediátricos	6,6	5,7	16
	Tempo médio de permanência leitos cirúrgicos	2,5	2,7	-7
	Tempo médio de permanência leitos clínicos	5,3	7	-24
	Tempo médio de permanência leitos obstétricos	4	4	0
Taxa de mortalidade institucional	0,4	0,5	-20	

FONTE: Programa Estatística Hospitalar AMB/SIHO, Programa Bloco Cirúrgico e TABWIN, CCIH.2,5

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

## Serviços Especializados

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

**Tabela 120-** Pré-Natal de Alto Risco e Medicina Fetal

Pré-Natal de Alto Risco e Medicina Fetal	Ano		
	2016	2015	Variação (%)
Consultas médicas*	5.778	5.824	-1
Consultas da equipe multiprofissional**	1.849	663	179
Atividades em grupo	1.050	-804	19

FONTE: PNAR/HMIPV

\*Obstetra, Endocrinologista, Clínico Geral, Geneticista, Psiquiatra

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

OBS - Dados introduzidos no Relatório a partir de 2016.

Ocorreu significativo aumento do quantitativo de consultas realizadas no Pré-Natal de Alto Risco pela equipe multiprofissional, bem como das atividades de grupo, o que demonstra a qualificação do atendimento dessas pacientes.

## Programa de Assistência Integral à Gestante Adolescente - PAIGA

Tabela 121- Programa de Assistência Integral à Gestante Adolescente - PAIGA

PAIGA	2016		2015		Variação (%)
	Nº	%	Nº	%	
<b>Primeiras Consultas</b>	113	14,5	186	10,5	44
<b>Reconsultas</b>	668	85,5	-1.588	-89,5	12
<b>Total</b>	781	100	-1.774	100	16

FONTE: PAIGA-HMIPV – Dados referentes ao segundo e terceiros quadrimestres de 2016.

OBS - Dados introduzidos no Relatório a partir de 2016.

## Centro de Referência em Assistência InfantoJuvenil – CRAI

Tabela 122- CRAI

	2016		2015		Variação (%)
	Nº	%	Nº	%	
<b>Acolhimento POA</b>	674	41	690	40	-2,00
<b>Acolhimento Interior</b>	977	59	1.053	60	-7,00
<b>Total</b>	<b>1.651</b>	<b>100</b>	<b>1.743</b>	<b>100</b>	-5,00
<b>Consulta em Psicologia</b>	752	9	1.163	14	-35,00
<b>Consultas em Serviço Social</b>	941	12	1.023	13	-8,00
<b>Pacientes em Ginecologia</b>	533	7	458	6	16,00
<b>Consultas em Pediatria</b>	2.432	30	2.294	28	6,00
<b>Perícias Físicas</b>	1.644	20	1.268	16	30,00
<b>Perícias Psíquicas</b>	1.919	24	1.929	24	-0,52
<b>Total de atendimentos</b>	<b>8.041</b>	<b>100</b>	<b>8.135</b>	<b>100</b>	-1,16

FONTE: CRAI – HMIPV.

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

O CRAI/HMIPV é um Centro de Referência ao Atendimento de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual.

Acolhimento – atendimento de entrada no CRAI, que deve ser feito por psicólogo e/ou assistente social. Todos os pacientes de Porto Alegre recebem o atendimento psicossocial. Os acolhimentos do interior que necessitem avaliação total recebem igualmente o atendimento psicossocial. Os casos oriundos do interior que chegam ao CRAI com Boletim de Ocorrência Policial já realizado – ou seja, já avaliados em seu município - são apenas acolhidos, por psicólogo ou assistente social.

A avaliação total consiste na entrevista com assistente social e na entrevista com psicólogo, com vistas a avaliar a suspeita de abuso sexual e/ou realizar os encaminhamentos em saúde mental e proteção.

Continuidade do cuidado – o encerramento do caso no CRAI é feito através do “Comunicado de Acolhida no CRAI” que é enviado ao Conselho Tutelar de origem do paciente e ao Ministério Público de Porto Alegre (10ª Promotoria). Esse documento é utilizado para monitoramento dos encaminhamentos sugeridos pelo CRAI, assim como das medidas de proteção indicadas para cada caso: afastamento do agressor, inclusão em programas socioeducativos, inclusão na rede escolar, acompanhamento psicossocial pelo CREAS/FASC, acompanhamento psicológico na RAS.

Houve discreta diminuição do nº total de acolhimentos, bem como de todas as consultas especializadas, exceto as consultas ginecológicas e pediátricas, bem como a perícia física, mostraram aumento.

### **Atendimento a vítimas de violência sexual**

**Tabela 123-** Atendimento a vítimas de violência sexual

	Ano		
	2016	2015	Variação (%)
<b>Consultas no Centro Obstétrico por abuso sexual</b>	132	89	48,31
<b>Interrupção Legal da Gestação -Avaliação multiprofissional</b>	23	15	53,33
<b>Interrupção Legal da Gestação – procedimentos realizados</b>	16	15	6,66

FONTE: CO/HMIPV.

OBS - Dados introduzidos no Relatório a partir de 2016.

O número de consultas por abuso sexual na Emergência do HMIPV aumentou consideravelmente no ano de 2016 (48%), mostrando que o hospital vem cada vez mais se firmando como referência nessa área.

O quantitativo de interrupções legais da gestação manteve-se estável nos dois últimos anos.



## Triagem Auditiva Neonatal – TANU

Tabela 124– Triagem Auditiva Neonatal – TANU

Nº Exames	Ano		
	2016	2015	Variação (%)
UTI Neonatal	256	309	-17
Alojamento Conjunto	1.393	1.333	4,5
Ambulatório	60	123	-51
Consultorias pediatria	3	9	-66
<b>Total</b>	<b>1.712</b>	<b>1.774</b>	<b>-3</b>
<b>TANU X nascimentos (cobertura)</b>	93%	97,4%	-4,4

FONTE: TANU/HMIPV

Considerando em conjunto a UTI Neonatal e o Alojamento Conjunto, o nº de exames de triagem auditiva dos recém-nascidos manteve-se estável. A cobertura da triagem auditiva em relação ao nº de partos teve discreta diminuição. Quanto à diminuição de atendimentos de ambulatório, ocorreu porque o equipamento esteve estragado por um período, no início do ano de 2016, mas também porque houve diminuição da demanda vinda da atenção primária.

### Distúrbios da Deglutição.

Tabela 125– Distúrbios da Deglutição

Distúrbios da Deglutição	2016	2015	Variação (%)
Consultas Realizadas	387	-	-
Porto Alegre	206	-	-
Interior	191	-	-

FONTE: AMB/ Programa de Distúrbios da Deglutição

OBS - Dados introduzidos no Relatório a partir de 2016.

Não conseguimos os dados integrais de 2015, motivo pelo qual não será possível a comparação.

Tabela 126– Exames de Videofluoroscopia

Videofluoroscopia	2016	2015	Variação (%)
<b>Exames realizados</b>	106	99	7,0

FONTE: AMB/ Programa de Distúrbios da Deglutição

OBS - Dados introduzidos no Relatório a partir de 2016.

De abril a agosto de 2015 o equipamento esteve estragado. O mesmo ocorreu a partir de 10 de agosto de 2016, e até a presente data o equipamento

aguarda conserto, o que impediu a realização de mais exames em ambos os períodos.

### Serviço de Referência em Triagem Neonatal - SRTN

Tabela 127– Serviço de Referência em Triagem Neonatal – SRTN – Teste do Pezinho

Indicadores		2016	2015	Variação (%)
Exames Lab. TN	Nº de recém nascidos	107.178	111.054	-3
	Nº de exames alterados	2.629	2.492	5
Hemoglobinas	Nº de recém nascidos	107.178	111.054	-3
	Nº de pais/família	2.501	3.906	-36
Tempo de coleta	Nº de pacientes < 7 dias	90.493	91.722	-1
	Nº de pacientes > 7 dias	16.685	19.332	-14
Fenilcetonúria	Nº de Triagem Neonatal	107.178	111.054	-3
	Nº de exames alterados	362	374	-3
Hipotireoidismo Congênito	Nº de Triagem Neonatal	107.178	111.054	-3
	Nº de exames alterados	1.412	1.723	-18
Anemia Falciforme	Nº de Triagem Neonatal	107.178	111.054	-3
	Nº de exames alterados	265	274	-3
Fibrose Cística	Nº de Triagem Neonatal	107.178	111.054	-3
	Nº de exames alterados	209	263	-21
Biotinidase	Nº de Triagem Neonatal	107.178	111.054	-3
	Nº de exames alterados	213	1.389	-85
Hiperplasia Adrenal Congênita	Nº de Triagem Neonatal	107.178	111.054	-3
	Nº de exames alterados	168	411	-59
Tempos Médios decorridos TN	da coleta ao resultado laboratorial	7,5 dias	8 dias	-6
	da coleta à 1ª consulta	24 dias	22 dias	9

FONTE: Equipe SRTN – HMIPV – Dados referentes ao 3º quadrimestre/2016.

O SRTN é Serviço de Referência Estadual, e realiza todos os exames SUS do RS, totalizando 497 municípios. O SRTN está com a Fase IV implantada, ou seja, incluídos os testes para diagnóstico da Deficiência de Biotinidase e Hiperplasia Adrenal Congênita.

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

Houve discreta redução no prazo entre a coleta da amostra e emissão dos resultados laboratoriais, bem como um pequeno aumento (2 dias) do tempo entre a coleta e a 1ª consulta, no período.

\*- Ref: Manual de Procedimentos do PNTN/MS,

**Tabela 128-** SRTN - Dados comparativos de tempo de coleta x resultado/consulta

<b>Indicadores</b>	<b>Estado RS</b>	<b>Porto Alegre</b>
Exames realizados	32.181	4.484
Tempo coleta 7 dias	27.412	4.417
Tempo coleta > 7 dias	4.769	67
Tempo coleta - resultado	8 dias	3 dias
Tempo coleta – 1ª consulta	23 dias	14 dias

**FONTE:** Equipe SRTN – HMIPV – Dados referentes ao 3º quadrimestre/2016.

Esta tabela foi acrescentada no último quadrimestre de 2016 para monitoramento do indicador de tempo de coleta x resultado/consulta - Estado e Porto Alegre - e estará implantada a partir de agora.

Porto Alegre representou, no último quadrimestre, 14% do total dos exames do Estado, com 98,5% dos seus exames sendo realizados no período ideal de coleta (> 7dias). Em relação ao tempo médio decorrido do processo de Triagem Neonatal houve, também, melhores resultados no município de Porto Alegre, com tempo de 3 dias entre a coleta e o resultado do exame (padrão de excelência recomendado pelo PNTN/MS). Da mesma forma, o tempo de chegada à primeira consulta foi bastante inferior para os recém-nascidos de Porto Alegre, demonstrando uma melhor qualidade da triagem neonatal da capital gaúcha.

### **Centro Municipal Integrado de Planejamento Familiar - CMIPF**

**Tabela 129-** Centro Municipal Integrado de Planejamento Familiar - CMIPF

<b>CMIPF</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Varição (%)</b>
Consultas de enfermagem	239	251	-5
Consultas médicas	1.010	886	14
Laqueadura	153	135	13
Vasectomias	95	74	28

**FONTE:** AMB/HMIPV

OBS - Dados introduzidos no Relatório a partir de 2016.

### **Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE**

**Tabela 130-** Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE

<b>CRIE</b>	<b>Ano</b>		<b>Varição (%)</b>
	<b>2016</b>	<b>2015</b>	
<b>Total de Vacinas</b>	9.950	10.678	-6,82

**FONTE:** CRIE – HMIPV

OBS - Dados introduzidos no Relatório a partir de 2016.

## Odontologia

Tabela 131- Odontologia

Odontologia	Ano		
	2016	2015	Varição (%)
Atendimentos realizados em ambulatório	1.627	3.836	-51
Radiografias realizadas	121	196	-38%
Procedimentos cirúrgicos para pacientes com necessidades especiais, no bloco cirúrgico	46	51	-10

FONTE: AMB/HMIPV-

OBS - Dados introduzidos no Relatório a partir de 2016.

## Rede Cegonha

Tabela 132– Indicadores Rede Cegonha

Indicadores Rede Cegonha		Ano		
		2016	2015	Varição (%)
Indicadores Obstétricos	Total de partos	1.641	1.579	4
	Cesarianas	579	548	6
	Taxa (%) cesariana primíparas	34	32	6
	Taxa (%) episiotomia	31	30	3
	% TR HIV	100	100	0
	% Acompanhante Sala Parto	91	86	6
	% Pele a Pele	65	55	18
	% AM 1ª hora de vida	68	55	23
	TMP Puerperas (dias)	3	3	0
	Taxa (%) Ocupação Obstetrícia	75	84	-11
	Classificação de Risco	Sim	Sim	-
	Nº dias CO fechado	2	0	-
	Motivo	Autoclave estragada	-	-
	% Investigação Óbitos Maternos*	100	*	0
	% Investigação Óbitos Infantis	100	100	0
% Investigação Óbitos Fetais	100	100	0	
Indicadores Neonatais	Nº absoluto RN em UTI Neonatal	324	338	-4
	Nº absoluto RN em UCI Neonatal	305	315	-3
	Nº absoluto RN em Alojamento Conjunto	1.491	1.394	7
	% Ortolani positivo	0,18	0	-
	TANU - testes alterados (nº absoluto)	53	60	-12
	TANU - testes realizados (nº absoluto)	1.605	1.664	-4
	Teste Coraçãozinho positivo	0,2	2	-90
	% Teste pezinho até 5º dia	94	89	6
	Nº receberam HB Ig	3	2	50
	Nº exposição Hepatite B	3	2	50
	Nº exposição Hepatite C	4	0	-
	% Aleit Mat exclusivo na alta	85	86	-1
	Existência de Ambulatório Egressos	Sim	Sim	0

FONTE: CO/HMIPV, UTI Neo/HMIPV, TANU/HMIPV; Comissão de Mortalidade/HMIPV; Lab SRTN/HMIPV. \* Não houve morte materna no ano de 2015.

Os resultados dos Indicadores da Rede Cegonha do HMIPV estão dentro das metas pactuadas.

Em 2016 aumentaram significativamente as taxas de acompanhante em sala de parto (6%), do cuidado pele a pele (18%) e de aleitamento materno na 1ª hora de vida (23%), refletindo os resultados do cuidadoso e constante trabalho humanizado nessa área, apesar das dificuldades já detectadas na assistência de gestantes de risco.

## **Serviço De Epidemiologia E Controle De Infecção Hospitalar – SECIH**

**Tabela 133**– Serviço de Epidemiologia e Controle de infecção Hospitalar - SECIH

Indicadores - SECIH	Ano		
	2016	2015	Variação (%)
IRAS UTI Neo Total	106		
IRAS UTI Neo Precoce*	51		
IRAS UTI Neo Tardia*	49		
IRAS associado à CVC** Neo	11		
IRAS UTI Ped Total	38		
IRAS associado à CVC ** UTI Ped	35		

Fonte:SECIH/HMIPV

\* por 1.000 pacientes/dia

\*\* Cateter Venoso Central

Os indicadores do SECIH foram reformulados a partir de 2016. Os indicadores anteriormente tabulados eram outros, não há como fazer a comparação.

## **Comissão De Segurança do Paciente**

A Comissão é formada por um grupo multiprofissional, que se reúne quinzenalmente. Todas as metas são trabalhadas, focando os esforços nos problemas identificados como os mais prementes e não conformes na instituição.

Revisadas as Metas Internacionais de Segurança do Paciente:

Meta 1 – Identificação Correta do Paciente.

Meta 2 – Comunicação Efetiva

Meta 3 – Uso Seguro de Medicamentos

Meta 4 – Cirurgia Segura

Meta 5 – Prevenção do Risco de Infecções

Meta 6 – Prevenção do Risco de Quedas

Auditoria de processos da Meta 1: Identificação Correta do Paciente, para verificação do preenchimento adequado da pulseira de identificação e identificação de beira de leito, tendo como resultado adequação de 70% (meta de 100%), justificando a necessidade de matriz de treinamento institucional já em discussão com a ASSEP do HMIPV.

Sensibilização e treinamento das equipes para implantação da Meta 2: melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência. Implementada, para todo o hospital, a passagem de plantão em conjunto, após a construção do POP, distribuição dos adesivos para divulgação e treinamento das equipes. Discutido o modelo de orientação de recebimento de informações por telefone, adequadas às necessidades, e acertada a impressão das normas e divulgação. Identificamos a adequação na passagem de plantão nas unidades e relatos por parte da equipe da melhora na comunicação e passagem de informações.

Meta 3 – Uso Seguro de Medicamentos. Discutidas medidas para manutenção de controle de medicações de alta vigilância e medicações controladas, bem como controle das geladeiras, temperatura e limpeza.

Meta 4 – Cirurgia Segura. Implantado o *check list* cirúrgico, para todas as cirurgias. Realizada uma auditoria de prontuários junto ao Arquivo Médico, para identificação das não conformidades. Observou-se adequação de preenchimento em 85% dos auditados e 15% de não conformidades.

Discutido também a urgente necessidade de análise das notificações de eventos adversos e notificação para ANVISA. Realizada análise causa-raiz e montagem de estratégias para correção.

Iniciada a discussão sobre a implantação das escalas Morse, Braden e Braden Q (para prevenção de queda e úlceras de pressão), sua adequação e implantação na instituição.

## 8.4.2 Hospital de Pronto Socorro

**Tabela 134-** Perfil: Procedência dos atendimentos de emergência no HPS, entre os anos 2016 e 2015

Procedência	Ano					
	2016		2015		Variação da Procedência	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Município de POA</b>	96.005	77,56	100.100	76,99	-4.095	0,74
<b>Outros municípios</b>	27.776	22,44	30.021	23,09	-2.245	-2,81
<b>TOTAL</b>	123.781	100	130.021	100	-6.240	-

FONTE: Programa Procedência SIHO.

Observamos que o perfil de procedência dos pacientes permaneceu estável, com alguma diminuição no nº total de atendimentos, proporcionalmente maior na procedência de outros municípios.

**Tabela 135-** Perfil: Estratificação por classificação de risco, entre os anos 2016 e 2015

Risco	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vermelho	321	0,27	475	0,39	-154	-30,76
Laranja	1.587	1,33	1.698	1,42	-111	-6,33
Amarelo	26.591	22,33	26.471	22,22	120	0,49
Verde	72.069	60,51	83.459	70,07	-11.390	-13,65
Azul	18.533	15,56	15.384	12,91	3.149	20,52
Total	119.101	100,00	127.487	100,00	-8.386	-

FONTE: Siho – Programa Classificação de Risco NPC = 997

Nesta tabela observamos uma pequena diminuição no nº total de pacientes graves (vermelho e laranja), com estabilidade nos pacientes “amarelos”, diminuição dos classificados “verde” e um aumento considerável dos classificados “azul”. Pode-se deduzir que mais pacientes, que não necessitam de atendimento hospitalar estão procurando atendimento em local não apropriado.

**Tabela 136-** Desfechos clínicos do atendimento de emergência no HPS, entre os anos 2016 e 2015

Risco	Ano		
	2016	2015	Variação (%)
Alta	4434	4290	3,36
Transferência	1128	1184	-4,73
Óbitos	237	161	47,20
Internações	5022	4928	1,91

FONTE: Estatística Geral SIHO.

Percebemos nesta tabela a estabilidade no nº de internações, mas com um aumento considerável do nº de óbitos (47,20%). Certamente esse aumento tem relação com o atendimento de pacientes com maior gravidade, haja vista o aumento do nº de internações na UTI de Queimados, Taxa de Ocupação da UTI e o TMP

**Tabela 137-** Demonstrativo da produção hospitalar, entre os anos 2016 e 2015

Unidades		Ano		
		2016	2015	Varição
Internações hospitalares	Nº total de internações	5.022	4928	1,91
	Nº total de internações UTI Queimados	87	61	42,62
	Nº de internações em UTI Adulto	437	493	-11,36
	Nº de internações em UTI pediátrica	231	214	7,94
	Nº de internações em enfermaria 4º pavimento	1.210	1392	-13,07
	Nº de internações em enfermaria 2º pavimento	2.001	1952	2,51
	Nº de internações em enfermaria 3º pavimento	508	621	-18,20
Bloco Cirúrgico	Nº total de cirurgias realizadas	3.033	2659	14,07
Agência Transfusional	Nº de bolsas de sangue coletadas	1.204	1756	-35,38
	Nº de bolsas de sangue transfundidas	1917	2964	-13,60

FONTE: SIHO – Programa Linha de cuidados; Ocupação de Enfermaria.

Percebemos a estabilidade no nº de internações, mas com um aumento percentual acentuado nas internações da UTI de Queimados (42,62%) e redução do nº de internações do 4º pavimento (cirurgias especializadas) e do 3º pavimento (neurocirurgia). O nº de cirurgias realizadas aumentou 14,07%.

Em relação à diminuição do nº de bolsas coletadas, faz-se necessário uma campanha, principalmente interna, para encaminhamento de familiares de pacientes para a doação.

**Tabela 138-** Demonstrativo dos indicadores de atenção à saúde, entre os anos 2016 e 2015

Tipo	Descrição	Ano		
		2016	2015	Varição (%)
Geral	Taxa de ocupação de leitos	100,42	96,74	3,80
	Taxa de ocupação leitos UTI	96,14	92,66	3,76
	Tempo Médio de Permanência (TMP)	15,33 dias	13,63 dias	12,47
	TMP leitos UTI	22,25 dias	19,01 dias	17,04
	TMP leitos cirúrgicos	13,71 dias	10,22 dias	34,15
	Taxa de mortalidade institucional	2,89	3,40	-15,00
	Taxa de infecção sonda vesical	-	-	-
Redes (U/E)	Implantação do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar - NAQH	-	-	-
	Tempo médio de atendimento por classificação de risco	15'	10'	50,00
	Tempo médio de permanência em leitos de observação da emergência	-	-	-
CCIH	Taxa de Infecção de pneumonia relacionada à ventilação mecânica	18,69	-	-
	Taxa de infecção urinária relacionada a sonda visical	8,10	-	-
	Taxa de infecção na corrente sanguínea relacionada a uso de cateter	5,95	-	-

Notamos nesta tabela o aumento na taxa de ocupação dos leitos e o tempo médio de permanência, chamando a atenção ao TMP dos leitos cirúrgicos em



34,15%. O tempo médio de atendimento por classificação de risco teve um aumento considerável pela diminuição dos recursos humanos.

### **Comissão de Segurança do Paciente (CSP)**

A Comissão de Segurança do Paciente é composta por enfermeiros, fisioterapeuta, farmacêutico, médicos, técnicos de enfermagem e administrativo, com reuniões bimestrais, para identificar e corrigir falhas na assistência e melhorias nos processos.

Em outubro/2016, 4 membros do CSP iniciaram a Especialização em Segurança do Paciente da FIOCRUZ para serviços de emergência do SUS, com o objetivo de instrumentalizar as ações do CSP.

Realizadas, também, reuniões na CGVS-SMS para composição do Núcleo Municipal de Segurança do Paciente em Porto Alegre e para diagnóstico da situação de cada núcleo das instituições de Porto Alegre.

Podemos incluir nesse trabalho a parceria com o GTH (Grupo de Trabalho em Humanização) com a presença semanal dos “Contadores de Histórias”, voluntários que se dispõem a ler histórias para pacientes internados e ONG “DOUTORZINHOS”, que também visitam semanalmente as crianças internadas, para realização de brincadeiras.

## **8.5 Assistência Farmacêutica**

A meta da Assistência Farmacêutica (AF) é ampla e complexa. A descrição da meta foi redesenhada em 2015, por conta das dificuldades de medicação, pois a AF envolve diferentes etapas, atividades, ações e atores, tornando a mensuração quantitativa mais dificultosa. A meta foi atingida para os critérios estabelecidos, sendo levantada pelos valores das farmácias distritais que apresentam mais organização. Não reflete as dificuldades enfrentadas, mas sim as ações realizadas para melhorar ao atendimento aos usuários.

A AF apresentou avanços positivos em 2016, qualificando o atendimento à população, através da gestão das etapas do Ciclo da AF, com fortalecimento de alicerces importantes, como a ampliação do número de farmacêuticos, informatização e reorganização de espaços físicos e de processos de trabalho. Enfrentou a dificuldade da falta de recursos na aquisição de medicamentos, mas ampliou a atuação dos farmacêuticos apoiadores das gerências, propondo novas formas de gestão clínica, junto às unidades de saúde. Observou-se a importância do cuidado farmacêutico e do uso racional de medicamentos.

### **Projetos Elaborados pela Coordenação**

A Reorganização do Fluxo dos Insumos do Diabetes, iniciada em 2015, prosseguiu em 2016. A abertura de processo administrativo no SEI, para inclusão no programa, agilizou a resposta ao paciente, bem como tornou o fluxo mais transparente. A capacitação dos atores envolvidos nos diferentes pontos deste serviço qualificou o acesso e o cuidado, reduziu as perdas e otimizou recursos públicos, escassos por sub financiamento.

Avançou-se no Projeto de Instalação de Programa Informatizado de Monitoramento do uso do Glicosímetro. O objetivo foi proporcionar à equipe de saúde relatórios de medidas da glicemia capilar, fornecendo dados clínicos do controle do diabetes, através da instalação de software específico. Essa metodologia proporcionará relatórios das medições, acompanhamento do paciente, além do consumo de materiais oferecidos, otimizando as quantidade fornecidas. Já foi realizado teste piloto.

O projeto das Auditorias internas foi finalizado após incremento dos profissionais farmacêuticos em 2016. Verificou-se a observância à Instrução Normativas 015/2011 e às Boas Práticas de Armazenamento de medicamentos nos dispensários das Unidades de Saúde, analisando aspectos como, elaboração de pedido, armazenamento, entrega/dispensação, recursos humanos e informatização. Foram realizadas nas US da SMS, nas US da Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital São Lucas da PUC, SUSEPE e FASE. Com exceção da Gerência Distrital Restinga Extremo Sul, todas foram auditadas. A GD RES ficou um período sem farmacêutico responsável, por motivo de Licença para Tratamento de Saúde, o que inviabilizou a realização das visitas na região.

Os dados obtidos demonstram a necessidade de efetivar-se melhorias nas estruturas físicas dos dispensários e de algumas farmácias distritais, contemplando os requisitos de segurança e de qualidade, principalmente nas condições de armazenamento. Além disso, foi pautada a falta de recursos humanos, bem como o profissional que pode realizar a entrega, em função da liminar resultante da Resolução 008/2016 do COREN. Durante a atividade de visita, foram repassadas as orientações técnicas e os documentos que regem as atividades da entrega e da dispensação de medicamentos.

Nas avaliações das farmácias distritais, avançou-se na elaboração de projetos de melhorias, especialmente na, FD Camaquã, FD Farroupilha, FD Bom Jesus e FD Santa Marta. Nestas realizações também foi contemplada a troca de 48 computadores, equipamentos doados pelo Ministério da Saúde, através do Programa QualifarSUS. A reforma geral da FD Farroupilha iniciou no final de dezembro de 2016, ampliando espaço de estoque, da sala de espera e dos guichês, proporcionando ferramentas aos servidores para a humanização do atendimento.

Progressos na informatização também foram obtidos. Foi realizada a nova versão do Sistema de Dispensação de Medicamentos – DIS e implantado o Sistema de Gerenciamento de Materiais – GMAT, para medicamentos. Esse trabalho foi realizado em conjunto com a Coordenação Geral de Apoio Técnico Administrativo (CGATA) e coordenação da Equipe de Materiais (EMAT) e com a Controladoria Geral do Município. Através de Comissão Inventariante, da qual a COORAF fez parte, realizou-se inventário. Os pedidos de medicamentos iniciaram a ser feitos

diretamente no sistema, mantendo ainda a avaliação dos farmacêuticos apoiadores que passaram a estar mais próximos das unidades de saúde.

Também foi finalizada a integração do DIS com GMAT, para gerenciamento de estoque e dispensação/entrega de medicamentos e insumos. Essa junção dos dois sistemas irá agilizar o processo de pedido, do atendimento e da geração de relatórios, além da rastreabilidade de lotes e de pedidos, tornando a logística transparente e auditável. Está prevista a criação dos sub almoxarifados dos dispensários e farmácias após a integração dos sistemas. A implantação dos sistemas integrados estava prevista para iniciar em 2016, mas não foi possível realizá-la; reagendada para iniciar no primeiro quadrimestre de 2017.

A ampliação dos Recursos Humanos específicos teve resultado positivo. Foram nomeados 20 farmacêuticos para compor as farmácias distritais, especializadas, hospitalares e o Almoxarifado Central. O pequeno acréscimo destes profissionais contribuiu positivamente para a gestão dos medicamentos, qualificando o atendimento. Mesmo com este avanço, o incremento de profissionais é insuficiente e apresenta-se como prioridade, visto a amplitude de atendimento e das filas observadas, especificamente nas distritais. O projeto de ampliação de cargos de auxiliares de farmácia está no Sistema SEI, aguardando liberação para continuidade. Também foi elaborado, em 2016, o documento de Redimensionamento de Pessoal na área farmacêutica, no qual todas as bases técnicas e legais foram apresentadas, bem como um detalhamento das atividades do farmacêutico nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

Esses projetos são fundamentais para o funcionamento das farmácias, o acolhimento ao usuário, atendimento adequado, e minimização de filas, além de promover a saúde do trabalhador. Os atuais escassos servidores estão sobrecarregados.

### **Assessoria Técnica**

A COORAF contribuiu com a assessoria jurídica da SMS e com a Procuradoria Geral do Município (PGM), na elaboração de pareceres técnicos e científicos para solicitações judiciais de medicamentos e demandas da Defensoria Pública e do Ministério Público. Foram contabilizados os números de pareceres

elaborados e o número de medicamentos estudados, apresentados nas tabelas 1 e 2 respectivamente

**Tabela 139-** Número de pareceres elaborados pela Coordenação de Assistência Farmacêutica (COORAF), conforme demanda solicitada, por tipo de componente solicitado, entre os anos 2016 e 2015

Classificação por Componentes	Lista	Ano		
		2016	2015	Varição
Elenco Básico	REMUME	13	27	-14
Elenco Especializado	SES/MS	44	40	4
Fora de padronização	Fora de lista	98	90	8
Elenco + Fora de padronização	REMUME ou SES + Fora de lista	40	14	26
Outros	-	23	3	20
Total	-	218	177	41

**FONTE:** Banco de Dados em Excel elaborado pela COORAF.

Este trabalho técnico foi qualificado ao longo dos últimos dois anos. A numeração sequencial dos pareceres foi dada a partir de julho de 2015. Em 2016 passou-se a separar o número de respostas técnicas e os medicamentos solicitados em cada uma delas.

Observa-se um aumento de 23% nos pareceres, sendo ainda prevalentes as solicitações de medicamentos fora de padronização no SUS (63%). Percebe-se o não atendimento ou desconhecimento, de alguns profissionais de saúde, da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), dos Protocolos e Diretrizes Clínicas Terapêuticas, bem como das questões de vigilância sanitária, pois muitas solicitações não consideram estes marcos técnicos fornecidos pelo MS, além de virem solicitações de medicamentos sem registro na ANVISA. Muitos são oriundos de receitas da rede privada e prescritos pelo nome comercial, com indicativo de determinado laboratório. Já os pareceres da REMUME reduziram. Observou-se, nos pedidos destes fármacos, que o solicitante desconhecia a padronização do município.

Essa atividade requer pesquisa científica baseada em evidência, além de propiciar educação em saúde por orientação dos procedimentos e cuidados dispensados pelo SUS. Os pareceres também podem contribuir com a comissão de farmácia e terapêutica nas análises de seleção de medicamentos.

**Tabela 140** - Número de medicamentos solicitados nas demandas apresentadas para elaboração dos pareceres e respostas técnicas, conforme a classificação dos componentes da RENAME, entre os anos 2016 e 2015

Classificação por Componentes	Lista	Ano		
		2016	2015	Varição
Elenco Básico	REMUME	39	19	20
	Não REMUME	19	8	11
Elenco Especializado	SES/MS	60	36	24
Fora de padronização	Fora de lista	170	100	70
Total		288	163	125

**FONTE:** Banco de Dados em Excel elaborado pela COORAF, pasta de arquivos de Respostas Técnicas de cada demanda e de planilha de Excel® com essas RT compiladas. Ao total foram solicitados 288 DIFERENTES medicamentos, pois alguns se repetem nas solicitações.

A demanda aumentou, bem como o número de medicamentos solicitados. Em 2015 dos 177 pareceres, foram feitas 263 pesquisas, sendo relacionados 163 diferentes fármacos. Já em 2016 foram 218 pareceres para 368 pesquisas de 288 fármacos diferentes. Os dados demonstram uma média de mais de um fármaco é pleiteado em cada ação (2016 = 1,69 e 2015 = 1,49).

Também foram observadas, com frequência, solicitações de medicamentos do elenco especializado do Ministério da Saúde (MS), porém para patologias fora dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), de fármacos para tratamento oncológico, que se repetiram em muitas solicitações e medicamentos do elenco especializado disponíveis nas listas do SUS do Estado, como metilfenidato, respiridona, quetiapina, fluticasona, entre outros. Em algumas situações, o paciente já tinha o processo administrativo deferido, porém o medicamento estava em falta. Em outras circunstâncias, solicitações foram indeferidas, provavelmente por não estarem em consonância com os critérios dos PCDT.

Destaca-se ainda a solicitação, frequente, da “fosfoetanolamina”, substância que ainda não possui registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e que, por esse motivo, não faz parte da lista de medicamentos, uma vez que não reúne os requisitos para ser classificada como medicamento.

## Seleção de Medicamentos

Em 2016 a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) finalizou a etapa de revisão dos itens constantes na REMUME, usando os critérios de eficácia, segurança e custo, preconizados pela Organização Mundial de Saúde. A Tabela xx apresenta os indicadores de produção.

**Tabela 141-** Indicadores de produção da CFT, entre os anos 2016 e 2015

Revisão <sup>1</sup> da REMUME		Quantidade de medicamentos		
		Ano		
		2016	2015	Varição
<b>Total de medicamentos da REMUME</b>	Básicos, incluindo insulinas e saúde da mulher (fornecidos pelo ministério da saúde) - (106)	141	141	0
	Controlados (22)			
	Maleta de emergência (14)			
<b>Medicamentos revisados</b>	Medicamento da REMUME 2012 revisados (42)	140	74	66
	Medicamento definido pela CFT, com parecer de inclusão (0)			
<b>Medicamento da REMUME 2012 - Não revisado</b>		1	57	-56
<b>% de medicamentos revisados</b>		99,29	52,48	98%

**FONTE:** Banco de Dados em Excel elaborado pela COORAF

<sup>1</sup> Avaliação do uso, indicação e posologias, através da medicina baseada em evidências, com critérios de eficácia, segurança e custo.

As reuniões possibilitaram encontros multiprofissionais e análises dos serviços da rede. Foram momentos de difusão de uma visão integral da assistência farmacêutica que concebe o medicamento como ferramenta do cuidado e não mera mercadoria. Também foi estimulada, nestas reuniões multiprofissionais, a abordagem estimuladora do uso racional e correto dos medicamentos.

Houve a exclusão de itens em desuso clínico e sem produção no mercado farmacêuticos, como o alendronato 70. Também foi retirada a fenoximetilpenicilina suspensão, pela dificuldade de aquisição e porque passou a compor a lista de estratégicos do MS, oferecida nos programas de cuidado a criança com anemia falciforme. Foi incluído o medicamento carvedilol 6,25mg, agregando qualidade ao cuidado, especialmente dos idosos. Houve a troca de apresentação do item Gliclazida de 80mg para 30mg de liberação prolongada. As atividades da CFT são permanentes e compõem também o quadro de ferramentas para o uso racional de medicamentos.

## Aquisição de Medicamentos

A aquisição de medicamentos envolve trabalho técnico prévio ao processo de compras mediante certames licitatórios. A tabela abaixo apresenta dados das atividades desenvolvidas pela Comissão de Cadastro de Marcas de Medicamentos. Tal Comissão é responsável pela avaliação de documentos sanitários relacionados aos medicamentos, bem como pelo acompanhamento do uso destes nos serviços e pela proposição de ações de farmacovigilância. Além disso, acompanha as entregas e emite pareceres técnicos para a SMF.

**Tabela 142-** Indicadores de Produção da CCMED, entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	Produção	Nº	Produção	Nº	Produção
<b>Reuniões</b>	14	Atas	14	Atas	0	
<b>Pareceres emitidos</b>	142	Pareceres para SMF: Cancelamento (10) Troca de Marca (54) Prorrogação (62) Outros (16)	135	Pareceres para SMF: Cancelamento (9) Troca de Marca (37) Prorrogação (80) Outros (8)	7	Pareceres para SMF: Cancelamento (1) Troca de Marca (17) Prorrogação (-18) Outros (8)

**FONTE:** Indicadores da CCMED, com base nos documentos arquivados na pasta da Comissão [\pmpa-fs3\sms\\_ccmed\\$](#).

A variação de número de pareceres emitidos foi de apenas 7 a mais em 2016, o que é um número insignificante no universo de 142 pareceres emitidos ao longo do ano. Demonstra que o cenário de atrasos e não cumprimento do contrato por parte do fornecedor se manteve, bem como o prejuízo ao abastecimento de medicamentos em decorrência desse não cumprimento. As respostas priorizam a manutenção dos estoques e a qualidade dos medicamentos distribuídos à população, bem como o cumprimento as regras dos editais de compras.

Após o processo licitatório, tem-se a etapa de aquisição, dando sequência ao Ciclo da AF. O impacto dos gastos com medicamentos é importante no planejamento do orçamento da saúde, além de ser alvo de intensas auditorias por parte dos tribunais de contas. A tabela abaixo apresenta os quantitativos e valores de medicamentos básicos e controlados distribuídos em 2015 e 2016.



## Distribuição de Medicamentos

Os valores a seguir discriminados são referentes ao total de medicamentos entregues nas farmácias e dispensários.

**Tabela 143-** Unidades distribuídas e recursos financeiros vinculados a medicamentos da REMUME entregues nas unidades de saúde de Porto Alegre/RS, entre os anos 2016 e 2015

Tipo de Medicamento	Medicamentos da REMUME Adquiridos/Distribuídos					
	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Unidades Distribuídas	Recurso financeiro aplicado (R\$)	Unidades Distribuídas	Recurso financeiro aplicado (R\$)	Unidades Distribuídas	Recurso financeiro aplicado (R\$)
<b>Básicos</b>	123.026.685	12.342.035,07	149.133.424	14.628.382,00	- 26.106.739	-2.286.346,93
<b>Controlados</b>	38.220.264	4.284.210,07	37.667.013	3.478.516,00	553.251	805.694,07
<b>Total</b>	161.246.949	16.626.245,14	186.800.437	18.106.898,00	- 25.553.488	- 1.480.652,86

**FONTE:** Relatório enviado pelos farmacêuticos da EMAT, com base no relatório do Programa TCDM® e no Sistema GMAT – sistema implantada em agosto de 2016 para gestão de estoque. Cálculo de valores é baseado no valor unitário do medicamento em pregão, apresentado na Nota fiscal inserida no sistema, quando do recebimento.

Houve redução de recursos de 2015 para 2016, evidenciando o sub financiamento da farmácia básica. A portaria 1.555/2013 continua sem reajustes para aquisição de medicamentos desde 2010 e sem reajuste para a aquisição de insumos do diabetes, desde 2013, contrapondo o aumento de preços que aconteceram ao longo dos últimos 7 anos, dificultando a manutenção do abastecimento.

A redução das unidades distribuídas concentraram-se nos medicamentos básicos. Nestes itens foi necessário fazer redução de aquisição por insuficiência de recurso a cada programação de compras. Optou-se por redução dos itens de obtenção gratuita na farmácia popular, evitando ônus aos usuários. O número reflete a falta de medicamentos evidenciada na rede. Nos momentos de redução, optou-se por abastecer plenamente as farmácias distritais, nas quais existe sistema informatizado com controle de retirada, evitando a duplicidade de atendimento. Em contrapartida, houve aumento no investimento dos medicamentos sob regime de controle especial. Durante os dois anos; a plenitude de compras foi priorizada, preocupando-se com a atendimento em saúde mental.

É imprescindível a discussão da atualização monetária da portaria de financiamento da farmácia básica, além da ampliação dos controles de dispensação e de gestão de estoque em todos os pontos da REDE, como vem-se trabalhando com a implantação do DIS e do sistema GMAT, oportunizando rastreabilidade,

transparência e agilidade. Além disso é preciso investimento e financiamento para estrutura física e de RH das farmácias.

Os valores acima apresentados são os de aquisição direta do município, não considerando os itens enviados pelo MS, apresentados na tabela abaixo:

**Tabela 144-** Unidades distribuídas e recursos financeiros vinculados de medicamentos de Programas do Ministério da Saúde, entre os anos 2016 e 2015

Tipo de Medicamento	Medicamentos da REMUME Distribuídos					
	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Unidades Distribuídas	Recurso financeiro aplicado R\$	Unidades Distribuídas	Recurso financeiro aplicado R\$	Unidades Distribuídas	Recurso financeiro aplicado R\$ #
<b>Saúde da Mulher</b>	222.399	881.979,04	179.915	723.428,00	42.484	158.551,04
<b>Insulinas</b>	124.388	1.325.187,50	133.193	1.451.308,00	-8.805	-126.120,50
<b>Total</b>	346.787	2.207.166,54	313.108	2.174.736,00	33.679	32.430,54

**FONTE:** Relatório enviado pelos farmacêuticos da EMAT, com base no relatório do Programa TCDM® e Sistema GMAT, a partir dos dados das Notas Fiscais recebidas, pois os medicamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde # após conferência de arquivos, os dados do primeiro quadrimestre são apresentados nesta tabela CORRIGIDOS.

Observa-se aumento significativo (23%) nas unidades distribuídas de anticoncepcionais, propiciando maior cuidado referente ao planejamento familiar. Já nas insulinas, ocorreu redução de frascos distribuídos. Infere-se, deste dado, sabendo que não houve falta no almoxarifado, as seguintes causas: melhor controle nas retiradas, como resultado das intervenções farmacêuticas ou não solicitação do item por problemas de armazenamento, pois este fármaco precisa de geladeira específica para guarda de termolábeis.

Observou-se uma diferença entre as unidades, umas solicitando pouco e outras solicitando quantidades altas. Para o ajuste de consumo, iniciou-se um estudo da utilização de medicamentos por US, considerando seus dados epidemiológicos e determinantes sociais. Essas análises vem sendo construídas pelos farmacêuticos apoiadores, no sentido de ajudar os profissionais e identificarem as necessidades de fármacos para sua US.

Destaca-se aqui a implantação do sistema GMAT, no qual os pedidos passaram a ser elaborados no sistema de estoque, a partir de agosto de 2016, sendo solicitada a contagem de estoque existente, o conhecimento do consumo médio mensal para o pedido de quantidades adequadas ao atendimento em cada serviço.

## Dispensação e entrega de medicamentos

Os dados são apresentados em número de receitas atendidas, caracterizando uma etapa de acesso do paciente aos serviços.

**Tabela 145-** Número de receitas atendidas nos serviços de farmácia por sua especificidade, entre os anos 2016 e 2015

Farmácias/ Dispensários	Receitas Atendidas								
	Ano								
	2016			2015			Variação		
	Básicos	Controlados	Total	Básicos	Controlados	Total	Básicos	Controlados	Total
<b>Dispensários/ Unidades de Saúde</b>	993.891	4.186	998.077	1.475.678	4.468	1.480.146	-481.787	-282	-482.069
<b>Farmácias Distritais</b>	666.664	342.397	1.009.061	641.696	358.896	1.000.592	24.968	-16.499	8.469
<b>Farmácias Especializadas</b>	9.738	44259	53997	7.742	34.809	42.551	1.996	11.936	13.932
<b>Total</b>	1.670.293	390.842	2.061.135	2.125.116	398.173	2.523.289	-454.823	-7.331	-462.154

FONTE: Relatório da COORAF, com base nos números enviados pelos farmacêuticos.

O número de receitas atendidas é um indicador antigo, que oferece dados para avaliação da capacidade instalada de atendimento, como necessidade de recursos humanos e espaços físicos. A proposta é avançar em indicadores de prescrição.

A tabela acima nos mostra uma retomada da atividade nos dispensários das Unidades de saúde, possivelmente porque eles estiveram melhor abastecidos neste quadrimestre, conforme apresentado na tabela abaixo. As farmácias distritais tiveram um decréscimo no número de receitas atendidas, que foi mais significativo nos medicamentos básicos (16%) do que nos controlados (1,3%), resultado das compras regulares dos medicamentos controlados ao longo do 2º e 3º quadrimestres.

Os números de receitas atendidas se mantêm constante nos últimos anos, entretanto, observa-se um aumento no número de medicamentos

**Tabela 146-** Número de Receitas Atendidas nos dispensários das Unidades de Saúde da SMS, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital (US)	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº de dispensários em unidades de saúde	Nº receitas atendidas nos dispensários das US#	Nº de dispensários em unidades de saúde	Nº receitas atendidas nos dispensários das US#	Nº de dispensários em unidades de saúde	Nº receitas atendidas nos dispensários das US#
<b>Centro (3)</b>	1	36.225	1	54.822	0	-18597
<b>GCC (27)</b>	24	146.412	25	207.320	-1	-60.908
<b>LENO (23)</b>	22	148.329	22	208.472	0	-60.143
<b>NEB (26)</b>	26	183.167	26	260.376	0	-77.209
<b>NHNI (14)</b>	12	107.619	12	140.453	0	-32.834
<b>PLP (23)</b>	22	142.879	22	231.473	0	-88.594
<b>RES (12)</b>	12	88.340	11	149.315	1	-60.975
<b>SCS (18)</b>	17	145.106	17	227.915	0	-82.809
<b>Total GDs</b>	136	998.077	136	1.480.146	0	-482.069

**FONTE:** Relatório do farmacêutico da GD – dados enviados pelas coordenações das unidades de saúde; O número de dispensários é trabalhado conforme os pedidos de medicamentos existentes. Os números de 2015 foram recontados e resumados.

A tabela retrata uma redução expressiva no número de receitas atendidas nas US. A gestão de estoque e o abastecimento são fatores preponderantes nessa análise. Observa-se redução maior nas GDs PLP e SCS, que pode estar relacionado ao tempo de ressuprimento, que tem aumentado pelas dificuldades encontradas na logística, isto é nos processos de separação e transporte de medicamentos.

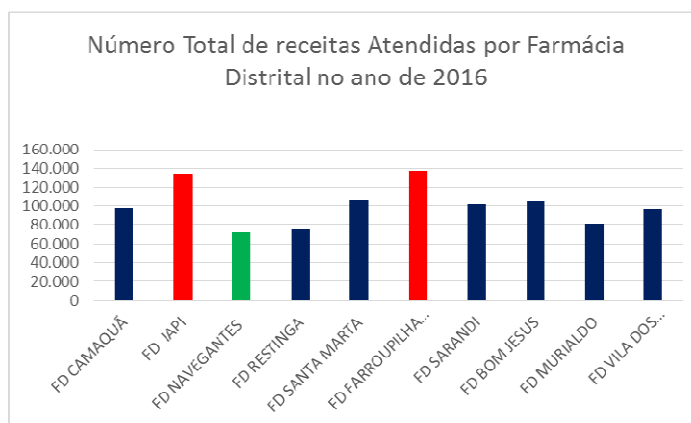
## Número de Receitas Atendidas e Atendimento/Intervenção Farmacêutica nas Farmácias Distritais (FD)

Tabela 147- Número de Receitas Atendidas nas farmácias distritais, entre os anos 2016 e 2015

Farmácias Distritais	Nº guichês		Receitas atendidas								
			Ano								
	2016	2015	2016			2015			Variação		
			Básicas	Controlados	Total	Básicas	Controlados	Total	Básicas	Controlados	Total
Camaquã	4	2	66.863	30.246	97.109	59.236	31.424	90.660	7.627	-1.178	6.449
IAPI	8	8	95.631	39.398	135.029	95.074	41.962	137.036	557	-2.564	-2.007
Navegantes	3	3	54.244	17.515	71.759	43.057	18.203	61.620	11.187	-688	10.499
Restinga	5	5	56.947	18.776	75.723	46.200	16.302	62.502	10.747	2.474	13.221
Santa Marta	6	5	68.243	38.116	106.359	83.013	43.311	126.324	-14.770	-5.195	-19.965
Farroupilha	6	3	86.641	51.386	138.027	92.078	56.922	149.000	-5.437	-5.536	-10.973
Sarandi	4	3	51.032	50.161	101.193	45.338	38.744	84.082	5.694	11.417	17.111
Bom Jesus	4	4	69.704	36.177	105.881	76.867	41.967	118.834	-7.163	-5.790	-12.953
Murialdo	3	3	50.246	31.064	81.310	42.747	34.955	77.702	7.499	-3.891	3.608
Vila dos Comerciários	5	5	67.113	29.558	96.671	58.086	35.106	93.192	9.027	-5.548	3.479
<b>Total de receitas atendidas nas FDS</b>			<b>666.664</b>	<b>342.397</b>	<b>1.009.061</b>	<b>641.696</b>	<b>358.896</b>	<b>1.000.592</b>	<b>24.968</b>	<b>-16.499</b>	<b>8.469</b>

FONTE: Relatório de Produção da Coordenação de Assistência Farmacêutica, baseada em dados fornecidos pelos farmacêuticos das respectivas farmácias PC = computador.

Evidencia-se, pelos números que 6 farmácias tiveram aumento de atendimento em 2016. Houve maior redistribuição da procura. Com o abastecimento conjunto das distritais na mesma semana é facilitado a integralidade do atendimento, sem a necessidade de o paciente buscar mais de uma FD; a queda do atendimento nas US é refletida no aumento da FD, não na mesma proporção, ainda deixando o desafio da manutenção do abastecimento.



**Gráfico 4** - Apresentação comparativa do número de receitas atendidas nas farmácias distritais

**FONTE:** Relatório da COORAF.

O gráfico apresenta as farmácias que mais atenderam, sendo elas vinculadas a região mais central e a centros de saúde. As farmácias, em 2016, passaram a receber medicamentos no mesmo cronograma, dentro da mesma semana. A procura maior da FD Farroupilha pode ser devido a facilidade de acesso.

**Tabela 148-** Média de Pacientes atendidos pelo farmacêutico, entre os anos 2016 e 2015

Procedimentos	Ano		
	2016	2015	Varição
<b>Total Receitas Atendidas nas FDs</b>	1.009.061	1.000.592	8.469
<b>Média de Receitas/mês (12)</b>	84.088	83.383	706
<b>Média de receitas FDs (10)/mês</b>	8.409	8.338	71
<b>Média de receitas atendidas por FD/dia (22 dias úteis)</b>	382	379	3
<b>Média de pacientes atendidos/hora (9h/dia)</b>	42	42	0

**FONTE:** Relatório Gerencial da COORAF.

A média de pacientes atendidos nas farmácias distritais, sob responsabilidade do farmacêutico se manteve a mesma nos dois anos. Conforme tabela, dos 42 pacientes são atendidos por hora, o farmacêutico consegue orientar e fazer um atendimento mais qualificado para aproximadamente 10%. O número reduzido de farmacêuticos e a tendência de aumento na procura por medicamentos nas farmácias do SUS pode ocasionar filas, aumento no tempo de espera e insatisfação do usuário. Essa demanda, somada a falta de recursos humanos para o

atendimento nos guichês dificulta a implantação da Clínica Farmacêutica, na qual o farmacêutico poderia contribuir muito com adesão ao tratamento, acompanhamento da farmacoterapêutica, trazendo qualidade em saúde, humanização do atendimento, bem como redução de custos ao sistema.

**Tabela 149-** Número de Receitas Atendidas nas farmácias distritais e especializadas, entre os anos 2016 e 2015

Farmácias	Nº guichês	Receitas atendidas								
		Ano								
		2016			2015			Variação		
		Básicas	Controlados (ARV)	Total	Básicas	Controlados (ARV)	Total	Básicas	Controlados (ARV)	Total
Homeopática	1	1901	0	1901	1260	0	1260	641	0	641
SAE Santa Marta	1	3540	18815	22.355	1615	8.857	10.472	1.925	9.958	11.883
SAE IAPI	1	556	16.222	16.778	2.203	4.199	6.402	-1647	12.023	10.376
SAE Vila dos Comerciantes	1	3.741	9.222	12.963	2.264	21.753	24.417	1.077	-12.531	-11.454
<b>Total Farmácias Especializadas</b>	<b>4</b>	<b>9.738</b>	<b>44.259</b>	<b>53.997</b>	<b>7.742</b>	<b>34.809</b>	<b>42.551</b>	<b>1.996</b>	<b>11.936</b>	<b>13.932</b>

**FONTE:** Relatório de Produção da Coordenação de Assistência Farmacêutica, baseada em dados fornecidos pelos farmacêuticos das respectivas farmácias PC = computador; a Farmácia Homeopática compõe a Política de Práticas Integrativas e Complementares.

**Tabela 150-** Número total de receitas atendidas por gerência somando as farmácias distritais, dos SAEs, a Homeopática e as farmácias das unidades básicas de saúde, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano								
	2016			2015			Variação		
	Básicos	Controlados	Total	Básicos	Controlados	Total	Básicos	Controlados	Total
<b>Centro<sup>1</sup></b>	196.550	108.317	304.867	232.344	101.265	333.609	-35.794	7.052	-28.742
<b>GCC</b>	213.080	42.966	256.046	264.634	60.295	324.929	-51.554	-17.329	-68.883
<b>LENO</b>	218.033	36.177	254.210	285.339	41.967	327.306	-67.306	-5790	-73.096
<b>NEB</b>	234.199	50.161	284.360	305.714	38.744	344.458	-71.515	11.417	-60.098
<b>NHNI<sup>1</sup></b>	258.050	73.135	331.185	280.199	73.221	353.420	-22.149	-86	-22.235
<b>PLP</b>	193.125	31.064	224.189	274.220	34.955	309.175	--81.095	-3.891	-84.968
<b>RES</b>	145.287	18.776	164.063	195.515	16.302	211.817	-50.228	2.474	-47.754
<b>SCS</b>	211.969	30.246	242.215	287.151	31.424	318.893	-75.182	-1.178	-76.360
<b>Total GDs</b>	1.670.293	390.842	2.061.135	2.125.116	398.173	2.523.289	-454.823	-7331	-462.154

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF. <sup>1</sup> Gerência Distrital com duas farmácias distritais.



Nesta tabela tem-se o somatório de todas as receitas atendidas no município considerando todos os locais. Evidencia, assim como na análise por tipos de farmácias, redução de número de receitas atendidas. Esse dado pode estar relacionado com a falta de medicamentos nas unidades de saúde, pois com a redução de recursos, foi priorizado o atendimento integral das FD. Também pode estar relacionado com a maior procura pelas FD, tendo o paciente retirado todos os itens nas farmácias. Isso significa que a mesma receita não foi contabilizada duas vezes. Esses valores de receitas atendidas, somando as US e FDs sempre trazem a contagem mais de uma vez da mesma receita. Pode-se inferir que o paciente foi contemplado na totalidade dos itens sendo atendido uma única vez na FD, sem ter procurado a US. Essas variáveis vão ficar mais evidentes quando o sistema informatizado estiver implantado em todas as unidades.

**Tabela 151-** Número de Receitas atendidas nas farmácias dos Prontos Atendimentos em regime interno de plantões, no ano de 2016

Farmácia/Pronto Atendimento	2016	
	Nº Plantões	Nº Receitas Atendidas
<b>Farmácia PA Bom Jesus</b>	83	7.441
<b>Farmácia PA Cruzeiro do Sul</b>	118	12.262
<b>Farmácia PA Lomba do Pinheiro</b>	116	9.429
<b>Total</b>	317	29.312

FONTE: Relatório da COORAF

Este dado começou a ser coletado no ano de 2016. Os plantões das farmácias dos PA atendem os pacientes que consultam nesse local. Uma ação instituída para a resolutividade da atenção a saúde, entretanto sofre com a defasagem de profissionais, por isso a diferença do número de plantões entre os PA. Destaca-se a redução no número de plantões da Farmácia PA Bom Jesus em virtude do término do contrato temporário da auxiliar de farmácia, cuja contratação se deu pela Operação Inverno.

## Programa Municipal de Distribuição dos Insumos para Diabetes (PMDID)

**Tabela 152-** Número de processos de solicitação de insumos, recebidos e avaliados pela COORAF, entre os anos 2016 e 2015

Situação	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
<b>Deferidos</b>	815	85,07	984	78,41	-169	6,67
<b>Indeferidos</b>	78	8,14	174	13,86	-96	-5,72
<b>Pendentes</b>	65	6,78	97	7,73	-32	-0,94
<b>Total</b>	958	100,00	1255	100,00	-297	-

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF

Observa-se que houve diminuição no total de processos abertos, entretanto, proporcionalmente, houve aumento nos deferidos. Além disso, observa-se, percentualmente uma redução dos indeferidos e dos pendentes. Esses valores resultaram da qualificação da triagem e orientação no recebimento dos documentos pelo Núcleo de Expediente/CGAT para abertura inicial do processo e indica melhora do acesso. Os indeferimentos diminuíram em comparação a 2015, evidenciando o trabalho de disseminação das informações com a criação e disponibilização de área específica no site da SMS para pacientes e profissionais dos serviços de saúde da cidade, com o constante de envio dos impressos próprios do PMDID aos pontos de atenção, bem como a capacitação nos colegiados das Gerências Distritais pelos farmacêuticos apoiadores de cada território reforçando as orientações sobre os documentos corretos para abertura de processo administrativo.

O número de pacientes excluídos aumento em 67% em 2016 (997) em relação à 2015 (596), esse percentual significa o constante acompanhamento das listas de comprovação de retiradas dos insumos pelos pacientes, identificando óbitos, mudança de município/estado da federação e a exclusão daqueles pacientes que não buscavam os seus kits de manutenção mensal por mais de 90 dias, conforme rege a Portaria 802/2011. Esse dado remete a discussão desta ferramenta no cuidado do paciente, tanto por ele mesmo como pelas equipes de saúde. Muitos pacientes demoram para retirar seus insumos, sendo que houve uma prescrição inicial. A disponibilização destes itens visa melhor controle do diabetes, desta forma o uso deve ser feito da forma adequada para que o investimento tenha o retorno esperado.

Em 2016 o PMDID inovou por meio da convocação para atualização cadastral de 346 pacientes através de carta aviso entregue aos pacientes nas unidades de

saúde. O que permitiu sanar várias inconformidades, garantindo também ajustar as quantidades de insumos recebidas pelos pacientes. Foi iniciada em 2016 elaboração conjunta com a GPPS-SMS e DANT's a proposta de Minuta de alteração da atual Portaria 802 de 11 de Novembro de 2011 que rege sobre o fornecimento de insumos pela SMS. Que terá continuidade no 1º quadrimestre de 2017 envolvendo Atenção Básica, CGAE e SAMU.

**Tabela 153**-Número de entregas programadas<sup>1</sup> para os pacientes cadastrados no Programa de Insumos de Diabetes, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano					
	2016		2015		Variação	
	US	Entrega programada	US	Entrega programada	US	Entrega programada
<b>Centro</b>	3	6.246	3	4.836	0	1.410
<b>GCC</b>	25	4.617	26	3.329	-1	1.288
<b>LENO</b>	23	4.758	24	3.288	-1	1.470
<b>NEB</b>	27	6.676	27	4.724	0	1.952
<b>NHNI</b>	13	5.674	13	4.030	0	1.644
<b>PLP</b>	23	5.488	23	3.802	0	1.686
<b>RES</b>	12	3.382	13	2.177	-1	1.205
<b>SCS</b>	18	6.304	19	4.284	-1	20.20
<b>Total</b>	144	43.145	148	30.470	4	12.675

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF

<sup>1</sup> Pacientes com processo administrativo deferido e com entrega programada dentro de cada mês. As planilhas sofrem avaliação mensalmente para análise da constância da retirada dos insumos.

Observa-se o aumento de 41% nas programações de entregas no ano de 2016 em comparação a 2015. Informamos que a variação de 04 locais de entrega a menos é referente às Farmácias Distritais que continham listas em 2015 e foi realizado um trabalho de vinculação dos pacientes nas listas de suas US, fortalecendo o vínculo de identificação e conhecimento de seus pacientes diabéticos.

**Tabela 154-** Número de entregas<sup>1</sup> de insumos realizadas, por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano						Variação		
	2016			2015			Nº US e FD que entregam insumos	Total de pacientes atendidos	% de atendimento das entregas
	Nº US e FD que entregam insumos	Total de pacientes atendidos	% de atendimento das entregas	Nº US e FD que entregam insumos	Total de pacientes atendidos	% de atendimento das entregas			
<b>Centro</b>	3	4.654	15,16	3	4.875	17,78	0	-221	-6,74
<b>GCC</b>	25	3.672	11,96	26	3.538	12,90	-1	134	4,09
<b>LENO</b>	23	2.837	9,24	24	1.811	6,60	-1	1.026	31,31
<b>NEB</b>	27	4.866	15,85	27	5.835	21,28	0	-969	-29,57
<b>NHNI</b>	13	3.985	12,98	13	3.528	12,87	0	457	13,95
<b>PLP</b>	23	3.439	11,20	23	2.920	10,65	0	519	15,84
<b>RES</b>	12	2.601	8,32	13	1.818	6,63	-1	737	22,49
<b>SCS</b>	18	4.689	15,28	19	3.095	11,29	-1	1.594	48,64
<b>Total</b>	144	30.743	100,00	148	27.420	100,00	4	3.277	100,00

**FONTE:** Relatório Gerencial da COORAF

<sup>1</sup> As entregas de insumos realizadas são contabilizadas a partir das listas de controle da entrega dos insumos, assinadas pelo paciente/usuário, no momento da retirada.

O número de retiradas pelos pacientes aumentou em 11, 95% no ano de 2016, podendo indicar maior acesso de pacientes aos insumos. Dentre os fatores para análise, encontram-se: a continuidade da primeira entrega dos Kits através da consulta farmacêutica com orientações referentes ao manejo correto do glicosímetro; realização de orientações voltadas ao uso racional dos medicamentos associados ao diabetes e/ou outras patologias; ação conjunta de reforço pelos profissionais (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e Odontólogos) da Atenção Básica para com os pacientes ativos do PMDID, sobre a necessidade de manter a regularidade das retiradas dos kits de manutenção mensal nas US, orientando para o registro de assinatura como comprovação de retirada e alertando que a não retirada poderá acarretar exclusão do PMDID, bem como o autocuidado.

Outra ação importante foi o aprimoramento das orientações e dos fluxos do Programa nas instâncias de colegiado dos coordenadores nas Gerências Distritais (GDs), sendo realizadas nos seguintes territórios GCC, RESTINGA e SCS (2015) e LENO, NHNI e PLP (2016). O que impactou no aumento das retiradas nessas Gds.

Referente ao Projeto de Instalação de Programa Informatizado de Monitoramento do uso do Glicosímetro, a COORAF-SMS recebeu a autorização formal da empresa detentora do software apenas em Dezembro de 2016, o que atrasou o cronograma do Portal de Gestão. Esse software instalado nos ponto de atenção da Rede permitirá a verificação se os insumos que estão sendo entregue para o Controle do Diabetes Mellitus estão sendo utilizados diariamente pelos pacientes insulino dependentes. Com previsão de retomada e continuidade de seu cronograma ainda no 1º quadrimestre de 2017.

**Tabela 155-** Unidades de Insumos do Programa do Diabetes distribuídos e recursos financeiros utilizados em Porto Alegre/RS, entre os anos 2016 e 2015

Insumos do diabetes	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Unidades Distribuídas	Recurso financeiro aplicado (R\$)	Unidades Distribuídas	Recurso financeiro aplicado (R\$)	Unidades Distribuídas	Recurso financeiro aplicado (R\$)
Fitas Reagentes	2.651.110	958.187,18	3.187.517	965.377,48	-536.407	-7.190,30
Lancetas	2.249.173	704.213,05	2.170.176	672.754,56	78.997	31.458,49
Seringas Insulina	826.403	280.751,30	884.923	266.238,40	-58.520	14.512,90
Total	5.726.686	1.943.151,53	6.242.616	1.904.370,44	-519.930	38.781,09

FONTE: Sistema GMAT.

Observa-se que houve diminuição dos recursos aplicados para aquisição de fitas reagentes, dado relacionado a não necessidade de aquisição deste item, resultado da intensificação do remanejamento entre as FD e US, como também a verificação de posição de estoque no Almoxarifado. Esse fluxo resultou, no ano de 2016, uma programação de compras mais real dos insumos que compõe o Programa. Outra ação significativa ao longo de 2016 foi o registro do estoque excedente do mês anterior nas listas de comprovação de retiradas dos insumos pelas US mensalmente, permitindo melhores controles e utilização adequada dos recursos financeiros, sem desassistir aos pacientes e aumentando os números de atendimentos com os Kits de manutenção mensal conforme demonstrado na tabela 16 em comparação a 2015.

Essas duas importantes ações acima, de Controle de Estoque nas Unidades e Almoxarifado, impactaram em uma economia de não necessidade de compras de: 1.422.250 unidades de Fitas Reagentes [ x R\$ 0,36] equivalente a R\$ 512.010,00; 1.057.730 unidades de Lancetas [ x R\$ 0,37] equivalente a R\$ 391.360,00 e 556.540 unidade de Seringas de insulina [ x R\$ 0,44] equivalente a R\$ 244.877,00 no de 2016. A gestão de estoque foi um dos principais impactos no PMDID em 2016.

## **Atendimento Farmacêutico**

Os serviços realizados pelos farmacêuticos nas Unidades de Saúde são voltados à promoção do uso racional e desenvolvimento de ações de educação da população e das equipes de saúde, foram sistematizados e registrados no ano de 2016, com a nomeação e posse dos farmacêuticos concursados. Sendo assim, não é possível traçar paralelo entre os anos de 2015 e 2016.

Entretanto, a Assistência Farmacêutica vem passando por uma reestruturação, a qual possibilita dar os primeiros passos nos registros das atividades dos farmacêuticos e sua equipe de trabalho. Com os profissionais contratados pode-se viabilizar um melhor controle da dispensação com o uso do DIS em todas as farmácias distritais.

O objetivo é proporcionar a atenção farmacêutica, com prioridade no uso racional de medicamentos e na adesão ao tratamento. Os farmacêuticos participam também de diferentes espaços de saúde na SMS e em fóruns específicos. Foram parceiros na construção e na capacitação do Protocolo da Saúde da Mulher. Alguns colegas realizaram capacitação sobre cuidados com medicamentos junto às equipes e à população.

Destaque para a primeira consulta realizada ao paciente diabético que tem gerado problemas relacionados a medicamentos que são, muitas vezes, solucionados na consulta ou atendimentos subsequentes.

Precisaria ser criado o código de consulta farmacêutica, já em debate no Ministério da Saúde, pois, além da resolutividade do tratamento, o município poderia receber por esta atividade.

A atuação dos farmacêuticos é na saúde individual, na família e na comunidade, além de atuante nas equipes de saúde da família. O trabalho deles é sintetizado nas tabelas a seguir.

**Tabela 156-** Número de atendimentos e intervenções farmacêuticas nas Gerencias Distritais no ano de 2016.

<b>Indicadores serviços farmacêuticos das GD</b>	<b>Centro</b>	<b>GCC</b>	<b>LENO</b>	<b>NEB</b>	<b>NHNI</b>	<b>PLP</b>	<b>RES</b>	<b>SCS</b>	<b>Total</b>
<b>N° de Atendimento Individual do Farmacêutico (em que o paciente foi atendido em sala individual, na FD ou em algumas US, em que houve intervenção e regimento)</b>	36	175	5	219	25	85	201	0	746
<b>N° de pedidos de medicamentos avaliados</b>	52	344	260	267	118	286	286	0216	1829
<b>N° de E22 avaliados</b>	44	422	229	309	48	380	241	158	1831
<b>N° de visitas as unidade de saúde</b>	7	190	26	144	16	63	151	26	623
<b>N° de remanejamentos elaborados e realizados (de medicamentos e de insumos)</b>	20	99	15	83	89	338	422	72	1138
<b>N° de devolução para EMAT</b>	3	6	21	93	51	6	50	20	250
<b>N° de capacitações realizadas pelo farmacêutico</b>	5	15	0	46	0	13	3	32	114
<b>N° de capacitação farmacêutico Apoiador em reuniões de colegiado</b>	1	24	21	16	22	23	12	4	123
<b>N° de participação farmacêutico Apoiador em reunião de equipe da US</b>	6	6	0	6	8	12	12	0	50
<b>N° de participação de reuniões da COORAF</b>	6	25	7	9	3	13	6	8	77
<b>N° de participação em capacitações e eventos em que o farmacêutico participou.</b>	3	14	7	32	4	37	38	5	140
<b>N° de atividades PET Saúde</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>N° de atividades na Residência</b>	0	1	0	0	0	48	2	0	51
<b>N° de atividades realizadas com estagiários</b>	2	38	4	22	0	7	2	7	82
<b>N° de participação em atividades de grupo no local da FD ou em outros espaços de saúde.</b>	7	23	9	10	0	48	14	8	119
<b>Total</b>	192	1382	604	1256	384	1359	1440	556	7173

FONTE:Relatório Gerencial da COORAF .

Os dados registrados na tabela acima demonstram de uma forma mais esclarecedora as informações até então apresentadas nos Relatórios de Gestão anteriores. Quando referiam-se aos serviços do farmacêutico e sua equipe, uma demanda em virtude de muitas dúvidas dos profissionais das unidades de saúde. Além das etapas da logística dos medicamentos há envolvimento direto com as unidades de saúde de seu território, nas reuniões de colegiado, na capacitação das equipes, no apoio direto e na avaliação dos pedidos. Há um perfil diferente em cada região da cidade, bem como cada local apresenta demandas variadas, exigindo diferentes atuações dos profissionais.



**Tabela 157-** Número Atendimentos e intervenções farmacêuticas nas farmácias distritais no ano de 2016

<b>Indicadores por FD</b>	<b>Centro</b>	<b>GCC</b>	<b>LENO</b>	<b>NEB</b>	<b>NHNI</b>	<b>PLP</b>	<b>RES</b>	<b>SCS</b>	<b>Total</b>
<b>N° de Atendimentos Individual do Farmacêutico (em que o paciente foi trazido para dentro da farmácia, em que houve registro da atividade e da intervenção feita) na Farmácia Distrital</b>	496	166	0	443	30	246	0	5	1386
<b>N° de reuniões de equipe realizadas pelo farmacêutico na FD</b>	8	13	5	16	11	15	5	1	74
<b>N° de participação do farmacêutico da distrital em reunião de colegiado</b>	5	7	1	9	1	10	0	1	34
<b>N° de participação de reunião da COORAF</b>	8	7	2	6	3	5	2	4	37
<b>N° de participação em capacitações e eventos em que o farmacêutico participou</b>	6	4	5	31	6	10	1	0	63
<b>N° atividades em Residência</b>	0	0	0	1	0	27	0	0	28
<b>N° de atividade realizadas com estagiários</b>	7	64	1	16	1	25	0	0	114
<b>N° de participação e, atividade de grupo no local da FD ou em outros espaços de saúde</b>	3	4	4	8	16	47	0	3	70
<b>Total</b>	533	265	18	530	53	385	8	14	1806

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF.

Nesta tabela há demonstração do quanto esta intervenção farmacêutica poderá contribuir com a satisfação do usuário nos quesitos relacionados com o uso de medicamentos e sua manutenção. Este profissional desempenha um papel vital em termos do sucesso da equipe de trabalho bem como a organização do ambiente de trabalho e sugestões para a melhor adequação deste local. Ainda são necessárias a realização de melhorias estruturais e de ambiência nas farmácias, para o desenvolvimento pleno da AF

**Tabela 158-** Atendimento a meta de implementação da Assistência Farmacêutica (AF) nos dispensários de Unidades de Saúde da Atenção Básica por GD – Dados quantitativos dos indicadores das etapas do de programação, guarda e recebimento de medicamentos, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano											
	2016*				2015#				Variação			
	Nº de dispensários (nº unidades de saúde)	Programação % (Nº)	Guarda %	Entrega %	Nº de dispensários (nº unidades de saúde)	Programação % (Nº)	Guarda %	Entrega %	Nº de dispensários (nº unidades de saúde)	Programação % (Nº)	Guarda %	Entrega %
<b>SCS</b>	17	100	70	58	17	100	64,33	62,67	0	-	-	-
<b>NHNI</b>	12	100	64	52	12	100	74,33	57,67	0	-	-	-
<b>REST</b>	12	91,67	100	60	12	100	97,33	83,33	0	-	-	-
<b>Centro</b>	1	100	96,33	67	1	100	100	83,33	0	-	-	-
<b>NEB</b>	26	100	98,67	67	26	96,67	100	83,33	0	-	-	-
<b>LENO</b>	22	97,67	50,33	52	22	93,33	46,33	63,00	0	-	-	-
<b>PLP</b>	22	100	93,00	50	22	98,68	54,66	46,67	0	-	-	-
<b>GCC</b>	24	100	96,67	67	24	100	100	66,67	0	-	-	-
<b>Total GDs</b>	136	98,67	83,63	58,96	136	98,96	67,46	68,33	0	0,08	4,00	-9,38
<b>Média das etapas</b>	80,41				82,30				-1,76			

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF. \* Realizada a média dos quadrimestres. # dados do RAG 2015 RETIFICADOS pelas somas do quadrimestre

A etapa de programação foi qualificada com a inserção dos novos farmacêuticos nas gerências, dando suporte e orientação às US. A etapa de guarda ainda fica comprometida em função das estruturas físicas, mas as equipes foram recebendo capacitação e orientação ao longo do ano, sobre cuidados com medicamentos. A entrega de medicamentos nas unidades de saúde apresentou diferentes cenários no ano de 2016, iniciando com a questão judicial junto ao COREN/RS no início de 2016, bem como a restrição de medicamentos nas unidades. Esses dados são difíceis de mensurar, pois na meta não houve estabelecimento de quais padrões e dados deveriam ser monitorados e de como transformá-los em números.

**Tabela 159-** Atendimento a meta de implementação da Assistência Farmacêutica (AF) nas Farmácias Distritais e Especializadas por GD – Dados quantitativos dos indicadores das etapas do de programação, guarda e recebimento de medicamentos, entre os anos 2016 e 2015

Farmácia Distrital e Especializada	Nº de Farmácias	Ano								
		2016			2015			Variação		
		Programação % (Nº)	Guarda %	Entrega %	Programação % (Nº)	Guarda %	Entrega %	Programação % (Nº)	Guarda %	Entrega %
<b>SCS</b>	1 (FD)	100	100	100	100	100	100	-	-	-
<b>NHNI</b>	2 (FD) + 1 (SAE)	100	100	100	100	100	100	-	-	-
<b>REST</b>	1 (FD)	100	100	100	100	100	100	-	-	-
<b>Centro</b>	2 (FD) + 1 (SAE) + 1 (FH)	100	100	100	100	100	100	-	-	-
<b>NEB</b>	1 (FD)	100	100	100	100	100	100	-	-	-
<b>LENO</b>	1 (FD)	100	100	100	100	100	100	-	-	-
<b>PLP</b>	1 (FD)	100	100	100	100	100	100	-	-	-
<b>GCC</b>	1 (FD) + 1 (SAE)	100	100	100	100	100	100	-	-	-
<b>Total GDS</b>	14	100	100	100	100	100	100	-	-	-
<b>Média das etapas</b>		100			100			0		

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF.

Em relação aos três pontos avaliados, os farmacêuticos responsáveis pelas FDs, que já realizavam as etapas, foram aprimorando-as, neste último ano. Muito ainda precisa ser realizado, ampliando o conceito da meta. Mas os pedidos são feitos de forma qualificada, estabelecido pelo consumo médio mensal e previsões sazonais. A dispensação tem sido realizada com as ferramentas existentes e melhorada, bem como o atendimento maior dos itens da lista básica. Além de fornecer ao paciente um cuidado diferenciado.

**Tabela 160-** Cálculo da média de atendimento a meta de implementação da Assistência Farmacêutica (AF) das etapas do de programação, guarda e recebimento de medicamentos, entre os anos 2016 e 2015

Locais	Ano												
	2016	2016				2015				variação			
		Progra mação %(Nº)	Guarda %	Entrega %	Total %	Progra mação %(Nº)	Guarda %	Entrega %	Total %	Progra mação %(Nº)	Guarda %	Entrega %	Total %
<b>Dispensários</b>	137	98,67	83,63	58,96	80,41	98,96	67,46	68,33	82,18	-	-	-	-
<b>Farmácias Distritais e Especializadas</b>	14	100	100	100		100	100	100	100	-	-	-	-
<b>Média das etapas</b>		90,21				91,09				-0,88			

FONTE: Relatório Gerencial da COORAF.

A meta calculada para o ano de 2015 foi de 88,30, entretanto, na revisão para comparação com o ano de 2016, observou-se que houve equívoco na plotação dos dados,, sendo usada a média dos três quadrimestres, pois não são dados cumulativos. Cada quadrimestre tem sua especificidade, por isso, os cálculos são mais difíceis.

## 9 REGULAÇÃO DO SUS

**Meta 37.** Garantir que 77% das subespecialidades médicas tenham tempo de espera menor que 30 dias para consulta.

A meta não foi atingida, pois 66,29% (118) das subespecialidades têm tempo de espera menor que 30 dias (sem fila), conforme quadro apresentado no Relatório Quadrimestral (3º quadrimestre de 2016). Em comparação com o resultado alcançado no mês de junho de 2016, que foi de 76,53%, houve acentuado crescimento de subespecialidades com demanda reprimida. Verificou-se este efeito após a migração do sistema AGHOS para o GERCON.

Para o processo de migração era necessário que o sistema estivesse aberto para inclusão de data retroativa, para que os lançamentos das solicitações que estivessem no AGHOS pudessem ser incluídas no GERCON com a mesma data. Durante este período, que iniciou em julho de 2016, foi identificado que foram incluídas solicitações que não constavam no sistema AGHOS, bem como solicitações com data diferente da que estava registrada no sistema AGHOS. A possibilidade de inclusão de pacientes com data retroativa estava prevista até fevereiro de 2017, conforme pactuação no GT de Regulação Estadual, em virtude de demandas de municípios do interior (Informe CRA/SES nº42/2016).

**Meta 40.** Instituir o indicador de tempo médio de observação em emergência hospitalar em 70% dos prestadores contratualizados.

O indicador permanece instituído em 60% dos hospitais com emergência, restando à inclusão nos Hospitais Públicos Federais. Está sendo incluído, à medida que novos contratos forem firmados.

Os documentos descritivos dos hospitais do Grupo Hospitalar Conceição já estão elaborados e os indicadores em questão foram contemplados. Com relação ao Hospital de Clínicas, está sendo instruído processo de renovação.

Cabe informar que apesar de ainda não terem sido instituídos em todos os contratos, os Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar conduzidos pela equipe da Média e Alta Complexidade discutem e acompanham estes indicadores através dos NAQHs.

**Quadro 6-** Prestadores com indicador de tempo médio de observação na emergência hospitalar

2016	
Hospitais com Emergência	Indicador instituído no contrato
Irmadade Santa Casa de Misericórdia	Sim
Hospital São Lucas da PUCRS	Sim
Hospital Vila Nova	Sim
Instituto de Cardiologia	Sim
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Não
Hospital Nossa Senhora da Conceição	Não
Hospital Cristo Redentor	Não
Hospital Fêmeina	Não
Hospital Restinga	Sim
Hospital Banco de Olhos	Sim
TOTAL	60%

**FONTE:** NRP/GRSS. Contratos firmados.

**Meta 41.** Monitorar indicadores hospitalares de qualidade em 100% dos hospitais contratualizados ao SUS pela Comissão de Acompanhamento de Contratos (CAC).

Todas as reuniões previstas de acompanhamento de contrato foram realizadas, portanto a meta foi atingida em sua plenitude. Trata-se de prioridade da Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde manter as avaliações em dia, de modo a efetivar as diretrizes de contratualização dispostas na Portaria n.º 3.410/2013, e avaliar os serviços prestados através de metas físico-financeiras e de qualidades contratadas, encaminhando ao gestor o desempenho dos resultados. O processo de avaliação também auxilia nas análises de situações assistenciais que necessitam de melhorias. As datas e horários das reuniões foram apresentadas nos relatórios quadrimestrais.

**Meta 47.** Contratualizar 100% dos prestadores de serviços ambulatoriais aptos, conforme legislação vigente e necessidade da SMS.

O ano de 2016 encerrou com percentual de 85% da meta atingida. Foram firmados os termos aditivos contratuais que haviam sido encaminhados no quadrimestre passado, exceto Laboratório Moogen e Felipe, em vias de assinatura.

Importante ressaltar a entrada da Faculdade de Farmácia da UFRGS, que se credenciou no Chamamento Público e passou a prestar serviços de análises clínicas à Rede de Atenção Básica do Município.

As situações dos processos dos chamamentos públicos foram apresentadas nos relatórios quadrimestrais.

**Quadro 7**– Prestadores de serviços ambulatoriais aptos e contratados

2016	
Prestador de serviço ambulatorial apto	Contrato vigente em 31/12/2016
Laboratório Andradas	Sim
Laboratório Bioanálises	Sim
Laboratório Endocrimeta	Sim
Laboratório Felipe	Não
Laboratório Geyer	Sim
Laboratório Jeffman	Sim
Laboratório Lafont	Sim
Laboratório Lutz	Sim
Laboratório Marques Pereira	Sim
Laboratório Moogen	Não
Laboratório Santa Helena	Sim
Laboratório Senhor dos Passos	Sim
Faculdade de Farmácia da UFRGS	Sim
TOTAL	85%

FONTE: NRP/GRSS

**Meta 48.** Contratualizar 100% dos prestadores hospitalares vinculados ao SUS no município, conforme necessidade da SMS.

Foi atingido resultado de 62,5% desta meta, visto que 6 prestadores hospitalares não estavam com contrato vigente em 31/12/2016, conforme tabela abaixo. Destes 6 prestadores, 4 possuem contrato firmado com o Município e 2 são próprios municipais, que ainda não possuem definição de modelo contratual a ser firmado. Os contratos dos Hospitais Banco de Olhos, Hospital Espírita, Hospital Restinga e Irmandade Santa Casa de Misericórdia estão em tramitação, tendo sido as negociações superadas, restando pendentes os trâmites jurídicos e administrativos.

**Quadro 8-** Prestadores hospitalares com contrato vigente em 2016

<b>Prestadores Hospitalares vinculados ao SUS</b>	<b>Contrato vigente em 31/12/2016</b>
Hospital Banco de Olhos	Não
Hospital Beneficência Portuguesa	Sim
Hospital Cardiologia	Sim
Hospital de Clínicas	Sim
Hospital Cristo Redentor	Sim
Hospital Independência	Sim
Hospital Espírita	Não
Hospital Fêmina	Sim
Hospital Nossa Senhora da Conceição	Sim
Hospital São Lucas da PUCRS	Sim
Hospital da Restinga	Não
Irmandade Santa Casa de Misericórdia	Não
Hospital Vila Nova	Sim
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	Não
Hospital de Pronto Socorro	Não
Hospital Ernesto Dornelles	Sim
TOTAL	62,5%

FONTE: NRP/GRSS

**Meta 57.** Atualizar mensalmente em 100% a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde - CNES.

A meta foi atingida, conforme rotina mensal de atualização dos dados ao Ministério da Saúde.



## 9.1 Regulação de Serviços Ambulatoriais Especializados ofertados nos Hospitais

**Tabela 161-** Oferta de consultas iniciais dos serviços hospitalares, reguladas pela Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados de Porto Alegre/RS

Tipo de serviço	2016			2015			Variação da Oferta	
	Oferta	Bloq.	% Bloq	Oferta	Bloq.	% Bloq.	N°	%
<b>Centros de Especialidades</b>	53.101	13.810	26,01%	71.725	17.889	24,94%	-18.624	-25,97%
<b>Hospitais</b>	288.800	20.122	6,97%	341.252	19.298	5,66%	-52.452	-15,37%
<b>Total</b>	341.901	33.932	9,92%	412.977	37.187	9,00%	-71.076	-17,21%

FONTE: AGHOS e GERCON. CMCE/GRSS

A partir da tabela acima se pode observar pequena variação com relação aos bloqueios. Quanto à oferta, a mesma reflete o contratualizado com os prestadores e a ausência de incremento financeiro.

## 9.2 Produção dos Prestadores Hospitalares

Nas tabelas abaixo seguem o demonstrativo da produção ambulatorial, que considera o número de procedimentos aprovados e da produção hospitalar, que totaliza as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) aprovadas e seus respectivos valores.

**Tabela 162-** Faturamento Ambulatorial: produção aprovada dos hospitais de Porto Alegre

Hospitais	Faturamento Ambulatorial							
	2015				2016			
	Produção Físico	Contrato Físico	Produção Financeiro	Contrato Financeiro	Produção Físico	Contrato Físico	Produção Financeiro	Contrato Financeiro
Hospital Conceição S/A	3.292.758	2.770.536	42.975.680,22	37.391.618,16	3.379.293	2.770.536	41.258.944,83	37.391.618,16
Hospital Fêmeina S/A	330.417	245.568	6.364.724,88	5.466.321,24	318.969	245.668	6.022.326,84	5.466.321,24
Hospital Cristo Redentor S/A	477.113	352.644	5.566.128,89	4.978.883,76	496.703	352.644	5.990.986,61	4.978.883,76
Hospital De Clinicas	2.585.918	2.702.112	57.824.932,95	67.037.910,36	2.613.654	2.702.112	57.852.800,44	67.037.910,36
Hospital Sanatório Partenon	94.152	Estadual	371.082,40	Estadual	88.877	Estadual	314.010,29	Estadual
Hospital Psiquiátrico São Pedro	71.999	Estadual	183.936,22	Estadual	71.083	Estadual	128.976,56	Estadual
Hospital São Lucas da PUCRS	1.062.890	1.037.736	27.559.775,28	24.121.757,76	936.092	1.037.736	26.495.650,49	28.314.960,24
Hospital Banco de Olhos	307.591	281.844	5.319.841,80	5.301.791,28	382.991	281.844	5.994.077,78	5.667.472,32
Hospital Independência	122.010	Contrato global	2.635.795,31	Contrato global	117.943	Contrato global	2.176.360,82	Contrato global
Hospital Divina Providência	14.737		1.730.647,33		14.934		1.855.310,92	
Hospital Beneficência Portuguesa	61.547	61.476	667.658,24	966.188,16	45.026	61.476	880.129,38	966.180,00
Hospital de Pronto Socorro	690.209	Municipal	5.275.496,65	Municipal	606.482	Municipal	5.200.102,79	Municipal
Hospital Presidente Vargas	1.022.332	Municipal	7.398.254,02	Municipal	937.939	Municipal	6.815.422,59	Municipal
Irmandade da Santa Casa	2.408.520	2.195.700	53.054.525,87	55.096.258,68	2.111.311	2.195.700	51.484.199,71	55.096.258,68
Hospital Vila Nova	594.568	467.724	6.402.910,41	6.022.673,00	589.384	467.724	6.303.161,63	6.022.674,96
Instituto de Cardiologia	481.995	510.804	6.543.219,29	7.103.435,64	442.803	485.100	6.120.079,56	6.531.751,00
Unidade São Rafael	1.421	Convênio	8.915,36	Convênio	944	Convênio	5.775,48	Convênio
Hospital Restinga Extremo Sul	527.610	Contrato global1.889.157	1.682.978,79	Global	620.374	Global	1.689.249,00	Global

FONTE: SIA/SUS / Contratos NRP

**Tabela 163– Faturamento Hospitalar: produção aprovada dos hospitais de Porto Alegre**

Hospitais	Faturamento Hospitalar								OBS.:
	2015				2016				
	Produção Físico	Contrato Físico	Produção Financeiro	Contrato Financeiro	Produção Físico	Contrato Físico	Produção Financeiro	Contrato Financeiro	
Hospital Conceição S/A	37.140	35.856	57.627.631,07	42.551.008,44	37.310	35.856	60.793.374,35	42.551.008,44	
Hospital Fêmeina S/A	9.146	12.048	7.961.536,74	10.378.356,96	10.370	12.048	8.932.371,48	10.378.356,96	
Hospital Cristo Redentor S/A	7.902	7.524	15.404.091,33	12.218.961,12	7.702	7.524	15.561.863,13	12.218.961,12	
Hospital De Clinicas	35.529	31,200	80.535.346,90	55.748.324,88	36.183	31.200	80.565.050,88	55.748.324,88	
Hospital Sanatório Partenon	380	Estadual	729.111,32	Estadual	391	Estadual	712.042,10	Estadual	
Hospital Psiquiátrico São Pedro	574	Estadual	630.605,59	Estadual	580	Estadual	634.184,06	Estadual	
Hospital São Lucas da PUCRS	18.265	18.912	47.327.240,49	38.767.083,84	18.111	20.700	43.936.525,66	39.833.607,00	
Hospital Banco de Olhos	544	756	1.248.155,28	2.217.138,70	770	720	1.771.639,39	1.220.242,00	
Hospital Independência	3.902	Contrato global	4.842.808,07	Contrato global	3.498		4.365.469,19	Contrato global	
Hospital Beneficência Portuguesa	3.857	5.316	5.652.747,13	13.302.900,00	2.733	5.316	4.497.414,14	13.302.900,00	
Hospital Parque Belém	1.544		1.664.504,26						
Hospital Espírita de Porto Alegre	2.094	3.600	1.885.257,52	3.244.926,36	2.295	2.664	2.057.256,93	3.073.556,88	
Hospital de Pronto Socorro	5.462	Municipal	8.484.250,50	Municipal	5.167	Municipal	8.465.130,63	Municipal	
Hospital Presidente Vargas	5.550	Municipal	5.526.163,91	Municipal	5.746	Municipal	5.663.002,60	Municipal	
Irmandade da Santa Casa	25.921	31.728	88.214.873,56	80.153.835,00	23.207	31.728	79.396.448,65	80.153.835	92.153.835,84(considerando repasse SES de 12.000.000,00)
Hospital Vila Nova	13.974	14.652	11.652.276,24	12.842.452,00	14.183	14.652	12.420.344,54	12.842.453,16	12.842.453,16
Instituto de Cardiologia	6.425	6.648	42.457.252,32	6.648	5.568	6.840	37.008.841,06	36.667.479,46	40.267.479,40 (considerando repasse SES de 3.600.000,00)
Unidade São Rafael	495	Convênio	526.110,00	Convênio	494	Convênio	536.199,00	Convênio	
Hospital Porto Alegre	157		185.021,99		74		85.955,99		
Hospital Ernesto Dornelles	2	Gratuidade	1.061,61	Gratuidade	191	Gratuidade	88.142,46	Gratuidade	
Hospital Restinga Extremo Sul	2.651	Contrato global	1.246.255,33		3.094		1.465.601,20		

FONTE: SIH/SUS / Contratos NRP

\* Excluídos os hospitais que são apenas captadores de órgãos: Moinhos, Mãe de Deus e Divina

**Tabela 164-** Faturamento hospitalar por origem do paciente em 2015/2016:

Origem do Paciente	2015					2016				
	Hospitalar					Hospitalar				
	Quantidade AIH	%	Valor (R\$)	%	Valor médio AIH (R\$)	Quantidade AIH	%	Valor (R\$)	%	Valor médio AIH (R\$)
Município de Porto Alegre	103.937	57,26	168.622.743,15	43,93	1.622,36	102.506	57,70	163.935.959,05	44,43	1.599,28
Municípios do Interior RS	77.193	42,53	211.601.344,58	55,13	2.741,20	74.754	42,08	201.292.549,11	54,56	2.692,73
Municípios de Outros Estados	384	0,21	3.578.213,43	0,93	9.318,26	407	0,23	3.728.349,28	1,01	9.160,56
Total	181.514	100,00	383.802.301,16	100,00	2.114,45	177.667	100,00	368.956.857,44	100,00	2.076,68

**FONTE:** SIH/DATASUS

\*Excluídos os hospitais que são apenas captadores de órgãos: Moinhos, Mãe de Deus e Divina

Analisando a variação em relação a 2015, percebe-se uma pequena diminuição tanto nas quantidades de AIH quanto nos valores médios das AIH faturadas, correspondente a 2%. Percebe-se, também, que as internações dos pacientes de municípios do interior custaram mais em relação às internações dos municípios de Porto Alegre. Isso se deve porque a maior parte das internações de alta complexidade são de pacientes do interior. Mesmo assim, outra inferência que pode ser feita é que o valor médio é maior pelo agravamento da situação de saúde desses pacientes e que, por vezes, percorrem longos trajetos até acessarem os serviços hospitalares da capital. Os pacientes provenientes dos outros Estados são em grande maioria pacientes de alta complexidade encaminhados pela Central de Transplantes Estadual e pela Central Nacional Regulação em Alta Complexidade (CNRAC), motivo pelo qual o valor médio das AIH é muito superior.

## Internações Hospitalares por Grupo e Especialidade

**Tabela 165-** Regulação de internações hospitalares, por tipologia de leitos, realizadas pela Central de Regulação de Internações Hospitalares de Porto Alegre/RS

Descrição	2016		2015		Variação do N° Internações	
	N° Internações	%	N° Internações	%		
UTI Neonatal	348	1,61%	1.401	4,47%	-1.053	-75%
UTI Pediátrica	559	2,59%	1.035	3,31%	-476	-46%
UTI Adulto	1030	4,77%	3.328	10,63%	-2.298	-69,05%
Infectologia	288	1,33%	880	2,81%	-592	-67,27%
Psiquiatria	5626	26,06%	8.091	25,84%	-2.465	-30,47%
Clínica Médica	8777	40,66%	10.920	34,87%	-2.143	-19,62%
Pediatria	1932	8,95%	3.180	10,15%	-1.248	-39,5%
Traumatologia	3028	14,03%	3.017	9,63%	11	0,36%
Total	21.588	100,00%	31.316	100,00%	-9.728	-31%

**FONTE:** Sistema Informatizado da SMS/POA e Banco de Dados CERIH

A Central de Regulação de Internações Hospitalares de Porto Alegre contabilizou no ano de 2016 o total de 90.394 solicitações de internações (urgência + eletiva) entre essas 80.045 foram autorizadas pela equipe de reguladores. Analisando somente os acessos de urgência, o sistema de regulação registrou 71.784 solicitações e 62.457 autorizações.

O quantitativo informado de 21.588 representa as internações realizadas em leitos ofertados para uso da central de regulação. Os dados de 2015 não podem ser comparados com os de 2016, pois foram utilizados filtros diferentes.

A Regulação vem trabalhando na qualificação de dados. Acredita-se que com o desenvolvimento e implantação do sistema de regulação hospitalar- GERINT, que está previsto para ocorrer em 2017, se conseguirá elaborar, com maior precisão, a apresentação de dados para os relatórios de gestão.

## 10 AUDITORIAS DO SUS

**Metas 56.** Estruturar o componente do Sistema Nacional de Auditoria - SNA.

A meta não foi atingida plenamente. O Componente Municipal de Auditoria realizou ações de aproximação com o Componente Federal, evoluindo de forma a implantar metodologias nos processos de trabalho utilizados pelo Ministério da Saúde e proporcionar trabalhos compartilhados e cooperações técnicas.

Foi implantado o Sistema de Auditoria (SISAUD) do DATASUS, com vias a auxiliar para a elaboração de relatório de auditoria específico, entretanto o sistema ainda apresenta algumas instabilidades e dificuldades no acesso.

Acerca dos recursos humanos para formação de Equipe Multidisciplinar, a proposta é que sejam integrados profissionais de outras áreas técnicas, como financeira e contábil.

No ano de 2016 foram realizadas 77 auditorias já detalhadas nos relatórios quadrimestrais.

## 11 AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### 11.1 Vigilância Epidemiológica

**Meta 5.** Implantar o monitoramento dos resultados de exames de lesões intraepiteliais de alto grau do colo de útero para o acompanhamento das mulheres com esse diagnóstico nas unidades de saúde.

**Tabela 166- Acompanhamento das mulheres com resultados de exames de colo de útero com lesão de alto grau (NIC 2, 3 e alto grau microinvasão).**

Mulheres Acompanhadas	Gerência Distrital	2016	2015	Variação
Alto Grau (Nic 2,3); alto grau microinvasão	Centro	5	3	66,67
	GCC	13	29	-55,17
	LENO	16	24	-33,33
	NEB	7	15	-53,33
	NHNI	7	7	0,00
	PLP	12	21	-42,86
	RES	0	14	-100,00
	SCS	7	12	-41,67
	Vazio	110	108	1,85
Total	177	233	-24,03	
Total Geral de exames citopatológicos coletados		49.889	67.798	-26,42

FONTE: EVEV/CGVS/SMS

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

**Meta 1.** Atingir 95% dos encerramentos oportunos dos casos de doenças e ou agravos de notificação compulsória transmissíveis que necessitam investigação epidemiológica, segundo Portaria Ministerial 204 de 17 de fevereiro de 2016.

**Tabela 167-** Número de investigações de doenças de notificação compulsória – DNC, entre os anos 2016 e 2015

Investigação das notificações compulsórias - PAS 1		Ano		
		2016	2015	Variação
Notificações	Recebidas	1.569	1.997	-21,43
	Investigadas	1.569	1.997	-21,43
	% Investigadas (Meta 100%)	100,0	100	-
	Encerradas oportunamente	1.506	1.938	-22,29
	% Encerradas (Meta 95%)	95,98	97,05	-4,19

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN-Net(data da análise 18/01/2017). Dados sujeitos a alterações

A tabela acima não inclui os casos de Dengue, Chikungunya (a partir de abril 2016) e SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) que são notificações pelo SINAN-ONLINE e não entram na base de cálculo de encerramento oportuno disponibilizado pelo MS.

Dentro do ano de 2016 atingiu-se a meta pactuada de encerramento oportuno das notificações de Doenças de Notificação Compulsórias – DNC.

OBS: a análise de proporção de notificação e seu encerramento oportuno são realizados no banco Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN a partir da exportação de dados (DBF) ferramenta que gera relatórios no próprio banco.

O somatório dos três quadrimestres tem como total 1604 notificações recebidas, mas é importante lembrar que o **Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN** tem base de calculo (plataforma própria) que dá a proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) encerrados oportunamente após a notificação. O encerramento oportuno dos casos notificados como suspeitos/ confirmados deverá ser efetuado dentro de um prazo de tempo estabelecido por normas técnicas (definidas pelo Ministério da Saúde), que varia de acordo com o agravo notificado. Este é um indicador de avaliação da vigilância epidemiológica quanto à agilidade no encerramento dos casos, na informação da investigação concluída oportunamente permitindo a orientação e aplicação de medidas de controle em tempo hábil, sensibilidade para detectar casos e ainda prover bases para o planejamento de programas de controle de doenças.

Importa salientar que as doenças alvo desta análise são somente: Botulismo, Cólera, Coqueluche, Difteria, Doença de Chagas, Febre Amarela, Febre do Nilo, Febre Maculosa, Febre Tifóide, Hantavirose, Hepatite Viral, Leishmaniose Visceral e tegumentar, Leptospirose, Malária, Meningite, Paralisia Flácida Aguda, Peste, Raiva, Rubéola e SRC, Sarampo, Tétano Acidental e Neonatal.

#### **11.1.1.1 Hanseníase**

A Hanseníase, doença considerada em eliminação no Estado do Rio Grande do Sul, tem através da Rede Básica de Saúde, dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família e dos agentes Comunitários de Saúde, do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde um grande esforço na busca da eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil. O quadro abaixo, contém o número de casos investigados e diagnosticados por ano em Porto Alegre.



**Tabela 168**– Diagnóstico de Hanseníase Paucibacilar, entre os anos 2016 e 2015

Diagnóstico de hanseníase		Meta	Ano		
			2016	2015	Varição
Casos	Total	Diagnosticar 50% dos casos de hanseníase paucibacilar entre os casos novos de hanseníase	15	14	7,14
	Novos		8	10	-20,0
	Pauciliares		1	0	100,0
	% pauciliares		12%	0%	12%
	Status da meta		25%	0%	25%

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET/ Base de dados de 04/02/2017. Dados sujeitos a alterações

Aumentou o quantitativo de diagnósticos no ano de 2016, quando comparado ao ano de 2015, isso pode estar associado à sensibilização dos profissionais de saúde por meio de capacitações. Entretanto, o diagnóstico permanece tardio; pois os pacientes apresentam formas clínicas mais avançadas de doença (classificação operacional multibacilar) não atingindo a meta.

**Tabela 169**- Relação dos casos notificados, investigados, confirmados e proporção de cura para hanseníase, entre os anos 2016 e 2015

Proporção de casos novos de Hanseníase		Meta	Ano		
			2016	2015	Varição
Nº. Casos Novos da coorte de cura	Notificado	NP	18	8	125,0
	Investigado		18	8	125,0
	Confirmado		18	8	125,0
	% 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%	15*	5*	200,0
	Nº. casos curados PB		0	1	-100,0
	% cura		83	75	10,67%
Contatos	Nº contatos registrados	Garantir exames em 55% dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase	45	16	181,25
	Nº contatos avaliados		39	13	200,0
	Proporção		86%	81%	-6,17

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET. BASE DE DADOS DE 04/01/2017. Coorte Multibacilar (ANUAL 2016) 2014-2016 - Coorte Paucibacilar (ANUAL 2016) 2015-2016

\*Obs1: Total de 18 casos novos MB (15 curaram, 2 continuam em tratamento e 1 abandonou). Dos 2 casos que continuam em tratamento: 1 está fazendo esquema PQT MB substitutivo de 24 doses e 1 está em esquema ROM sendo que já concluiu 24 doses e fará mais 12 doses ROM a critério médico, pois não respondeu bem ao tratamento. O paciente que abandonou o tratamento havia feito 10 doses de PQT MB das 12 doses previstas, foram realizadas várias buscas ativas sem sucesso, entretanto este paciente reiniciou o tratamento em dezembro de 2016.

\*Obs2: Não houve diagnóstico de casos novos PB.

### 11.1.1.2 Leptospirose

Tabela 170– Casos de leptospirose, entre os anos 2016 e 2015

Investigação dos casos de Leptospirose		Ano		
		2016	2015	Variação %
Casos	Notificados	122	194	- 37,11
	Investigados	122	194	-37,11
	% Investigados	100	100	-
	Confirmados	28	46	39,13%

FONTE: EVDT/CGVS/SINAN NET. Dados sujeitos a alterações

A Leptospirose é um agravo de ocorrência sazonal, ligada ao risco de exposição dos indivíduos aos fatores de risco (água ou lama contaminado com urina de roedores). Em meses mais chuvosos, com temperaturas mais elevadas e contato da população com alagamentos ou enxurradas, a incidência aumenta e, da mesma forma, diminui em períodos de maior seca ou frio.

No ano de 2016 foram emitidos dois alertas epidemiológicos sobre este agravo a partir das seguintes situações: três casos confirmados de Leptospirose na comunidade **Vila Santo André, bairro Humaitá**, bairros onde a principal fonte de renda é a reciclagem, com descarte irregular e acúmulo de lixo, que sofreu alagamento, e o outro alerta em 13/10 devido às fortes chuvas e inundações que ocorreram na capital e região metropolitana prevendo o risco de muitas pessoas em contato com água possivelmente contaminada por urina de roedores e orientando os profissionais da rede assistencial na detecção e tratamento precoce dos casos.

Mesmo assim comparando com o ano de 2015 com 2016 houve uma redução de mais de 37% no número de casos notificados e 39% dos casos confirmados. Isso pode ter sido decorrência dos menores índices pluviométricos ocorridos no decorrer do ano que ocasionaram alagamentos e enchentes, diminuindo a exposição de pessoas a este agravo.

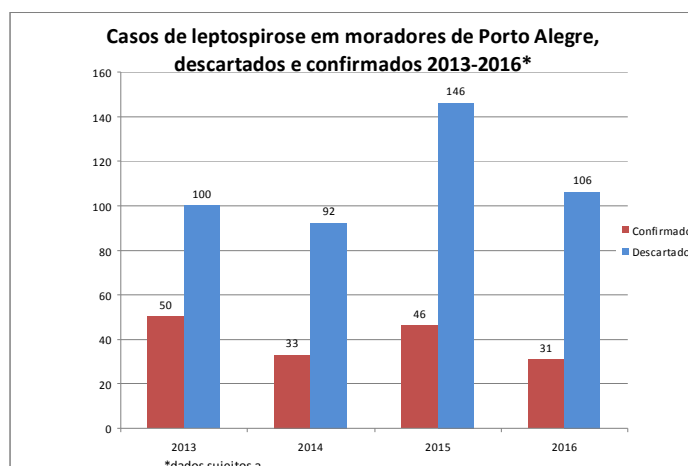
**Tabela 171**– Investigação de Leptospirose - Frequência por Evolução segundo Ano Inic.Sintomas

Ano Inic.Sintomas	Cura	Óbito pelo agravo notificado	Letalidade (percentual)
2013	46	4	8,7
2014	28	5	17,8
2015	40	6	15,9
2016	29	2	6,9
Total	143	15	10,5

FONTE: SINAN NET/EVDT/SMS/PMPA

Verifica-se que a letalidade por leptospirose de 2015 para 2016 reduziu significativamente em mais de 50% podendo ser por vários fatores como a sensibilização da rede de atenção com diagnóstico rápido e tratamento, busca dos recursos de saúde logo que iniciam os sintomas, virulência das sorovares, condições orgânicas individuais do paciente.

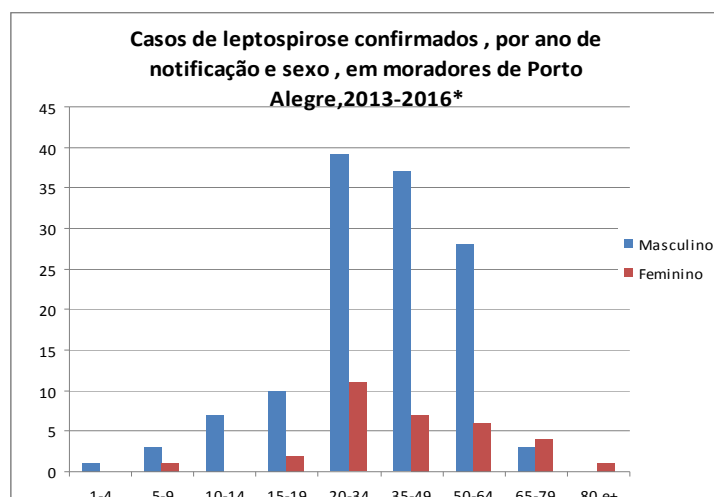
O gráfico abaixo demonstra os casos investigados e confirmados de Leptospirose em moradores de Porto Alegre em 2013 até 2016, sendo que o último ano não está concluído.



**Gráfico 5-** Casos de Leptospirose em moradores de Porto Alegre, descartados e confirmados 2013-2016

FONTE: SINAN NET/EVDT/SMS/PMPA Dados sujeitos a alterações

O sexo masculino representa a maioria dos casos confirmados, uma vez que se expõem mais aos fatores de risco. Nos anos de 2013 a 2016, ocorreram 128 casos do sexo masculinos e 32 casos do sexo feminino. Da mesma forma os adultos, que geralmente são mais expostos aos fatores de risco, representam o maior número de casos. Chamam a atenção os 12 casos confirmados em menores de 14 anos, de 2013 a 2016, ligados às condições ambientais precárias de habitação.



**Gráfico 6-** Casos de Leptospirose confirmados, por ano de notificação e sexo, em moradores de Porto Alegre, 2013-2016

**FONTE:** SINAN NET/EVDT/SMS/PMPA. Dados sujeitos a alterações

O Coeficiente de Letalidade da Leptospirose em Porto Alegre, embora variável, se mantém em níveis inferiores comparados à média nacional (22%). Na maioria dos casos, o paciente responde bem ao tratamento iniciado precocemente, mas a doença pode se apresentar de forma grave, evoluindo para o óbito em menos de 48 horas. Abaixo a tabela demonstra a letalidade da doença em Porto Alegre nos anos de 2013 até 2016.

**Tabela 172-** Controle da Leptospirose, entre os anos 2016 e 2015

Leptospirose e Controle de Roedores	Ano		
	2016	2015	Varição
Vigilância da Leptospirose - Inquéritos	39	58	-32,75
Vigilância Mordedura de Rato	5	8	-32,75
Desratizações	2.474	3.145	-21,33
Desratizações Comunitárias	10	16	-37,5
Visitas Domiciliares	770	852	-9,62

**FONTE:** Banco de dados gerenciais do NVRV/CGVS/SMS e Sistema Fala Porto Alegre.

Os casos confirmados de leptospirose notificados pela Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis (EVDT) tiveram as medidas de controle ambiental executadas, bem como investigados os locais prováveis de infecção com o objetivo de detectar os fatores e áreas de risco e evitar novos casos na mesma localidade.

As atividades de controle de leptospirose sofreram variação durante o ano em função da demanda da população, que é feita pelo telefone 156 e sofre oscilações sazonais, assim como pelos fatores determinantes e condicionantes ambientais, principalmente em função das condições climáticas que ocorreram com alagamentos

e enchentes que favorece a disseminação da doença no ambiente e expõe mais as pessoas ao contágio. Além disso, há um significativo número de demandas de desratização comunitária e através dos serviços de saúde.

### 11.1.1.3 Sarampo/Rubéola

**Tabela 173-** Investigação oportuna dos casos notificados de Rubéola, entre os anos 2016 e 2015

Encerrar 100% das notificações de casos suspeitos e investigados doenças exantemáticas (Rubéola)	Ano		
	2016	2015	Varição %
<b>Notificados</b>	9	5	80
<b>Investigados</b>	9	5	80
<b>Confirmados</b>	0	0	-
<b>Descartados</b>	9	5	80

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET. Dados sujeitos a alterações

No final do ano de 2015 o **Brasil assinou o certificado de Eliminação da Rubéola no país**; pois não há registro de casos da transmissão endêmica da doença há cinco anos consecutivos. O certificado foi entregue ao ministro da Saúde, Marcelo Castro, em cerimônia na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

O Brasil está oficialmente livre da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Para receber o título, o país comprovou não registrar casos da transmissão endêmica das doenças desde 2008 e 2009, respectivamente.

A certificação de eliminação da rubéola é muito significativa em termos de saúde pública e em breve, espera-se a eliminação do sarampo. Para tanto, todo o caso suspeito é imediatamente investigado e coletado espécimes para a identificação viral o que serve para a comprovação da procedência do vírus e sua circulação ou não no território.

Houve em 2016 um aumento de 80% de casos suspeitos notificados, passando de 5 para 9 casos que em números absolutos tem pouca significância epidemiológica.

### 11.1.1.4 Dengue, Chikungunya e Zika Vírus

**Meta 21.** Realizar vigilância e controle vetorial em 100% dos casos confirmados de Dengue, de acordo com o Plano de Contingência da Dengue.

A meta de realizar a vigilância e controle vetorial em 100% dos casos confirmados de Dengue, Chikungunya e Zika Vírus foi 100% atingida.

## Dengue

**Tabela 174-** Relação dos casos notificados, investigados e confirmados de dengue, entre os anos 2016 e 2015

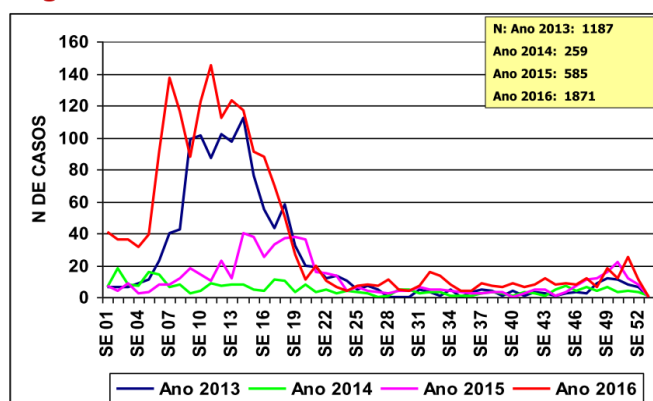
Notificação e investigação imediatas dos casos de dengue clássico, suas formas graves, óbitos e taxa de letalidade por dengue / PAS 24		Meta	Ano		
			2016	2015	Variação
Casos	Notificados	NP	1871	585	219,83
	Investigados		1871	585	219,83
	Confirmados		355	74	379,73
Casos Graves	Notificados	100%	3	3	-
	Investigados		3	3	-
	Confirmados		3	3	-
	% da meta atingida		100	100	-
Óbitos/Letalidade	Notificados	NP	0	0	-
	Investigados		0	0	-
	Confirmados		0	0	-

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados sujeitos a alterações

No ano de 2015, foram investigados 585 casos suspeitos de dengue em moradores de Porto Alegre. Destes, 511 foram descartados, 74 confirmados

No ano de 2016, até a SE 52 foram investigados 2350 casos suspeitos de dengue sendo 1871 em moradores de Porto Alegre. Destes, 1496 foram descartados, 355 confirmados e 19 seguem em investigação, conforme apresentado nos relatórios quadrimestrais.

## Dengue



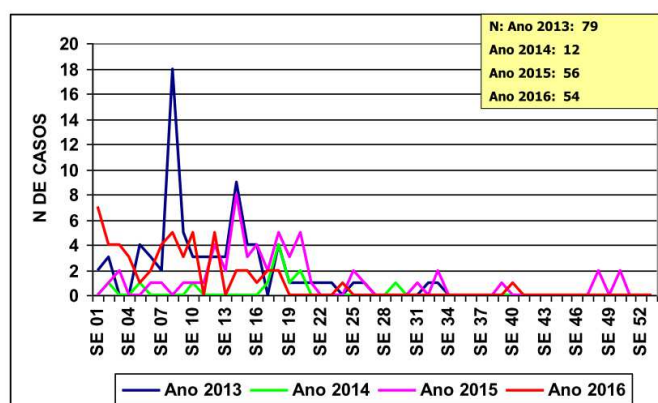
Frequência de casos suspeitos de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, residentes em Porto Alegre, RS, 2013 a 2016 (SE 52).

FONTE: SINANONLINE/Dengue

**Gráfico 7-** Suspeita de casos suspeitos de Dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, residentes em Porto Alegre, RS, 2013 a 2016 (SE 52)

FONTE: SINANONLINE/Dengue.

## Dengue



Série histórica de casos importados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Anos de 2013 a 2016 (SE 52).

Fonte: SINANONLINE/Dengue

**Gráfico 8-** Série histórica de casos importados de Dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, anos de 2013 a 2016 (SE 52)

**FONTE:** SINANONLINE/Dengue.

Em 2016, Porto Alegre teve o cenário epidemiológico diferenciado dos anos anteriores. Houve uma maior incidência de dengue, com um aumento de casos autóctones, superando 2013, o que resultou no maior surto epidêmico de dengue ocorrido no município.

Essas mudanças resultaram no crescimento do número de notificações e casos confirmados, exigindo maior capacidade operacional da Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis (EVDT) e da Equipe de Vigilância de Roedores e Vetores (EVRV). Além disso, evidenciaram as dificuldades na articulação entre a vigilância e a assistência em saúde para um atendimento integral ao cidadão. Considerando que 47,2% de notificações advindas dos Hospitais; 17,9% de notificações foram dos Pronto Atendimentos; 24,61% de da Rede Básica e 10,38% de notificações provenientes de outras fontes (consultórios particulares, centros de especialidades, laboratórios, ambulatórios, clínicas privadas); as Unidades de Saúde de referência nos territórios de residência dos pacientes muitas vezes não conheciam o que ocorria em seus territórios uma vez que a maioria das notificações não eram feitas pelas mesmas, logo não tinham condições de adotar as medidas coletivas necessárias e o acompanhamento individual desses pacientes de forma oportuna.

Sendo assim, no primeiro momento levamos o assunto para conhecimento da Coordenação da Atenção Básica e Gerentes Distritais, pois a proposta era a

capacitação dos profissionais de saúde ao acesso ao banco dengue on-line- sem sucesso!

Com isso, foi adotada uma proposta intermediária e transitória de envio dos casos individualmente para suas respectivas gerências e unidades com a orientação das medidas individuais e coletivas necessárias. Dessa forma, o acompanhamento do processo ocorreu centralizado na Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde.

A proposta de integração da vigilância epidemiológica e ambiental com a rede básica de assistência a partir da dengue neste Plano Municipal de Saúde é de reforçar o que já foi construído nesse processo e avançar naquilo que não se obteve êxito buscando o atendimento integral da saúde do cidadão.

## Chikungunya

**Tabela 175-** Relação dos casos notificados, investigados e confirmados de Chikungunya, entre os anos 2016 e 2015

Notificação e investigação imediatas dos casos de Chikungunya, óbitos e taxa de letalidade por Chika Vírus		Meta	Ano		
			2016	2015	Varição
Casos	Notificados	NP	90	10	800,0
	Em Investigação		-	9	
	Confirmados		11	1	1000,0
Óbitos/Letalidade	Notificados	NP	-	0	-
	Investigados		-	0	-
	Confirmados		-	0	-

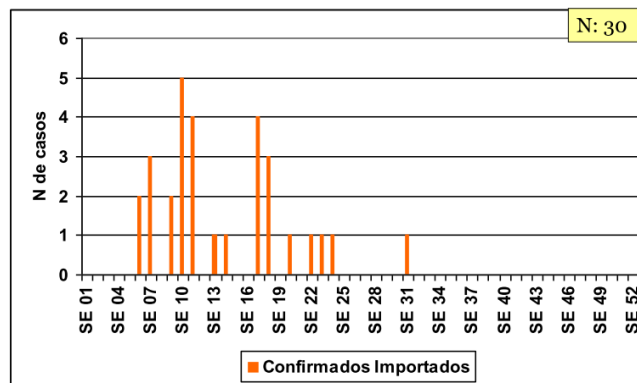
**FONTE:** EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados sujeitos a alterações.

A Febre Chikungunya é uma doença transmitida pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. A doença compreende a fase aguda, a subaguda e a crônica. Não existe vacina ou tratamento específico. Em 2013, teve início a transmissão autóctone da Febre Chikungunya em vários países do Caribe. Atualmente, há circulação nas Américas, África, Europa, Ásia e Oceania. No Brasil, a circulação do vírus foi identificada pela primeira vez em 2014.

Em Porto Alegre, em 2015, foram notificados 2 casos suspeitos de Chikungunya, ambos descartados, enquanto que em 2016, até a SE 52, foram notificados 133 casos, desses, 115 moradores de Porto Alegre. Foram confirmados 30 casos, todos importados.



## Chikungunya



Série histórica de casos importados de **chikungunya** por semana epidemiológica de início dos sintomas, Porto Alegre, RS, 2016 (SE 52).

Pernambuco (9), Rio de Janeiro (9), Alagoas (3), Ceará (3), Amazonas (1), Bahia (2), Maranhão (1), Rio Grande do Norte (1) Distrito Federal (1).

Fonte: SINANONLINE/Chikungunya e SINAN-NET/Chikungunya

**Gráfico 9-** Série histórica de casos importados de Chikungunya por semana epidemiológica de início dos sintomas, Porto Alegre, RS, 2016 (SE 52)

**FONTE:** SINANONLINE/ Chikungunya, SINANNET/ Chikungunya

Os pacientes que contraíram Chikungunya viajaram para os seguintes locais: Pernambuco (9), Rio de Janeiro (9), Alagoas (3), Ceará (3), Amazonas (1), Bahia (2), Maranhão (1), Rio Grande do Norte (1) Distrito Federal (1). Como podem ser observados no Gráfico 5, os dois primeiros casos importados deste ano foram na SE 7 (meados de fevereiro), sendo que a SE 10 (início de março) foi a mais emblemática, com 5 casos confirmados. Até o momento não foi detectada transmissão autóctone de Chikungunya em Porto Alegre.

A prevenção é a melhor forma de evitar a infecção por zika, dengue e Chikungunya. Para se proteger, a pessoa deve cobrir a pele com roupas de mangas compridas e calças; dormir em locais protegidos por mosquiteiros; e usar telas nas janelas e portas para reduzir o contato com mosquitos. Durante relações sexuais, é importante também a utilização de preservativos para evitar a transmissão de Zika por meio de fluidos corporais.

Definição de caso suspeito de chikungunya: “febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

## Zika Vírus

**Tabela 176-** Relação dos casos notificados, investigados e confirmados de Zika Vírus, entre os anos 2016 e 2015

Notificação e investigação imediatas dos casos de Zika Vírus, Microcefalias e Síndrome de Guillain-barré por ZikV		Meta	Ano		
			2016	2015	Varição
Casos	Notificados	NP	146	12	1116,67
	Em Investigação		-	4	-400,0
	Descartados		132	8	1550,0
	Confirmados		14	0	1400,0
Microcefalias	Notificados	NP	48	7	571,43
	Investigados		48	7	571,43
	Confirmados		-	1	-100,0
Guillain- Barré	Notificados	NP	-	0	-
	Investigados		-	0	-
	Confirmados		-	0	-

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados sujeitos a alterações

O Zika é um vírus transmitido pelo *Aedes aegypti* e foi identificado pela primeira vez no Brasil em abril de 2015. No mundo, segundo a OMS, desde 2007, quando foi detectada a primeira grande epidemia do zika, em Yap, na Micronésia, 72 países e territórios já notificaram a transmissão do vírus por mosquitos — sendo 69 deles a partir do ano passado. Até o momento, 46 (64% do total) países e territórios das Américas confirmaram a circulação do vírus zika, que pode causar malformações congênitas em bebês e outras complicações. A população mundial exposta ao vírus Zika é de 1.357.605.792 pessoas, das quais 15,3% são brasileiros. Esta informação ilustra o grande potencial de expansão da transmissão viral no mundo. Além da transmissão vetorial, envolvendo principalmente o *Aedes aegypti*, já há pesquisas que confirmam a transmissão sexual pelo vírus.

Em Porto Alegre, no ano de 2015, foram notificados 3 casos suspeitos de Zika Vírus, sendo um confirmado importado. Já em 2016, até a Semana Epidemiológica 52, foram notificados 222, dos quais 176 moradores de Porto Alegre, sendo 28 casos confirmados. Destes, 13 casos importados – que contraíram a doença nos seguintes Estados: Rio de Janeiro (7), Mato Grosso do Sul (2), Mato Grosso (1), Alagoas (1), Amazonas (1), Rio Grande do Sul (1). Os 15 autóctones são moradores dos bairros Farrapos (12 – onde ocorreu um surto), Mário Quintana (2) e Protásio Alves (1). *Entre os casos confirmados, nenhuma mulher estava grávida.*

O primeiro caso importado detectado pela vigilância teve início de sintomas na SE 2 e, nas 3 semanas subsequentes (3, 4, 5), ocorreram casos importados. Já os primeiros casos autóctones foram detectados nas SE 8 e 13, respectivamente,

através de busca ativa retrospectiva realizada a partir do surto que ocorreu no bairro Farrapos em meados de abril (SE 15).

### **Síndrome Congênita do Zika vírus**

Em 22 de outubro de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco notificou um aumento do número de casos de microcefalia, o que gerou preocupação por parte das autoridades estaduais. Em 24 de novembro de 2015, foi publicada a “Avaliação Rápida de Risco – Microcefalia no Brasil potencialmente relacionada à epidemia de vírus Zika”, realizada pelo Centro de Controle de Doenças da União Européia (ECDC). Neste documento é informado que a Polinésia Francesa notificou um aumento incomum de pelo menos 17 casos de malformações do Sistema Nervoso Central em fetos e recém-nascidos durante 2014-2015, coincidindo com o Surto de Zika vírus nas ilhas da Polinésia Francesa. Em 28 de novembro de 2015, o Ministério da Saúde reconheceu a relação entre o aumento na prevalência de microcefalias no Brasil com a infecção pelo vírus Zika durante a gestação. Em 29 de novembro, mudou a classificação desse evento, no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), para potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII); *o Brasil foi pioneiro na associação do vírus e na detecção da síndrome*. Em recentes trabalhos publicados já se sabe, no entanto, que a infecção congênita por Zika não ocasiona apenas microcefalia, mas outras diversas conseqüências no Sistema Nervoso Central em decorrência de o vírus ser comprovadamente neurotrópico afetando fetos em decorrência da fase de formação desse sistema. O número de casos no país vem aumentando coincidindo com a incidência do vírus.

No Rio Grande do Sul ocorreram surtos isolados de Zika e, até o momento, nenhum nascimento com microcefalia foi confirmado por infecção pelo vírus de forma autóctone no estado.

Em Porto Alegre o acumulado de casos de 2015 até a semana epidemiológica 03 é de 59 casos notificados no sistema de Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP), 08 confirmados por outros agentes, 33 descartados, 17 em investigação e 01 sem classificação.

A Vigilância da Síndrome Congênita por Zika é recente no mundo e no país. Bem como nos demais locais, em Porto Alegre é uma vigilância que está em

constante construção sofrendo modificações freqüentes.

### **Síndrome de Guillain-Barré:**

Esta síndrome é de notificação em menores de 15 anos em busca da identificação de casos de Paralisia Aguda Flácida- PAF e outras faixas etárias com historia de viagem para países com a circulação da pólio vírus selvagem (área endêmica). Em relação à PAF foram notificados e investigados 11 casos destes 2 residentes da capital.

Em relação à associação da síndrome de Guillan-Barré com a infecção por Zika –V;não tivemos casos de síndrome na capital.

### **Controle do Aedes**

**Tabela 177**– Produção do laboratório de Entomologia Médica, entre os anos 2016 e 2015

<b>Laboratório de Entomologia Médica</b>	<b>Ano</b>		
	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Variação</b>
Número total de amostras	523	1.866	-71,97
Número de espécimes de <i>Ae. aegypti</i>	1832	8.282	-77,87
Número de espécimes de <i>Ae. albopictus</i>	137	901	-84,79
Número de espécimes de outras espécies	766	2.712	-71,75

**FONTE:** Banco de dados gerenciais do EVRV/CGVS/SMS. Dados sujeitos a alterações

Poucas amostras de mosquitos foram coletadas, pois a obtenção do índice de infestação adotado pela EVRV, é feita pelo Sistema MIAedes, o qual consiste na coleta de fêmeas adultas de *Aedes aegypti* e identificação dos exemplares pelos agentes em campo.

A demanda de identificação dos vetores da dengue diminuiu, mas foi substituída pela grande quantidade de amostras efetuadas em função da vigilância dos vetores da leishmaniose visceral.

## Visitas domiciliares

Tabela 178– Inspeção em imóveis, entre os anos 2016 e 2015

Imóveis inspecionados	Ano		
	2016	2015	Varição
Residenciais	71.269	105.953	-32,73
Comerciais/outros	19.417	25.083	-22,58
Terrenos baldios	667	2.039	-67,28
Total	91.353	133.075	-31,35
Fechados/recusados	41.806	102.527	-59,22
Depósitos eliminados	131,469	259.549	-49,34
Bairros visitados*	82 TODOS	82 TODOS	-

FONTE: Banco de dados gerenciais do EVRV/CGVS/SMS e DengueReport.

NA: Não se aplica

A organização das atividades dos Agentes de Combate a Endemias é realizada desde 2013 pelas Gerências Distritais de Saúde / Coordenação de Atenção Primária, onde os trabalhadores encontram-se lotados. A CGVS repassa orientações às GDs, baseadas na situação epidemiológica e de infestação vetorial identificadas, com o uso das armadilhas e levantamento larvário.

Manteve-se a atualização periódica das informações sobre os casos de dengue e a situação da infestação vetorial no site [www.ondeestaoedes.com.br](http://www.ondeestaoedes.com.br).

Os resultados do monitoramento com o Google Analytics no período de fevereiro a agosto mostraram 92.960 visualizações de página, 26.369 sessões e 18.582 usuários. Acessaram a página internautas de 50 países e 442 cidades. Porto Alegre concentra 82,47% dos acessos, o que reforça a importância do site para a informação atualizada aos moradores e para a divulgação na mídia local. Essas informações atualizadas sobre a infestação vetorial e a situação epidemiológica da doença na cidade tem sido fundamental para a transparência e controle social das ações de prevenção à dengue.

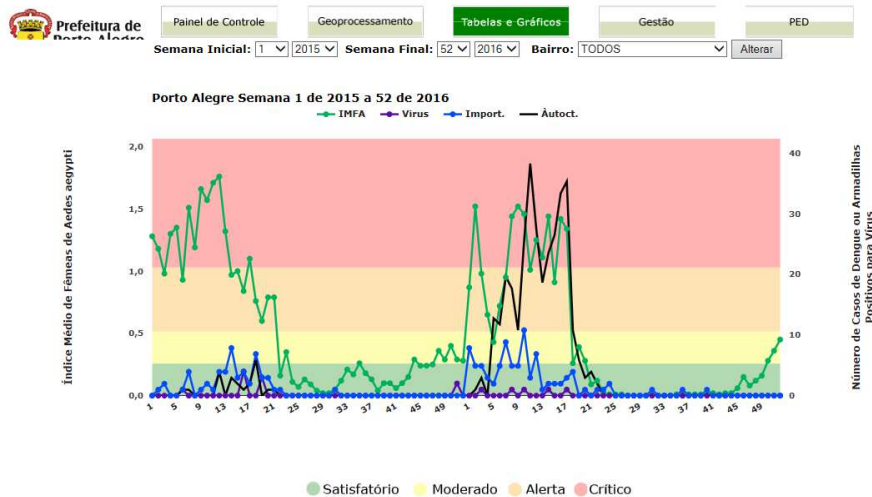
## Operação do Monitoramento Inteligente da Dengue – MI Aedes

Tabela 179- MI Dengue, entre os anos 2016 e 2015

MI Dengue	Ano		
	2016	2015	Varição
Vistorias em armadilhas	46.158	38.731	19,17
Amostras coletadas	7.728	10.234	-24,48
Espécimes capturados	19.080	20.758	-8,08
Amostras com vírus	4	10	-60,0

FONTE: Banco de dados gerenciais do EVRV/CGVS/SMS; Dengue Report MIDENGUE – ECOVEC.

Segue abaixo o histórico da infestação do vetor da dengue, bem como os casos da doença e de circulação viral nos mosquitos, no ano de 2016, obtido através das informações do MIDENGUE



**Gráfico 10-** Histórico da infestação vetorial, casos de Dengue e circulação viral nos mosquitos, entre os anos 2016 e 2015

**FONTE:** Banco de dados gerenciais do EVRV/CGVS/SMS

O gráfico acima permite observar claramente que quando a infestação vetorial apresenta seus números mais críticos, também a quantidade de casos, sejam eles importados ou autóctones, tende a crescer.

Além destes fatores, também os meses mais quentes coincidem com o período em que a maior parte da população viaja em férias. É quando as pessoas deslocam-se para outras cidades, estados ou países, que podem ser locais com circulação viral estabelecida. Assim, muitas vezes retornam doentes, e a população de Porto Alegre torna-se mais suscetível a contrair as arboviroses dengue, zika e chikungunya.

Com a chegada da primavera e do verão, estações em que as temperaturas gradativamente aumentam, de setembro a janeiro, o número de amostras e espécimes coletados acompanhou essa elevação, a partir da SE 44 (IMFA=0,06), atingindo o nível mais alto de alerta na SE 52 (IMFA=0,45). O registro de frequentes precipitações concomitantes ao calor, também favoreceu a atividade reprodutiva e a consequente elevação da quantidade de mosquitos.

Ao longo de 2016, foi possível observar a sazonalidade marcante, característica de Porto Alegre, a qual é destacada por temperaturas mais altas nos meses de janeiro a abril, pela queda da mesma a partir de maio, e pelo aumento gradativo novamente a partir de setembro. No ano em questão, o mês de abril foi marcado pela queda abrupta das temperaturas, as quais se mantiveram baixas até o final do mês de setembro. Estes fatores climáticos foram os principais responsáveis pela interrupção da circulação viral ocorrida nos primeiros meses de 2016 em Porto Alegre.

Os dados do MI Dengue permitem acompanhar, de forma semanal, a infestação vetorial nos bairros com armadilhas. Esses dados estão apresentados em um mapa da cidade, que pode ser acessado no site [www.ondeestaoedes.com.br](http://www.ondeestaoedes.com.br).

## Controle Químico

**Tabela 180-** Aplicação de inseticida, entre os anos 2016 e 2015

Aplicações de Inseticida (nº de imóveis)	Ano		
	2016	2015	Varição
Peridomiciliar	15.816	4.607	243,30
A partir da via pública	0	0	-

**FONTE:** Banco de dados gerenciais do EVRV/CGVS/SMS. Dados sujeitos a alterações

A aplicação de inseticida em imóveis situados na área de abrangência de casos de dengue, zika e chikungunya aumentou, em consequência do grande número de casos confirmados no período. Salienta-se que são realizados tanto em casos humanos notificados, como nos vetores que foi identificado vírus em laboratório.

## Fiscalização

**Tabela 181-** Dados de fiscalização do Núcleo de Fiscalização Ambiental - Total, entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Ano		
	2016	2015	Varição
Número de vistorias/inspeções realizadas	5.405	4.145	30,4
Nº Notificações Lavradas	128	164	-21,95
Nº Autos de Infração Exarados	3	9	-66,67
Interdições / suspensão de Atividades	-	-	-

**FONTE:** Banco de dados gerenciais do NFA/CGVS/SMS.

### 11.1.1.3 Meningite Bacteriana

**Tabela 182-** Relação dos casos notificados e investigados de Meningite Bacteriana em relação ao diagnóstico laboratorial, entre os anos 2016 e 2015

Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningites bacteriana por meio das técnicas de cultura contra imunoeletroforese e látex		Ano		
		2016	2015	Varição
Meningite Bacteriana	Notificado	265	381	-
	Investigados	265	381	-
	Casos confirmados de Meningite Bacteriana	53	81	-34,56
	Nº. absoluto Diag. Lab. (cultura,CIE látex)	29	57	-49,12
	Percentil atingido (diag. laboratorial/ casos confirmados x 100)	54,72	70,37	-22,24
	Status da meta	Meta Atingida	Meta Atingida	-

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados sujeitos a alterações

**Tabela 183-** Distribuição dos casos de meningites segundo classificação final, entre os anos 2016 e 2015

Classificação do caso	Frequência			Proporção (%)		
	Ano					
	2016	2015	Varição	2016	2015	Varição
Descartados	68	82	-24,39	25,7	21,5	19,53
Doença Meningocócica	22	25	-12,0	8,3	6,6	25,75
Meningite TBC	9	14	-35,71	3,3	3,7	-10,8
Meningite bacteriana não especificada	24	40	-40,0	9,1	10,5	-13,33
Meningite não especificada	18	39	-53,84	6,8	10,2	-33,33
Meningite Viral	104	145	-28,27	39,2	38	3,16
Meningite por outra etiologia	13	20	-35,0	4,9	5,2	-5,77
Meningite Pneumocócica	3	15	-80,0	2	4	-50,0
Total de casos investigados	265	381	-30,45	-	-	-

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados sujeitos a alterações

**Tabela 184-** Frequência de casos e óbitos de Doenças Meningocócica, entre os anos 2016 e 2015

	Ano		
	2016	2015	Varição
Doença Meningocócica	22	25	-12,0
Número de Óbitos	3	4	-25,0
Letalidade nos Casos de Doença Meningocócica %	13,63	16,0	-14,81

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados sujeitos a alterações.

A Doença Meningocócica ocorre em todo o mundo – diferenças regionais na incidência e sorogrupos – forma endêmica, surtos e epidemias. Incidência e letalidade variam entre países – Letalidade: 6-10% (países desenvolvidos) 10-20% (países em desenvolvimento).



Em Porto Alegre foram investigados 22 casos de doença meningocócica, com três óbitos, letalidade de 13,63 %. Os óbitos foram nas faixas etárias de 22 anos, 15 anos e 61 anos, do sexo masculino, neste ano de 2016.

#### 11.1.1.4 *Influenza*

**Tabela 185-** Número de coletas preconizadas e realizadas na rede sentinela para influenza, entre os anos 2016 e 2015

Realizar avaliação de desempenho da rede sentinela de Influenza*			Ano		
			2016	2015	Varição
Coletas	Nº coletas de amostras preconizadas	5/coletas por semana	260	260	-
	Nº coletas realizadas		175	196	-10,71

**FONTE:** EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados sujeitos a alterações  
\*Obs.: Referente à Unidade Sentinela de síndrome gripal (SG) do HNSC.

**Tabela 186-** Relação entre casos notificados, investigados e confirmados de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) , entre os anos 2016 e 2015

Notificação, investigação e confirmação de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)		Ano		
		2016	2015	Varição
Casos	Notificado	1.802	997	80,74
	Investigado	1.802	997	80,74
	Confirmados	366	41	792,68

**FONTE:** EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET. Dados sujeitos a alterações

Na vigilância da Influenza dos casos hospitalizados - Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), observou-se em 2016 um aumento significativo do número de casos positivos de Influenza A do tipo H1N1, em relação ao ano de 2015, com uma maior circulação viral dentro da sazonalidade da doença, com maior número de casos no 1º quadrimestre, diminuindo a incidência no decorrer do ano.

No quadro abaixo a Gerência Norte Eixo Baltazar concentra o maior número de notificações de casos, seguida pela Gerência Leste Nordeste; nesta região há uma instituição hospitalar (Nª Sª Conceição) que como fonte notificadora representa 58% das SRAGs na capital.

**Tabela 187-** Número de casos notificados, confirmados para Influenza por Gerencia Distrital -2016, entre os anos 2016 e 2015

GD	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Centro	155	49	39	07	297,43	600,0
GCC	127	43	27	03	370,37	1333,33
LENO	305	58	218	09	39,91	544,44
NEB	564	58	456	13	23,68	346,15
NHNI	244	42	160	06	52,5	600,0
PLP	180	49	39	02	361,54	2350,0
RES	101	27	14	00	621,43	2700
SCS	126	40	27	01	366,67	3900,0
Porto Alegre	1.802	366	980	41	83,88	792,68

**FONTE:** EVDT/CGVS/SMS/SINAN WEB Dados atualizados em 07/02/2017. Dados sujeito a alterações.

Verifica-se analisando a tabela acima que houve um elevado aumento no número de casos notificados e confirmado em 2016 em relação a 2015. Isso pode ser por uma variação da cepa do vírus em relação ao constante na vacina, uma vez que as coberturas vacinais da influenza estão adequadas o que diminui a circulação viral das variantes que compõem a vacina.

#### 11.1.1.5 Tétano

No ano de 2016 ocorreu um caso de tétano acidental em residente da capital, morador do Lami, agricultor, sem historia vacinal. A Unidade de Saúde da área de atuação a que pertence o paciente foi informada para as ações de identificação dos casos suscetíveis da região e a necessidade revisão da cobertura vacinal. Paciente teve alta hospitalar.

Não há registro de tétano neonatal na capital!

#### 11.1.1.6 Caxumba

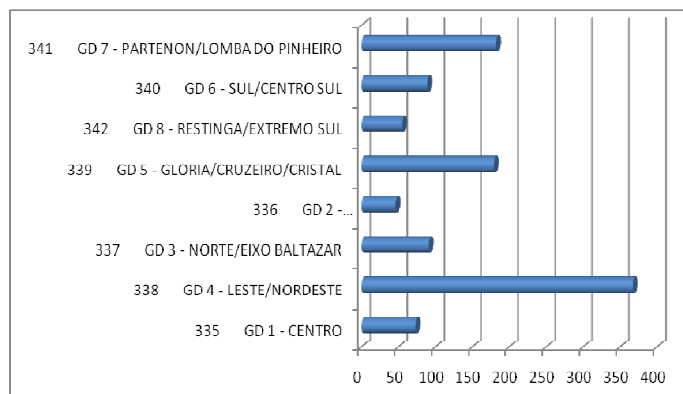
Em relação às doenças imunopreveníveis, observou-se um importante decréscimo da incidência e mortalidade da maioria das doenças ao longo dos anos. Entretanto algumas doenças ressurgiram como a caxumba que apresentou vários surtos na cidade no ano de 2016.

**Tabela 188-** Distribuição dos casos de caxumba em Porto Alegre 2015 e 2016

Ano da Notificação	Frequência
2015	137
2016	3810

**Fonte:** SINAN NET/EVDT/SMS/PMPA Dados sujeitos a alterações

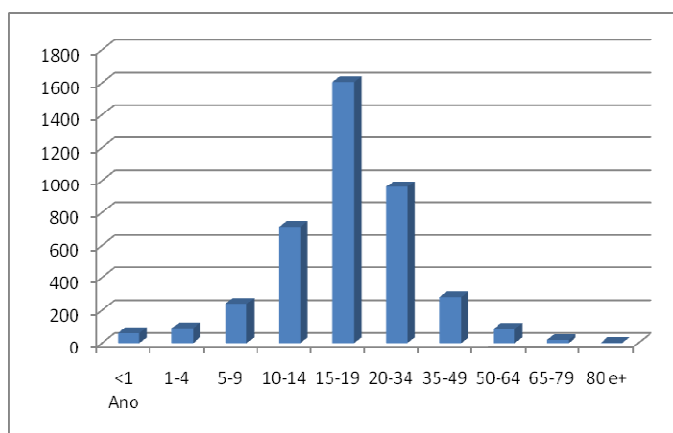
Com relação à distribuição de casos por gerência distrital percebe-se uma maior incidência da doença na área da Leste/Nordeste ou ser devido a maior notificação desta gerência.



**Gráfico 11** Distribuição dos casos de caxumba em Porto Alegre por gerência, 2016

**FONTE:** SINAN NET/EVDT/SMS/PMPA. Dados sujeitos a alterações

O gráfico acima evidencia que há uma explosão no número de casos de caxumba em nossa cidade, que se iniciou no segundo quadrimestre. Com o verão e as férias escolares, espera-se que haja uma diminuição nestes números.



**Gráfico 12-** Distribuição dos casos de caxumba em Porto Alegre por faixa etária, 2016

**FONTE:** SINAN NET/EVDT/SMS/PMPA sujeitos a alteração

A distribuição por faixa etária mostra uma grande incidência em adolescentes e adultos jovens (10 até 34 anos). É o grupo que ainda não teve contato com a doença (como na faixa etária maior de 50 anos) e alguns podem não ter recebido as 2 doses de vacina como é atualmente a rotina do calendário do Ministério da Saúde (que ocorre desde 2000). Além disso, discute-se a perda da proteção da vacina com o passar dos anos.

### **11.1.1.5 Leishmaniose**

#### ***Leishmaniose Visceral – LV/ Leishmaniose Visceral Humana***

Em Porto Alegre, até o mês de setembro de 2016, não havia registro da ocorrência de casos de Leishmaniose Visceral Humana. Embora tenha sido emitido um Alerta Epidemiológico em 28/08/2014, após o diagnóstico de Leishmaniose Visceral em cães no entorno do Campus da UFRGS, o flebótomo *Lutzomyia longipalpis*, responsável pela transmissão, não foi encontrado no município.

Em outubro de 2016 a EVDT recebeu a notificação de um caso confirmado de Leishmaniose Visceral Humana internada no Hospital de Clínicas. A investigação concluiu que se tratava de um caso autóctone do bairro Protásio Alves (Gerência Leste/Nordeste). A partir da notificação foi emitido um novo Alerta Epidemiológico sobre a autoctonia da doença em Porto Alegre. Desde então ocorreram mais dois casos suspeitos, ambos descartados por sorologia e biópsia de medula. Além disso, inúmeras ações (capacitações, vistorias, análise sorológica de cães, sensibilização da comunidade) foram desenvolvidas pela CGVS e outras secretarias naquela comunidade e Gerência Distrital. Desde então ocorreu à notificação de mais um caso, que foi descartado.

Em 03 de outubro, devido à situação de emergência foi realizada uma reunião com as equipes envolvidas com a doença e decidido criar a sala de situação da LV que já ficou marcada para o dia 07/10/2016 com periodicidade das reuniões semanais.

Em 09 de novembro de 2016 foi publicada a Portaria Municipal 1438/16 que declara Emergência em Saúde Pública de Interesse Municipal.

#### ***Leishmaniose Tegumentar Americana – LTA***

Em 2002 foi confirmado o primeiro caso autóctone de Leishmaniose Tegumentar Americana em Porto Alegre. Desde então foram confirmados 26 casos, todos eles em pessoas que moram ou freqüentam áreas silvestres na zona sul da cidade. (Gerência Sul/Centro Sul). No ano de 2016 não houve ocorrência de nenhum caso autóctone de LTA em Porto Alegre.

## 11.1.2 Vigilância Ambiental

### Vigilância de Roedores e Vetores

**Tabela 189-** Estudo entomológico de flebotomíneos, entre os anos 2016 e 2015

Realizar vigilância e estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose (LTA e LV)	Meta Pactuada	Ano		
		2016	2015	Varição
Nº de capturas	Em 100 % dos casos confirmados	42	38	10,53

FONTES: Banco de dados gerenciais do NVRV/ CGVS/ SMS

O número de investigações entomológicas aumentou em função da confirmação de novos casos caninos da leishmaniose visceral, em áreas distintas das notificações anteriores, e também do caso humano autóctone acometido no Morro Santana. As fêmeas de flebotomíneos, coletadas neste local, serão enviadas para análise de infecção natural por *Leishmania infantum* no Centro de Pesquisa René Rachou (FIOCRUZ/MG).

### Vigilância de População Animal

#### Ações de Vigilância da Leishmaniose Visceral Canina (LVC)

**Tabela 190–** Atividades realizadas relacionadas com LVC pela Vigilância da População Animal, entre os anos 2016 e 2015

Atividade	Ano		
	2016	2015	Varição
Animais coletados	427	103	314,56
Nº de amostras enviadas para exame sorológico de LVC	427	103	314,56
Testes rápidos LVC realizados	427	103	314,56
Nº de Orientações dadas para LVC	93	7	1.228,57

FONTES: Banco de dados gerenciais NVA/CGVS/SMS.

#### 11.1.2.1 Doença de Chagas

**Tabela 191–** Pesquisa de triatomíneos, entre os anos 2016 e 2015

Realizar pesquisa de Triatomíneos.	Meta Pactuada	Ano		
		2016	2015	Varição
Nº de visitas	1 visita PIT/ mês	48	48	0,00

FONTES: Banco de dados gerenciais do NVRV/ CGVS/SMS.

No ano foi mantido o número de 48 visitas aos PITs. Foi identificado um barbeiro, fêmea, da espécie *Panstrongylus megistus*, proveniente do bairro Ponta Grossa. O exemplar foi analisado quanto ao conteúdo fecal, apresentando positividade para *Trypanosoma cruzi*. Nos três quadrimestres foram recebidos três espécimes de barbeiro *Panstrongylus megistus* todos positivos para presença do

agente causador da doença. Foi feita visita domiciliar em todos os imóveis de procedência do vetor e foram repassadas orientações aos moradores sobre a biologia do inseto, a doença e medidas de proteção da infestação. A ocorrência deste barbeiro em habitações localizadas próximas a mata nativa é esperada, pois esta espécie nativa habita buracos em troncos de árvores que são refúgios de gambás e ninhos de aves.

### 11.1.2.2 Imunizações

**Tabela 192-** Cobertura vacinal para < 1 ano por unidade, entre os anos 2016 e 2015

Vacinas	População quadrimestral 1 ano (SINASC 2014)	Ano					
		2016		2015 (SINASC 2013 Pop19730)		Variação*	
		DA	CV %	DA	CV %	DA	CV %
BCG	6.396 (19.188)	17.629	91,87	19.132	96.8	(7,85)	(5,09)
Meningo C		14.325	74,66	17.052	86.17	(15,99)	(13,36)
Pentavalente		13.647	71,12	15.337	77.6	(11,01)	(8,35)
Pneumocócica		14.878	77,54	15.939	80.64	(6,66)	(3,84)
Poliomielite		13.334	69,49	16.496	83.46	(19,17)	(16,74)
VORH		12.675	66,07	14.677	74.26	(13,64)	(11,02)
FA		7.753	40,41	7.869	39.81	(1,47)	1,51

**FONTE:** SI-PNI NI/EVDT/CGVS/ SMS. Dados sujeitos a alterações

\*O cálculo da variação que deve ser considerado é o da porcentagem, pois utilizamos populações diferentes para o cálculo de cobertura vacinal de 2015 e 2016, o que torna o número de doses realizadas a mais ou a menos pouco relevantes na avaliação.

Avaliando o ano de 2016, se se observa que as vacinas do calendário não estão com sua cobertura vacinal dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde, embora no último quadrimestre de 2016 houve um aumento das doses aplicadas. Acredita-se que a Campanha de Multivacinação, ocorrida no mês de setembro, contemplando também essa faixa etária, tenha contribuído para a melhoria destes resultados.

Um dos fatores determinantes para a baixa cobertura é o subregistro das doses aplicadas. Desde 2013, quando houve a implantação do Sistema APIWEB, se estão com sérios problemas de registro. A implantação do novo sistema nominal, SIPNI, qualificou o sistema de informação, mas ainda não está implantado em 100% das Unidades. Estamos passando por um período de transição.

Atualmente 50% das unidades de saúde já estão utilizando o sistema do PNI/MS SIPNI desktop, que é bastante completo mas muito lento e de difícil manejo, impossibilitando muitas vezes a sua utilização no momento do atendimento. Esta situação acaba criando uma “fila” de pacientes a serem incluídos que só tende a aumentar, pois o sistema é muito instável e constantemente está indisponível.

O restante das unidades utiliza o APIWEB que está sendo aos poucos substituído pelo SIPNI desktop. Este sistema não é nominal, portanto deve ser digitado somente o número total de doses por faixa etária e o fato de ter uma senha para todo o município é passível de erros. Não é possível rastrear digitações equivocadas, dificultando a leitura e interpretação correta dos dados.

Para fechamento dos dados de 2016 ainda estamos em processo de revisão das informações de cada sala de vacina. Este trabalho realizado mensalmente, com a Atenção Básica, Clínicas de Vacina e Unidades Hospitalares compõem as informações necessárias para consolidação das doses aplicadas e cálculo do indicador cobertura vacinal de 2016. A revisão se dá até 31/03/2017, prazo limite para fechamento do banco de dados.

Além disso, um aspecto que também contribui para uma baixa cobertura é a rotatividade de profissionais de saúde nas suas atividades e/ou serviços dificultando a consolidação das rotinas da sala de vacina, impactando diretamente nas atividades realizadas por este setor. O monitoramento mensal da cobertura vacinal e a busca aos faltosos também fica muito prejudicada.

### 11.1.2.3 *Influenza*

**Tabela 193-** Dados da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, entre os anos 2016 e 2015

Grupos	Meta			Doses aplicadas			Cobertura vacinal %		
	Ano								
	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
Idosos	213.003	213.003	-	205.904	183.596	12,15	96,67	85,75	13,08
Crianças	75.328	76.194	(1,14)	75.308	54.871	37,24	99,97	72,01	38,83
Gestantes	14.391	14.824	(2,92)	10961	11.561	(5,19)	76,17	77,99	(2,33)
Puérperas	2.366	2.437	(2,91)	2.951	3.070	(3,87)	124,73	125,97	(0,09)
Trab. Saúde	74.924	74.924	-	82464	77.059	7,01	110,06	102,85	7,01
Índios	507	465	9,03	527	466	13,09	103,94	100,22	3,71
Total	380.519	381.847	(0,03)	374.084	327.451	14,24	98,31	85,75	14,64

FONTE: SI-PNI NI/EVDT/CGVS/ SMS. Dados sujeitos a alterações.

A cobertura relacionada na tabela acima, é referente ao período da campanha da Influenza que teve início em 25/04/2016, encerrando-se em 20/05/2016, portanto realizada no segundo quadrimestre.

A meta preconizada de 80% de cobertura vacinal para cada grupo da população alvo foi atingida, exceto nas gestantes, que ficou em 76,17%, mas o grupo das puérperas atingiu 124,73%. A vacinação para as gestantes fica disponível durante todo o ano nos CRIES do município.

Observamos um significativo aumento de coberturas em quase toda a população alvo, principalmente entre as crianças menores de 5 anos.

### 11.1.2.4 *Papiloma vírus Humano – HPV*

**Tabela 194-** Cobertura vacinal meninas de 9 a 13 anos vacina HPV, entre os anos 2016 e 2015

População	Ano					
	2016		2015		Variação	
	DA	CV%	DA	CV%	DA	CV%
19188	3.696	19,26	8.925	45,16	(58,59)	(57,35)

FONTE: SI-PNI NI/EVDT/CGVS/ SMS. Dados sujeitos a alterações.

A vacina HPV (Papiloma vírus Humano) indicada para a faixa etária de 9 a 13 anos, faz parte do Calendário de Vacinação da Criança e Adolescente. Em 2016 durante a Multivacinação houve ampla divulgação da necessidade de vacinar e atualizar os esquemas de vacinação, para efetiva proteção contra o HPV, o que impactou na cobertura vacinal do 3º quadrimestre que registrou 31,3%.



Lembramos que depois do sucesso de 100% de cobertura vacinal na implantação da vacina em março de 2014, a divulgação pela mídia nacional de eventos adversos graves, relacionados às adolescentes, tem dificultado o convencimento para a importância dessa vacina. A partir do 2º semestre de 2014 as coberturas estão abaixo de 50%.

Mesmo já tendo sido comprovado por estudos científicos que os eventos não estão relacionados à imunização, há necessidade de amplo trabalho de divulgação para que possamos reverter esta situação.

Em 2016 se atingiu a cobertura vacinal de 19,26% da população alvo, bem abaixo do preconizado mesmo com o incremento do último quadrimestre de 2016.

### 11.1.2.5 *Difteria e Tétano - DT*

**Tabela 195-** Dados das doses aplicadas vacina DT, entre os anos 2016 e 2015

Doses	Ano		
	2016	2015	Varição
D1	7.161	8.006	(10,55)
D2	2.017	2.407	(16,20)
D3	1.174	2.478	(52,62)
REV	29.318	34.049	(13,89)

**FONTE:** SI-PNI NI/EVDT/CGVS/ SMS. Dados sujeitos a alterações.

A vacina Dupla Adulto (dT), proteção contra difteria e tétano faz parte do Calendário de Vacinação a partir dos 7 anos. Adolescentes ou adultos que já receberam anteriormente 03 doses da vacina DTP, Dupla Adulto ou pentavalente, aplicar uma dose de reforço a cada 10 anos.

Está sendo informado somente as doses aplicadas no ano de 2016 e 2015, visto que para esta vacina não se calcula cobertura vacinal.

### 11.1.2.6 *Vigilância em Saúde Mental*

**Meta 14.** Elaborar o Plano de Implantação da Vigilância em Saúde Mental:

A Meta da PAS de elaborar o Plano de Implantação em Saúde Mental não foi concluída em 2016, sendo que a próxima etapa para o ano de 2017 será conclusão e apresentação do plano para após ser implantado na RAS.

## 11.2 Ações e Serviços em Vigilância Sanitária

**Meta 23.** Elaborar o ranqueamento de risco na avaliação dos estabelecimentos de saúde e de interesse a saúde:

A Meta da PAS foi concluída no último quadrimestre de 2016. Foram classificadas todas as atividades econômicas realizadas por pessoas físicas e jurídicas sujeitas à fiscalização higiênico-sanitárias pela Vigilância Sanitária, avaliando seu risco e complexidade de inspeção. Cada atividade foi analisada e avaliada por um Grupo Técnico que classificou em baixo, médio e alto risco à saúde de todos os estabelecimentos e serviços de saúde e de interesse à saúde.

**Meta 24.** Investigar 100% dos surtos notificados com doenças transmitidas por alimentos:

A meta foi atingida plenamente, ou seja, realizada a investigação de 100% das notificações recebidas de surtos.

**Tabela 196**– Investigação de surtos alimentares, entre os anos 2016 e 2015

Investigação de surtos alimentares/PAS 28 e CIB 250/07		Meta	Ano		
			2016	2015	Varição
Surtos	Notificados	Investigar 100% dos surtos notificados	15	13	15,38
	Investigados		15	13	15,38
	Em investigação		0	5	-

**FONTE:** Banco de dados gerenciais da EVA/CGVS/SMS.

No ano de 2016, foram recebidas 15 notificações de surtos de DTA, todas foram investigadas. Esteve envolvidas nestas investigações um total de 127 pessoas, sendo identificados 96 doentes. Os surtos investigados envolveram alimentos produzidos em restaurantes (7), padaria/confeitaria (1), lancheria (2), lancheria (1), restaurante culinária japonesa (3) e uma ILPI (1).

Todos os surtos de 2016 já foram concluídos, conforme tabela a seguir:

**Tabela 197 - Número de casos com resultados preliminares - DTA – 2016**

<b>Caso</b>	<b>Alimento incriminado</b>	<b>Agente Etiológico / Produto identificado</b>
1	Molho queijo	<i>Bacillus cereus</i>
2	NI	NI
3	NI	NI
4	Maionese	NI
5	NI	NI
6	Pizza Strogonoffe	Clostrídio
7	NI	NI
8	NI	NI
9	NI	<i>Staphylococcus aureus</i>
10	NI	NI
11	DESCARTADO	DESCARTADO
12	Pastel carne	Estafilococos coagulase positivo
13	DDA	DDA
14	NI	Clostrídio
15	Polpetone carne com queijo brie	Estafilococos coagulase positivo

**FONTE:** Banco de dados gerenciais da EVA/CGVS/SMS

Nota-se que há um grande volume de casos em que não se consegue identificar os alimentos ou agentes do surto, devido ao tempo transcorrido entre a ocorrência do agravo e a notificação, bem como as limitações laboratoriais. Além disso, outro fator que dificulta a conclusão do caso é a dificuldade de alcance de todos os comensais envolvidos, principalmente em surtos envolvendo restaurantes, onde o público é aberto, e normalmente a notificação se dá por apenas uma pessoa e a investigação ocorre com um número reduzido de entrevistados (geralmente dois envolvidos), gerando pouco subsídio para a investigação epidemiológica do caso, consequentemente dificultando a conclusão.

### 11.2.2.1 Fiscalização Sanitária e Zoossanitária

#### Equipe de Vigilância de Alimentos - EVA

**Tabela 198-** Dados de fiscalização de Vigilância de Alimentos, entre os anos 2016 e 2015

<b>Indicador</b>	<b>Ano</b>		
	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Varição</b>
<b>Número de vistorias / inspeções realizadas</b>	6.789	6.107	11,2
<b>Nº Notificações Lavradas</b>	1.258	1.261	-0,24
<b>Nº Autos de Infração Exarados</b>	514	549	-6,37
<b>Interdições / suspensão de Atividades</b>	97	131	-25,95

**FONTE:** Banco de dados gerenciais da EVA/CGVS/SMS.

Em relação ao número de vistorias, houve um aumento no comparativo anual, podendo se atribuir ao crescente aumento da ocorrência de eventos de massa envolvendo comércio de alimentos, por exemplo: além dos eventos do calendário da cidade, eventos de rua, shows, etc., os quais requerem vistorias pré e durante o

evento, com participação de grande parte da equipe no monitoramento do comércio de alimentos.

Quanto ao número de notificações e auto de infrações lavrados, são indicadores de análise dificultada, pois a sua lavratura dependerá da tomada de decisão do fiscal durante vistoria, considerando a situação encontrada, ou seja, são dados que oscilam, mostrando pouca variação, impossibilitando alguma interpretação.

Diferentemente dos outros indicadores, o número de interdições sofreu uma considerável redução, podendo ser atribuído a melhoria das condições sanitárias dos estabelecimentos vistoriados em Porto Alegre.

**Tabela 199-** Quantidade de produtos apreendidos e inutilizados de Vigilância de Alimentos, entre os anos 2016 e 2015

Produtos apreendidos	Ano		
	2016	2015	Varição
<b>Quantidade (kg)</b>	21.187,4	23.171,49	-8,56
<b>Quantidade (unidades)</b>	1769	2.632	-32,8
<b>Quantidade (litros)</b>	56	208,10	-73,1

FONTES: Banco de dados gerenciais da EVA/CGVS/SMS.

A quantidade apreendida também sofreu redução, o que corrobora com a suposição realizada para a redução das interdições no período analisado.

**Tabela 200-** Metas Comissão Intergestora Bipartite - CIB 250/2007 Atual. 2012 - Vigilância Alimentos, entre os anos 2016 e 2015

Atividade	Meta Anual	Ano		
		2016	2015	Varição
<b>1. Praças de alimentação de shoppings centers e similares. N - 12</b>	Inspeções anuais em 30% dos estimados/cadastrado (4 shoppings)	4	4	0
<b>2. Supermercados e hipermercados. N - 95</b>	Inspeções anuais em 30% dos estimados/cadastrados (34 Super e Hiper)	86	48	79,2
<b>3. Cozinhas industriais. N - 100</b>	Inspeção anual em 50% das cozinhas industriais cadastradas (50 cozinhas)	82	88	-6,8
<b>4. Cozinhas hospitalares. N - 25</b>	Inspeção anual em 100% das cozinhas hospitalares cadastradas	27	25	8
<b>5. Mercado público municipal (número de bancas). N - 72</b>	Inspeções anuais nas bancas de alimentos	72	103	-30,1
<b>6. Restaurantes e similares. N 3000</b>	Inspeção anual em 20% dos restaurantes cadastrados/ estimados (600 estabelecimentos)	2.121	2.115	0,3
<b>7. Escolas de Ensino Municipal N - 56</b>	Inspeção anual em 20% (12 escolas)	16	13	23,1
<b>8. Escolas de Ensino Estadual. N - 260</b>	Inspeção anual em 20% (52 escolas)	59	57	3,5

FONTES: Banco de dados gerenciais EVA/CGVS/SMS

N= Número Absoluto

Todas as metas seguem sendo atingidas no ano, entretanto a grande variação no indicador 2 explica-se pela ação realizada em supermercados e hipermercados da cidade, onde se intensificou as vistorias neste ramo em virtude da semana santa, quando aumenta o comércio de pescado.

No indicador 4, a variação deve-se ao fato de que o nº aumentou de 25 para 27 cozinhas hospitalares vistoriadas.

No indicador 5, a redução das vistorias deve-se ao fato de que em 2015 ocorreram várias vistorias de retorno, ocorrendo aumento no ano de 2015.

**Tabela 201-** Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas pelo EVA, entre os anos 2016 e 2015

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07		Meta	Ano		
			2016	2015	Varição
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	1.158	947	22,3
	Atendidas		921	602	53,0
	% atendidas/recebidas		79,53	63,60	25,0
	Status da meta		Meta Atingida	Meta Não Atingida	NA
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		811	663	22,3

FORNTE: Banco de dados gerenciais EVA/CGVS/SMS  
N= Número Absoluto

A grande variação positiva verificada no número de reclamações atendidas pela equipe pode ser explicada pela mudança no acolhimento das denúncias, fazendo com que o início do ano de 2016 fosse o marco zero das denúncias por parte da EVA. Portanto, em 2016, todas as denúncias que entram na equipe sofrem triagem e análise diariamente, sendo encaminhadas para fiscalização num prazo curto, dando mais agilidade no seu atendimento. Este procedimento fez com que houvesse um aumento do atendimento das reclamações Outro procedimento que contribuiu para o atendimento ágil das denúncias e o atendimento da meta foi o fato de que as denúncias começaram a ser tratadas pontualmente, ou seja, durante a vistoria, no estabelecimento, a ação fiscal geralmente é focada basicamente no teor da denúncia.

## 11.2.2.2 Vigilância de Serviços de Saúde e de Interesse à Saúde

### Vigilância dos serviços de Hemodiálise e Hemoterapia

Meta 49. Avaliar a adequação de 100% dos serviços de hemodiálise e hemoterapia à legislação sanitária vigente.

Em 2016 foram avaliadas as adequações de 100% dos serviços de Hemodiálise (14) e Hemoterapia (07), atingindo plenamente a meta proposta.

**Tabela 202-** Vigilância de Hemodiálise e Hemoterapia, entre os anos 2016 e 2015

Indicadores CIB 250/07 - PAS 53	Meta Pactuada Anual	Ano		
		2016	2015	Varição
Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de núcleo de hemoterapia. N 7	Inspecionar 100% dos serviços de núcleo de hemoterapia.	100%	100%	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços Terapia Renal Substitutiva (Diálise) N 14	Inspecionar 100% dos serviços de Serviços Terapia Renal Substitutiva (Diálise)	100%	100%	-

Fonte: Banco de dados gerenciais do NVSIS / CGVS/ SMS

Com o fechamento da Clínica Nefrobelém – Clínica de Doenças Renais, restaram apenas 14 serviços de Terapia Renal Substitutiva no exercício de 2016.

**Tabela 203-** Dados de fiscalização da Vigilância de Serviços de Saúde e de Interesse à Saúde, entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Ano		
	2016	2015	Varição
<b>Número de vistorias / inspeções realizadas</b>	3732	3.451	8,14
<b>Nº Notificações Lavradas</b>	1216	1.299	-6,39
<b>Nº Autos de Infração Exarados</b>	97	97	-
<b>Interdições / suspensão de Atividades</b>	12	12	-

Fonte: Banco de dados gerenciais do NVSIS / CGVS/ SMS.

As vistorias são focadas nos fluxos e nos processos de trabalhos, além das condições da infraestrutura dos serviços assistenciais e estabelecimentos de interesse à saúde, verificando os aspectos higiênico-sanitários e atendimento à legislação sanitária vigente, de acordo com o ramo de atividade.

Em uma vistoria, quando constatada determinada irregularidade sanitária, o estabelecimento pode ser notificado e/ou infracionado, ter as atividades suspensas ou ser interditado, objetivando proteger o usuário dos serviços de saúde e minimizar riscos e agravos à saúde pública.

No primeiro quadrimestre o número de inspeções/vistorias é menor que nos dois outros quadrimestres, pois o período de férias dos servidores concentra-se nos primeiros meses do ano.

Em uma análise da tabela praticamente não houve variação significativa entre os anos de 2015 e 2016 em relação aos dados de fiscalização da equipe.

**Tabela 204-** Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas pelo NVSIS, entre os anos 2016 e 2015

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07		Meta	Ano		
			2016	2015	Varição
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	440	541	-18,67
	Atendidas		398	652	-38,96
	% atendidas/recebidas		90,45	120,52	-24,95
	Status da meta		Meta Atingida	Meta Atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		307	379	-19,00

FONTES: Banco de dados gerenciais do NVSIS / CGVS/ SMS.

Há um número maior de reclamações atendidas em relação às recebidas, pois o seu número indica que algumas denúncias são resolvidas no quadrimestre em tela, mas foram recebidas em períodos anteriores. Esta situação tem explicação nos prazos legais de atendimentos das demandas.

**Tabela 205-** Metas Comissão Intergestora Bipartite – CIB 250/07 Atual 2012 - da Vigilância de Serviços Saúde e de Interesse à Saúde, entre os anos 2016 e 2015

Indicador CIB 250/07	Ação	Meta	Ano		
			2016	2015	Varição
Cadastrar, inspecionar e licenciar clínicas de vacinação. N 35	Inspeccionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	26	17	52,94
	Solicitações recebidas		26	17	52,94
	Solicitações atendidas		26	17	52,94
	% de atendimento		Meta Atingida	Meta Atingida	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar consultórios e clínicas sem procedimento. N 2.000	Inspeccionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	718	653	9,95
	Solicitações recebidas		648	629	3,02
	Solicitações atendidas		718	671	7,00
	% de atendimento		Meta Atingida	Meta Atingida	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar clínicas ou serviços de ultrassonografia. N 16	Inspeccionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	22	11	100
	Solicitações recebidas		22	11	100
	Solicitações atendidas		22	11	100
	% de atendimento		Meta Atingida	Meta Atingida	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar consultórios e clínicas com procedimentos	Inspeccionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	564	514	9,73
	Solicitações recebidas		619	506	22,33
	Solicitações atendidas		589	565	4,25
	% de		Meta	Meta	-

<b>invasivos (inclusive cirurgias). N 671</b>	<b>atendimento</b>		Atingida	Atingida	
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços de Remoção Móvel de Urgência e Emergência (Ambulâncias). N 18</b>	<b>Inspecionadas</b>	Atender 70% dos processos e <b>solicitações recebidas</b>	19	14	35,71
	<b>Solicitações recebidas</b>		13	13	-
	<b>Solicitações atendidas</b>		13	14	-7,14
	<b>% de atendimento</b>		Meta Atingida	Meta Atingida	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Consultórios e Clínicas Odontológicas com e sem RX. N 1.447</b>	<b>Inspecionadas</b>	Atender 70% dos processos e <b>solicitações recebidas</b>	248	256	-3,12
	<b>Solicitações recebidas</b>		253	249	1,61
	<b>Solicitações atendidas</b>		249	256	-2,73
	<b>% de atendimento</b>		Meta Atingida	Meta Atingida	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Laboratórios de Prótese Dentária. N 33</b>	<b>Inspecionadas</b>	Atender 70% dos processos e <b>solicitações recebidas</b>	4	4	-
	<b>Solicitações recebidas</b>		4	3	33,33
	<b>Solicitações atendidas</b>		4	5	-20,0
	<b>% de atendimento</b>		Meta Atingida	Meta Atingida	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Estabelecimentos de Longa Permanência de Idosos (ILPI). N 236</b>	<b>Inspecionadas</b>	Atender 70% dos processos e <b>solicitações recebidas</b>	233	225	3,55
	<b>Solicitações recebidas</b>		368	308	19,48
	<b>Solicitações atendidas</b>		338	378	-10,58
	<b>% de atendimento</b>		Meta Atingida	Meta Atingida	-
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços de Tatuagens e Piercings N 96</b>	<b>Inspecionadas</b>	Atender 70% dos processos e <b>solicitações recebidas</b>	210	100	110,0
	<b>Solicitações recebidas</b>		42	70	-40,0
	<b>Solicitações atendidas</b>		36	66	-45,45
	<b>% de atendimento</b>		Meta Atingida	Meta Atingida	-

**FONTE:** Banco de dados gerenciais do NVSIS/ CGVS/ SMS  
N= Número Absoluto

Consultórios e clínicas sem procedimento invasivo: A variação entre o número de solicitações recebidas e o de atendidas deve-se, primordialmente, às adequações à legislação sanitária, solicitadas aos requerentes, o que pode se dar no quadrimestre subsequente. Houve um significativo aumento das solicitações, tendo em vista o credenciamento de médicos na UNIMED, com a exigência de apresentação do Alvará de Saúde.

Consultórios e clínicas com procedimentos invasivos (inclusive cirurgias): Foram atendidas solicitações em número maior que as recebidas devido à demanda



sem atendimento dos quadrimestres anteriores. Essa variação entre o número de solicitações recebidas e o de atendidas deve-se, primordialmente, às adequações à legislação sanitária, solicitadas aos requerentes, o que pode se dar no quadrimestre subsequente.

Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgência e Emergência (Ambulâncias): O objeto da fiscalização nas empresas de ambulâncias (Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel) são as bases dos serviços (Sede) e os veículos ambulâncias de cada empresa. O “N” refere-se às bases da empresa e neste indicador não estão incluídos os diversos tipos de veículos vistoriados. Neste quadrimestre o “N” manteve-se em 18, porém um dos processos referente solicitação de Alvará de Saúde não foi concluído e será arquivado devido o encerramento das atividades da empresa em questão. Neste quadrimestre foram vistoriadas 66 ambulâncias.

Consultórios e Clínicas Odontológicas com e sem RX: A variação entre o número de solicitações recebidas e o de atendidas deve-se, primordialmente, às adequações à legislação sanitária solicitadas aos requerentes, o que pode se dar no quadrimestre subsequente.

Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI):. As solicitações atendidas referem-se aos estabelecimentos vistoriados e licenciados no período, bem como as vistorias realizadas a fim de atender demandas solicitadas pelo Ministério Público, e de diversos outros órgãos, incluída a Delegacia de Polícia de Proteção à Pessoa Idosa, e demandas requeridas pelo disque denúncia da PMPA. O número de solicitações atendidas é inferior ao número de solicitações recebidas em razão de eventos educacionais oferecidos ao setor regulado, e realizado pelos fiscais das ILPIs dentro do quadrimestre.

Serviços de Tatuagens e Piercings: Foram atendidas 9 demandas, entre processos e denúncias, para atividades de tatuagem e micropigmentação estética, e 131 inspeções decorrentes da exposição no Barra Shopping dos gabinetes de tatuagem instalados para o evento. Houve uma diminuição dos pedidos de Alvará de Saúde tendo em vista a implantação do Processo Eletrônico – SEI e com isso a necessidade de fazer-se busca ativa aos estabelecimentos para abertura de processo eletrônico.

**Tabela 206-** Metas Comissão Intergestora Bipartite – CIB 250/07 Atual. da Vigilância de Serviços Saúde e de Interesse à Saúde, entre os anos 2016 e 2015

Indicadores CIB 250/07	Meta Pactuada Anual	Ano			Observações específicas
		2016	2015	Variação	
<b>Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Hemocentro. N 1</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Hemocentro.	1	1	-	
<b>Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Serviços de núcleo de hemoterapia. N 7</b>	Inspecionar 100% dos serviços de núcleo de hemoterapia.	7	7	-	
<b>Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços coleta e transfusão. N 2</b>	Inspecionar 100% dos serviços de coleta e transfusão	2	2	-	
<b>Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Centro de Triagem Laboratorial de Doadores. N 1</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Centro de Triagem Laboratorial de Doadores	1	1	-	
<b>Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Agência Transfusional de Doadores. N 12</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Serviços de Agência Transfusional de Doadores	12	13	(7,69)	O <b>N 13</b> de serviços de AGT passou a <b>N 12</b> devido à suspensão das atividades de Agência Transfusional do Hospital Parque Belém.
<b>Cadastrar, inspecionar e licenciar os Bancos de Tecidos Oculares. N 2</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Bancos de Tecidos Oculares.	2	2	-	

<b>Cadastrar, inspecionar e licenciar os Bancos de Células e tecidos germinativos. N 8</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Bancos de Células e tecidos germinativos	5	8	-37,5	
<b>Cadastrar, inspecionar e licenciar os Laboratórios Clínicos Hospitalares N 17</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Laboratórios Clínicos Hospitalares e Postos de coleta	17	17	-	
<b>Cadastrar, inspecionar e licenciar os Postos de coleta. N 04</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Laboratórios Clínicos Hospitalares e Postos de coleta	10	4	150,0	Aumento devido à reinspeções necessárias para as adequações sanitárias.
<b>Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Home Care. N 19</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Serviços de Home Care	19	23	-17,39	Solicitações recebidas: 4; Solicitações atendidas: 4; O N mudou de 20 para 19, com o fechamento de uma empresa. Obs.: 4 Vitorias foram realizadas por falta solicitação de renovação dos Alvarás de saúde.
<b>Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços Terapia Antineoplásica (Quimioterapia) N 27</b>	Inspecionar 100% dos Serviços Terapia Antineoplásica (Quimioterapia)	27	26	3,85	Solicitações recebidas: 12 Solicitações atendidas: 12 Em relação aos Serviços de Terapia Antineoplásica (Quimioterapia), no 3º quadrimestre o N diminuiu de 27 para 26, com o fechamento de um serviço em um hospital. Obs.: 4 vitorias ref. as solicitações do 3º quadrimestre, foram realizadas no 2º quadrimestre.
<b>Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços Terapia Renal Substitutiva (Diálise) N 14</b>	Inspecionar 100% dos Serviços Terapia Renal Substitutiva (Diálise)	14	15	-6,67	A Clínica Nefrobelém - Clínica de Doenças Renais encontra-se com suas atividades encerradas. Neste caso o N mudou para 14.
<b>Cadastrar, inspecionar e licenciar os Hospitais Gerais (inclusive com</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Hospitais Gerais	14	14	-	Conforme Terminologia Básica em Saúde – MS – 1983 – série B – Textos Básicos de Saúde, 4, conceitua-se: <b>Hospital Geral:</b> hospital destinado a prestar

unidades de internação pediátrica e obstétrica) <b>N 14</b>					assistência a paciente, primordialmente, nas quatro especialidades médicas básicas (clínica médica, cirurgia geral, ginecologia-obstetrícia e pediatria); <b>Hospital Especializado:</b> hospital destinado a prestar assistência a pacientes, em uma ou mais especialidades.
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Hospitais Infantis com e sem UTI neonatal e pediátrica</b> <b>N 3</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Hospitais Infantis	3	3	-	A cidade de Porto Alegre tem três Serviços de Hospital Infantil: HMIPV, HCC (Hospital da Criança Conceição) e HCSA (Hospital da Criança Santo Antônio), sendo que o HMIPV também é contemplado no indicador <b>Serviço Hospitalar de Atenção ao Parto e a Criança.</b>
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços Hospitalares de Atenção ao Parto e à Criança.</b> <b>N 2</b>	Inspecionar 100% dos serviços de Serviços Hospitalares de Atenção ao Parto e à Criança.	2	2	-	São considerados como Serviço Hospitalar de Atenção ao Parto e a Criança de Porto Alegre os hospitais: Hospital Fêmeina e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Conforme pactuação devem ser vistoriadas as seguintes áreas: Centro Obstétrico, UTI Neonatal e UTI Pediátrica.
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços Hospitalares Especializados.</b> <b>N 10</b>	Inspecionar 50% dos serviços de Serviços Hospitalares Especializados.	9	10	-10,0	Excluem-se os hospitais especializados no atendimento materno-infantil (HMIPV e HF).
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços de Nutrição Enteral.</b> <b>N 25</b>	Inspecionar 50% dos serviços de Serviços de Nutrição Enteral.	25	25	-	N alterou para 25 pela inclusão do hospital Restinga Extremo Sul/Associação Hospitalar Moinho de Ventos
Cadastrar, inspecionar e licenciar os <b>Serviços de Lactário.</b> <b>N 14</b>	Inspecionar 50% dos serviços de Serviços de Lactário.	14	14	-	N alterou para 14 pela inclusão do hospital Restinga Extremo Sul/ Associação Hospitalar Moinho de Ventos

**FONTE:** Banco de dados gerenciais do NVSIS/ CGVS/ SMS.

**ND:** Não disponível.

**N:** Número Absoluto.

Em 2016, nas atividades de alta complexidade Banco de Células e Tecidos não se realizou a meta de 100% preconizada por falta de contingente devido a processo de aposentadoria de profissional técnico especializado.

Os serviços de hemoterapia, laboratórios clínicos hospitalares e bancos de células e tecidos germinativos (BCTG) são monitorados e fiscalizados por três técnicas, que, além disso, são responsáveis pelos laboratórios extra hospitalares, (não apenas os clínicos, mas também os de patologia, de citologia, de biologia molecular e os analíticos - análise de água, alimentos, medicamentos, microbiológicos e químicos -, pelo laboratório de imunologia de transplantes, pelos bancos de tecidos oculares, pelos centros de tecnologia celular (bancos de células tronco) e pelos de células progenitoras hematopoiéticas, sejam estabelecimentos públicos ou privados. Como toda a EVSIS, fazem relatórios e pareceres, emitem notificações e autos de infração, realizam avaliação de processos e atendem às reclamações recebidas pelo 156. Realizam análise de documentação relativa a Bancos de Sangue (HEMOPROD, NOTIVISA) e relativa aos BCTG (SISEMBRIO). Os postos de coleta são fiscalizados por uma técnica que realiza também todas as solicitações de alvará de saúde (intra e extra hospitalares) e as reclamações recebidas pelo 156.

Devido ao crescente número de estabelecimentos e da diversidade e complexidade envolvidas, aliadas ao número reduzido de recursos humanos capacitados para essas atividades, não foi possível atender a meta relativa aos bancos de células e tecidos germinativos.

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

**Quadro 9**– Hospitais de Porto Alegre, segundo conceituação, entre os anos 2016 e 2015

<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	HBO – Hospital Banco de Olhos
HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição	HPS – Hospital Pronto Socorro
ISCOMPA – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	HSP – Hospital São Pedro
HDP – Hospital Divina Providência	HBP – Hospital Beneficência Portuguesa
HED – Hospital Ernesto Dornelles	HSP – Hospital Sanatório Partenon
HVN – Hospital Vila Nova	HF – Hospital Fêmeina
HBM – Hospital Brigada Militar	HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
HPB - Hospital Parque Belém	HI – Hospital Independência
HPA - Hospital Porto Alegre	UAA – Unidade Álvaro Alvim/HCPA
HGE - Hospital Geral do Exército	HCC – Hospital da Criança Conceição
HR – Hospital da Restinga e Extremo Sul	

**FONTE:** Banco de dados gerenciais do NVSIS/ CGVS/SMS.

Deve-se ratificar que três hospitais especializados - HF, HMIPV e HCC – estão contemplados no indicador de “hospitais infantis com ou sem UTI neonatal e pediátrica” e “hospitais de atenção ao parto e à criança”. Desta maneira, totalizam 14 hospitais gerais e 10 hospitais especializados no “n” dos indicadores do quadro supramencionado.

A Equipe de Vigilância em Serviços de Interesse à Saúde mantém pactuação na área materno infantil através da CIB contemplando fiscalização no Centro Obstétrico, UTI Neonatal, UTI Pediátrica. Além desses serviços também são priorizadas áreas críticas que envolvem um processo de trabalho elaborado e/ou atendimento assistencial complexas, como Bloco Cirúrgico (BC), Centro de Material e Esterilização (CME) e UTI Adulto. Demandas oriundas da GRSS/SMS, MP, CEVS, Conselhos de Classe e denúncias também foram atendidas no ano.

O grupo dos hospitais permanece monitorando as notificações das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde do município, através do formulário eletrônico do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), bem como as notificações de germes multirresistentes em ferramenta FormSUS, própria da VISA municipal. No mês de dezembro foi publicado o segundo Boletim CMCIH – Coordenação Municipal de Controle de Infecção Hospitalar – que divulga os indicadores de controle de infecção municipais.

O grupo avalia, ainda, os indicadores do Plano de Contingência para o Controle de mecanismos de Resistência – Placon - RM, enviados trimestralmente pelos hospitais.

Foi constituída a Comissão Municipal de Segurança do Paciente com membros representantes dos Núcleos de Segurança do Paciente dos hospitais e representantes do núcleo dos hospitais da EVSIS/CGVS.

O núcleo dos hospitais permanece monitorando as notificações dos eventos adversos de assistência à saúde não infecciosos, parte integrante das ações de Segurança do Paciente. A meta da ANVISA é a investigação, por parte das visas municipais, de eventos adversos graves e de óbitos.

**Tabela 207-** Inspeção de escolas de educação infantil, entre os anos 2016 e 2015

Cadastrar, inspecionar e licenciar Escolas de Educação Infantil(EEI). N 700 - CIB 250/07 atual. 2012		Meta Pactuada Anual	Ano		
			2016	2015	Varição
Nº EEI	Inspecionadas	Inspeccionar 20% das escolas já cadastradas	261	235	11,06
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		140	140	-
	Status da meta parcial %		183,43	167,86	9,27
Nº reclamações/denúncias	Recebidas	Atender 70% das reclamações recebidas	11	10	10
	Atendidas		11	10	10
	% atendidas em relação às recebidas		100	100	0,00
	Status da meta %		Meta Atingida	Meta Atingida	Meta Atingida
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		8	7	14,29

**FONTE:** Banco de dados gerenciais do NVSIS/CGVS/SMS.  
\* Essa meta somente pode ser analisada anualmente.  
**N=** Número Absoluto.

Em relação às escolas de educação infantil, as áreas vistoriadas referem-se à totalidade dos ambientes, incluindo cozinha, berçário, salas de recreação, despensa, lavanderia, administrativo e área externa. Os riscos relacionados a esses estabelecimentos referem-se, prioritariamente, à toxinfecção alimentar e diferentes tipos de viroses. Com a perspectiva de aposentadoria nos próximos meses do servidor mais antigo e com ampla experiência em Estabelecimentos de Educação Infantil, contamos apenas com outro servidor com carga horária de 30 horas semanais.

Em 2016 houve um aumento no número de inspeções realizadas em relação a 2015.

**Tabela 208-** Dados de fiscalização pela Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde, entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Ano		
	2016	2015	Varição
<b>Número de vistorias / inspeções realizadas</b>	804	673	19,46
<b>Nº Notificações Lavradas</b>	135	153	-11,76
<b>Nº Autos de Infração Exarados</b>	58	69	-15,94
<b>Interdições / suspensão de Atividades</b>	7	9	-22,22

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVPIS/CGVS/SMS.

As vistorias são focadas nos fluxos e processos de trabalhos, infraestrutura dos serviços e estabelecimentos que produzam, manipulem, industrializem, distribuam, armazenem, transportem e comercializem produtos de interesse à saúde, controladoras de pragas, verificando os aspectos higiênico-sanitários e atendimento aos regulamentos técnicos e à legislação sanitária vigente, de acordo com o ramo de atividade.

Houve um incremento no número de vistorias comparando os anos de 2015 e 2016 em decorrência da implantação do Programa de Monitoramento de Cosméticos da CEVS/SESRS, no comércio varejista de Porto Alegre, e o desdobramento da ação fiscal para orientação destes estabelecimentos quando os Laudos de Análise resultam insatisfatórios. Também contribuiu na elevação deste indicador o aumento das solicitações de Certificação de Boas Práticas de Distribuição de Produtos Para Saúde, e ainda o crescimento do comércio varejista de medicamentos, resultando em um aumento na solicitação de vistoria para alvará inicial de drogaria.

Em uma vistoria, quando constatadas irregularidades sanitárias, o estabelecimento pode ser notificado e/ou infracionado, os produtos apreendidos, as atividades suspensas e/ou o estabelecimento interditado, objetivando proteger o consumidor e minimizar riscos e agravos à saúde pública.

**Tabela 209-** Quantidades de produtos apreendidos e inutilizados pela Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde, entre os anos 2016 e 2015

Produtos apreendidos	Ano		
	2016	2015	Varição
<b>Quantidade (kg)</b>	14,62	17,85	-18,09
<b>Quantidade (unidades)</b>	282	106	166,03
<b>Quantidade (litros)</b>	51,17	4,01	11,76

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVPIS/CGVS/SMS.

No início do ano de 2016 as apreensões ocorridas davam continuidade ao programa de monitoramento de alisantes capilares da CEVS/RS iniciado em 2015. No decorrer do ano de 2016 as apreensões se referem aos produtos cosméticos



álcool gel ou sabonete líquido(cumprindo programa de monitoramento da CEVS/RS no comércio varejista de Porto Alegre e encaminhados integralmente ao Lacen/RS.

**Tabela 210** - Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas pela NVPIIS, entre os anos 2016 e 2015

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07		Meta	Ano		
			2016	2015	Varição
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	179	163	9,81
	Atendidas		150	143	4,89
	% atendidas/recebidas		83,79	87,73	-4,49
	Status da meta		Meta Atingida	Meta Atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		125	114	9,65

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVPIIS/ CGVS/ SMS

Comparando as tabelas dos anos de 2015 e 2016 observa-se que os números praticamente se mantiveram. O preenchimento da tabela foi feito com o número consolidado, somando as denúncias que entram durante o ano. A grande demanda de reclamações é proveniente do ramo de drogarias, geralmente encaminhadas pelo Conselho Regional de Farmácia/R, bem como as recebidas através do Sistema Fala Porto Alegre - 156. A EVPIIS atingiu, ao longo deste ano, mais do que a meta de 70% de atendimento total das reclamações recebidas. Das reclamações provenientes do 156- Porto Alegre, a EVPIIS atendeu mais de 80 %.

**Tabela 211-** Metas Comissão Intergestora Bipartite - CIB 250/2007 Atual. 2012 - Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde, entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Ação	Meta Anual	Ano		
			2016	2015	Varição
Cadastrar, inspecionar e licenciar as indústrias cosméticas saneantes reembaladoras N 12	Solicitações	Licenciamento e fiscalização de 100% da indústria de Saneantes e cosméticos (que solicitarem alvará sanitário e/ ou se houver denúncias)	10	17	-41,17
	Fiscalizadas		21	35	-40,0
	Licenciadas		14	9	55,55
Cadastrar, inspecionar e licenciar as distribuidoras, importadoras, exportadoras transportadoras cosméticos saneantes reembaladoras N 58	Fiscalizadas	Licenciamento e fiscalização de 30% das distribuidoras, importadoras, exportadoras e transportadoras de Saneantes cosméticos cadastradas.	83	68	22,06
	Licenciadas		51	52	-1,95
	N mínimo		17	17	-

Cadastrar, inspecionar e licenciar as <b>distribuidoras e transportadoras de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos.</b> <b>N 73</b>	<b>Solicitações recebidas</b>	Atender 70% dos processos <b>solicitações recebidas</b>	93	109	-14,67
	<b>Inspecionadas</b>		29	27	7,41
	<b>N mínimo</b>		65	76	-14,47
	<b>% atendidas/recebidas</b>		44,54	24,77	79,81
Cadastrar, inspecionar e licenciar as <b>importadoras e fracionadoras de insumos farmacêuticos e medicamentos.</b> <b>N 5</b>	<b>Solicitações recebidas</b>	Atender 70% dos processos <b>solicitações recebidas</b>	3	1	200,0
	<b>Inspecionadas</b>		1	0	100
	<b>N mínimo</b>		2	1	100
	<b>% atendidas/recebidas</b>		47,61	0,00	476,1
Cadastrar, inspecionar e licenciar as <b>empresas controladoras de pragas.</b> <b>N 4</b>	<b>Solicitações recebidas</b>	Atender 70% dos processos <b>solicitações recebidas</b>	7	10	-30,0
	<b>Inspecionadas</b>		12	19	-36,84
	<b>N mínimo</b>		5	7	-28,57
	<b>% atendidas/recebidas</b>		142,85	190,00	-24,81

**FONTE:** Banco de dados gerenciais do NVPIS/CGVS/SMS.

**N:** Número Absoluto

Em comparação com o ano de 2015 ocorreu um decréscimo no nº de solicitações de alvarás sanitários (inicial ou renovação) para indústrias de cosméticos ou saneantes. Conforme informações obtidas pela Equipe, ocorreu o encerramento de atividades de várias empresas e/ou mudança de endereço para outros municípios. Apesar desta diminuição, houve um acréscimo no nº de alvarás liberados em função de processos pendentes do ano anterior que não haviam conseguido adequar-se em função da regularização junto ao Corpo de Bombeiros.

Não houve alterações significativas referente ao atendimento de distribuidoras e transportadoras de cosméticos e saneantes.

O dado resultante da razão das solicitações atendidas sobre as recebidas das empresas distribuidoras e transportadoras de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos encontra-se defasado visto que não leva em consideração as liberações de renovação de alvará de análise documental nos estabelecimentos que não possuem infrações ou denúncias no último ano e portanto, não necessitam inspeção sanitária. Este procedimento fiscal foi adotado pela equipe considerando a demanda e técnicos para o atendimento.

No segundo quadrimestre de 2016 tivemos a implantação do Sistema Eletrônico Informatizado (SEI) dos Processos Administrativos de Alvará de Saúde na PMPA, iniciais e renovações. Após reorganização dos fluxos para sua implementação, os processos chegam à fiscalização com documentação completa, traduzindo-se em uma qualificação da entrada destes processos e agilidade na atividade de licenciamento.

A diminuição no número de solicitações de alvarás sanitários para controladoras de pragas se dá pela tentativa do setor de buscar instalações passíveis de licenciamento, uma vez que dependem do licenciamento ambiental da FEPAM para sua regularização.

**Tabela 212-** Inspeção de Drogarias-Comissão Intergestora Bipartite - CIB 250/2007 Atual. 2012 - Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde, entre os anos 2016 e 2015

Cadastrar, inspecionar, monitorar e licenciar as drogarias. CIB 250/07 N 557		Meta CIB Anual	Ano		
			2016	2015	Varição
Nº drogarias	Inspeccionadas	Inspeccionar 20% das drogarias.	385	255	50,98
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		111	111	-
	Status da meta parcial %		Meta Atingida	Meta Atingida	-
Nº reclamações/denúncias	Recebidas	Atender 70% das reclamações recebidas	87	103	-15,53
	Atendidas		70	83	-15,66
	% atendidas em relação às recebidas		80,45	80,58	-0,02
	Status da meta		Meta Atingida	Meta Atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		61	72	-15,28

FONTES: Banco de dados gerenciais do NVPIS/ CGVS/ SMS  
N= Número Absoluto

O aumento no número de vistorias ocorrido em drogarias é decorrente do aumento de solicitações de vistoria para alvará inicial. É um setor em expansão de estabelecimentos.

As drogarias são o ramo de atividade do nosso setor regulado com o maior número de estabelecimentos, bem como o maior número de denúncias recebidas na Equipe. A equipe dá o retorno desejado à população ao atender além da meta, tanto as inspeções quanto as denúncias recebidas.

**Tabela 213-** Farmácias de manipulação - Comissão Intergestora Bipartite - CIB 250/2007 CIB 250/2007 Atual. 2012 - Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde, entre os anos 2016 e 2015

Cadastrar, inspecionar, monitorar e licenciar as farmácias de manipulação. CIB 250/07 N 164		Meta CIB Anual	Ano		
			2016	2015	Variação
Nº Farmácias de Manipulação	Inspeccionadas	Inspeccionar 30% das farmácias de manipulação.	57	58	-1,72
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		49	49	-
	Status da meta parcial %		Meta Atingida	Meta Atingida	-
Nº reclamações/denúncias	Recebidas	Atender 100% das reclamações recebidas	19	14	35,71
	Atendidas		12	10	20,0
	% atendidas em relação às recebidas		63,15	71,42	-11,58
	Status da meta		Meta Não atingida	Meta Não atingida	-

FONTES: Banco de dados gerenciais do NVPIS/CGVS/SMS.  
N: Número Absoluto

A meta das inspeções em farmácia de manipulação foi atingida tanto em 2015 como em 2016. Quanto ao atendimento das denúncias, a meta não foi atingida, devido a contingenciamento de pessoal.

**Tabela 214-** Serviço de Nutrição Parental (farmácia hospitalar com preparo de nutrição) - Metas Comissão Intergestora Bipartite - CIB 250/2007 Atual. – 2012 - Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde, entre os anos 2016 e 2015

Cadastrar, inspecionar e licenciar os Serviços de Nutrição Parental (farmácia hospitalar com preparo de nutrição) CIB 250/07 N 2		Meta CIB Anual	Ano		
			2016	2015	Variação
Nº serviços	Inspeccionadas	Inspeccionar 100% dos serviços	3	2	50,0
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		2	2	0,00
	Status da meta parcial		Meta Atingida	Meta Atingida	-
Nº reclamações/denúncias	Recebidas	Atender 100% das reclamações recebidas	0	-	-
	Atendidas		0	-	-
	% atendidas em relação às recebidas		-	-	-
	Status da meta		-	-	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		-	-	-

FONTES: Banco de dados gerenciais do NVPIS/CGVS/SMS  
N: Número Absoluto

Apenas duas farmácias hospitalares são responsáveis pela preparação da nutrição parenteral utilizada no serviço de nutrição: HCPA e HNSC. A meta foi atingida nos anos de 2015 e 2016.

Atualmente, o HNSC está com o Serviço de nutrição Parenteral suspenso pela nossa ação fiscal, terceirizando esta atividade até adequar-se a norma, reduzindo para 1 o número de estabelecimento ativo neste ramo.

Os demais serviços utilizam a nutrição parental adquirida de uma das três farmácias de manipulação que têm este preparo.

### Núcleo de Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde

**Tabela 215-** Dados de fiscalização da Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde, entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Ano		
	2016	2015	Variação
<b>Número de vistorias / inspeções realizadas</b>	119	143	-16,78
<b>Nº Notificações Lavradas</b>	65	66	-1,51
<b>Nº Autos de Infração Exarados</b>	11	9	22,22
<b>Interdições / suspensão de Atividades</b>	0	1	-

Fonte: Banco de dados gerenciais do NVESIS/ CGVS/ SMS

Embora sempre se busque obter a regularização por parte dos Serviços, algumas vezes não conseguimos atendimento sem que haja medidas fiscais mais efetivas.

**Tabela 216-** Avaliação de projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – CIB 250/07 Atual 2012 - Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde, entre os anos 2016 e 2015

Indicador CIB 250/07	Ação	Meta	Ano		
			2016	2015	Variação
Avaliação documental, aprovação de projeto arquitetônico, de infra-estrutura e vistorias para licenciamento e construção dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.	<b>Inspeccionadas</b>	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas	03	20	-85,0
	<b>Entrada de projetos de EAS</b>		38	38	-
	<b>Análises de Projetos de EAS</b>		202	174	16,09
	<b>Projetos Aprovados</b>		40	19	110,53

Fonte: Banco de dados gerenciais do NVESIS/ CGVS/ SMS

Em 2016, foram analisados 202 projetos arquitetônicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Foram aprovados 40 projetos, sendo 19 processos eletrônicos com entrada em 2015 e 2016 e 21 processos físicos (GPA), com entrada em 2013, 2014 e 2015. Foram realizadas inspeções, acompanhando à Equipe de Serviços de Interesse à Saúde e ao Núcleo de Radiações Ionizantes

A meta foi atingida e percebe-se um significativo aumento de projetos aprovados, assim como do número de projetos em análise.

**Tabela 217-** Metas Comissão Intergestora Bipartite - CIB 250/2007 Atual.- 2012 - Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde, entre os anos 2016 e 2015

Indicadores CIB 250/07	Meta Pactuada	Ano		
		2016	2015	Variã o
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.	12	9	33,33
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.	37	30	23,33
Cadastrar, inspecionar, licenciar e verificar a qualidade dos <b>Serviços radioterapia. N 5</b>	Inspeccionar 100% dos serviços de Radioterapia	5	5	0,00
Cadastrar, inspecionar, licenciar e verificar a qualidade da imagem de os <b>Serviços Medicina Nuclear. N 13</b>	Inspeccionar 100% dos serviços de Medicina Nuclear	13	11	18,18
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	99	113	-12,39

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVESIS/CGVS/SMS.

N= Número Absoluto.

Este ano tivemos a inclusão de 02 Estabelecimentos de Medicina Nuclear: SIDI Center e Mãe de Deus Center, aumentando o número de Serviços para 13.

Os Serviços de radioterapia são 05, tendo sido concluído até o segundo semestre. Houve erro ao informar que foram 06, o que foi corrigido neste relatório.

Os Serviços de Mamografia SUS (1) e Particular que não foram vistoriados este ano serão contemplados no 1º quadrimestre de 2017.

O cadastramento dos Serviços de Radiodiagnóstico Médico segue aumentando, devido à inclusão de estabelecimentos de Radiologia Odontológica, e a popularização do uso de tomógrafos neste tipo de serviço.

**Tabela 218** - Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas pela NVESIS, entre os anos 2016 e 2015

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07		Meta	Ano		
			2016	2015	Varição
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	5	14	-64,28
	Atendidas		5	14	-64,28
	% atendidas/recebidas		100	100	-
	Status da meta		Meta Atingida	Meta Atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		4	10	-60,0

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVESIS/CGVS/SMS.

Os serviços de radiodiagnóstico, medicina nuclear, radioterapia e ressonância magnética, pelas suas especificidades não tem gerado um número significativo de denúncias. Assim sendo, a equipe consegue atender todas as reclamações.

O volume de reclamações do setor não costuma ser significativo, em face de especificidade do Serviço, porém pode-se observar em 2016 uma considerável queda de reclamações de 14 em 2015 para 5 em 2016. As reclamações geralmente referem-se a condições higiênico-sanitárias inadequadas e a proteção radiológica.

### Vigilância Ambiental – Fiscalização

**Tabela 219-** Dados de fiscalização Núcleo de Fiscalização Ambiental, Dengue entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Ano		
	2016	2015	Varição
Número de vistorias / inspeções realizadas	4113	2.564	60,41
Nº Notificações Lavradas	71	40	77,5
Nº Autos de Infração Exarados	2	4	-50,0
Interdições / suspensão de Atividades	-	-	-

FONTE: Banco de dados gerenciais do NFA/CGVS/SMS..

**Tabela 220-** Dados de fiscalização Núcleo de Fiscalização Ambiental, Vigilância da Água entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Ano		
	2016	2015	Varição
Número de vistorias / inspeções realizadas	969	1201	-19,31
Nº Notificações Lavradas	54	116	-53,45
Nº Autos de Infração Exarados	1	4	-75,0
Interdições / suspensão de Atividades	-	--	-

**Tabela 221-** Dados de fiscalização Núcleo de Fiscalização Ambiental – Vigilância de Roedores e outros Vetores, entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Ano		
	2016	2015	Variação
<b>Número de vistorias / inspeções realizadas</b>	57	81	-29,62
<b>Nº Notificações Lavradas</b>	1	1	0,00
<b>Nº Autos de Infração Exarados</b>	-	--	-
<b>Interdições / suspensão de Atividades</b>	-	--	-

FONTE: Banco de dados gerenciais do NFA/CGVS/SMS..

**Tabela 222-** Dados de fiscalização Núcleo de Fiscalização Ambiental – Vigilância População Animal, entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Ano		
	2016	2015	Variação
<b>Número de vistorias / inspeções realizadas</b>	266	299	-11,04
<b>Nº Notificações Lavradas</b>	1	7	-85,71
<b>Nº Autos de Infração Exarados</b>	-	1	-100,0
<b>Interdições / suspensão de Atividades</b>	-	-	-

FONTE: Banco de dados gerenciais do NFA/CGVS/SMS..

**Tabela 223-** Dados de fiscalização da Vigilância da Qualidade da Água, entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Ano		
	2016	2015	Variação
<b>Número de vistorias / inspeções realizadas</b>	33	26	26,92
<b>Nº Notificações Lavradas</b>	6	8	-25,0
<b>Nº Autos de Infração Exarados</b>	4	3	33,33
<b>Interdições / suspensão de Atividades</b>	3	-	300,0

FONTE: Banco de dados gerenciais do EVQA/CGVS/SMS.

As 33 vistorias realizadas ao longo do ano de 2016 analisaram fundamentalmente a adequação das soluções alternativas ao regramento estabelecido pela Portaria 2.914 de 2011. Segundo a legislação supracitada, “A autoridade municipal de saúde pública não autorizará o fornecimento de água para consumo humano, por meio de solução alternativa coletiva, quando houver rede de distribuição de água, exceto em situação de emergência e intermitência”.

Uma segunda situação relevante prevista pela Portaria da potabilidade e vistoriada por esta EVQA refere-se ao Art. 16º, onde “A água proveniente de solução alternativa coletiva ou individual, para fins de consumo humano, não poderá ser misturada com a água da rede de distribuição”.

Majoritariamente as demandas são advindas do Departamento Municipal de Águas e Esgoto para esta EVQA/CGVS e redundaram em 6 notificações e 4 autos



de infração para que a ligação à rede de abastecimento fosse realizada conforme arcabouço jurídico. No ano de 2016 foram suspensas as atividades em três estabelecimentos.

A perspectiva para 2017 é a manutenção das ações de inspeção, articulação com demais órgãos relacionados e ampliação da comunicação ao cidadão sobre os riscos das soluções alternativas em inconformidade com a legislação federal.

**Tabela 224-** Dados de fiscalização da Vigilância da População Animal, entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Ano		
	2016	2015	Variação
<b>Número de vitorias / inspeções realizadas</b>	80	73	9,59
<b>Nº Notificações Lavradas</b>	42	26	61,54
<b>Nº Autos de Infração Exarados</b>	1	4	-75,0
<b>Interdições / suspensão de Atividades</b>	-	-	-

FONTES: Banco de dados gerenciais do NVPA/CGVS/SMS.

**Tabela 225-** Dados de fiscalização da Vigilância e da Saúde do Trabalhador, entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Ano		
	2016	2015	Variação
<b>Número de vitorias/inspeções realizadas</b>	174	281	-38,07
<b>Nº Notificações Lavradas</b>	32	58	-44,83
<b>Nº Autos de Infração Exarados</b>	8	5	60,0
<b>Nº Processos de licenciamento analisados</b>	26	22	18,18

FONTES: Banco de dados gerenciais da EVSAT/CGVS/SMS.

**Tabela 226-** Dados Fiscalização das Estações de Rádio Base – Vigilância Ambiental, entre os anos 2016 e 2015

Fiscalização de Estação de Rádio Base (ERB)	Ano		
	2016	2015	Variação
<b>Solicitações recebidas</b>	29	27	7,41
<b>Fiscalizações</b>	27	27	0,00
<b>% atingido</b>	93,10	100	-6,90

FONTES: Banco de dados gerenciais da EVSAT/CGVS/SMS

**Tabela 227-** Dados Fiscalização Ambientes livres do tabaco – Vigilância Ambiental, entre os anos 2016 e 2015

Fiscalização de ambientes livres do tabaco		Ano		
		2016	2015	Variação
Estabelecimentos de interesse a saúde	<b>Recebidas</b>	7	44	-84,09
	<b>Atendidas</b>	7	38	-81,57
	<b>% atingido</b>	100	86,36	15,79

FONTES: Banco de dados gerenciais da EVSAT/CGVS/SMS.

**Tabela 228** - Dados de fiscalizações realizadas pela CGVS, entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Ano		
	2016	2015	Varição
<b>Número de vistorias / inspeções realizadas</b>	17.322	14.899	16,26
<b>Nº Notificações Lavradas</b>	2.841	3.035	-6,39
<b>Nº Autos de Infração Exarados</b>	695	745	-6,71
<b>Interdições / suspensão de Atividades</b>	121	153	-20,91

FONTE: Banco de dados gerenciais do RG/CGVS/SMS.

A tabela acima compila os dados das fiscalizações realizadas pelas equipes da CGVS no ano de 2015 e 2016. Em 2015 foram realizadas por semana em média 286 fiscalizações/vistorias, 58 lavraturas de notificações, 14 lavraturas de autos de infração e 3 interdições. Já em 2016 foram realizadas por semana em média 333 fiscalizações/vistorias, 55 lavraturas de notificações, 13 lavraturas de autos de infração e 2 interdições.

Verifica-se comparando o ano de 2015 e 2016 que houve um aumento significativo de fiscalizações e vistorias em mais de 2.400 vistorias e uma pequena diminuição em notificações, infrações e Interdições.

Pelo contingente que se possui e pela qualidade dos serviços prestados os dados demonstram que se realiza um quantitativo de fiscalizações e vistorias bem expressivo. Estas ações fiscalizatórias impactam diretamente na saúde da população, minimizando e eliminando riscos à saúde pública e qualificando a prestação de serviços de saúde e de interesse à saúde.

Ainda mesmo com vários fiscais em processo de aposentadoria e gozando de suas licenças, houve o esforço da gestão em reorganizar processos de trabalho, associado à disponibilização de horas extras para estas atividades fora do horário usual de trabalho incrementando diretamente no número de fiscalizações realizadas.

## Atendimento de denúncias e reclamações

**Tabela 229**- Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas pelo Núcleo de fiscalização Ambiental Total, entre os anos 2016 e 2015

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07		Meta	Ano		
			2016	2015	Varição
Nº de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	3.476	3.433	12,52
	Atendidas		4.624	3.161	46,28
	% atendidas/ recebidas		133,03	92,08	44,47
	Status da meta		Meta Atingida	Meta Atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		2.433	2.403	12,48

FONTE: Banco de dados gerenciais do NFA/CGVS/SMS.

Esta tabela compila as reclamações recebidas de todas as áreas de atuação do Núcleo de Fiscalização ambiental.

Importa salientar que o núcleo de Fiscalização Ambiental atende demandas do NPVA, EVQA, NVRV e Dengue.

Os dados refletem a situação do ano em tela que praticamente manteve estável o número de denúncias recebidas em relação a 2015. Há um número maior de reclamações atendidas em relação às recebidas, pois o seu número indica que algumas denúncias foram resolvidas no ano em tela, mas foram recebidas em períodos anteriores.

**Tabela 230-** Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas Núcleo de fiscalização Ambiental - Águas, entre os anos 2016 e 2015

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07		Meta	Ano		
			2016	2015	Varição
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	701	892	-21,41
	Atendidas		949	1.175	-19,23
	% atendidas/ recebidas		135,38	131,73	2,77
	Status da meta		Meta Atingida	Meta Atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		491	624	-21,31

FONTE: Banco de dados gerenciais NFA/CGVS/SMS.

Os dados refletem a situação do ano em tela que diminuiu em relação a 2015 o número de denúncias recebidas. Há um número maior de reclamações atendidas em relação às recebidas, pois o seu número indica que algumas denúncias foram resolvidas no ano em tela, mas foram recebidas em períodos anterior.

**Tabela 231-** Dados de fiscalização Núcleo de Fiscalização Ambiental – Dengue, entre os anos 2016 e 2015

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07		Meta	Ano		
			2016	2015	Varição
Nº de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	2.476	2.262	9,46
	Atendidas		3.391	1.711	98,19
	% atendidas/ recebidas		136,95	75,44	81,53
	Status da meta		Meta Atingida	Meta Atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		1.733	1.583	9,47

FONTE: Banco de dados gerenciais do NFA/CGVS/SMS.

Os dados refletem a situação do ano em tela que se manteve como em 2015 um elevado número de denúncias inerentes a sazonalidade, situação epidemiológica

em relação à dengue e demais arboviroses no período e o contingente de agentes de fiscalização e técnicos.

Há um número maior de reclamações atendidas em relação às recebidas, pois o seu número indica que algumas denúncias foram resolvidas no ano em tela, mas foram recebidas em períodos anteriores.

**Tabela 232-** Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas Núcleo de fiscalização Ambiental – Roedores e outros vetores, entre os anos 2016 e 2015

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07		Meta	Ano		
			2016	2015	Varição
Nº de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	115	151	-23,84
	Atendidas		53	65	-18,46
	% atendidas/ recebidas		53,91	43,05	25,23
	Status da meta		Meta Não Atingida	Meta Não Atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		80	106	-24,52

FONTE: Banco de dados gerenciais NFA/CGVS/SMS.

Os dados refletem a situação do ano tela mantendo, havendo uma considerável redução em relação a 2015. Mesmo assim repetiu a situação de não atingimento da meta proposta, devido ao contingente de fiscais na área que estão em processo de aposentadoria.

**Tabela 233-** Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas Núcleo de fiscalização Ambiental – Vigilância População Animal, entre os anos 2016 e 2015

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07		Meta	Ano		
			2016	2015	Varição
Nº de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	184	203	-9,36
	Atendidas		231	210	10,0
	% atendidas/ recebidas		125,54	103,45	21,35
	Status da meta		Meta Atingida	Meta Atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		129	142	-9,15

FONTE: Banco de dados gerenciais NFA/CGVS/SMS.

Os dados refletem a situação do ano de 2016, havendo uma mínima redução de reclamações em relação a 2015. Há um número maior de reclamações atendidas em relação às recebidas, pois o seu número indica que algumas denúncias foram resolvidas no ano em tela, mas foram recebidas em períodos anteriores.

**Tabela 234** - Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas Vigilância Saúde Ambiental e do Trabalhador, entre os anos 2016 e 2015

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250/07		Meta	Ano		
			2016	2015	Variação
Nº de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	83	148	-43,92
	Atendidas		106	195	-45,64
	% atendidas/ recebidas		127,71	132	-3,25
	Status da meta		Meta Atingida	Meta Atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		58	104	-44,23

FONTE: Banco de dados gerenciais da EVSAT/CGVS/SMS.

Há um número maior de reclamações atendidas em relação às recebidas, pois o seu número indica que algumas denúncias foram resolvidas no ano tela, mas foram recebidas em períodos anteriores. Esta situação tem explicação nos prazos legais de atendimentos das demandas. Em 2016 diminuiu consideravelmente o número de reclamações recebidas.

### 11.2.2.3 Vigilância População Animal

**Tabela 235**-Demandas recebidas, entre os anos 2016 e 2015

Atividade	Ano		
	2016	2015	Variação
Ações comunitárias realizadas	-	-	-
Vistorias técnicas/ Ações fiscais zoossanitárias	78	111	-29,73
Liberação alvará de saúde	65	56	16,07
Nº Notificações Lavradas	42	26	61,54
Nº Autos de Infração Exarados	01	04	-75,0
Interdições / suspensão de Atividades	-	-	-
Orientações 156 – carrapatos	51	47	8,51
Orientações 156 – pombos	105	92	14,13
Orientações 156 – pulgas	44	61	-27,87
Orientações 156 – morcegos	05	10	-50,0

FONTE: Banco de dados gerenciais NVPA/CGVS/SMS.

### Vistorias Técnicas Zoossanitárias

No item vistoria técnica estão incluídas inspeções realizadas por técnicos em situações com problemas com pombos, morcegos em estabelecimentos de uso coletivo como escolas, condomínios e outros, como também vistorias em estabelecimentos veterinários (hospitais, clinicas , consultórios e laboratórios) no sentido de apontar os problemas encontrados e orientar soluções.

## **Licenciamento de Estabelecimentos Veterinários (liberação de alvará de saúde)**

A liberação do licenciamento sanitário de Estabelecimentos Veterinários está condicionada a um trâmite administrativo que consta da abertura de processo com a apresentação de documentação que atendas as exigências legais e a realização de vistoria para identificar o atendimento das condições sanitárias. A dificuldade e o atraso na liberação dos processos de solicitação ou renovação de alvará sanitário são decorrentes, na maioria das vezes, de problemas de inadequação documental dos estabelecimentos. Com a implementação do Serviço Eletrônico esperamos dar mais agilidade a esse tramite.

### **Orientações 156:**

As demandas atendidas pelo núcleo dizem respeito a problemas com carrapatos, pulgas, pombos e morcegos. Muitas vezes consistem em solicitações de orientação, atendidas através do envio de documento contendo medidas para sanar o problema, e em outros casos trata-se de reclamações que são atendidas através da fiscalização. Toda demanda foi atendida.

### **Ações de Vigilância da Raiva**

Meta 22. Realizar bloqueio contra a Raiva em 100% dos casos positivos:

Em 2016 foi realizado o bloqueio vacinal em TODOS os casos positivos para raiva ocorridos no Município de Porto Alegre.

Todas as demandas (animais – morcegos) encontrados mortos ou não que caracterizassem risco de transmissão foram enviados para diagnóstico.

No item que se refere a “Manter programa permanente de ações de vigilância e prevenção da raiva”, salientamos que o programa refere-se a todas as ações listadas anteriormente, que inclui também atividades decorrentes do programa de Profilaxia de Raiva Humana, que vem sendo desenvolvido pelo NVPA desde julho de 2014.

**Tabela 236-** Resumo das ações de Vigilância da Raiva decorrentes das notificações de Raiva Animal no município, entre os anos 2016 e 2015

Ações	Ano		
	2016	2015	Varição
<b>Nº Laudo</b>	2	6	-66,67
<b>Data notificação</b>	58	608	-90,46
<b>Endereço do foco</b>	27	124	-78,22
<b>Data bloqueio</b>	25	343	-92,71
<b>Cães vacinados</b>	2	6	-66,67
<b>Gatos vacinados</b>	58	608	-90,46
<b>Domicílios visitados</b>	27	124	-78,22

FONTE: Banco de dados gerenciais do NVPA/CGVS/SMS.

Os números marcados com \* representam o nº de animais vacinados em datas diferentes

### **Inquéritos de Mordedura**

Os inquéritos de mordedura tinham como objetivo garantir a observação de cães e gatos envolvidos em acidentes de mordeduras e/ou arranhaduras que são comunicados ao NVPA pelos serviços de saúde ou pelos pacientes, e encaminhar os animais agressores que tenham vindo a óbito durante o período de observação para exame laboratorial de raiva com orientação de pacientes quanto a condutas referentes aos animais.

### **Fichas SINAN Atendimento antirrábico humano**

No ano de 2016 foram inseridas no sistema SINAN 2.705 fichas de notificação de atendimento antirrábico humano de pacientes residentes em Porto Alegre. Essas fichas foram avaliadas, qualificadas e inseridas no banco de dados do Programa Nacional de Atendimento Antirrábico Humano.

### **Remessa de Material para diagnóstico de Raiva**

As amostras enviadas para diagnóstico de raiva referem-se principalmente a morcegos recolhidos por demandas da comunidade e referem-se a animais caídos, mortos ou adentrados em residências do município. Outros animais (cães e gatos) podem também ser enviados para diagnóstico de raiva desde que tenham participado de algum acidente (mordedura ou arranhadura) e tenham vindo a óbito durante o período de observação. As amostras recolhidas devem ser entregues no IPVDF, localizado em Eldorado do Sul, situação que dificulta a atividade devido à necessidade de transporte para deslocamento para fora do município.

## Bloqueios Vacinais

O Núcleo realizou a investigação e vigilância de todos os casos positivos para raiva em animais para atendimento nos serviços de saúde de referência. O número de animais (cães e gatos) vacinados contra raiva constante na tabela acima inclui os vacinados nas ações de bloqueio e também animais contactantes com morcegos. A meta era realizar vacinação em todas as ações de bloqueio instaladas.

**Tabela 237-** Atividades realizadas pelo NVPA relacionadas com a Vigilância da Raiva, entre os anos 2016 e 2015

Atividades – Meta 22 PAS 2016	Ano		
	2016	2015	Varição
Nº de Inquéritos de mordeduras	68	245	(encerrado)
Nº Investigações do Atendimento Antirrábico Humano – CID W64	2.705	-	(iniciou em 2016)
Nº de amostras de quirópteros enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva	44	27	62,96
Nº de amostras caninas enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva	1	1	0,00
Nº de amostras felinas enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva	0	2	-100
Nº de amostras de animais silvestres enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva	1	0	100
Nº de cães vacinados para RAIVA	58	1038	-94,41
Nº de gatos vacinados para RAIVA	27	216	-87,5
Nº de domicílios visitados em bloqueio vacinal antirrábico	25	595	-95,8

FONTE: Banco de dados gerenciais NVPA/CGVS/SMS

Todas as demandas (animais – morcegos) encontrados mortos ou não que caracterizassem risco de transmissão foram enviados para diagnóstico. Em 2016 foram enviados 44 morcegos diretamente ao CPVDF. Também foram enviados 01 canino e 01 animal silvestre (bugio), entregues na Favet/UFRGS.

Deve-se manter o programa permanente de ações de vigilância e prevenção da raiva, salientamos que este programa refere-se a todas as ações listadas anteriormente, que inclui também atividades decorrentes do programa de Profilaxia de Raiva Humana, que vem sendo desenvolvido pelo NVPA desde julho de 2014.



## Acidentes por Animais Peçonhentos – Escorpião Amarelo

Em maio de 2016 o Núcleo de Fiscalização Ambiental (NFA), implantou a vigilância de acidentes causados por escorpiões no Município de Porto Alegre. A presente demanda decorreu do registro realizado pelo Centro de Informações Toxicológicas (CIT), de acidentes atendidos em unidades de saúde no Município. Foi realizada vistoria na CEASA, com coleta de 13 escorpiões (infestação) da espécie *Tityus serrulatus*, principal causador de acidentes e óbitos no Brasil.

Através do serviço “Fala Porto Alegre”, telefone 156, os residentes do Município devem relatar os acidentes e/ou visualizações de escorpiões. O NFA realiza busca ativa para identificação das áreas de risco, com remoção mecânica dos animais encontrados e orientação para a população local.

O Hospital de Pronto Socorro é referência para atendimento de acidentes, possuindo soro antiescorpiônico e profissionais capacitados.

Foram produzidos materiais gráficos (cartazes e folders), com orientações à população e aos profissionais da saúde, sobre as medidas de controle e prevenção para evitar o acidente escorpiônico. Os materiais foram distribuídos em toda rede de saúde.

### 11.2.2.4 Vigilância da Qualidade da Água

**Tabela 238-** Análise da qualidade de água para consumo humano, entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Meta Pactuada Anual	Ano		
		2016	2015	Varição
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</b>	90%	100,33	100,50	-0,17

**FONTE:** Banco de dados gerenciais da EVQA/CGVS/SMS

As análises que devem ser realizadas pela Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) são determinadas pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (Ministério da Saúde, 2006, <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>). O número de amostras está relacionado com a população dos municípios.

O indicador pactuado é a proporção de análises realizadas em relação ao definido na Diretriz Nacional e se manteve com bons resultados em 2016. Como se

trata de apenas um indicador para três parâmetros, é necessário definir um método para chegar ao valor final, que não está definido no SISPACTO. Para isto, então, complementamos a definição do indicador, resultando num número final constituído do somatório de análises de cloro residual livre, turbidez e coliformes totais realizadas dividido pelo somatório do número mínimo preconizado na Diretriz Nacional para os mesmos parâmetros, representados percentualmente.

No ano de 2015 e 2016 apenas o parâmetro coliformes foi realizado pelo LACEN, enquanto que o cloro residual livre e a turbidez foram determinados em campo pela EVQA/CGVS, e a meta de 90% para o ano foi superada. Cabe registrar a situação limítrofe em que se encontra o Programa VIGIAGUA pela necessidade de equipamentos para realização dos itens Cloro residual livre e Turbidez. Os equipamentos atuais carecem de reposição pela obsolescência e desgaste, sendo que a eminente descontinuidade de funcionamento reflete diretamente no cumprimento da meta. A situação relatada, que se mantém em 2015 e 2016, foi devidamente justificada e encaminhada via processos de compra SEI 16.0.000039064-3 e 16.0.000039122-4, respectivamente.

## Saúde do Trabalhador

**Tabela 239-** Óbitos relacionados ao trabalho notificados e investigados pela EVSAT/CGVS, entre os anos 2016 e 2015

Óbitos relacionados ao trabalho decorrentes de acidente de Residência	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Típico	Trajeto	Típico	Trajeto	Típico	Trajeto
<b>Porto Alegre</b>	<b>10</b>	<b>-</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>(23,07)</b>	<b>(200,0)</b>
<b>Região Metropolitana</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>(200,0)</b>	<b>(100,0)</b>

FONTE: SIM e SINAN- EVEV/ EVSAT/CGVS/ SMS

Os óbitos encaminhados pela EVEV e noticiados na imprensa são investigados e notificados.

No ano de 2016, em Porto Alegre, foram investigados e notificados 10 acidentes típicos, todos residentes em Porto Alegre e um óbito por pneumoconiose (veio de Brasília, candidato a transplante de pulmão).

No ano de 2015 foram notificados 18 óbitos (13 casos de acidentes típicos e 02 casos de acidente de trajeto) de residentes em Porto Alegre e 03 casos (02 casos de acidentes típicos e 01 caso de acidente de trajeto) de residentes no interior.

No ano de 2016 as causas de óbito foram: queda de altura, duas quedas de andaime, disco da esmerilhadora saltou cortando a carótida, dois óbitos atingido por descarga elétrica, motorista de caminhão morreu em acidente na estrada, queda da marquise no local de trabalho, soldado levou um coice do cavalo, barbeiro foi assassinado em assalto.

Ainda há um óbito em investigação.

**Tabela 240-** Distribuição das notificações do SINAN segundo município de residência, acidentes e doenças/agravos relacionados ao trabalho, entre os anos 2016 e 2015

SINAN	POA			Interior RS			Total		
	Ano						2016	2015	Variação
	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação			
<b>Acidente Grave</b>	53	159	(66,67)	81	163	(50,3)	134	321	(58,25)
<b>LER/DORT</b>	102	77	32,47	56	53	5,66	158	130	21,54
<b>Intoxicação exógena relacionada ao trabalho</b>	2	2	-	3	-	300,0	5	2	150,0
<b>Dermatoses ocupacionais</b>	2	1	100,0	1	-	100,0	3	1	200,0
<b>Trabalho infantil*</b>	5	6	(16,67)	5	6	(16,67)	10	12	(16,67)
<b>Pneumoconiose</b>	1	-	100,0	1**	-	100,0	2	-	200,0
<b>PAIR</b>	-	1	(100,0)	-	1	(100,0)	-	2	(200,0)
<b>Transtorno Mental</b>	19	4	375,0	-	-	-	19	4	375,0
<b>Total</b>	184	250	(26,4)	147	223	(34,08)	331	472	(29,87)

FONTE: SINAN-EVSAT/CGVS/SMS.

\*Dados referentes à informação do SINAN Violência Interpessoal/Autoprovocada.

\*\*Veio de Brasília.

No ano de 2016, com residência em Porto Alegre foram notificados no SINAN 184 casos: 53 casos de acidente grave (aqui há uma caso de trabalho infantil), 102 casos de LER/DORT, 02 casos de intoxicação exógena, 02 casos de dermatose ocupacional, 05 casos de trabalho infantil, 01 caso de Pneumoconiose e 19 casos de transtorno mental relacionado ao trabalho. Ainda em 2016, não residentes em Porto Alegre, foram notificados no SINAN 147 casos: 81 casos de acidente grave, 56 casos de LER/DORT, 03 casos de intoxicação exógena, 01 caso de dermatose ocupacional, 05 casos de trabalho infantil e 01 caso de pneumoconiose (óbito).

Lembramos que conforme combinado em reunião (CEREST, EVEV e EVSAT), as notificações do Trabalho Infantil estão sendo encaminhadas para o CEREST.

Quanto aos acidentes com exposição a material biológico, lembramos que é considerado o local de ocorrência e não residência. Foram notificados 1.121 casos de acidente com exposição a material biológico no ano de 2016.

**Tabela 241**– Distribuição dos casos de doenças e agravos notificados nos sistemas de informação segundo sexo, entre os anos 2016 e 2015

Indicador	Ano		
	2016	2015	Varição
<b>SIST</b>			
Feminino	1.336	1.407	(5,04)
Masculino	562	530	6,04
Total	1.898	1.937	(2,01)
<b>SINAN</b>			
Feminino	994	1.114	(10,77)
Masculino	458	624	(26,60)
Total	1.452	1.738	(16,45)

FONTE: EVSAT/CGVS/SMS.SINANNET/SIST

Em 2016 foram notificados 1.898 casos no SIST e 1.425 casos no SINAN.

No ano de 2015 foram notificados 1.937 casos no SIST e 1.738 no SINAN.

### ***Outras atividades desenvolvidas pela EVSAT***

Participação: Comissão Intersectorial da Saúde do Trabalhador (CIST); Comissão de Normatização de Acidentes com Material Biológico (CNAMB); Programa Trabalho Seguro do Tribunal Regional do Trabalho (TRT); Grupo de trabalho dos SESMTs (hospitais e empresas); Grupo de Trabalho para a elaboração do Plano de Implantação da Vigilância em Saúde Mental; Grupo de Trabalho para a Construção da Política de Vigilância dos Agrotóxicos em Porto Alegre e Fórum da Promoção da Saúde da SMS; Construção do plano local de vigilância a exposição dos agrotóxicos no território de abrangência da Unidade de Saúde Paulo Viaro na Gerencia Distrital Restinga – Extremo -Sul em articulação com a equipe de saúde local; GT proposta do Plano Municipal da Saúde do Trabalhador; monitoramento da GD LENO e participação da orientação coletiva das ILPIs (promovida pela EVSIS/CGVS) sobre o acidente com exposição a material biológico nestas instituições.

Também realizou o III Workshop da Saúde do trabalhador que foi construído pelo grupo de trabalho dos SESMTs.

A EVSAT Também é campo da RIS - Residência Integrada em Saúde- Ênfase Vigilância em Saúde.

As Unidades Notificadoras em 2016 no SINAN para acidentes e doenças/agravos descritos nas tabelas apresentadas são: Hospital Vila Nova, Hospital Beneficência Portuguesa, CEREST, Hospital Cristo Redentor, Hospital de Clínicas de POA, Hospital Divina Providência, Hospital Ernesto Dornelles, Hospital Fêmeina, Hospital Mãe de Deus, Hospital Presidente Vargas, Hospital Moinhos de Vento, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Porto Alegre, HPSP, Hospital São Lucas da PUC, HPS, Instituto de Cardiologia de POA, Hospital de Pronto Socorro, Instituto de Cardiologia, Santa Casa, PA Bom Jesus, PA Cruzeiro do Sul, PA Lomba do Pinheiro, PA Moacyr Scliar, CGVS Ambulatório de doenças do Trabalho do HCPA, ESF Paulo Viaro, ESF Chapéu do Sol, UBS Tristeza, ESF São Vicente Martir, UBS Guarujá, ESF Estrada dos Alpes.

As Unidades Notificadoras em 2016 no SIST são: Hospital de Clínicas de POA, Hospital São Lucas da PUC, Santa Casa, Hospital Mãe de Deus, Hospital Moinhos de Vento, Ambulatório da GKN DRIVELINE, Hospital Cristo Redentor, Instituto de Cardiologia de POA, Hospital Vila Nova, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Ernesto Dornelles, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital de Pronto Socorro, Hospital Porto Alegre, CEREST, ESF São Pedro, Unidade de Saúde São José, Ambulatório da VONPAR, Sanatório São José, Serviço Biomédico da Procuradoria Geral, SETRAUMA, Unidade de Saúde Nossa Senhora da Medianeira, Hospital Divina Providência, Centro de Saúde Bom Jesus, Clínica ORTRA, Clínica Santo Antônio, Hospital Banco de Olhos, PA Lomba do Pinheiro, ESF Campos do Cristal, ESF Alto Erexim, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Instituto de Assistência a Saúde, Centro Clínico Gaúcho, Clínica de Ortopedia Dr. Carlos Eduardo, Clínica de traumatologia Dr. Ricardo Debona, ESF IAPI, Serviço Médico do Sindicato dos Metalúrgicos, UBS VII, URGETRAUMA, Clínica Dr. João Luiz Castilhos, Clínica Psiquiátrica Dr. Oscar James, ESF Santa Tereza, ESF Tijuca, UBS Assis Brasil, UBS Chácara da Fumaça, UBS jardim da Palmeiras, pronto Socorro Cruz Azul, ESF Timbaúva, Clínica de Traumato e Ortopedia Moinhos de Vento, Ortopedia Zona Sul.

## Apoio Administrativo

Tabela 242– Demonstrativo das atividades e ações desenvolvidas, entre os anos 2016 e 2015

Ações da EAA		Ano		
		2016	2015	Varição
Números de Processos Administrativos Sanitários (PAS) instaurados	EV Engenharia	3	2	50,00
	EVSAT	6	3	100,00
	VPIS	29	36	-19,44
	EVQA	1	4	-75,00
	EVA	442	456	-3,08
	EVSIS	80	67	19,40
	NVRV	0	0	0,00
	NVPA	5	2	150,00
	EFA	3	0	x
Números de Recursos/defesas de Auto de Infração Impetrados	EV Engenharia	1	5	-80,00
	EVSAT	3	4	-25,00
	VPIS	19	46	-58,69
	EVQA	0	2	-100,00
	EVA	220	263	-16,35
	EVSIS	52	54	-3,70
	NVRV	0	0	0,00
	NVPA	3	3	0,00
	EFA	0	0	0,00
Notificações de Multas Aplicadas	EV Engenharia	2	0	0,00
	EVSAT	9	7	28,57
	VPIS	61	65	-6,15
	EVQA	1	3	-66,66
	EVA	455	590	-22,88
	EVSIS	36	47	-23,40
	NVRV	0	12	-100,00
	NVPA	3	5	-40,00
	EFA	2	0	0,00
Recursos Defesas de Multas Aplicadas	EV Engenharia	0	0	00,00
	EVSAT	3	2	50,00
	VPIS	26	19	36,84
	EVQA	1	1	0,00
	EVA	142	87	63,22
	EVSIS	17	26	-34,61
	NVRV	0	0	0,00
	NVPA	1	6	-83,33
	EFA	1	0	100,00
Multas Pagas	EV Engenharia	1	0	100,00
	EVSAT	2	2	0,00
	VPIS	26	38	-31,57
	EVQA	0	2	-100,00
	EVA	313	309	1,29
	EVSIS	23	33	-30,30
	NVRV	0	1	-100,00
	NVPA	2	3	-33,33
	EFA	1	0	x

<b>Valor das Multas Pagas em R\$</b>	<b>EV Engenharia</b>	1.277,54	0,00	x
	<b>EVSAT</b>	5.110,14	4.460,26	14,57
	<b>VPIS</b>	52.013,92	44.404,41	17,13
	<b>EVQA</b>	365,10	991,17	-63,16
	<b>EVA</b>	536.199,69	584.658,03	-8,28
	<b>EVSIS</b>	63.292,73	85.240,61	-25,74
	<b>NVRV</b>	0,00	1.651,95	-100,00
	<b>NVPA</b>	2.737,58	6.277,41	-26,38
	<b>EFA</b>	912,53	0,00	x
	<b>Total</b>	<b>661.909,23</b>	<b>727.683,84</b>	<b>-9,04</b>
<b>Alvarás Iniciais Emitidos CIB 250/07</b>	<b>EV Engenharia</b>	15	7	114
	<b>EVSAT</b>	0	0	0
	<b>VPIS</b>	161	164	-1,83
	<b>EVQA</b>	8	6	33,33
	<b>EVA</b>	345	334	3,29
	<b>EVSIS</b>	1048	1.002	4,59
	<b>NVRV</b>	0	0	0
	<b>NVPA</b>	24	23	4,35
	<b>Total</b>	<b>1601</b>	<b>952</b>	<b>68,17</b>
<b>Renovação de Alvarás emitidos</b>	<b>EV Engenharia</b>	21	11	90,91
	<b>EVSAT</b>	0	0	0
	<b>VPIS</b>	875	818	6,97
	<b>EVQA</b>	28	26	7,69
	<b>EVA</b>	90	57	57,89
	<b>EVSIS</b>	1274	1.010	26,14
	<b>NVRV</b>	0	0	0
	<b>NVPA</b>	12	20	-40
<b>Processos de solicitação de alvará em comparecimento (aguardando regularização documental)</b>	<b>EV Engenharia</b>	14	14	0
	<b>EVSAT</b>	0	0	0
	<b>VPIS</b>	56	92	-39,13
	<b>EVQA</b>	15	11	36,36
	<b>EVA</b>	48	68	-29,41
	<b>EVSIS</b>	208	224	-7,14
	<b>NVRV</b>	0	0	0
	<b>NVPA</b>	9	8	12,5
<b>Licenças Sanitárias de Eventos emitidas</b>	<b>VPIS</b>	0	0	0
	<b>EVQA</b>	0	0	0
	<b>EVA</b>	0	0	0
	<b>EVSIS</b>	0	0	0
	<b>NVPA</b>	0	0	0
<b>Licenças Sanitárias de Feiras de Alimentos emitidas</b>	<b>EV Alimentos</b>	1	1	0
<b>Licenças Sanitárias de produção Caseiras de Alimentos emitidas</b>	<b>EV Alimentos</b>	10	9	11,11
<b>Licenças Sanitárias de Transportes emitidas</b>	<b>VPIS</b>	0	0	0
	<b>EVA</b>	0	0	0
	<b>EVSIS</b>	0	0	0
	<b>NVPA</b>	0	0	0
	<b>EAA</b>	973	1.465	-33,58
<b>Registro de Certificados emitidos</b>	<b>EAA</b>	23	61	-62,29

FONTE: Banco de dados gerenciais da EAA/CGVS/ SMS

NA=Não se aplica

A tabela acima demonstra os dados de produção da Equipe de Apoio Administrativo, uma equipe meio que encaminha todo este quantitativo de processos e documentos, incluindo a notificação e cobrança de multas exaradas após julgamento do processo Administrativo Sanitário (PAS).

Percebe-se um aumento do número de alvarás iniciais emitidos, provavelmente decorrência da informatização dos requerimentos dos alvarás sanitários através do processo SEI.



## 12 POLÍTICAS PÚBLICAS

### 12.1 Políticas Públicas em Saúde de Cuidados Transmissíveis

#### HIV/AIDS

**Meta 8** - Reduzir casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo para 89/100.000 habitantes.

**Tabela 243**– Casos de Aids em maiores de 13 anos, segundo raça/cor, entre os anos 2016 e 2015

Raça/Cor		Ano			Varição
		2016	2015	Nº	%
Casos	Branca	526	635	-109	- 17,2
	Negra (Preta+parda)	320	340	-20	- 5,9
	Amarela	3	1	2	200
	Indígena	3	2	1	50
	Ignorado	45	66	-21	-31,8
	Total	897	1044	-197	- 14,1

FONTE: EVDT/ CGVS/SMS/SINAN – NET.

Apesar do atraso nas notificações referentes ao ano de 2016, observa-se redução no número de casos de Aids em Porto Alegre (como já observado também no ano de 2015, onde a incidência diminuiu aproximadamente 20 pontos se comparada com 2014 – de 94/ 100.000 para 72/ 100.000 habitantes).

Até o momento, foram informados 63,6 /100.000 habitantes referentes a 2016. Destaca-se que, mesmo sendo este dado preliminar, há uma evidente tendência à redução do mesmo, uma vez que o índice atual está aproximadamente 30 pontos abaixo do pactuado como meta e muito próximo de seu fechamento.

Na distribuição dos casos por raça/cor se observa variação negativa de 21,96% no total de casos na comparação dos anos 2015 e 2016. Este percentual corresponde à redução em 197 casos em valores absolutos.

Outra análise relevante é que a incidência de casos na raça branca (526) corresponde a 58,64% do total de casos e, na raça negra (320) 35,67%. No entanto, considerando que no Município de Porto Alegre apenas 20% da população é de raça negra, estes dados merecem atenção em função da proporção da incidência da AIDS nesta perspectiva. Assim, ações e estratégias já são intensificadas atendendo a este importante fator apontado pelos números. Ainda neste sentido, é importante, também, reforçar nas capacitações a obrigatoriedade importância da fidedignidade das informações, principalmente em populações com risco acrescido.

**Tabela 244**– Número de casos de Aids em maiores de 13 anos, residentes em Porto Alegre distribuição por Gerência Distrital de Saúde e sexo, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano											
	2016			2015			Variação					
	M	F	Total	M	F	Total	M		F		Total	
							n	%	n	%	n	%
Centro	101	27	128	148	33	181	-47	-31,7	-6	-18,2	-53	-29,3
GCC	56	40	96	49	49	98	7	14,3	-9	-18,4	-2	-2,04
LENO	63	51	114	65	53	118	-2	-3,07	-2	-3,77	-4	-3,4
NEB	60	51	111	68	53	121	-8	-11,76	-2	-3,77	-10	-9,0
NHNI	60	40	100	71	39	110	-11	-15,5	1	2,56	-10	-10
PLP	107	50	157	139	79	218	-32	-23,02	-29	-36,7	61	-28
RES	45	33	78	30	36	66	15	50	-3	-8,33	12	18,18
SCS	58	50	108	58	70	128	0	0	-20	-28,6	-20	-15,62
Total	550	342	892	628	412	1040	-78	-12,42	-70	-17	148	-14,23

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN – NET.

Em relação à distribuição dos casos por GD, a GD PLP continua registrando o maior número de casos, seguido pela GD C. Na distribuição dos casos por sexo, nas GD GCC, GD LENO e GD SCS se encontram as menores diferenças na razão de sexo masculino / feminino.

Por outro lado, cabe destacar que na GD C, apesar da razão sexo masculino/ feminino ser muito maior para o primeiro, houve redução significativa (46,53%) nos casos masculinos de 2015 para 2016, e na GD PLP houve uma importante redução de casos de Aids, principalmente no sexo feminino (-58%).

**Tabela 245**– Número de casos de Aids em maiores de 13 anos, em residentes em Porto Alegre, distribuição por faixa etária, entre os anos 2016 e 2015

Faixa Etária	Ano		Variação	
	2016	2015	Nº	%
13 -24	72	91	-19	- 20,87%
25-34	265	292	-27	- 9,24%
35-44	269	314	-45	-14,33%
45-54	160	209	-49	-23,44%
55-64	95	98	-3	-3,06%
65 e +	36	40	-4	-10%
Total	897	1044	-147	- 14,08%

FONTE: EVDT/ CGVS/SMS/SINAN – NET.

Na tabela acima, observa-se uma redução de 20,87% no número de casos entre jovens (13-24 anos), muito provavelmente pelo reflexo de todas as ações planejadas e desenvolvidas exclusivamente para esta população ao longo do ano (Projeto Fique Sabendo Jovem e Projeto Galera Curtição).

Constata-se, também, que o maior número de casos de Aids em indivíduos maiores de 13 anos encontra-se nas faixas etárias de 25 a 44 anos correspondendo a, aproximadamente 60% do total de casos (534). No entanto, mesmo nestas faixas

etárias (25-34 e 35-44) observa-se uma redução no número de casos de 9,24% e 14,33%, respectivamente de 2015 para 2016 (totalizando uma variação -14,08%).

Relevante e significativa foi a redução em 23,44% na incidência de casos de AIDS entre 45-54 anos. Já as discretas diminuições nas faixas etárias de 55 a 64 anos (-3,06%) e 65 e + (10%) evidenciam que, mesmo não sendo predominantes em número de casos, estão estáveis, relativamente controladas, não dispensando acompanhamento, é claro.

Nesse sentido, estes dados, passíveis de uma avaliação anual, podem ser considerados satisfatórios. As ações planejadas e desempenhadas ao longo do ano de 2016 atingiram o público-alvo de uma forma geral e foram intensificadas e projetadas nas populações mais críticas com eficiência e eficácia. Portanto, acredita-se ser este o caminho (intervenções, palestras, monitoramento, capacitações de profissionais, intensificação dos testes rápidos, entre outros).

A descentralização do atendimento aos usuários para Rede de Atenção Primária à Saúde ratifica-se como um vetor facilitador no que se refere à testagem rápida (diagnóstico precoce) e ao acesso ao atendimento (adesão ao tratamento) e também evidencia seus reflexos positivos nos dados supracitados.

### **Fique Sabendo Jovem – IST**

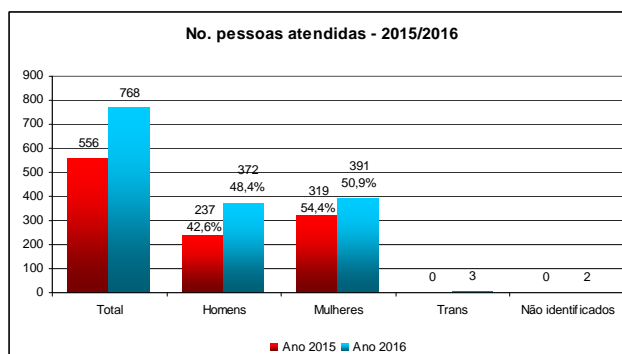
O projeto “Fique Sabendo Jovem”, em parceria com o UNICEF, iniciou suas atividades em Porto Alegre em abril de 2015. Esta estratégia de prevenção do HIV é direcionada a jovens de 15 a 29 anos, cujas populações-chave são jovens em geral, jovens das GDs PLP, RES e LENO, estudantes de ensino médio e de escolas de Educação de Jovens e Adultos (EJA), jovens gays e homens que fazem sexo com homens e jovens em medida Socioeducativo da FASE.

Em setembro de 2016 foi implementada a utilização do teste de fluído oral para triagem do HIV e a unidade móvel (UM) do Fique Sabendo Jovem passou a ter agenda fixa aos domingos, das 16h às 20h, no Parque Farroupilha (Redenção), em frente ao Monumento dos Expedicionários, área de grande concentração de jovens e de jovens gays, uma das populações-chave do projeto. Neste local foi utilizado o teste de fluído oral para o HIV, com exceção da intervenção do dia 11/12, em que foi realizado o teste de sangue por punção digital. Nos outros locais foi utilizado apenas

o teste de sangue por punção digital por profissionais disponibilizados pelas Gerenciais Distritais. Não foram realizados no terceiro quadrimestre de 2016 testagem para sífilis nem hepatites virais.

No ano de 2016 foram realizadas 19 intervenções urbanas com a unidade móvel, nas quais foram testadas 768 pessoas.

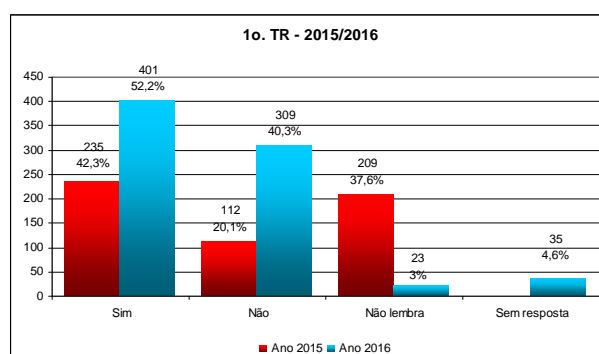
## Público atendido



**Gráfico 13**– Comparativo do quantitativo de pessoas atendidas, entre os anos 2016 e 2015

No ano de 2015 foram atendidas 556 pessoas. Em 2016, 768 foram testadas na unidade móvel, perfazendo um aumento de 27% . Das 768 pessoas testadas, 372 (48,46%) eram homens, 391 (50,9%) mulheres, 3 (0,4%) pessoas trans (duas mulheres transexuais e uma travesti) e 2 (0,2%) pessoas de “gênero não identificado”.

## Primeiro teste para o HIV



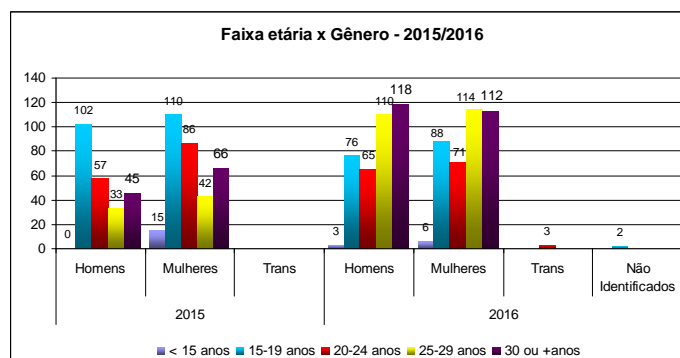
**Gráfico 14**– Comparativo do quantitativo do 1º teste para o HIV, entre os anos 2016 e 2015

Quanto ao primeiro teste para HIV, 401 (52%) pessoas responderam ser o primeiro teste, 309 (40%) responderam não, 23 (3%) responderam “Não lembro” e 35 (5%) não responderam.

Ao analisar a frequência relativa (Fr) nas opções “sim” e “não” (n=710) em relação ao gênero, 394 (Fr=55,8%) pessoas responderam que realizaram o primeiro teste para HIV na unidade móvel, sendo 196 (Fr=58%) homens, 201 (Fr=54,6%) mulheres e 2 (100%) pessoas trans, não havendo diferença importante entre os gêneros homem e mulher. Deste modo, quando estratificados, os dados mostram que o FSJ tem sido uma boa estratégia de acesso ao teste para o HIV.

Em 2015, 235 (42,3%) pessoas responderam ser seu primeiro teste para o HIV e em 2016, 401 (52,2%) responderam sim, mostrando um aumento de 10% no número de jovens a realizar testagem para o HIV. É possível afirmar que o Fique Sabendo Jovem tem se mostrado uma ótima estratégia de acesso ao TR para adolescentes e jovens. Em 2015, 112 (20,1%) responderam que não era o primeiro teste para o HIV e em 2016 309 (40,3%) responderam não. Em 2015 houve um número alto de respostas “não lembro” ou sem resposta (n=209 - 37%) e em 2016 23 (3%) responderam “não lembro” e 35 (4,6%) não responderam, ou seja, apenas 7,6% responderam não lembrar ou não responderam. Este dado representa uma qualificação no preenchimento da ficha de cada pessoa atendida.

## Faixa etária



**Gráfico 15**– Comparativo do quantitativo de pessoas atendidas, por faixa etária x gênero, entre os anos 2016 e 2015

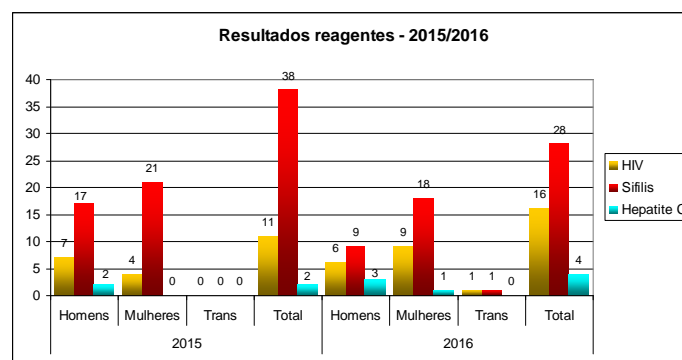
Embora o projeto seja direcionado a adolescentes e jovens entre 15 a 29 anos, houve testagem em indivíduos fora desta faixa etária em alguns locais de maior vulnerabilidade social onde foram realizadas as intervenções. O gráfico 3 demonstra que a maioria das pessoas atendidas na UM, n = 529 (68,9%) está dentro da faixa etária do projeto. Entre os indivíduos fora da faixa etária, 230 (29,9%)

indivíduos tinham 30 anos ou mais, não havendo diferença entre os gêneros, e 9 (1,2%) menos de 15 anos.

Ainda no gráfico acima, comparativo dos anos 2015 e 2016 em relação à faixa etária, está demonstrado que em ambos os anos o projeto atingiu as faixas etárias prioritárias, 77,5% em 2015 e 69,7% em 2016, sendo que no ano de 2015, 355 (63,8%) jovens estavam nas faixas de 15 -19 anos e de 20-24 anos e em 2016 essas mesmas faixas representaram 39,7% (n=305). A faixa etária 25-29 anos representou 30% (n=224) e a faixa 30 anos ou mais também representou 30% (n=230).

Em 2016 houve aumento de TR na UM de homens e mulheres na faixa etária 25-29 anos, representando cerca de 29%, praticamente o dobro dos resultados de 2015, que foram em torno de 14%, valores semelhantes a esses dois gêneros em ambos os anos. Em contrapartida, em 2016 houve redução de testagem nas faixas etárias 15-19 anos e 20-24 anos, em ambos os gêneros, sendo que em 2015 essas faixas etárias representaram 67,5% para homens e 61% para mulheres e em 2016 37,9% para homens e 40,7% para mulheres. Importante destacar que em 2016 3 pessoas trans e duas pessoas com gênero não identificado realizaram TR para HIV, diferentemente do ano de 2015.

## Resultados reagentes



**Gráfico 16**– Comparativo do quantitativo de pessoas atendidas com resultados reagentes x gênero, entre os anos 2016 e 2015

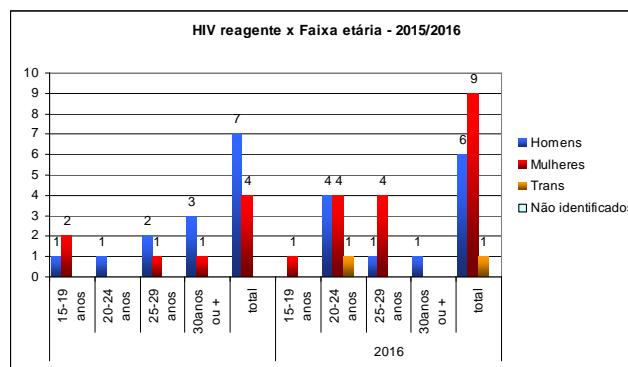
A partir de setembro de 2016 com o início do teste de triagem do HIV por amostra de fluido oral, não foi mais realizados testes de punção digital para sífilis e hepatite C. Sendo assim, foram testadas 768 pessoas para o HIV, destas, 434

também foram testadas para sífilis e hepatite C. Os resultados reagentes para sífilis e hepatite C apresentados abaixo são de frequência relativa.

Entre as 768 pessoas que realizaram teste rápido para HIV, 16 (2,1%) apresentaram resultado reagente, sendo 9 (1,2%) mulheres, 6 (0,8%) homens e 1 (0,1%) pessoa trans, auto identificada como travesti. Quanto à testagem para sífilis (n=434), 28 (6,5%) apresentaram resultado reagente, sendo 18 mulheres (4,2%), 9 (2,1%) homens e 1 (0,2%) mulher trans. 4 (0,9%) pessoas apresentaram resultado reagente para hepatite, 3 (0,7%) homens e 1 (0,3%) mulher. As duas pessoas com gênero não identificado não apresentaram resultados reagentes.

O gráfico acima mostra ainda os resultados reagentes por gênero nos anos 2015 e 2016. De modo geral, houve aumento no número absoluto de testes reagentes para o HIV, sendo 11 em 2015 e 16 em 2016, e redução no número absoluto de sífilis, em 2015 foram 38 resultados reagentes e em 2016 foram 28. Quanto à frequência relativa, houve redução no número de homens com teste reagente para o HIV, sendo que em 2015 7 homens (Fr=63,6%) apresentaram HIV reagente e em 2015, 6 (Fr=37,8%). Quanto às mulheres, houve aumento de reagentes para HIV em 2016 em comparação ao ano de 2015, sendo que em 2015 foram 4 mulheres (Fr=36,4%) e em 2016, 9 (Fr=56,3%). Em 2016 1 pessoa trans (6,3%) foi reagente para o HIV.

Quanto à sífilis, 17 homens (Fr=44,7%) apresentaram resultado reagente em 2015 e 9 (Fr=32,1%) em 2016. Entre as mulheres, 21 (Fr=55,3%) foram reagentes para sífilis em 2015 e 18 (Fr=64,3%) em 2016, apresentando aumento de quase 10%. Apenas 1 pessoa trans (3,6%) apresentou resultado reagente para sífilis em 2016.



**Gráfico 17**– Comparativo do quantitativo de pessoas Reagentes x Faixa etária, entre os anos 2016 e 2015

O gráfico acima mostra a comparação dos resultados reagentes para o HIV por gênero e faixa etária. Percebe-se que em 2015 os homens apresentaram resultado reagente em todas as faixas etárias e não houve nenhuma mulher com resultado reagente para o HIV na faixa etária de 20-24 anos. Em 2016 houve aumento do número de mulheres reagentes para o HIV em todas as faixas etárias, exceto na faixa 30 anos ou mais, sendo as faixas etárias de 20-24 anos e 25-29 anos com mais resultados reagentes.

Os dados apresentados neste relatório permitem afirmar que a unidade móvel do Fique Sabendo Jovem, no ano de 2016, mesmo com um número de intervenções menor que em 2015 aumentou sua produção e atingiu a faixa etária a qual está direcionados e jovens em geral. De modo geral atingiu, na grande maioria, jovens heterossexuais.

As intervenções no Parque Farroupilha (Redenção) alcançaram a população-chave de jovens gays, e permitiram o diagnóstico do HIV neste grupo, mesmo que em número baixo. Além disso, foram testadas também mulheres jovens lésbicas, o que mostra que a escolha do local foi acertada. Este local deverá ser mantido ao longo do ano 2017.

As ações na GD RES atingiram mais mulheres jovens, um dos focos do projeto, uma vez que nessa GD os dados epidemiológicos da CGVS mostram que na faixa etária de 15-19 anos há uma jovem com Aids para um jovem. Este é outro local onde as ações devem ser potencializadas. Nas GDs LENO e PLP houve apenas uma intervenção em locais de grande sociabilidade de jovens, necessitando um incremento de ações nestas GD.

Quanto às Elas e escolas de ensino médio, não foram realizadas intervenções, ao longo de 2016. Portanto, em 2017 essas ações devem ser incrementadas.

No que se refere aos jovens em medida sócio-educativa da FASE, embora estivesse planejada a realização de três oficinas de prevenção de DST/Aids e direitos sexuais e reprodutivos, em abril, agosto e dezembro, ministradas pelas jovens educadoras do projeto e três visitas com a unidade móvel, uma semana após cada oficina, as mesmas não aconteceram, bem como também não aconteceu a



formação de um grupo de jovens multiplicadores/as da FASE. Faz-se urgente a retomada de ações na FASE no ano de 2017.

Meta 9 - Reduzir a mortalidade por AIDS para 26,0 /100.000 habitantes com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo/faixa etária.

Em relação à mortalidade por Aids, em 2016 houve 22,9 óbitos para cada 100.000 habitantes e em 2015, 23,69/100.000 habitantes. Houve uma discreta redução na mortalidade por Aids, mostrando tendência de queda, sendo que a meta de 26/100.00 habitantes foi superada. Este resultado positivo é reflexo do desenvolvimento de inúmeras ações, entre elas ações conjuntas entre o Comitê de Mortalidade e a rede de assistência à saúde de pessoas que vivem com HIV/Aids e ampliação do diagnóstico precoce, com início imediato do tratamento antirretroviral, com consequente redução do risco de doenças oportunistas e óbito.

## Hepatites Virais

**Tabela 246-** Notificações, investigações e confirmações dos casos de Hepatites Virais, entre os anos 2016 e 2015

Atendimento de casos de hepatites		Meta	Ano		
			2016	2015	Variação
A	Notificado	Atender 90% dos casos diagnosticados de hepatites virais crônicas	12	15	-20%
	Investigado		12	15	-20%
	Confirmado		12	15	-20%
B	Notificado		265	287	-7,6%
	Investigado		265	287	-7,6%
	Confirmado		265	207	28%
	% da meta atingida		100	100	-
C	Notificado		1275	1860	-31%
	Investigado		1275	1860	-31%
	Confirmado		1275	1860	-31%
	% da meta atingida		100	100	-

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET.

A Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais é dada pela da busca ativa dos casos junto aos hospitais, laboratórios e da Rede de Atenção Primária em Saúde. Os dados epidemiológicos dependem de muitos fatores, desde a ocorrência da contaminação da pessoa em determinado momento até a agilidade do paciente na procura pela realização das consultas médicas e realização dos exames. A tabela acima contém dados referentes ao total de casos notificados de hepatites virais na cidade de Porto Alegre, nos anos de 2015 e 2016 respectivamente.

Em relação à hepatite A, houve decréscimo na ordem 20% nos casos notificados. Esta tendência tem sido observada a cada ano e se deve à melhoria das condições sanitárias da população, assim como na disponibilização da vacina para a rede pública de atenção básica à saúde.

A hepatite B apresentou redução no número de casos, com variação de 7,6%. Como estratégia para prevenção ao agravo, é necessário ampliar a cobertura vacinal.

Em relação aos casos de Hepatite C, houve queda de 31% no número de casos notificados. A Hepatite C vem apresentando incremento constante no número de casos há vários anos, entre outros fatores, pela inexistência de vacina. Portanto, não há justificativa epidemiológica para a queda na incidência. Sendo assim, a hipótese mais provável para a redução de novos casos de Hepatite C é o aumento da subnotificação. Este dado aponta para necessidade sensibilizar a rede de atenção à saúde quanto à necessidade de notificar a totalidade dos casos e assim

facilitar o acesso ao novo esquema terapêutico disponibilizado pelo SUS. Para ampliação do diagnóstico, o teste rápido deve ser utilizado como instrumento para triagem de casos, tanto na Hepatite B quanto na C. De acordo com o número de casos confirmados, a rede básica deve notificar e encaminhar para atendimento na rede de atenção especializada: SAE hepatites e demais ambulatórios hospitalares que realizam este tratamento.

## **Tuberculose**

**Meta 10** - Diagnosticar 80% dos casos novos estimados de tuberculose.

Foram diagnosticados 82% dos casos novos estimados de tuberculose, superando a meta proposta.

## **Considerações**

As Gerências Distritais, em geral, atingiram a meta de 80% de descoberta de casos estimados para tuberculose. No ano de 2016 foram descobertos 82% dos casos novos.

Após um período de mais de dez anos percebemos uma queda no coeficiente de incidência da tuberculose de todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre. De 102 casos/100.000 habitantes (no ano de 2015) passam para 87 casos para 100.000 hab. Esse dado poderá ser o reflexo da descentralização no atendimento da tuberculose, o empenho de manter o banco de informação (SINAN) atualizado com parceria com o PECT (Programa Estadual de Controle da Tuberculose).

Com relação à meta pactuada no SISPACTO da Proporção de cura de casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilifera pactuada 75% (que se refere conforme explicação abaixo Pulmonar com confirmação Laboratorial) a meta não foi atingida, sendo assim desenvolvidas ações conforme PAS, salientando a manutenção e intensificação do TDO às populações de maior vulnerabilidade: portadores de HIV/AIDS, indígenas, população negra, população prisional e egressos, população em situação de rua, dependentes químicos e outros transtornos mentais, multidrogas resistentes, fortalecendo a articulação com a Assistência Social e

Controle Social, em especial para os casos de difícil e o monitoramento dos abandonos de tratamento e indicadores da Tuberculose por Gerência Distrital .

**Tabela 247-** Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre (PAS 10) , entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano							
	2016			2015			Variação	
	Meta	N°	%	Meta	N°	%	N°	%
Centro	223	199	89	226	205	91	-6	-3
GCC	190	161	85	190	195	102	-34	-17
LENO	230	137	60	230	188	82	-51	-27
NHNI	146	132	90	146	111	76	21	19
NEB	193	170	88	195	175	90	-5	-3
PLP	375	277	74	374	330	88	-53	-16
RES	105	124	118	106	93	88	31	33
SCS	142	115	81	142	141	99	-26	-18
Total	1604	1315	82	1608	1438	89	-123	-9

FONTE: EVDT/SMS/SINAN NET/IBGE 2010.

Analisando a tabela acima vemos que houve uma diminuição dos casos novos de tuberculose por todas as formas clínicas no ano de 2016 em relação ao ano de 2015. Quando observamos o número de casos entre as Gerências Distritais da cidade vemos que houve uma diminuição dos casos, exceto nas Gerências NHNI e RES.

**Tabela 248-** Número de casos novos de tuberculose \*pulmonar com confirmação laboratorial, entre residentes em Porto Alegre, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano							
	2016			2015			Variação	
	Meta	N	%	Meta	N	%	N	%
Centro	221	119	54	221	133	60	-14	-11
GCC	119	105	88	119	140	118	-35	-25
LENO	121	92	76	121	113	93	-21	-19
NEB	151	118	78	151	104	69	14	13
NHNI	147	86	59	147	69	47	17	25
PLP	139	221	159	139	247	178	-26	-11
RES	76	75	99	76	55	72	20	36
SCS	153	72	47	153	104	68	-32	-31
Total	1127	888	79	1127	965	86	-77	-8

FONTE: EVDT/SMS/SINAN NET/IBGE 2010.

\* Em virtude da mudança de conceito pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) em julho de 2015, os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera passam a ser definidos como casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial. Portanto o termo pulmonar bacilífero não será mais usado.

A tabela acima mostra que nos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial também ocorreu uma diminuição no ano de 2016 em relação ao ano de 2015. Também observamos que em 2016 (79%) a meta para o diagnostico dos casos novos da forma pulmonar diminui em relação ao ano de 2015 (86%).

**Tabela 249-** Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, por Gerência Distrital, por raça/cor, entre residentes em Porto Alegre, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano																	
	2016						2015						Variação					
	Sem Informação	Branca	Negra	Indígena	Amarela	Total	Sem Informação	Branca	Negra	Indígena	Amarela	Total	Sem Informação	Branca	Negra	Indígena	Amarela	Total
Centro	1	143	55	0	0	199	4	139	62	0	0	205	-3	4	-7	0	0	-6
GCC	1	98	60	1	1	161	4	104	86	0	1	195	-3	-6	-26	1	0	-34
LENO	1	73	62	0	1	137	3	101	82	1	1	188	-2	-28	-20	-1	0	-51
NEB	0	105	65	0	0	170	2	120	53	0	0	175	-2	-15	12	0	0	-5
NHNI	1	93	38	0	0	132	3	78	30	0	0	111	-2	15	8	0	0	21
PLP	1	148	127	0	1	277	9	174	146	1	0	330	-8	-26	-19	-1	1	-53
RES	0	70	53	0	1	124	7	48	38	0	0	93	-7	22	15	0	1	31
SCS	1	68	46	0	0	115	4	94	43	0	0	141	-3	-26	3	0	0	-26
Total	6	798	506	1	4	1315	36	858	540	2	2	1438	-30	-60	-34	-1	2	-123

FONTE: EVDT/SMS/SINAN NET/IBGE 2010

Observamos na tabela acima que, ao compararmos os anos de 2015 e 2016, houve uma queda dos casos novos de tuberculose entre as raças branca e negra. Considerando que população negra é em menor número no município e que a redução dos casos em pessoas da raça branca foi maior, é possível inferir que a raça negra ainda é a mais atingida pela tuberculose. Esse cenário é resultante da maior vulnerabilidade social das pessoas negras.

**Tabela 250-** Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, por Gerência Distrital, por faixa etária, entre residentes em Porto Alegre, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano																										
	2016									2015									Variação								
	<1 Ano	1a14	15a19	20a34	35a49	50a64	65a79	80 e+	Total	<1 Ano	1a14	15a19	20a34	35a49	50a64	65a79	80 e+	Total	<1 Ano	1a14	15 a19	20a34	35a49	50a64	65a79	80 e+	Total
<b>Centro</b>	0	3	4	60	62	40	20	10	199	0	3	5	69	59	36	28	5	205	0	0	-1	-9	3	4	-8	5	-6
<b>GCC</b>	1	8	18	45	43	31	12	3	161	1	5	19	63	56	32	15	4	195	0	3	-1	-18	-13	-1	-3	-1	-34
<b>LENO</b>	0	3	11	34	35	33	18	3	137	0	3	22	45	56	43	14	5	188	0	0	-11	-11	-21	-10	4	-2	-51
<b>NEB</b>	1	2	12	48	46	36	19	6	170	0	5	11	56	44	46	10	3	175	1	-3	1	-8	2	-10	9	3	-5
<b>NHNI</b>	0	2	6	39	35	30	15	5	132	1	3	8	26	46	12	11	4	111	-1	-1	-2	13	-11	18	4	1	21
<b>PLP</b>	0	3	14	132	71	42	12	3	277	2	2	19	160	88	38	14	7	330	-2	1	-5	-28	-17	4	-2	-4	-53
<b>RES</b>	3	1	10	37	38	24	10	1	124	0	2	7	25	30	21	8	0	93	3	-1	3	12	8	3	2	1	31
<b>SCS</b>	0	2	9	41	23	29	10	1	115	0	1	10	46	41	26	15	2	141	0	1	-1	-5	-18	3	-5	-1	-26
<b>Total</b>	5	24	84	436	353	265	116	32	1315	4	24	101	490	420	254	115	30	1438	1	0	-17	-54	-67	11	1	2	-123

FONTE: EVDT/SMS/SINAN NET/IBGE 2010.

Entre os anos de 2015 e 2016, a tabela acima mostra que a faixa etária mais atingida pela tuberculose é entre 30 e 40 anos de idade. Observa-se também que houve uma queda nessa faixa etária no ano de 2016.

**Tabela 251-** Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, por Gerência Distrital, por sexo, entre residentes em Porto Alegre, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano								
	2016			2015			Variação		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Centro	129	70	199	137	68	205	-8	2	-6
GCC	100	61	161	116	79	195	-16	-18	-34
LENO	80	57	137	130	58	188	-50	-1	-51
NHNI	105	65	170	102	73	175	3	-8	-5
NEB	90	42	132	64	47	111	26	-5	21
PLP	214	63	277	252	78	330	-38	-15	-53
RES	87	37	124	57	36	93	30	1	31
SCS	70	45	115	91	50	141	-21	-5	-26
Total	875	440	1315	949	489	1438	-74	-49	-123

FONTE: EVDT/SMS/SINAN NET/IBGE.

O sexo masculino é predominante nos casos novos de tuberculose em Porto Alegre. A tabela acima também mostra que houve uma redução dos casos em ambos os sexos no ano de 2016.

**Tabela 252-** Número de Sintomáticos Respiratórios (SR) avaliados através de baciloscopia de escarro, residentes em Porto Alegre, entre os anos 2016 e 2015

Laboratórios	Ano		
	2016	2015	Variação
Rede Ambulatorial	10348	9956	3,94%
Rede Hospitalar	8289	8653	-4,20%
Total POA	18637	18609	0,15%

FONTE: Informe Mensal de Baciloscopias/LACEN/RS.

A tabela acima demonstra um aumento de sintomáticos respiratórios avaliados na rede ambulatorial, que pode ser reflexo da intensificação da busca ativa dos mesmos, e redução na rede hospitalar.

**Tabela 253-** Total de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar com confirmação laboratorial e Testagem para HIV em residentes de Porto Alegre, entre os anos 2016 e 2015

Casos Novos com Confirmação Laboratorial	Ano		
	2016	2015	Variação
Total de casos TB	888	965	-7,97%
Teste anti-HIV realizado	807	835	-3,35%
Teste anti-HIV realizado %	91%	87%	4%
Nº absoluto de positivos	193	238	-18,9%
% de Positividade	24%	25%	-1%

FONTE: EVDT/SMS/SINAN NET/IBGE 2010.

Na tabela acima, vemos que a taxa de coinfeção TB x HIV foi de 24% no ano de 2016. Neste mesmo ano a testagem para HIV foi de 91%, superior a taxa do ano de 2015, que foi de 86%. Ao analisarmos o número de casos positivos observamos que houve uma diminuição de casos em relação ao ano de 2015.



**Tabela 254-** Proporção de contatos de casos novos de Tuberculose examinados entre os registrados, entre residentes de Porto Alegre (indicador pactuado pela Programação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS) , entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano							
	2016			2015			Variação	
	Contatos Identificados	Contatos Examinados	*Proporção	Contatos Identificados	Contatos Examinados	*Proporção	Contatos Identificados	Contatos Examinados
Centro	222	73	33	314	106	34	-92	-33
GCC	295	80	27	473	170	36	-178	-90
LENO	390	74	19	489	69	14	-99	5
NEB	322	75	23	392	126	32	-70	-51
NHNI	175	36	21	267	77	29	-92	-41
PLP	316	133	42	513	107	21	-197	26
RES	156	77	49	185	97	52	-29	-20
SCS	296	71	49	363	152	42	-67	-81
Total	2172	619	24	2996	904	30	-824	-285

FONTE: EVDT/SMS/SINAN NET/IBGE 2010

\*Proporção: nº dos casos examinados pelo nº dos casos registrados x100.

Segundo a Portaria MS 1708, de 16 de agosto de 2013, incluem-se a meta de Proporção de contatos de casos novos de Tuberculose examinados entre os registrados, entre residentes de Porto Alegre. Esta é descrita na tabela acima, na qual foram compilados os dados referentes aos anos de 2015 e 2016. Percebe-se que, de modo geral, houve redução no número de contatos identificados. Porém, em 2016 houve redução também nos contatos examinados, o que revela a necessidade de desenvolvimento de ações na atenção primária à saúde para que o exame dos contatos seja incrementado.

**Meta 12.** Reduzir a mortalidade proporcional de coinfetados por TB e HIV, para 25,0%, com equidade raça/cor/etnia/sexo/faixa etária

Quanto à mortalidade proporcional de coinfetados por TB e HIV, em 2015 foi de 27%. A meta de 2016, que era de 25%, foi alcançada, uma vez que tivemos como resultado 24, 38%, havendo uma discreta diminuição.

**Tabela 255-** Taxa de óbito dos casos novos pulmonares positivos, residentes em Porto Alegre, coorte de tratamento 2015

<b>Óbitos</b>	<b>2015</b>
Nº Total de óbitos	108
Taxa óbito total	10%
Óbitos por TB	48
Taxa óbito por TB	4%
Óbitos TB x HIV	48
Taxa óbito TB/HIV	4%

**FONTE:** SINAN NET/EVDT/CGVS/SMSPA

Base de dados de 10/01/2017. Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de caso.

## 12.2 Políticas Públicas em Saúde de Cuidados Não Transmissíveis

**Meta 2.** Implantar 100% do plano de controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis DANT com recorte raça/cor/etnia/sexo, na RAS com foco em Controle do Tabagismo, Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida, monitoramento da violência, e doenças crônicas não transmissíveis prioritárias (HAS, DM, DRC, Obesidade, Neoplasias Malignas).

**Quadro 10-** Demonstrativo de atingimento da meta

Ações	Peso da Ação	Realizado	Considerações
Ampliação do coeficiente de fumantes, 18 ou mais, tratados para o tabagismo de 97,26 para 112,77 para cada 10.000 fumantes, na população estimada de fumantes em Porto Alegre (estimativa Vigitel 2014, 16,4% da população de 18 anos ou mais)	15	15	Atingida a meta de 180,37
Credenciamento de 100% das unidades de saúde da Atenção Básica para a oferta do tratamento ao fumante, conforme Portaria 571/13 do Ministério da Saúde/Brasil e implantação e implementação da abordagem de beira de leito para fumantes internados nos hospitais da RAS.	15	13,8	Meta – 141US +6 Hospitais Resultado= 136 US - 92,5% das US). Entretanto, a abordagem a beira do leito não foi iniciada nos 06 hospitais pactuados. Esta ação será realizada em 2017.
Monitoramento da Prática Corporal/Atividade Física em Grupo na Atenção Básica e das Atividades Educativas/Orientações em Grupo na Atenção Básica	15	-	Não realizada. Realizado levantamento das Unidades de Saúde de Atenção Básica que ofertam atividades de prática corporal.
Ampliação do foco das equipes de Monitoramento das 8 GDs para os casos de violência no território e acompanhamento do relatório de notificações de violência da CGVS pelas Equipes de Monitoramento das Gerências Distritais, com recorte por tipo de violência	15	15	Realizada reunião ampliada com as equipes de monitoramento das 8 GDs para sensibilização sobre a temática da violência. Como resultado, observou-se um aumento das notificações.

Realização de eventos pontuais e itinerantes de Promoção à saúde e prevenção de DCNT e de Enfrentamento à Violência e Acidentes: Dia Mundial da Saúde; Atividade Física; Cigarrão; Feira da Saúde itinerante; Maio Vermelho (PMCTab); Alimentação Saudável; Combate a Asma, DPOC, DCV, DM e Câncer; Jogos Indígenas de Porto Alegre; Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa e sua Família; Projeto Casa; e Rua Segura para Prevenção de Quedas e acidentes de trânsito em idosos	10	9,09	Foram realizados 10 eventos dos 11 planejados. Somente o evento de “Combate a Asma, DPOC, DCV, DM e Câncer” não foi realizado.
Monitoramento de internações e óbitos por queda em idosos	sem medição	-	-
Monitoramento de óbitos prematuros por DCNT em relação aos Fatores de Risco para DCNT na população entre 30 e 69 anos	sem medição	-	-
Capacitação dos técnicos das Gerências Distritais (Dentista Distrital, Farmacêutico Apoiador, Médico Distrital, RT de Enfermagem e NASF) das oito Gerências Distritais da SMS, dos Pronto Atendimentos/UPA, dos Centros de Especialidades e Hospitais próprios e conveniados sobre Protocolo de Atendimento Geriátrico e Síndromes Geriátricas, com ênfase na Funcionalidade Global e detecção dos Idosos Frágeis.	15	4,1	Realizado 05 capacitações em 5 GDs ( GCC, NEB, SCS, RES e NHNI). As outras 3 GDs, os 3 Centros de Especialidades e os 7 Hospitais não foram capacitados e estarão na programação das atividades de 2017.
Capacitação dos técnicos das Gerências Distritais (Dentista Distrital, Farmacêutico Apoiados, Médico Distrital, RT de Enfermagem e NASF) das oito Gerências Distritais da SMS, dos Pronto Atendimentos/UPA, dos Centros de Especialidades e Hospitais próprios e conveniados sobre as Linhas de Cuidado da Asma, DPOC, HAS, DM, Obesidade.	15	3,0	Realizado capacitação para 01 linha de cuidado da asma e DPOC. As GDs capacitadas foram: GCC, NEB, SCS, RES e NHNI.
<b>Total</b>	<b>100</b>		<b>60</b>

A análise dos percentuais alcançados aponta para um crescimento no desenvolvimento das ações propostas. Durante o ano foram realizadas várias ações propostas no Plano de Controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) fortificando as ações no combate ao tabagismo. Fica evidente que devemos focar nas linhas de cuidado e na abordagem a beira de leito para fumantes internados nos hospitais da RAS.

**Tabela 256-** Serviços credenciados para o Programa Nacional de Controle do Tabagismo com pelo menos um profissional de nível superior capacitado (conforme portaria MS 571/2013), por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano											
	2016				2015				Variação			
	Atenção Básica	Serviço Ambulatorial	Serviço Hospitalar	Total	Atenção Básica	Serviço Ambulatorial	Serviço Hospitalar	Total	Atenção Básica	Serviço Ambulatorial	Serviço Hospitalar	Total
Centro	3	1	4	8	3	1	6	10	0	0	-33	-20
GCC	23	1	0	24	19	1	0	20	21,1	0	0	20
LENO	23	0	0	23	17	1	0	18	35,3	0	0	27,8
NEB	24	0	0	24	17	0	0	17	41,2	0	0	41,2
NHNI	14	3	1	18	10	1	1	12	40	200	0	50
PLP	20	2	1	23	19	1	1	21	5,3	100	0	9,5
RES	12	0	0	12	8	0	0	8	50	0	0	50
SCS	17	1	1	19	18	1	0	19	-5,5	0	-	0
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>151</b>	<b>111</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>125</b>	<b>22,5</b>	<b>33,3</b>	<b>-12,5</b>	<b>20,8</b>

FONTE: Programa Municipal de Controle do Tabagismo/Gerência NT/CGPPS/SMS.

**Tabela 257-** Serviços que ofereceram tratamento para o fumante conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano											
	2016				2015				Variação			
	Atenção Básica	Serviço Ambulatorial	Serviço Hospitalar	Total	Atenção Básica	Serviço Ambulatorial	Serviço Hospitalar	Total	Atenção Básica	Serviço Ambulatorial	Serviço Hospitalar	Total
Centro	3	1	3	7	1	1	3	5	200	0	0	40
GCC	7	0	0	7	3	0	0	3	133,3	-	-	133,3
LENO	12	0	0	12	9	0	0	9	33,3	0	0	33,3
NEB	13	0	0	13	8	0	0	8	62,5	-	-	62,5
NHNI	9	1	1	11	5	0	0	5	80	-	-	120
PLP	6	1	0	7	4	1	0	5	50	0	-	40
RES	6	1	0	7	1	0	0	1	500	-	-	600
SCS	7	0	0	7	7	0	0	7	0	-	-	0
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>71</b>	<b>38</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>43</b>	<b>65,8</b>	<b>50</b>	<b>33,3</b>	<b>65,1</b>

FONTE: Programa Municipal de Controle do Tabagismo/Gerência NT/CGPPS/SMS.

**Tabela 258-** Usuários em tratamento para o tabagismo nos serviços de saúde da RAS, por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano											
	2016				2015				Variação			
	Atenção Básica	Serviço Ambulatorial	Serviço Hospitalar	Total	Atenção Básica	Serviço Ambulatorial	Serviço Hospitalar	Total	Atenção Básica	Serviço Ambulatorial	Serviço Hospitalar	Total
<b>Centro</b>	195	651	0	846	110	287	0	397	77,3	126,8	0	53,1
<b>GCC</b>	253	0	0	253	177	0	0	177	42,9	0	0	42,9
<b>LENO</b>	370	0	0	370	202	135	0	337	83,2	0	0	9,8
<b>NEB</b>	357	0	0	357	299	0	0	299	19,4	0	0	19,4
<b>NHNI</b>	353	117	0	470	303	175	0	478	16,5	-33,1	0	-0,01
<b>PLP</b>	156	143	0	299	104	74	41	219	50,0	93,2	0	36,5
<b>RES</b>	207	8	0	215	12	0	0	12	1625,0	0	0	1691,7
<b>SCS</b>	337	0	0	337	149	0	0	149	126,2	0	0	126,2
<b>Total</b>	2228	921	0	3199	1356	671	41	2068	64,3	37,2	0	54,6

FONTE: Programa Municipal de Controle do Tabagismo/Gerência NT/CGPPS/SMS.

**Tabela 259-** Taxa de cessação do tabagismo por nível de complexidade, por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano											
	2016				2015				Variação			
	Atenção Básica	Serviço Ambulatorial	Serviço Hospitalar	Total	Atenção Básica	Serviço Ambulatorial	Serviço Hospitalar	Total	Atenção Básica	Serviço Ambulatorial	Serviço Hospitalar	Total
<b>Centro</b>	49,7	11,4	-	19,1	41,7	27,2	-	36,1	19,2	-58,1	-	-47,1
<b>GCC</b>	31,2	-	-	31,2	24,5	-	-	24,5	27,3	-	-	27,3
<b>LENO</b>	35,4	-	-	35,4	32,2	38,4	-	34,7	9,9	-	-	2,0
<b>NEB</b>	38,9	-	-	38,9	43,5	-	-	43,5	-10,6	-	-	-10,6
<b>NHNI</b>	55,5	66,1	-	57,9	47,1	59,3	-	51,4	17,8	11,5	-	12,6
<b>PLP</b>	34,0	0	-	17,7	40	46,9	-	22,0	-15	-	-	-19,5
<b>RES</b>	34,8	25	-	34,4	16,7	-	-	16,7	108,4	-	-	106,0
<b>SCS</b>	40,0	-	-	40,0	43,5	-	-	43,5	-8,1	-	-	-8,1
<b>Total</b>	39,6	16,4	-	33,3	38,9	41,1	-	37,4	1,8	-24,7	-	-11

FONTE: Programa Municipal de Controle do Tabagismo/Gerência NT/CGPPS/SMS.

Na análise das tabelas 196 a 199, observamos um aumento significativo no total de unidades de atenção básica credenciadas no ano de 2016 (mais de 20%). Apesar do expressivo aumento na oferta de tratamento na Atenção Básica, apenas metade dos serviços credenciados hoje ofertam tratamento para o tabagista, mesmo assim podemos observar uma importante variação no número de usuários em tratamento entre os anos de 2015 e 2016, com média de incremento de mais de 50%, esse aumento de usuários em tratamento reflete uma melhoria nas taxas de cessação do tabagismo nos usuários da Atenção Básica, embora haja uma grande variação observada no atendimento do serviço ambulatorial (25% a menos) nesse ano, refletindo a baixa efetividade desta estratégia nos serviços ambulatoriais.

Na análise das tabelas, também podemos observar uma evolução no acesso ao tratamento nos serviços ambulatoriais e ausência de usuários em tratamento nos serviços hospitalares. Ressaltamos que existe um projeto para iniciarmos a oferta de tratamento para o tabagismo nos hospitais da rede própria.

Isto expressa uma oferta maior de ações e serviços para o controle do tabagismo ao usuário e está em concordância com as metas estabelecidas. Na atenção especializada e hospitalar não houve variação significativa entre 2015 e 2016.

## Doenças Cardiovasculares

**Tabela 260-** Proporção de óbitos nas internações por Doenças Cardiovasculares (DCV) e suas complicações (CID 10 - I00 - I99) em adultos entre 30 a 69 anos, entre os anos 2016 e 2015

Porto Alegre	Ano		
	2016	2015	Varição
	3,52	4,01	-12,21

FONTE: SIH/Datasus e IBGE SIH.

**Tabela 261-** Proporção de óbitos nas internações por IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) em adultos de 30-69 anos (nº de óbitos por IAM/internações por IAM) , entre os anos 2016 e 2015

Porto Alegre	Ano		
	2016	2015	Varição
	2,60	3,46	-24,86

FONTE: SIH/Datasus e IBGE SIH consultado em 18/08/2016.

Observou-se uma redução na proporção de óbitos nas internações por DCV e IAM entre os anos 2015 e 2016, conforme tabelas acima. Dentre as ações que podem ter impactado na redução deste indicador, estão a implementação dos protocolos de manejo do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) nos prontos atendimentos e emergências e a linha de cuidado do AVC.

**Tabela 262-** Coeficiente de óbito por Doenças Cardiovasculares DCV e suas complicações (CID 10 - I00 - I99) em adultos entre 30 e 69 anos, com recorte raça/cor/etnia e sexo (por 10.000 habitantes), entre os anos 2016 e 2015.

Sexo	Raça/Cor	Ano		
		2016	2015	Varição
Masculino	Negro	16,83	20,16	-16,52
	Indígena	-	-	
	Branco	15,14	18,70	-19,04
	Amarelo	-	-	
	Total	15,97	19,53	-18,23
Feminino	Negro	9,87	10,65	-7,32
	Indígena	13,11	13,11	0
	Branco	7,88	8,34	-5,52
	Amarelo	-	-	
	Total	8,68	9,00	-3,56
<b>Total</b>		11,96	13,73	-12,89

FONTE: SIM/CGVS.

Na análise da tabela acima se observa uma tendência a redução de óbitos por DCV entre os anos de 2015 e 2016, independente do gênero e raça/cor. Percebe-se que variação é mais intensa entre no sexo masculino, mas, mantêm ainda, percentuais mais elevados de óbitos por esta causa. Identificamos que não houve registro do campo “não identificado raça/cor/etnia”, o que nos permite verificar que houve uma qualificação do registro.

## Diabetes Mellitus

**Tabela 263-** Proporção de óbitos nas internações por Diabetes Mellitus (DM) e suas complicações (CID 10 - E10 - E14) em adultos entre 30 e 69 anos, entre os anos 2016 e 2015

Porto Alegre	Ano		
	2016	2015	Varição
	3,07	2,85	7,72

FONTE: SIH/Datasus e IBGE SIH.

Observamos um aumento na proporção dos óbitos entre pacientes hospitalizados por DM. É complexo realizar uma análise precisa que justifique tal variação, porém um diagnóstico tardio da doença, pela sua evolução silenciosa e o aumento geral da obesidade com suas comorbidades (incluindo o DM), poderia em parte justificar este aumento. Espera-se que a constituição e implementação da linha



de cuidado da DM e da obesidade e a qualificação do monitoramento individual do uso do glicosímetro poderá impactar positivamente neste índice nos próximos anos.

**Tabela 264-** Coeficiente de óbito por Diabetes Mellitus DM e suas complicações (CID 10 - E10 - E14) em adultos entre 30 e 69 anos, com recorte raça/cor/etnia e sexo (por 10.000 habitantes) , entre os anos 2016 e 2015

Sexo	Raça/Cor	Ano		
		2016	2015	Varição
Masculino	Negro	4,13	2,54	62,6
	Indígena	16,03	-	
	Branco	3,64	3,36	8,33
	Amarelo	-	10,68	
	Total	3,88	3,27	18,65
Feminino	Negro	3,51	4,03	-12,90
	Indígena	-	-	
	Branco	1,89	2,02	-6,40
	Amarelo	-	8,74	
	Total	2,33	2,49	-6,43
<b>Total</b>		3,03	2,84	6,69

FONTE: SIM/CGVS.

Na tabela acima observamos um aumento dos coeficientes de óbito por DM entre os homens principalmente naqueles da raça negra, oposto às mulheres. Este dado aponta para a necessidade de ações estruturadas para esta população e a qualificação do cuidado na atenção básica.

### Doenças Respiratórias Crônicas

**Tabela 265-** Proporção de óbitos nas internações por Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) e suas complicações (CID 10 - J40 - J47) em adultos entre 30 e 69 anos, entre os anos 2016 e 2015

Porto Alegre	Ano		
	2016	2015	Varição
	12,78	12,01	6,41

FONTE: SIH/Datasus e IBGE SIH.

Ocorreu uma pequena variação na proporção de óbitos entre pacientes internados por DRC e suas complicações, entre os anos de 2015 e 2016. A maior amplitude do tratamento do tabagismo e o aumento nos índices de cessação podem impactar significativamente nesta proporção nos próximos anos.

**Tabela 266-** Coeficiente de óbito por Doença Respiratória Crônica (DRC) e suas complicações (CID 10 - E10 - E14) em adultos entre 30 e 69 anos, com recorte raça/cor/etnia e sexo (por 10.000 habitantes), entre os anos 2016 e 2015

Sexo	Raça/Cor	Ano		
		2016	2015	Varição
Masculino	Negro	3,49	3,49	0
	Indígena	-	-	-
	Branco	3,40	3,36	1,18
	Amarelo	-	-	-
	Total	3,53	3,50	0,86
Feminino	Negro	2,73	2,73	0
	Indígena	-	-	-
	Branco	2,26	2,25	0,44
	Amarelo	-	-	-
	Total	2,52	2,52	0
<b>Total</b>		2,97	2,96	0,34

FONTE: SIM/CGVS.

A baixa variação do coeficiente de óbito por DRC entre os anos de 2015 e 2016 não permite uma análise do impacto de qualquer ação. Observa-se um pequeno aumento entre homens de raça branca. Observamos que não houve registro do campo “não identificado raça/cor/etnia”, o que nos permite verificar que houve uma qualificação do registro.

## Neoplasias Malignas

**Tabela 267-** Proporção de óbitos nas internações por Neoplasias Malignas e suas complicações (CID 10 - C00 - C97) em adultos entre 30 e 69 anos, entre os anos 2016 e 2015

Porto Alegre	Ano		
	2016	2015	Varição
	11,54	10,98	5,00

FONTE: SIH/Datasus e IBGE SIH.

Ocorreu uma pequena variação na proporção dos óbitos entre pacientes internados por Neoplasias nos anos de 2015 e 2016. As causas desta variação são complexas porém espera-se que a implementação da linha de cuidado da obesidade por sua implicação como causa de diversas neoplasias e da expansão do tratamento do tabagismo além de outras medidas de promoção à saúde podem levar a redução deste índice nos próximos anos.

**Tabela 268-** Coeficiente de óbito por Neoplasias Malignas e suas complicações (CID 10 - C00 - C97) em adultos entre 30 e 69 anos, com recorte raça/cor e sexo (por 10.000 habitantes) , entre os anos 2016 e 2015

Sexo	Raça/Cor	Ano		
		2016	2015	Varição
Masculino	Negro	16,51	16,51	0
	Indígena	16,03	16,03	0
	Branco	22,02	21,78	1,10
	Amarelo	-	-	-
	Não Identificado			
	Total	22,03	21,80	1,05
Feminino	Negro	13,00	12,85	1,17
	Indígena	-	-	-
	Branco	16,06	16,00	0,38
	Amarelo	-	-	-
	Não Identificado			
	Total	16,00	15,92	0,5
<b>Total</b>		18,71	18,57	0,75

FONTE: SIM/CGVS.

A variação no coeficiente de óbito por Neoplasias e seu recorte para raça/cor foi muito discreta e não permite uma análise mais aprofundada.

## **Eixo Promoção e Prevenção de DCNT (Violências e Acidentes)**

### **Feira da Saúde**

A Feira da Saúde foi realizada no dia 07 de abril de 2016, no Largo Glênio Peres, conscientização sobre alimentação saudável.

### **Veiculação da vinheta do Guia alimentar**

As recomendações do Guia Alimentar para a população brasileira, foram veiculadas através de vinheta (filme) nos ônibus da cidade, com orientações relacionadas aos “Dez Passos da Alimentação Adequada e Saudável”, no período de 15 de abril a 15 de maio acarretou na conscientização sobre alimentação saudável

### **Dia do Motorista**

Em comemoração ao Dia do Motorista, o Setor de Transportes realizou um evento no Auditório da SMS, e contou com uma palestra sobre alimentação saudável para os mais de 30 motoristas da Secretaria Municipal de Saúde, repercutiu na conscientização desses para o auto cuidado, pois além da alimentação foi abordado HAS, DM

Apresentação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no Conselho Municipal de Saúde (CMS)

Por demanda do CMS, foi apresentada a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na plenária do dia 1º de setembro, aguardamos a capacitação dessa para a RAS.

- Comemoração do Dia Mundial da Alimentação (16/10) - Apresentação do espetáculo teatral "Abre a Boca de Fecha os Olhos", do grupo Teatro Luz e Cena, para alunos das escolas públicas municipais e estaduais. A atividade atingiu cerca de 4.000 crianças e educadores de 41 escolas nos dias 18 e 24 de outubro de 2016. Repercutiu no envolvimento pedagógico na promoção da alimentação saudável.
- Dia Mundial da Alimentação 16/10/2016 - Participação na Praça de Segurança Alimentar ocorrida no Parque da Redenção. A SMS apresentou o material da Feira da Saúde e o folder que apresenta o Guia Alimentar para a população brasileira para o público em geral.

### **Eixo dos Agravos (Violências e Acidentes)**

**Tabela 269-** Internações por Causas Externas (CID 10 cap. XIX e XX) , entre os anos 2016 e 2015

Porto Alegre	Ano		Variação
	2016	2015	
	8912	8577	3,91

FONTE: SIH/Datasus e IBGE SIH.

Na análise observa-se que as internações aumentaram de um ano para o outro, dentre esses o HNSC e o HPS sobressaem em maior numero de internações por ser referência nesses atendimentos.

**Tabela 270-** Número de notificações de violência segundo sexo, raça/cor/etnia, entre os anos 2016 e 2015

Sexo	Raça/Cor	Ano					
		*2016		2015		Variação	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	Notificações de Violência – raça/etnia Branca	1458	74,2	1480	72,3	-22	2,6
	Notificações de Violência – raça/etnia Negra	425	21,6	463	22,6	-38	-4,4
	Notificações de Violência – raça/etnia Ignorada	74	3,8	90	4,4	-16	-13,6
	Notificações de Violência – raça/etnia Amarela	6	0,3	7	0,3	-1	0
	Notificações de Violência – raça/etnia Indígena	1	0,1	7	0,3	-6	-66,7
	<b>Total de notificações</b>	1964	100	2047	100	-83	
Masculino	Notificações de Violência – raça/etnia Branca	802	74,1	797	76,3	5	-2,9
	Notificações de Violência – raça/etnia Negra	229	21,1	200	19,2	29	9,9
	Notificações de Violência – raça/etnia Ignorada	45	4,2	41	3,9	4	7,7
	Notificações de Violência – raça/etnia Amarela	6	0,6	5	0,5	1	20
	Notificações de Violência – raça/etnia Indígena	1	0,1	1	0,1	0	0
	<b>Total de notificações</b>	1083	100	1044	100	39	
Total	Notificações de Violência – raça/etnia Branca	2260	74,2	2277	73,7	-17	0,7
	Notificações de Violência – raça/etnia Negra	654	21,5	663	21,4	-9	0,5
	Notificações de Violência – raça/etnia Ignorada	119	3,9	131	4,2	-12	-7,1
	Notificações de Violência – raça/etnia Amarela	12	0,4	12	0,4	0	0
	Notificações de Violência – raça/etnia Indígena	2	0,1	8	0,3	-6	-66,7
	<b>Total de notificações</b>	3047	100	3091	100	-44	

FONTE: SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. \*Dados preliminares

Apesar de uma diminuição de notificações de 2015 para 2016 (-1,42) da variação, e uma diminuição de notificações em -4,05% de variação contra a mulher, essa notificação ainda predomina. Em relação à raça/cor da pele, pessoas de raça branca ainda representam o maior número de notificações de violência se compararmos com as outras raças, destacando para o decréscimo das Notificações de Violência – raça/etnia Indígena com uma variação de -66,7 %.

**Tabela 271-** Número de notificações de violência segundo sexo e faixa etária, entre os anos 2016 (até 02/03/2017) e 2015

Notificações de Violência	Ano																	
	2016						2015						Variação*					
	Feminino		Masculino		Total		Feminino		Masculino		Total		Feminino		Masculino		Total	
Faixa etária	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<1a	63	3,2	66	6,1	129	4,2	71	3,5	68	6,5	139	4,5	-8	-8,6	-2	-6,2	-10	-6,7
01-04a	267	13,6	295	27,2	562	18,4	331	16,2	355	34,0	686	22,2	-64	-16,0	-60	-20,0	-124	-17,1
05-09a	216	11,0	152	14,0	368	12,1	249	12,2	172	16,5	421	13,6	-33	-9,8	-20	-15,2	-53	-11,0
10-14a	362	18,4	127	11,7	489	16,0	414	20,0	121	11,6	535	17,3	-52	-8,0	6	0,9	-46	-7,5
15-18a	246	12,5	158	14,6	404	13,3	267	13	114	10,9	381	12,3	-21	-3,8	44	33,9	23	8,1
19-24a	185	9,4	63	5,8	248	8,1	139	6,8	40	3,8	179	5,8	46	38,2	23	52,6	69	39,7
25-29a	121	6,2	40	3,7	161	5,3	103	5,0	17	1,6	120	3,9	18	24,0	23	131,3	41	35,9
30-39a	173	8,8	45	4,2	218	7,2	169	8,3	44	4,2	213	6,9	4	6,0	1	0,0	5	4,3
40-49a	119	6,1	23	2,1	142	4,7	101	4,9	22	2,1	123	4,0	18	24,5	1	0,0	19	17,5
50-59a	84	4,3	36	3,3	120	3,9	65	3,2	22	2,1	87	2,8	19	34,4	14	57,1	33	39,3
60a ou +	100	5,1	67	6,2	167	5,5	91	4,4	54	5,2	145	4,7	9	15,9	13	19,2	22	17,0
(vazio)	28	1,4	11	1,0	39	1,3	47	2,3	15	1,4	62	2,0	-19	-39,1	-4	-28,6	-23	-35,0
<b>Total</b>	1964	100	1083	100	3047	100	2047	100	1044	100	3091	100	-83		39		-44	

FONTE: SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

O cenário atual das notificações de violência segundo sexo e faixa etária apontam para um total geral de notificações de 3.047 no ano de 2016, com uma variação de -1,42 % em relação ao ano de 2015. A concentração maior se mantém para o sexo feminino e aponta crianças na faixa etária entre 10 a 14 anos com 18,4%, em constância com 2015, onde esta faixa etária apresentou maior número de notificações com número de 414 casos, ou seja, 20,0%.

Em relação ao sexo masculino, mantêm-se a prevalência apontada no ano de 2015 com n° 355 perfazendo 34,0% dos casos para a faixa etária de 01-04 anos. Em 2016 os números são 295 casos com um percentual de 27,2.

A variação apresentada na tabela não corresponde aos dados finais, já que o banco de 2016 ainda não foi encerrado.

**Tabela 272-** Número de notificações de violência segundo tipo de violência, entre os anos 2016 e 2015

Notificações de Violência por tipo	Ano					
	**2016		2015		Variação	
	Total	%	Total	%	Total	%
*Negligência	959	31,5	1136	36,8	-177	-14,4
*Física	712	23,4	770	24,9	-58	-6,0
*Psicológica	666	21,9	786	25,4	-120	-13,8
*Outra	574	18,9	439	14,2	139	33,1
*Sexual	840	27,6	986	31,9	-146	-13,5
Total	3047	100	3091	100	-44	-14,4

FONTE: EVEV/CGVS/SMS/SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

\*Nesses campos pode haver mais de um tipo de violência em uma mesma notificação.

\*\*Dados parciais, correspondendo às notificações que entraram no banco de dados até 02/03/2017.

As notificações segundo tipo de violência se mantêm equivalentes entre os anos de 2016 e 2015, com maior número para negligência 31,5% em 2016 e 36,8% no ano de 2015. Seguida da violência sexual com 27,6% em 2016 e 31,9% no ano de 2015.

Os diferentes tipos de violências podem estar sobrepostos, ou seja, pode haver mais de um tipo na mesma notificação,

**Tabela 273–** Número de notificações nas Unidades com notificação de violência implantada por Gerência Distrital, entre os anos 2016(até 02/03/2017) e 2015

Gerência Distrital	Ano		
	2016	2015	Variação
Centro	15	19	-4
NHNI	6	6	0
NEB	14	24	-10
LENO	6	14	-8
GCC	36	31	5
SCS	18	15	3

PLP	28	48	-20
RES	4	10	-6
Porto Alegre (Hospitais, Pronto Atendimentos e demais serviços)	1996	1946	50

**FONTE:** EVEV/CGVS/SMS/SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Esses dados correspondem aos casos notificados pelas Unidades Básicas e Serviços Especializados das referidas GDs. As notificações realizadas pelos Hospitais, Pronto Atendimento e demais serviços de saúde, estão contempladas no valor total/Porto Alegre e se referem aos residentes do município.

Sob o aspecto da violência em geral, percebe-se um agravamento dos casos de violência nos territórios, apontando para a mudança de perfil dos conflitos entre agentes armados em relação ao ano de 2015. Diversos profissionais têm sofrido o impacto provocado por esta grave situação. Os profissionais de saúde passaram a contar com uma das possibilidades para o enfrentamento com mais segurança nestes casos, através do Acesso Mais Seguro / Comportamento Mais Seguro.

A Tecnologia do Acesso Mais Seguro / Comportamento Mais Seguro do Comitê Internacional Da Cruz Vermelha – CICV foi uma estratégia implantada durante o ano de 2016 como uma das propostas de enfrentamento da violência armada nos territórios da cidade pela Secretaria Municipal da Saúde através do Eixo Agravos e Violências.

Dentre as ações realizadas durante o segundo semestre de 2016 podemos destacar a 1ª capacitação do AMS/CMS, Plano de Implantação do AMS/CMS na SMS; Definição do Grupo de Suporte Central da SMS; Assinatura do Termo de Cooperação entre o Comitê Internacional da Cruz Vermelha e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre; Regimento Interno do AMS/CMS na SMS; Treinamento para capacitadores da equipe do Pronto Atendimento Bom Jesus; Organização do Acesso Mais Seguro para Equipes Programa Melhor em Casa (PAD-GHC).

O ano de 2016 encerrou com a Certificação das 08 primeiras Unidades de Saúde e Equipes Programa Melhor em Casa - PAD-GHC como serviços de Acesso e Comportamento mais Seguro. As Unidades da Gerência Distrital Leste/ Nordeste certificadas foram US Jardim Protásio Alves, US Vila SESC - GHC, US Divina Providência - GHC e US Barão de Bagé – GHC. A Gerência Distrital de Saúde Norte / Eixo Baltazar obteve a certificação das US Passo das Pedras II, Santa Maria,



Parque dos Maias - GHC e Costa e Silva – GHC. Sete Unidades de Saúde já capacitadas aguardam a certificação por parte da SMS.

O Eixo Agravos e Violências – DANT/CGPP/SMS foi o responsável pela articulação com as demais secretarias que participaram da primeira capacitação de formadores na ferramenta do AMS/CMS. A Implantação da Secretaria Municipal de Governança Local – SMGL ocorreu através da Capacitação dos Conselheiros Tutelares; Na Fundação de Assistência Social e Cidadania – FASC, foram capacitadas 5 Unidades da Região Leste, sendo 1 CREAS; 2 CRAS; 2 Abrigos.

### **12.3 Política de Atenção Psicossocial**

Em 2016 a gestão da Política de Atenção Psicossocial foi marcada pelo esforço colegiado em direção à retomada das diretrizes nacionais da Reforma Psiquiátrica e da constituição da RAPS.

Todas as realizações citadas, entre outras descritas ao longo dos relatórios trimestrais de gestão foram realizadas a partir de fóruns colegiados e deliberativos, com a participação dos servidores públicos, trabalhadores contratados, usuários e familiares, gestores bem como CMS.

#### **Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental.**

*Meta de acesso:* Quanto à meta de ampliação de acesso aos CAPS foi definida, junto a Comissão de Saúde Mental (CSM) do CMS, a utilização do procedimento Acolhimento Inicial em CAPS como referência de cálculo. Como previsto a meta foi alcançada, mas compreende-se que fundamentalmente ocorreu a qualificação dos processos de trabalho e dos registros de atendimento. É importante destacar que o funcionamento *portas abertas* dos CAPS AD foi responsável direto pela ampliação da meta. O GT da Política de Saúde Mental e Linhas de Cuidado, instituído pela Portaria Municipal nº 1580 de 19/12/2016 propõe o reordenamento dos CAPS indicando que a partir de 2017, todos os CAPS do município possam funcionar com acolhimento “*portas abertas*”.

*Leitos Hospitalares:* Não tivemos avanços quanto à ampliação de leitos em hospital geral. Ainda em 2016 ocorreu a falência do Hospital Porto Alegre o qual disponibilizava leitos para adolescentes usuários de álcool e outras drogas, bem como, alguns leitos para adultos. Assim, permanece o desafio do município em contratualizar leitos com as instituições hospitalares. Em função disso, foi lançado edital para compra de leitos de saúde mental em clínicas privadas. A análise e avaliação das instituições proponentes estão em andamento.

*Finalização do Chamamento Público para CAPS:* O edital para chamamento público de CAPS segue em avaliação pela Procuradoria do Município, com vistas ao cumprimento parcial das metas de ampliação da rede de serviços previstas no PMS 2014-2017, bem como “Programa Crack é Possível Vencer” (2012-2014).

*Consultas ambulatoriais em hospital geral:* De modo complementar, as demandas da RAPS, os hospitais seguem oferecendo consulta de psicologia e psiquiatria que estão 100% reguladas pela CMCE, a qual disponibiliza agendas exclusivamente mediante evolução administrativa das ações matriciais realizadas nos territórios. Tais consultas não estão regionalizadas, porém são recursos importantes na medida em que apóiam as ações de saúde dos pontos de atenção no território. Como, por exemplo, atenção e cuidado em saúde específico para transgêneros e transtornos alimentares.

### **Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental.**

Um dos pontos mais relevantes para a qualificação RAPS foi à intensificação dos processos de gestão colegiada. Dentre eles pode-se destacar a presença contínua junto a CSM, a ampliação dos Fóruns de Rede de Atenção Psicossocial (FRAPS) nas GDs, dos Grupos de Trabalho destinados à discussão da Política de Saúde Mental e Vigilância em Saúde Mental, as ações intersetoriais e os processos de educação permanente.

*Plenárias da Saúde Mental no CMS:* A primeira plenária teve a apresentação do Diagnóstico e Processo de Expansão da RAPS, tendo como destaques a linha histórica de constituição de serviços, a produção dos serviços estratégicos, custos e valores de financiamento e a projeção 376 da LOA 2017. A segunda plenária foi realizada no dia 15 de dezembro, onde foi aprovado o Relatório da Infância elaborado em 2015, com vista a avaliar e propor soluções para a atenção psicossocial de crianças e adolescentes, em especial aquelas que necessitam de atenção à crise em serviços de urgência em emergência. Foi pactuado que em plenária de janeiro de 2017, a Política de Saúde Mental será apresentada para considerações e aprovação.

*GT da Política de Saúde Mental e Linhas de Cuidado:* Realizaram-se encontros semanais ao longo do segundo semestre. O quadro abaixo sintetiza o conjunto das diretrizes estratégicas formuladas:

**Quadro 11- Conjunto das diretrizes estratégicas formuladas, PELO GT da Política de Saúde Mental e Linhas de Cuidado**

<b>Eixo Temático</b>	<b>Diretriz Estratégica</b>
Atenção Psicossocial à Criança e Adolescente	1. Ampliação e qualificação da RAPS infância/adolescência
Atenção Psicossocial às Pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas	2. Abertura de CAPS AD III 3. Fortalecimento da Redução de Danos
Atenção Psicossocial às pessoas em condição de vulnerabilidade	4. Equidade (negros, quilombolas, indígenas, idosos, LGBT, mulheres, adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa)
Atenção Psicossocial na Atenção Básica	5. Atenção Psicossocial na Atenção Básica (qualificação) 6. Centro de Convivência e Cultura (articulação intersetorial)
Territorialização da Atenção Estratégica	7. Ampliação e qualificação da RAPS para atenção ao adulto com transtornos mentais 8. CAPS <i>Porta Aberta</i> 9. Atenção à crise/reodernamento dos PESM 10. Direito a Moradia Assistida
Reabilitação Psicossocial e Reinserção Psicossocial	11. Reabilitação Psicossocial (ampliação) 12. Acompanhante Terapêutico
Gestão Colegiada	13. Criação do Grupo Condutor da RAPS 14. Fortalecimento dos FRAPS Distritais 15. Monitoramento em Saúde Mental 16. Educação Permanente em Saúde

**Fonte:** Documento Orientador da Política de Atenção Psicossocial 2016/2017(em elaboração)

Os eixos temáticos são compostos por sete temas organizadores da Política os quais foram destacados na perspectiva de qualificação das ações, a partir do Plano de Saúde Mental 2005-2008 e Conferências Nacionais e Municipais de Saúde Mental. As diretrizes agregam um conjunto de propostas estratégicas para implementação da RAPS no município de Porto Alegre, com destaque central para a rede de infância e adolescência. Algumas delas vêm se consolidando ao longo de 2016, mas espera-se que adquiram caráter programático através da aprovação da Política Municipal de Atenção Psicossocial após a finalização do Grupo de Trabalho.

*Ampliação dos FRAPS:* Em 2016 foram instituídos FRAPS em três GDs: A GD NEB, PLP e RES. A GD NHNI comprometeu-se em instalar o Fórum em 2017, sendo a última gerência sem esse espaço de gestão colegiada. Os FRAPS iniciaram com composição intersetorial, tendo representantes da FASC e SMED, componentes da atenção básica e serviços especializados da região. Nas GDs onde

o fórum já havia sido iniciado foram sendo inseridos novos componentes da RAPS, tais como usuários e instituições de ensino.

*Vigilância em Saúde Mental:* O GT de Implantação de Vigilância em Saúde Mental (Portaria nº 1134 de 23 de agosto de 2016), conforme previsto na Meta nº 14 da PAS 2016, finaliza o ano sob a coordenação da CGVS elaborando o diagnóstico situacional. Em 2017 estará sob a coordenação da CGPPS.

*Equidade Etnicorracial:* Quanto à qualificação da RAPS para acolhimento das demandas oriundas da saúde da população negra foi dado seguimento ao Projeto Ilerá Tiyé, em comum com a Gerência de Equidade Étnicorracial, através da mesa temática sobre “Os Impactos do racismo na Infância e na Juventude”, realizada durante I Simpósio Internacional de Saúde da População Negra. O tema foi escolhido pela definição junto à rede de atenção psicossocial de priorizar o cuidado de crianças e adolescentes.

Quanto à saúde dos povos indígenas, definiu-se a elaboração de um protocolo de cuidado voltado para atenção psicossocial, que considere as diferenças culturais e dialoguem com sistemas de proteção vigentes.

*Transtorno do espectro autista e deficiência psicossocial:* Foi realizado o curso “Transtorno do Espectro Autista (TEA): Diretrizes de Atenção e Abordagem”, promovido pelas Gerências - Políticas Públicas de Cuidados em Saúde – Não Transmissíveis e Políticas Públicas de Saúde de Igualdade e Inclusão, em parceria com a Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para pessoas com deficiências (PcD) e Pessoas com Altas habilidades (PcAH) no RS (FADERS). O curso foi destinado aos profissionais de saúde das US, dos NASFs, das Equipes Especializadas de Saúde da Criança e do Adolescente (EESCAS) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSi).

*Terapia Comunitária (TC):* Durante o ano de 2016 foram realizados encontros mensais com terapeutas comunitários atuantes e em formação. A TC configura-se como um importante dispositivo de cuidado no território e que viabiliza a integração da atenção básica em saúde, dos usuários, familiares e comunidade na corresponsabilidade da atenção psicossocial. Foi indicada a continuidade das Rodas de conversa dos Terapeutas Comunitários da RAPS.

*Formalização das Equipes:* foram finalizados os documentos orientadores das Equipes de Saúde Mental Adulto (ESMA) e Equipes Especializadas na Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA). A CGAEA conduziu a discussão sob a formalização das equipes no que se refere à composição das equipes e necessidades estruturais de trabalho. Em relação aos CAPS vem sendo realizados acompanhamento das avaliações feitas pela 2ª CRS e MS para manutenção das habilitações.

### **Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação.**

*Programa de Volta para Casa:* No ano de 2016 foram cadastrados 13 novos usuários. Esses novos usuários são provenientes do Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) e Hospital São Pedro, moradores de Porto Alegre e que se encontram em processo de desinstitucionalização. No segundo semestre foi realizado, pela Política de Saúde Mental/SMS, o recadastramento dos usuários do Programa, visando o acompanhamento sistemático de cada pessoa. As informações referentes à moradia, adesão ao tratamento, condições de saúde, inserção em atividades terapêuticas, vínculos familiares ou de cuidado são informadas em relatório anual enviado ao Ministério da Saúde. Em dezembro de 2016, Porto Alegre contava com 102 usuários cadastrados.

**Tabela 274-** Programa de Volta para Casa (PVC)

PVC	2016	2015	Varição
Usuários cadastrados	13	8	62,5%

**FONTE:** DATASUS, dez. 2016

*Residencial Terapêutico Nova Vida:* Em 2016 foram realizados Seminários sobre temas de saúde mental para os profissionais do Residencial Terapêutico (RT), com o objetivo de capacitar e atualizar a equipe para o trabalho de reabilitação e reinserção social dos usuários atendidos. Como resultado dessas discussões foi iniciado uma revisão do Projeto Terapêutico do Serviço Residencial Terapêutico (SRT), com vistas ao redimensionamento das ações, retomando o eixo original de desinstitucionalização mudança da estrutura física (que será localizada no território da GD Centro) e a habilitação deste serviço junto ao MS.

*Oficina de Geração de Renda:* A GeraçãoPoa, representou Porto Alegre junto ao Projeto Redes SENAD/FIOCRUZ em visita de intercambio a Curitiba no Paraná. Foram visitados os projetos no campo de álcool e outras drogas direcionados à

população em situação de rua, realizados de modo intersetorial entre saúde e assistência social. As estratégias identificadas foram compartilhadas no FRAPS Centro, no Fórum AD e CSM. O protagonismo da GeraçãoPoa representa um importante avanço no diálogo da RAPS no que se refere a propostas de ações direcionadas a reabilitação de pessoas com transtornos mentais provocados pelo uso de álcool e outras drogas.

*Caminhada e a Feira da RAPS:* No dia 18 de maio Porto Alegre realizou a I Caminhada RAPS e a II Feira RAPS em alusão à luta antimanicomial, reafirmando os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, promovendo encontros e aproximando os profissionais e usuários dos diferentes espaços de atenção à saúde mental. Evento foi integrado às ações do Dia de Enfrentamento à Violência e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Foi indicada a continuidade das Feiras RAPS e a retomada do evento em 2017.

#### **Ações de prevenção e de redução de danos.**

*Fórum RAPS AD:* O FRAPS destinado aos serviços que acolhem pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas realizou seis encontros itinerantes possibilitando o reconhecimento dos serviços, desafios cotidianos e o diálogo corresponsável sobre processos de trabalho e fluxos de rede. Reuniu ESMA, CAPS, hospitais e comunidades terapêuticas e oportunizou a socialização da Tese de Doutorado em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS Narrativas do Desassossego: do re-en-colhimento às práticas de acolhimento aos usuários de drogas na Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre. Destaca-se que a pesquisa apontou para a necessidade de qualificar as práticas de acolhimento dos usuários de drogas nos serviços da Rede. Assim como, desconstruir preconceitos e estigmas que suscitam, muitas vezes, práticas de encolhimento e recolhimento dos profissionais diante dos usuários que chegam aos serviços.

*Redutores de danos:* Foi elaborado o edital para contratação de Redutores de Danos, ação articulada pela coordenação da CGPPS, SMDH, FASC e Movimento das Pessoas em Situação de Rua. Porém devido ao contingenciamento de recursos financeiros da PMPA a SMDH, que faria execução financeira não realizou o repasse para SMS para o andamento do edital.

Com a contratação havia a expectativa de atenção à população em uso problemático de álcool e outras drogas em todas as GD, em parceria com as equipes de abordagem social da FASC e pessoas em situação de rua selecionadas pelas contratadas.

*Projeto Redes:* Concluiu-se a execução do Projeto Redes SENAD/FIOCRUZ (2º Ciclo) com o planejamento para a finalização da Supervisão em redes da GD GCC e aguardando o repasse de recursos do governo federal para o Centro Regional de Referência (CRR) Rede Multicêntrica, para viabilidade das oficinas destinadas a trabalhadores da SMS, SMED e SMSEG. E também com o indicativo de proposta de adesão ao 3º Ciclo com novas propostas de intervenção.



## 12.4 Política de Saúde Bucal

**Tabela 275-** Cobertura de primeira consulta odontológica programática município de Porto Alegre, entre os anos 2016 e 2015- (PAS 27)

Gerência Distrital	População	Parâmetro / Meta*	Ano					
			2016		2015		Variação	
			Nº	Cobertura	Nº	Cobertura	Nº	Cobertura
Centro	277.322	-	2.085	0,75	2.498	0,90	-413	-16,53
GCC	149.626	-	7.208	4,82	8.564	5,72	-1.356	-15,83
LENO	151.073	-	9.890	6,55	10.186	6,74	-296	-2,91
NEB	190.337	-	10.508	5,52	9.999	5,25	509	5,09
NHNI	183.218	-	11.267	6,15	12.709	6,94	-1.442	-11,35
PLP	173.141	-	7.749	4,48	10.730	6,20	-2.981	-27,78
RES	93.796	-	2.658	2,83	3.624	3,86	-966	-26,66
SCS	190.839	-	5.585	2,93	6.245	3,27	-660	-10,57
<b>Total</b>	<b>1.409.352</b>	<b>6%</b>	<b>56.950</b>	<b>4,04</b>	<b>64.555</b>	<b>4,58</b>	<b>-7.607</b>	<b>-11,78</b>

FONTE: SIA SUS TABWIN 2016.

Procedimentos: 0301010153

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

Os dados de primeira consulta odontológica programática referem-se às consultas realizadas nos serviços de Atenção Primária em Saúde, uma vez que os dados dos serviços especializados, de urgências e dos hospitais foram excluídos do cálculo a fim de adequação às orientações do Ministério da Saúde. Sendo assim, a partir destas mudanças no cálculo, observa-se a redução no indicador de primeira consulta apresentado no RAG 2015, passando de 5,19% - considerando-se para o cálculo os dados de serviços especializados, urgências e hospitais - para 4,58%.

Comparando-se a cobertura de primeira consulta odontológica programática na Atenção Primária do município, observa-se redução de 11,78% em relação ao ano de 2015, passando de 4,58% para 4,04%. Justifica-se esta redução às dificuldades no preenchimento das informações em um novo sistema de informação da APS, o SISAB/e-SUS AB. A partir do mês de setembro de 2016, devido à atualização de nova versão do e-SUS, este sistema passou a apresentar dificuldades na geração dos relatórios e na exportação dos dados de produção. Sendo assim, os dados de produção do terceiro quadrimestre foram prejudicados, não sendo possível sua visualização conforme apontado no respectivo relatório de gestão. Considerando a indisponibilidade dos dados do terceiro quadrimestre, os dados anuais foram calculados através da estimativa de produção mensal, obtida a partir da média mensal de produção apresentada no 1º e 2º quadrimestre de 2016. Logo, a análise deste indicador torna-se complexa uma vez que todas as Gerências Distritais apresentaram redução significativa na cobertura de primeiras consultas odontológicas programáticas, com exceção da Gerência NEB. Considerando que o número de equipes de saúde bucal aumentou de 155 em 2015 para 158 em 2016, a redução do indicador de cobertura de primeira consulta deve estar diretamente relacionada às dificuldades com o novo sistema de informação (e-SUS).

**Tabela 276-** Percentual de exodontias em relação aos procedimentos selecionados no município de Porto Alegre, entre os anos 2016 e 2015

Serviços	População	Parâmetro / Meta*	Ano					
			2016		2015		Variação	
			N°	%	N°	%	N°	%
GD Centro	277.322	-	579	8,14	544	4,62	35	76,04
GD GCC	149.626	-	2.243	8,88	2.776	5,37	-533,5	65,36
GD LENO	151.073	-	3.143	9,56	2.654	6,88	488,5	39,07
GD NEB	190.337	-	2.234	6,37	2.382	4,68	-148,5	36,03
GD NHNI	183.218	-	3.366	7,66	2.073	6,09	1293	25,80
GD PLP	173.141	-	3.248	10,07	1.964	6,44	1.284	56,24
GD RES	93.796	-	1.977	14,31	2.455	6,28	-478	127,83
GD SCS	190.839	-	1.869	8,35	1.272	6,98	597	19,66
CEOs	1.409.352	-	855	4,94	1.039	6,16	-184	-19,80
Hospitais	1.409.352	-	1.762	6,52	1.689	8,31	73	-21,58
Urgência	1.409.352	-	165	3,49	200	1,86	-35	87,61
<b>Total</b>	<b>1.409.352</b>	<b>5%</b>	<b>21.441</b>	<b>7,21</b>	<b>19.048</b>	<b>5,90</b>	<b>2.391</b>	<b>22,13</b>

**FONTE:** SIA SUS TABWIN.

Procedimentos numerador: 0414020138; 0414020146.

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

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

No ano de 2016 houve aumento de 22,13% no percentual de exodontias em relação aos procedimentos básicos selecionados, em relação a 2015. As Gerências Distritais GCC, CEN e RES tiveram variação superior a 60% em relação ao ano de 2015, e todas as Gerências atingiram um percentual de exodontias superior a 5% no ano de 2016. Conforme já foi apontado em relatórios anteriores, a utilização e análise deste percentual, como um indicador de qualidade de atenção odontológica tem apresentado muitas dificuldades. As dificuldades de registro e de processamento da produção pelo atual Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/e-SUS AB) não têm permitido confiabilidade nos dados. Os dados do ano de 2016 para as Gerências Distritais foram computados a partir de uma estimativa de produção mensal para o terceiro quadrimestre, uma vez que não foi possível a exportação dos dados de produção do e-SUS para o SIA-SUS. À medida que se amplia a cobertura populacional de equipes de saúde bucal na Atenção Primária, espera-se um aumento neste indicador, uma vez que o aumento de número de equipes amplia o acesso a atendimento odontológico e a necessidade em solucionar problemas bucais, dentre os quais envolvem a realização de exodontias, dada a histórica falta de acesso ao tratamento no município. Portanto, estima-se que ao longo dos próximos anos não seja possível ficar abaixo de 5% o percentual de exodontias em relação aos procedimentos básicos. Nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Hospitais houve redução do percentual de exodontias em relação aos procedimentos básicos selecionados, considerado um resultado positivo para estes serviços. Nos serviços de urgência, apesar da redução no número de exodontias em relação ao ano de 2015, houve aumento percentual em relação aos procedimentos básicos selecionados.

**Tabela 277**– Percentual de procedimentos periodontais por habitante no município de Porto Alegre, entre os anos 2016 e 2015

Serviços	População	Parâmetro / Meta*	Ano					
			2016		2015		Variação	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
GD Centro	277.322	-	2.423	0,87	5.954	2,15	-3.532	-59,31
GD GCC	149.626	-	9.623	6,43	28.175	15,38	-18.553	-65,85
GD LENO	151.073	-	10.509	6,96	17.885	11,84	-7.376	-41,24
GD NEB	190.337	-	13.250	6,96	26.187	13,76	-12.938	-49,40
GD NHNI	183.218	-	15.182	8,29	16.523	11,04	-1.342	-8,12
GD PLP	173.141	-	9.861	5,70	13.822	7,24	-3.961	-28,66
GD RES	93.796	-	5.051	5,38	19.320	11,16	-14.270	-73,86
GD SCS	190.839	-	6.602	3,46	9.050	9,65	-2.449	-27,06
CEOs	1.409.352	-	7.102	0,50	6.876	0,49	226	3,29
Hospitais	1.409.352	-	14.911	1,06	10.076	0,71	4.835	47,99
Urgência	1.409.352	-	0	0,00	26	0,00	-26	-100,00
<b>Total</b>	<b>1.409.352</b>	<b>10%</b>	<b>94.514</b>	<b>6,71</b>	<b>153.894</b>	<b>10,92</b>	<b>-59.383</b>	<b>-38,59</b>

FONTE: SIA SUS TABWIN 2016.

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

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

O percentual de procedimentos periodontais por habitante decresceu 38,59% em relação ao ano de 2015, observando-se redução em todas as Gerências Distritais. Este indicador, assim como os demais, também vem apresentando dificuldades de monitoramento dadas as inconsistências no SISAB/e-SUS AB. Os dados do ano de 2016 para as Gerências Distritais foram computados a partir de uma estimativa de produção mensal para o terceiro quadrimestre, tendo como base o 1º e 2º quadrimestres de 2016, uma vez que não foi possível a exportação dos dados de produção do SISAB/e-SUS AB para o SIA-SUS. Em relação aos dados dos CEOs e Hospitais, observa-se que o percentual de procedimentos periodontais aumentou em relação a 2015. Salienta-se que estes serviços utilizam outro sistema de informação para lançamento da produção, que permitiu a análise real dos dados de produção.

### **Educação Permanente**

No ano de 2016 a educação permanente para as equipes de saúde bucal foi construída, planejada e executada pelo grupo co-gestor de educação permanente em saúde bucal (GT-EPS), conduzido pela Política de Saúde Bucal e Faculdade de Odontologia da UFRGS. O GT fomentou atividades de alinhamento conceitual e metodológico quanto à transformação das práticas e concepções de educação em saúde vigentes. No primeiro quadrimestre cada dentista distrital em conjunto com os integrantes do GT aplicou a matriz de análise e planejamento F.O.F.A. (forças; oportunidades; fraquezas; ameaças), para identificação de “problemas de desempenho das equipes de saúde bucal”, os quais subsidiaram o desenvolvimento das atividades ao longo do ano em cada região de saúde.

Ao longo do ano, as Gerências Distritais realizaram encontros de EPS, elencando temáticas de interesse das equipes de saúde bucal, a partir de cada realidade local, conforme quadro abaixo:

**Quadro 12-** Temáticas de Educação Permanente em Saúde Bucal abordadas nas Gerências Distritais em 2016

<b>Gerência Distrital</b>	<b>Temática</b>
<b>CENTRO</b>	Fluxos para atenção especializada, problemas de referência e contra-referência entre os serviços, dificuldades em relação aos fluxos de atendimento para pessoas em situação de rua e atualização sobre calendário vacinal para as equipes de saúde bucal.
<b>GCC</b>	Preenchimento e utilização do SISAB/e-SUS AB, organização de materiais e biossegurança nas unidades de saúde e referências para atendimento odontológico na Atenção Primária.
<b>LENO</b>	Programa Saúde na Escola.
<b>NEB</b>	Acolhimento e indicador de primeira consulta odontológica programática.
<b>NHNI</b>	Reestruturação das reuniões mensais das equipes de saúde bucal na Gerência, visando maior integração e participação dos profissionais através de discussão de casos-problema.
<b>PLP</b>	Altas taxas de absenteísmo na atenção especializada – Centros de Especialidades Odontológicas
<b>RES</b>	Discussão conceitual sobre EPS com as equipes de saúde bucal e dificuldades em relação aos fluxos para atenção especializada, envolvendo a referência e contra-referência entre os serviços e o absenteísmo nas especialidades.
<b>SCS</b>	Discussão de casos-problema com as equipes de saúde bucal e questões relacionadas à falta de materiais.

O tema relativo aos materiais odontológicos abordado na GD SCS motivou a Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos Odontológicos (COMPAMEO) a realizar encontros em todas as Gerências para trabalhar o armazenamento e controle de estoque de materiais odontológicos nas unidades de saúde, tendo em vista que todas as regiões elencaram esta temática como um problema importante a ser enfrentado no município.

Todas as atividades de educação permanente desenvolvidas nas Gerências foram construídas a partir do GT-EPS, que está vinculado a um Projeto de Extensão da Faculdade de Odontologia da UFRGS. O GT-EPS também foi responsável pelo planejamento da 6ª Semana Municipal de Saúde Bucal, realizada em parceria com as entidades de classe da odontologia e instituições de ensino odontológico, no mês de outubro de 2016.

Ao longo de 2016, outras atividades de EPS foram realizadas no município, envolvendo profissionais da Atenção Primária, serviços especializados e pronto-atendimento odontológico: .capacitações preparatórias para o Maio Vermelho – Mês

de Luta contra o Câncer Bucal, em parceria com a Faculdade de Odontologia da UFRGS, Faculdade de Odontologia da PUCRS, Telessaúde RS/EstomatoNet e Comitê das Entidades de Classe da Odontologia (CECO); curso de abordagem e tratamento do tabagismo, com habilitação dos cirurgiões-dentistas para a condução dos grupos de Tabagismo e para o tratamento dos usuários; capacitação das equipes de atenção básica quanto ao Protocolo de Atenção Básica – Saúde das Mulheres, com participação ativa dos cirurgiões-dentistas nas discussões de casos clínicos e curso "conduta na drenagem extra-oral de abscessos odontogênicos", desenvolvido em parceria com o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), Faculdade de Odontologia da UFRGS e CRO-RS, a fim de qualificar o atendimento às urgências odontológicas na rede municipal de saúde.



## 12.5 Práticas Integrativas em Saúde – PIS

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

**Quadro 13-** Demonstrativo do realizado da meta

Ações	Realizado	Peso da ação	Anual%
Apresentar um cronograma de implantação do Plano Municipal de PIS.	Apresentado no 1º trimestre	3%	3
Solicitação de abertura de concurso público nas áreas da PIS (homeopatia – Fitoterapia).	Aberto Processo SEI	3%	3
Inclusão dos atendimentos especializados da PIS no sistema de gerenciamento de consultas especializadas.(GERCON).	Relatório AGHOS e/ou GERCON	4%	4
Identificação da demanda e promoção da inserção de prescritores em Fitoterapia Tradicional.	Através do número de profissionais mapeados nas GDs.	3%	3
Divulgação e informação aos profissionais da rede e à comunidade, considerando metodologias participativas (oficinas, seminários, folders, cartilhas, horto educacional).	Através de seminários e palestras e orientações individuais. Publicação de materiais de divulgação elaborados e distribuídos.	3%	1,8
Orientação aos profissionais da rede para registro adequado dos atendimentos em PIS no E-SUS.	Realizada	3%	3
Manutenção e atualização do diagnóstico dos profissionais que exercem atividades nas áreas das PIS.	Apresentação de tabela com os profissionais por GD.	3%	3
Realização de curso para a formação de profissionais da ABS em PIS.	Realizada pelo SES	3%	3
Total		25%	23,8%

Na análise anual reavaliamos o desenvolvimento das ações e verificamos que alcançamos o percentual de 24,8. Alguns resultados apontam para um crescimento na implementação das PIS no município. Mas por outro lado, ainda há muitas ações a serem qualificadas, principalmente no diagnóstico das práticas executadas na atenção primária.

## **12.6 Políticas Públicas em Saúde dos Ciclos de Vida**

### **12.6.1 Política de Saúde da Criança e do Adolescente**

**Meta 29.** Aumentar para 40% a taxa de primeira consulta de acompanhamento do recém-nascido em até sete dias de vida.

A primeira consulta do recém-nascido deve ocorrer na primeira semana de vida, pois constitui um momento propício para estimular e auxiliar as famílias nas dificuldades que possam surgir nesse período, reforçando o aleitamento materno exclusivo, orientando as imunizações, verificando a realização dos testes de triagem neonatal, estimulando a rede de apoio à família e identificando riscos e vulnerabilidades que possam comprometer o desenvolvimento e a saúde da criança.

A atenção básica elaborou um documento sobre a atenção à saúde do recém-nascido e da puérpera nos US e nos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Essa Instrução Normativa foi publicada no DOPA em outubro de 2016 e reúne estratégias de ação nos diferentes níveis de atenção para o cumprimento da meta acima.

Em todas as reuniões do Fórum de Maternidades, reforçamos a importância de a maternidade realizar o agendamento telefônico da primeira consulta na unidade de saúde a que pertence à criança no momento da alta do recém-nascido. Além disso, foi divulgada a recomendação de preenchimento completo das informações referentes ao nascimento, às alterações, intervenções e tratamentos a que foram submetidos os recém-nascidos, assim como a realização e resultados dos testes de triagem neonatais, não apenas na nota de alta, mas também na Caderneta da Criança. Também é importante enfatizar que, para melhorar os resultados desse indicador, é necessário o registro adequado das fichas Pra-Nenê, Programa atualmente utilizado como fonte desses dados, até que o E-SUS forneça relatórios completos sobre a primeira consulta do RN.

**Tabela 278-** Taxa de Primeira consulta do acompanhamento de recém-nascido em até sete dias de vida em relação ao total de RN acompanhados pelo Pra-Nenê/e-SUS, entre os anos 2016 e 2015

GERÊNCIA DISTRITAL	2016				2015				Variação	
	SINASC	Consulta 01-07 DIAS	Total de RN acompanhados	% de 1ª Consulta de RN até o 7º dia de vida	SINASC	Consulta 01-07 DIAS	Total de RN acompanhados	% de 1ª Consulta de RN até o 7º dia de vida	Total de RN acompanha dos	% de 1ª Consulta de RN até o 7º dia de vida
CENTRO	2341	73	205	35,6	2513	98	225	43,6	-20	-18,3
NHNI	2015	358	775	46,2	2190	278	778	35,7	-3	29,4
NEB	2403	735	1297	56,7	2557	769	1397	55,0	-100	3,0
LENO	1941	310	1073	28,9	2194	315	1143	27,6	-70	4,7
GCC	1936	316	1003	31,5	2166	219	972	22,5	31	40,0
SCS	2348	269	899	29,9	2427	266	941	28,3	-42	5,6
PLP	2462	488	1581	30,9	2636	579	1708	33,9	-127	-8,8
RES	1384	258	980	26,3	1480	140	1034	13,5	-54	94,8
IGNORADA E (VAZIO)	1483	3	9	33,3	1527	5	23	21,7	-14	53,4
<b>Porto Alegre</b>	<b>18.313</b>	<b>2.810</b>	<b>7.822</b>	<b>35,9</b>	<b>19.690</b>	<b>2.669</b>	<b>8.221</b>	<b>32,5</b>	<b>-399</b>	<b>10,4</b>

FONTE: CGVS/SMS/PMPA - Pra Nenê

A meta pactuada não foi alcançada no ano de 2016, sendo que 35,9% dos recém-nascidos inscritos no Programa Pra-Nenê (PPN) realizaram a primeira consulta nos primeiros sete dias de vida, no entanto observa-se uma melhora nos dados em relação ao ano anterior.

Em 2016, das 7822 crianças inscritas no PPN, apenas 2.810 recém-nascidos consultaram na primeira semana de vida, com distribuição heterogênea entre as Gerências Distritais, com destaque para a GD NEB com a maior taxa e GD RES com a menor taxa de atendimento na primeira semana de vida. Salientamos que das 1.483 crianças com SINASC sem identificação de GD, apenas 9 foram inscritas no PPN e 3 crianças tiveram sua primeira consulta entre 1 e 7 dias de vida. O SINASC, ainda apresenta a necessidade de qualificação de alguns dados com a diminuição ou eliminação da informação ignorada ou vazia no quesito Gerência Distrital.

**Tabela 279-** Cobertura da triagem neonatal (Teste do Pezinho) no período de 3 a 5 dias de vida na atenção básica em relação ao total de RN

Gerência Distrital	Ano		
	2016	2015	Varição
	%	%	%
Centro	80,3	76,5	4,97
GCC	83,4	78,4	6,38
LENO	79,5	80,4	-1,12
NEB	81,4	78,7	3,43
NHNI	82,9	78,5	5,61
PLP	82,2	83,9	-2,03
RES	79,3	75,6	4,89
SCS	80,4	81,0	-0,74
<b>Total</b>	85,41	82,4	3,65

FONTE: SRTN/HMIPV/SMS/PMPA.

Na linha do tempo, a SMS tem apresentado este indicador de forma ascendente. Estamos melhorando a cada ano. O percentual de nascidos vivos que realizaram o teste do pezinho nas Gerências Distritais de Saúde alcançou 85,4%, aumentou 3% em relação ao ano passado. Houve 3 GDs que baixaram discretamente os valores alcançados, mas que no universo de todas as Gerências não apresentou maior influência no índice geral. Ressaltamos que estes são os usuários que utilizam a Rede Pública Municipal de Saúde, não considerando as clínicas de planos de saúde ou outros laboratórios particulares.

**Tabela 280-** Cobertura da triagem neonatal (Teste do Pezinho) no período de 3 a 5 dias de vida nos hospitais (maternidades SUS)

Hospitais	Ano		
	2016	2015	Varição
	%	%	%
HCC	97,7	89,7	8,92
HF	96,2	83,8	14,8
HNSC	98,4	97,5	1,13
HCPA	92,8	88	5,45
HSL	88,6	91,9	-3,59
ISCM	95,3	82,1	16,08
IC	27,3	44,4	5,26
HMIPV	94	89,3	5,26
Total	94,5	89,0	6,18

FONTE: SRTN/HMIPV/SMS.

O fórum das maternidades coordenado pela CGPP/ Ciclos de Vida/ Saúde da Mulher tem sido um importante espaço de sensibilização e negociação com os hospitais de acordo com a Rede Cegonha. Assim, observa-se que também as maternidades/SUS têm aumentado à realização de exames de um ano para o outro. Isto é bastante positivo e mostra que devemos continuar com as estratégias que temos planejado neste indicador.

### **Aleitamento Materno**

**Meta 19.** Atingir a taxa de amamentação em 40% das crianças menores de 6 meses de vida nas Unidades de Saúde onde o Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC está implantado.

A informação relativa a esta meta é oriunda do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVANweb), o qual emite relatórios dos marcadores alimentares e antropometria. No entanto, as atualizações do e-SUS AB ainda não propiciaram a migração de dados do e-SUS AB para o SISVANweb, por isso essa meta não foi medida adequadamente, sendo assim não será possível verificar o percentual atingido.

Segundo informação do Núcleo de Tecnologia e Informação do Departamento de atenção básica do Ministério da Saúde (MS/SAS/DAB),

*“A base de dados do e-SUS AB está passando por uma atualização, onde os números do Cartão Nacional de Saúde*

*dos indivíduos estão sendo validados junto à base do Cartão Nacional de Saúde.*

*Logo que finalizada, iremos executar novamente a replicação desses registros para que sejam migrados para a base de dados do SISVAN.”*

Portanto, é aguardada a integração dos sistemas para obter a informação para esta Meta. Reconhece-se a preocupação com a continuidade de preenchimento dos dados pelos trabalhadores das Unidades de Saúde, pois sem o retorno dos dados consolidados para o serviço, o registro ficou prejudicado: em agosto, foram preenchidos 2001 formulários, enquanto que em dezembro este número foi de apenas 998.

### **Aleitamento Materno Exclusivo (AME) na primeira consulta do Programa do Pra-Nenê**

**Tabela 281-** Taxa de amamentação na primeira consulta do RN na Unidade de Saúde.

Gerência Distrital	Ano		
	2016	2015	Varição
Centro	69,9	77,4	-9,6
GCC	77,8	79,7	-2,3
LENO	76,7	72,3	6,0
NEB	84,6	72,4	16,8
NHNI	86,4	59,0	46,4
PLP	79,5	80,9	-1,7
RES	74,7	73,9	1,0
SCS	76,1	81,1	-6,1
Porto Alegre	<b>79,2</b>	<b>74,5</b>	<b>6,3</b>

**FONTE:** PPN/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

A tabela acima apresenta a taxa de 79,2% de AME na 1ª consulta do PNN na totalidade das GDs. Se comparado com os dados do ano de 2015, houve um incremento de 6,3%. A implantação do novo formulário do PNN no segundo semestre de 2016 não alterou a proporção de registros ignorados, em torno de 2,7% no município. No entanto, as informações foram qualificadas se comparadas a 2015, em que o percentual de dados ignorados foi de 8,7%, chegando a 28% na GD NHNI, o que não ocorreu em 2016. Portanto, é possível que a melhora no registro também tenha propiciado verificar o efeito positivo das ações desenvolvidas no pré-natal e puericultura para a promoção do aleitamento materno. O dado apresentado aproxima Porto Alegre das capitais brasileiras com melhores índices de aleitamento materno exclusivo na última Pesquisa Nacional de Aleitamento Materno, ocorrida em 2008. Da mesma forma, reforça o dado encontrado na coleta de dados do e-SUS AB

referente ao Aleitamento Materno Exclusivo em menores de seis meses, comentado na sessão anterior.

Permanecem as ações de promoção ao Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável através das reuniões mensais de tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, reuniões do Comitê de AM e ACS e participação do Fórum Perinatal de Porto Alegre no acompanhamento dos indicadores de AME na alta hospitalar, pele a pele e mortalidade infantil nas Maternidades. Para que seja possível melhorar os indicadores, é necessário avançar e intensificar as ações junto à Rede Cegonha e à sociedade civil, de forma integral e intersetorial.

### **Atividades desenvolvidas para Promoção do Aleitamento Materno**

Através da instituição do preenchimento dos Marcadores de Consumo Alimentar nas consultas de puericultura, é possível aprimorar e priorizar as ações de Promoção de Aleitamento Materno nas regiões com menores taxas de amamentação. Neste sentido, o incremento de tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil em 2016 (de 40 para 61) e a formação em Manejo Clínico de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, foram as ferramentas utilizadas para qualificar os profissionais da rede de saúde no processo de trabalho em relação à temática.

## Programa Primeira Infância Melhor (PIM PIA) – Porto Infância Alegre – PIMPIA

**Tabela 282-** Crianças atendidas no PIM PIA entre 0 e 5 anos de idade, por Gerência Distrital

Gerência Distrital	Bairro	Comunidade	Ano											
			2016			2015			Crianças (0 a 5A)		Família		Gestante	
			Crianças (0 a 5 A)	Família	Gestante	Crianças (0 a 5 A)	Família	Gestante	Variação	Nº Absoluto	Variação	Nº Absoluto	Variação	Nº Absoluto
NHNI	Arquipélago	Ilhas	31	28	3	36	30	4	-13,8	-5	-6,67	-2	-25,0	-1
PLP	Lomba do Pinheiro	Mapa	58	47	4	48	42	2	20,8	10	11,90	5	100,0	2
LENO	Bom Jesus	Vila Pinto	37	31	4	25	18	4	48,0	12	72,22	13	0,00	0
	Mario Quintana	Chácara da Fumaça	101	78	13	59	51	6	71,1	42	52,94	27	116,6	7
		Jardim FAPA	15	15	3	0	0	0	0	15	0	15	0	3
	Vila Safira	33	33	6	0	2	0	0	33	1.550,0	31	0	6	
RES	Restinga	Restinga	3	4	1	25	17	0	-88,0	-22	-76,47	-13	0	1
GCC	Santa Tereza	Vila Cruzeiro – Tronco 1	63	52	7	33	25	2	90,9	30	108,0	27	250,0	5
		Vila Cruzeiro – Tronco 2	18	17	5	23	26	8	-21,7	-5	-34,62	-9	-37,5	-3
Total			421	351	48	307	250	29	37,1	114	37,1	101	65,5	19

FONTE: CGVS/SMS e PIM/SES.



O Programa Primeira Infância Melhor Porto Infância Alegre (PIM PIA) pactuado entre o Governo do Estado do Rio Grande do Sul e a Secretaria Municipal de Saúde, é estruturado em três eixos básicos: a família, a comunidade e a criança. A principal finalidade do PIM PIA é a promoção do desenvolvimento integral de crianças em situação de vulnerabilidade socioeconômica, desde a gestação até os três anos de idade.

Em janeiro de 2016, com obrigatoriedade da matrícula de crianças a partir dos 4 anos de idade, essas foram retiradas do Programa, assim o PIM PIA voltou-se para o atendimento prioritário com crianças de 0 a 3 anos de idade.

O atendimento de gestantes em 2016 aumentou consideravelmente cerca de 60,5%.

## Imunização

**Meta 17.** Ampliar a cobertura da vacina contra a poliomielite (3ª dose) para 85%.

**Meta 18.** Ampliar a cobertura da vacina pentavalente (DTP/Hib/HepB) para 80%.

**Tabela 283-** Cobertura da vacina contra a poliomielite em crianças menores de um ano, entre os anos 2016 e 2015

Porto Alegre	Ano					
	2016*		2015		Variação	
	Doses	%	Doses	%	Doses	%
	13.334	64,4	16.496	83,4	- 3.162	-22,78

**FONTE:** NI/EVDT/CGVS/SMS/PMPA.  
Esquema VOP para VIP em 3ª doses

\*Os dados provisórios e sujeitos a revisão até 31/03/2017 (data de encerramento de registro no site Ministério da Saúde).

A terceira dose da vacina do esquema VIP/VOP foi modificada no início do ano, o que gerou alguns problemas no registro de doses aplicadas. A 3ª dose que era aplicada com a vacina VOP passou a ser administrada com a VIP. A atualização do sistema para quem utilizava SIPNI desktop levou um tempo para acontecer, impossibilitando o registro correto no momento da administração da dose. As unidades que utilizavam o APIWEB não tiveram alteração de tabela por ser um sistema transitório de registro. Apesar das orientações, algumas unidades de saúde encontraram dificuldades para registrar a dose aplicada, pois a mesma não estava contemplada nas tabelas disponíveis.

**Tabela 284-** Cobertura da vacina pentavalente (DTP/Hib/HepB) no primeiro ano de vida, entre os anos 2016 e 2015

Porto Alegre	Ano					
	2016*		2015		Variação	
	Doses	%	Doses	%	Doses	%
	13.647	71,12	15.337	77,6	- 1.690	- 8,35

FONTE: NI/EVDT/CGVS/SMS/PMPA.

\*Os dados provisórios e sujeitos a revisão até 31/03/2017 (data de encerramento de registro no site Ministério da Saúde).

**Tabela 285-** Cobertura vacinal BCG, entre os anos 2016 e 2015

Porto Alegre	Ano					
	2016*		2015		Variação	
	Doses	%	Doses	%	Doses	%
	17.629	91,88	19.132	96,8	- 1.503	- 5,08

FONTE: NI/EVDT/CGVS/SMS/PMPA.

\*Os dados provisórios e sujeitos a revisão até 31/03/2017 (data de encerramento de registro no site Ministério da Saúde).

**Tabela 286-** Cobertura Vacinal da tríplice viral a partir de um ano, entre os anos 2016 e 2015

Porto Alegre	Ano					
	2016*		2015		Variação	
	Doses	%	Doses	%	Doses	%
	13.820	72,2	14.535	73,54	- 715	- 1,82

FONTE: NI/EVDT/CGVS/SMS/PMPA.

\*Os dados provisórios e sujeitos a revisão até 31/03/2017 (data de encerramento de registro no site Ministério da Saúde).

Os registros referentes às doses administradas pelas US, durante o ano de 2016, continuaram sendo realizados em duas plataformas diferentes: o SIPNI e o APIWEB. No decorrer do ano, várias unidades tiveram a implantação do SIPNI – sistema agora recomendado pelo PNI/MS, mas o processo é lento, visto capacitação das equipes e utilização a pleno do sistema, que é acompanhado e assessorado pela equipe do núcleo de imunizações, o que limita a expansão deste serviço.

O sistema SIPNI desktop também é lento e, na maioria das vezes, impossibilita a inclusão do paciente na hora do atendimento. Os registros realizados posteriormente podem não ser mais fidedignos, pois forma-se uma fila virtual de pessoas a serem incluídas e qualquer detalhe não registrado em papel naquele momento pode inviabilizar a sua inclusão no sistema.

Cursos de atualização em vacinas para profissionais da saúde e assessoramento na utilização do sistema são realizados frequentemente pela equipe do núcleo de imunizações. Campanhas Nacionais, propagandas e utilização de

espaços públicos para divulgação de atividades de vacinação também são realizados, além de busca ativa aos faltosos pelas unidades de saúde.

Durante o ano de 2016, tivemos em média 45 salas de vacinação fechadas por problemas com a rede de frio. As câmaras de conservação de vacinas compradas e foram entregues e instaladas durante os meses de fevereiro e março de 2017, dando um grande salto de qualidade no serviço prestado no nosso município. Com esta etapa concluída, o próximo foco do núcleo de imunizações será o registro de informações.

Consideramos que o quantitativo de doses administradas é superior ao registrado, pois o quantitativo de vacinas encaminhadas para as unidades de saúde não corresponde ao registrado nos sistemas.

## **Programa de Saúde na Escolar - PSE**

### **Avaliação Antropométrica – PSE**

**Meta 3.** Realizar avaliação antropométrica em 22% dos alunos das escolas públicas de Educação Infantil e de Ensino Fundamental pactuadas no Programa Saúde na Escola.

Conforme podemos observar, no ano de 2016 a meta da avaliação antropométrica (meta 3 - PAS), conseguiu ficar acima da média, atingindo 28,5% no decorrer do ano. Atingimos 6,5% acima da média. Ressalta-se que foram realizadas capacitações para a rede, reuniões mensais com representantes de cada GD e as do GTIM (Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal). Neste Grupo participam a SMS, a SMED, a SES e SEDUC (Secretaria Estadual de Educação e Cultura). Estes espaços de encontros e trocas de tecnologias leves promovem um avanço do trabalho no decorrer do ano. Além das triagens antropométricas, visual e bucal, ainda são realizadas oficinas nas escolas visando promoção e prevenção em saúde. No ano 2016, as GDs solicitaram o tema das capacitações/PSE. Quase por unanimidade escolheram um encontro por GD que abordasse as dificuldades das equipes de Saúde no diálogo com adolescentes sobre sexo e drogas. Sete GDs sediaram as capacitações que foram rodas de conversa motivadas por algumas lâminas no data show. A GD GCC solicitou o tema “Anticoncepção na Adolescência” e assim proporcionamos uma capacitação voltada para a solicitação deste território.

**Tabela 287** - Avaliação antropométrica em alunos das escolas públicas do ensino infantil e fundamental, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Nº de Alunos Pactuados		% de Atendimento		
			Ano		
	2016	2015	2016	2015	Varição
Centro	5.974	6.515	24,2	26,5	-8,68
GCC	13.493	12.952	33,5	26,7	25,47
LENO	15.832	15.832	19,9	14,5	37,24
NEB	16.982	16.982	19,1	31,1	-38,59
NHNI	9.979	9.978	21,4	32,8	-34,76
PLP	16.810	16.810	35,8	28	27,86
RES	7.929	7.929	45,9	49	-6,33
SCS	11.980	11.980	35,7	19,5	83,08
Porto Alegre	98.979	98.979	28,5	27	5,56

FONTE: Relatório da Saúde Escolar/FORMSUS.

Observa-se que embora algumas GDs tenham baixado os seus índices este ano, outras tiveram um aumento considerável, como a GD PLP e a GD SCS. As GDs GCC e a LENO também aumentaram o número de antropometrias. Assim, não houve comprometimento negativo desta meta em relação ao ano anterior.

Quando as US precisarem referenciar aqueles casos de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade que, por exemplo, apresentem agravos e complicações, pode ser necessário o encaminhamento para uma equipe multiprofissional. A linha do cuidado sobrepeso/obesidade já está pronta desde o início do ano de 2016. Os EESCAS estão envolvidos, pois possuem equipes multiprofissionais e em alguns casos, até especialistas. Ainda há falta de profissionais como nutricionistas. Isto dificulta a aplicação da linha do cuidado completa em todas as GDS. Para esta ação ser mais resolutiva, é importante completar as equipes dos EESCAS de cada GD ou planejar nova estratégia para dar conta desta demanda.

**Tabela 288**- Antropometria na escola Indígena do povo Kaingang em Porto Alegre, entre os anos 2016 e 2015

Atividade	Nº de alunos pactuados		Realizado	
	2016	2015	2016	2015
Realizar avaliação antropométrica em alunos Escola Indígena Bilíngüe Fág Nhin-Lomba do Pinheiro	45	69	27	0
Realizar avaliação antropométrica em alunos Escola Indígena Bilíngüe Tupe Pen-Morro do Osso	41	41	12	0

FONTE: Relatório da Saúde Escolar/FORMSUS

Em 2015 já existia o PSE nas escolas indígenas, mas a equipe de saúde ainda estava se adaptando ao registro das ações no Formsus, por isso não temos

registro desses dados nesse ano. Em 2016 conseguimos qualificar as ações, incluindo a avaliação antropométrica com a presença de um estagiário de medicina, do povo Kain gang, através da parceria das Políticas Públicas /Ciclos de Vida/Saúde da Criança e Adolescente e as Políticas Públicas/Étnico Racial em Saúde/População Indígena.

**Tabela 289-** Antropometria com alterações (sobrepeso e obesidade), entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano							
	2016			2015			Variação	
	Total de antropometrias	% Sobrepeso	% Obesidade	Total de antropometrias	% Sobrepeso	% Obesidade	% Sobrepeso	% Obesidade
Centro	1455	19,3	14,4	1730	16,5	24,7	16,97	-41,70
GCC	4690	17,8	14,6	3278	14,3	18,5	24,48	-21,08
LENO	3134	14,5	10,3	3445	8,3	8,9	74,70	15,73
NEB	3874	16,2	11,7	5488	16,8	17,8	-3,57	-34,27
NHNI	2289	19,3	17,2	3386	19,2	16,7	0,52	2,99
PLP	6143	13,6	10	4941	9,8	12,6	38,78	-20,63
RES	3557	11,4	10,3	3870	12,7	17,0	-10,24	-39,41
SCS	4340	20	19,3	2338	12,6	11,9	58,73	62,18
Porto Alegre	29.482	16,1	13,2	28.476	13,7	15,8	17,52	-16,46

FONTE: Relatório da Saúde Escolar/FORMSUS.

Com 28,5% de antropometrias realizadas em 2016, tivemos 29,3% dos alunos que apresentaram sobrepeso ou obesidade.

A Gerência de Política Pública dos Ciclos de Vida/Criança/Adolescente e das Doenças Não Transmissíveis/Saúde Nutricional estão construindo fluxos alternativos na tentativa de adequar-se na realidade em cada GD. Assim, para um atendimento mais qualificado e resolutivo é importante completar as equipes dos EESCAS de cada GD ou planejar nova estratégia possível para esta realidade.

Se considerarmos a obesidade como precursora das doenças crônicas, é de suma importância à realização de ações dirigidas para a comunidade escolar: alunos, docentes e famílias. A construção e constância nas ações em saúde para a alimentação saudável devem ser consideradas como rotina no PSE.

### Triagem Visual – PSE

**Meta 4.** Realizar triagem da acuidade visual em 22% dos alunos das escolas públicas de Ensino Fundamental pactuadas no Programa Saúde na Escola.

No ano de 2016, 33,1% dos alunos das escolas realizaram a triagem visual, exceto das Escolas Infantis. Neste ano aconteceram as capacitações sobre

acuidade visual nas gerências que solicitaram esta revisão. A Triagem Visual é de suma importância na vida da criança e do adolescente. A ação para a realização do teste é rápida e exige poucos materiais. Devido a isso, é de fácil prática no ambiente escolar ou nas Unidades de Saúde.

A meta da triagem é de 22%, a qual foi ultrapassada com 11,1 pontos de diferença. A parceria entre saúde e educação para a triagem visual vem crescendo e a tendência é cada vez mais alunos, escolas e profissionais compactuarem com o programa que, só vem a promover o bem-estar e, no mínimo, diminuir as abstenções nas escolas.

**Tabela 290- Triagem da acuidade visual em alunos das escolas públicas do ensino fundamental, entre os anos 2016 e 2015**

Gerência Distrital	Nº de Alunos Pactuados		% de Atendimento		
			Ano		
	2016	2015	2016	2015	Varição
Centro	4853	4853	17,5	26,9	-34,94
GCC	11125	11125	35,7	31,0	15,16
LENO	14281	14281	22,0	24,0	-8,33
NEB	13835	13835	27,8	38,0	-26,84
NHNI	8049	8049	30,0	47,8	-37,24
PLP	14803	14803	43,5	28,2	54,26
RES	6758	6758	50,5	41,9	20,53
SCS	9630	9630	33,4	23,7	40,93
Porto Alegre	88.334	88.334	33,1	30,1	9,97

**FONTE:** Relatório da Saúde Escolar/FORMSUS

Executando o teste, é possível identificar precocemente erros refrativos ou agravos à saúde ocular, possibilitando a construção de ações para a confecção de óculos com o Programa Porto Olhar Alegre. São disponibilizados óculos para estudantes até 18 anos. O fluxo inicia quando é realizado o teste, envolvendo as Unidades de Saúde, GDs, a CGPP/Ciclo de Vida Criança e Adolescente, ótica conveniada e Secretaria da Fazenda.

Em geral, as GDs tiveram uma melhora considerável nesta atividade do PSE. As GD SCS e a RES avançaram consideravelmente este ano em relação ao anterior. A GD PLP teve um aumento importante, se destacando nos encaminhamentos ao Porto Olhar Alegre.

A GD NHNI tem se destacado nesta ação, pois apesar de ter diminuído no ano de 2016, superou a meta de 22%. A NEB ficou em situação semelhante, mas os consultórios itinerantes funcionam paralelamente ao Porto Olhar Alegre. Os alunos atendidos pelos Consultórios Itinerantes chegam triados pelas nossas

equipes de saúde. A GD GCC continua se destacando na realização da triagem visual.

**Tabela 291-** Triagem de acuidade visual na escola Indígena do povo Kaingang

Ação	Nº de alunos pactuados		Realizado	
	2016	2015	2016	2015
Realizar triagem de acuidade visual em alunos Escola Indígena Bilíngüe Fág Nhin- Lomba do Pinheiro	36	69	27	0
Realizar triagem de acuidade visual em alunos Escola Indígena Bilíngüe Tupe Pen- Morro do Osso	41	41	12	0

FONTES: FORMSUS

A partir do segundo quadrimestre de 2016 a triagem visual foi incorporada nas ações do PSE nestes territórios, além de todo o fluxo já citado acima para a obtenção de óculos para os alunos.

**Tabela 292-** Projeto Porto Olhar Alegre – Fornecimento de óculos, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro	29	3,99	29	3,62	0	10,22
GCC	51	7,01	40	5	27,50	40,20
LENO	92	12,6	89	11,12	3,4	13,31
NEB	34	4,68	42	5,25	-19,05	-10,86
NHNI	43	5,92	11	1,37	290,91	332,31
PLP	416	57,3	406	50,75	2,46	12,91
RES	38	5,23	28	3,5	35,71	49,43
SCS	24	3,3	19	2,37	26,32	39,24
Total	727	100	664	83	9,49	20,48

FONTES: ATCA/SMS.

Em 2016, 727 óculos foram entregues. A GD PLP destaca-se pela quantidade de óculos distribuídos, pois tem a presença de um médico oftalmologista no EESCA.

Na GD NEB, os Consultórios Itinerantes, através do HCPA, funcionam com a participação ativa dos representantes do GTIM e a GD já citada. Além de os alunos serem triados pela Saúde, a Educação monta as agendas e entra em contato com os pais. São executados o tratamento bucal e consultas de oftalmologia e, quando necessário, o fornecimento de óculos. O Hospital recebe os recursos para providenciar a instalação e manutenção de equipamentos, além dos profissionais da saúde que devem ser ligados a esta instituição. O Centro Vida cedeu o espaço para o funcionamento deste projeto, pois são fundamentais as instalações num terreno plano, eletricidade, água, rede para informática e segurança, além de ser de fácil acesso para a população.

O nosso objetivo é que cada vez mais as Unidades de Saúde consigam encaminhar as crianças e adolescentes para a confecção dos óculos, impactando de forma resolutiva na vida dos indivíduos desta faixa etária.

## Saúde Bucal – PSE

**Meta 15.** Realizar atividades educativas em saúde bucal em 35% dos alunos das escolas de Educação Infantil e de Ensino Fundamental pactuadas no Programa Saúde na Escola.

**Tabela 293-** Percentual de escolares cobertos por atividades educativas em saúde bucal no Programa Saúde na Escola, por Gerência Distrital.

Gerência Distrital	Nº de Alunos Pactuados		% de Atendimento		
			Ano		
	2016	2015	2016	2015	Varição
Centro	6.515	6.515	19,14	15,84	20,83
GCC	12.952	12.952	26,61	22,82	16,6
LENO	15.832	15.832	34,38	25,77	33,41
NEB	16.982	16.982	35,54	33,64	5,65
NHNI	9.979	9.979	26,22	40,80	-35,74
PLP	16.810	16.810	38,91	39,30	-1,0
RES	7.929	7.929	15,46	52,04	-70,29
SCS	11.980	11.980	44,91	48,20	-6,82
Porto Alegre	98.979	98.979	32,26	34,71	-7,06

FONTE: FormSUS/PSE 2016.

Conforme se observa, os resultados são bastante satisfatórios, atingindo-se o cumprimento de 92,17% da meta.

Observando os dados apresentados por Gerência Distrital, as GDs NEB, PLP e SCS atingiram a meta pactuada para 2016. As demais GDs ficaram com percentual de realização de atividades educativas abaixo da meta. Quando comparados os dados de 2015 e 2016, observa-se uma variação negativa em Porto Alegre, com variação em torno de 7%, sendo mais expressiva nas GDs RES e NHNI. Na GD Centro, ainda que se tenha baixa cobertura de equipes de saúde bucal, destaca-se o aumento do percentual de alunos cobertos pelas ações educativas.

Preconiza-se que as atividades educativas em saúde bucal sejam incorporadas ao processo de trabalho das equipes de atenção básica e que a sua realização seja compartilhada entre todos os profissionais que atuam no PSE, ampliando o número de escolares participantes das ações. Recomenda-se que estas atividades educativas sejam conduzidas preferencialmente pelos profissionais



auxiliares, otimizando e potencializando o trabalho da equipe conforme as competências de cada categoria profissional.

**Tabela 294-** Percentual de escolares cobertos por escovação dental supervisionada, no PSE, por Gerência Distrital,

Gerência Distrital	Nº de Alunos Pactuados		% de Atendimento		
			Ano		
	2016	2015	2016	2015	Varição
Centro	6.515	6.515	5,60	14,52	-61,42
GCC	12.952	12.952	32,10	25,21	27,35
LENO	15.832	15.832	49,41	32,25	53,2
NEB	16.982	16.982	33,45	30,89	8,29
NHNI	9.979	9.979	24,01	32,81	-26,82
PLP	16.810	16.810	30,73	37,68	-18,44
RES	7.929	7.929	5,56	15,95	-65,14
SCS	11.980	11.980	22,59	111,06	-79,66
Porto Alegre	98.979	98.979	29,03	39,14	-25,83

FONTE: FormSUS/PSE 2016.

Ao longo do ano de 2016, 28.733 alunos receberam ação coletiva de escovação dental supervisionada no município, correspondendo a 29,03% do total de escolares cobertos pelo PSE. Assim como observado nas atividades educativas, houve uma redução significativa no número de alunos que receberam ação coletiva de escovação dental supervisionada entre os anos de 2015 e 2016, variando em torno de 25% (aproximadamente 10.000 escolares). A redução observada em ambas às ações do PSE pode estar relacionada ao desabastecimento nos insumos destinados ao programa (escovas de dente, pastas de dente e fio dental) ao longo de 2016, o que interfere diretamente nas atividades.

**Tabela 295-** Percentual de escolares que receberam avaliação de saúde bucal, no Programa Saúde na Escola, por Gerência Distrital

Gerência Distrital	Nº de Alunos Pactuados		% de Atendimento		
			Ano		
	2016	2015	2016	2015	Varição
Centro	6.515	6.515	17,10	20,91	-18,21
GCC	12.952	12.952	29,94	23,37	28,11
LENO	15.832	15.832	49,22	29,90	64,62
NEB	16.982	16.982	32,19	33,25	-3,21
NHNI	9.979	9.979	19,73	33,21	-40,59
PLP	16.810	16.810	41,53	42,97	-3,36
RES	7.929	7.929	12,49	23,28	-46,35
SCS	11.980	11.980	40,81	40,76	0,12
Porto Alegre	98.979	98.979	33,42	32,37	3,24

FONTE: FormSUS/PSE 2016.

Dentre os alunos cobertos pelas ações do PSE, 33.080 recebeu avaliação em saúde bucal, o que corresponde a 33,42% do total de escolares, havendo um pequeno aumento entre os anos de 2015 e 2016. Do total de escolares avaliados em 2016, cerca de 37,46% apresentaram necessidade de tratamento odontológico,

sendo referenciados às Unidades de Saúde para atendimento, com acesso priorizado. O desafio futuro é monitorar os alunos que iniciaram o tratamento a partir da identificação de necessidades realizadas na escola pelos cirurgiões-dentistas, informações hoje não fornecidas pelo sistema de informações vigente – e-SUS AB.

### **Galera Curtição – PSE**

O projeto Galera Curtição faz parte do componente II do PSE, relativo à promoção à saúde e prevenção de IST, HIV/Aids, uso abusivo de álcool e outras, racismo e violência.

A edição de 2016 foi lançada com um minicurso sobre gênero e diversidade nas escolas para professores do ensino fundamental de escolas públicas, ministrado por dois jovens soropositivos, um deles ativista gay e a outra uma jovem trans e pelas coordenadoras do Projeto Galera Curtição, da SMED e da SMS.

Este ano houve a participação de 43 escolas de ensino fundamental, sendo 24 escolas municipais e 19 estaduais, envolvendo diretamente cerca de 4.200 estudantes e 154 professores. Dentre as tarefas realizadas pelos participantes, foram abordados os seguintes temas: Discriminação /preconceitos/ violência, com os objetivos de refletir sobre situações em que os adolescentes são expostos a violências individuais, sociais e institucionais no cotidiano, nos espaços públicos e na escola e discutir alternativas para diminuição da violência e comportamentos violentos nas escolas; infecções sexualmente transmissíveis (IST) e prevenção combinada contra o HIV e uso abusivo de álcool e outras drogas /prevenção /redução de danos, discutindo as diferentes motivações para o uso de drogas, seus fatores de risco e formas de prevenção, analisar o conceito de redução de danos e realizar um exercício de aplicação dessa estratégia no cotidiano dos adolescentes, despertarem a capacidade criativa dos adolescentes e jovens para elaboração de propostas de prevenção ao uso de drogas, baseado no reforço dos fatores de proteção e problematizar com os adolescentes a relação entre o uso abusivo de álcool e outras drogas e vulnerabilidade para IST.

A formação de adolescentes multiplicadores foi destaque. Cada escola indicou três estudantes, que participaram desta capacitação, dividida em duas fases, em um total de oito encontros. Na fase 1 foram trabalhados direitos humanos e, na fase 2, vulnerabilidades e HIV.

## Transmissão Vertical do HIV (TVHIV)

**Meta 6** - Reduzir para índices iguais ou menores que 2,5% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor.

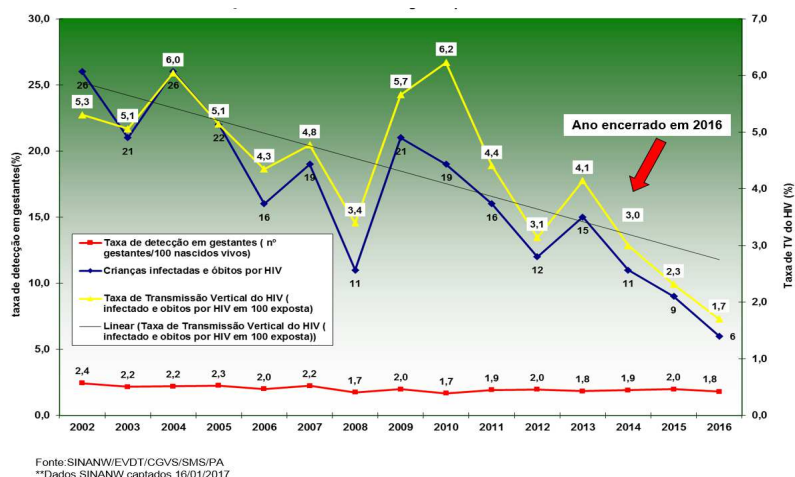
O resultado da meta em 2016 foi de 3%, não atingindo o percentual pactuado de <2,5%.

O total de crianças nascidas vivas expostas ao HIV desde o ano de 2002 foi de 5746, com 225(3,9%) crianças que se infectaram e 25(0,4%) com óbito relacionado ao HIV, resultando em uma taxa de transmissão vertical no período de 4,3%. Contudo, uma análise anual mostra a tendência de diminuição da TVHIV, chegando, na coorte de crianças nascidas no ano de 2014, cujo encerramento da exposição ocorreu em 2016, a uma taxa de 3%, com 11 crianças infectadas. As nascidas em 2015 e 2016 ainda estão em acompanhamento.

**Tabela 296**– Taxa de Transmissão Vertical do HIV em Porto Alegre 2002 a 2016

Ano	Nº absoluto de crianças infectadas e óbitos por HIV	Taxa de Transmissão Vertical do HIV (infectado e óbitos por HIV em 100 expostas) %
2002	26	5,3
2003	21	5,1
2004	26	6,0
2005	22	5,1
2006	16	4,3
2007	19	4,8
2008	11	3,4
2009	21	5,7
2010	19	6,2
2011	16	4,4
2012	12	3,1
2013	15	4,1
2014	11	3,0*
2015	9	2,3
2016	6	1,7

FONTE: SINANW/EVDT/CGVS/SMS/PA- Dados captados em 16/01/2017



**Gráfico 18-** Série histórica da transmissão Vertical do HIV em Porto Alegre

**FONTE:** SINANW/EVDT/CGVS/SMS/PA. 16/01/2017.

**Tabela 297-** Taxa de transmissão Vertical do HIV por gerência de saúde de Porto Alegre

Gerencia Distrital	2012	2013	2014
Centro	(0/19) *100=0%	(0/25) *100=0%	(0/20) *100=0%
NHNI	(0/38) *100=0%	(1/33) *100=3%	(1/36) *100=2,8%
NEB	(1/41) *100=2,4%	(3/45)*100=6,7%	(0/53) *100=0%
LENO	(0/56)*100=0%	(1,/62)*100=1,6%	(2/51)*100=3,9%
GCC	(4/41)*100=9,7%	(2/44)*100=4,5%	(1/65)*100=1,5%
SCS	(1/39)*100=2,6%	(3/41)*100=7,3%	(0/35)*100=0%
PLP	(5/60)*100=8,3%	(4/62)*100=6,5%	(3/61)*100=4,9%
RES	(1/43)*100=2,3%	(1/39)*100=2,5%	(3/37)*100=8,1%
PORTO ALEGRE	(12/382)*100=3,1%	(15/362)*100=4,1%	(11/36)*100=3,0%

Obs. Revisado 2012 com aumento de 1 caso infectado na GCC e 2013 cm 1 caso NHNI e 2 na SCS  
 Em 2012 foram 45 gestantes sem endereço com condições de identificar gerência.  
 Em 2013 foram 11 gestantes sem endereço com condições de identificar gerência  
 Em 2014 foram 10 sem endereço com condições de identificar gerência

De 2002 a 2016 foram acompanhadas 6076 gestações de mulheres com HIV, 217(3,6%) resultaram em aborto e 112(1,8%) com natimortos. A média de gestações HIV/ano é de 405 com um desvio padrão de 43,6 no período de 2002 a 2016.

**Tabela 298–** Distribuição de casos de partos de Gestantes HIV por Gerência de Saúde, entre os anos 2016 e 2015

Gerência	Ano		
	2016	2015	Varição
Centro	25	35	- 29%
LENO	58	52	+11%
NEB	64	61	+ 5%
NHNI	34	37	- 8%
GCC	58	61	- 5%
RES	42	40	+ 5%
SCS	38	50	- 24%
PLP	64	76	- 16%
Total	383	412	- 7 %

**FONTE:** EVDT/ CGVS/SMS/SINAN.

Os partos do ano de 2016 realizados no mês de dezembro ainda podem ser inseridos no sistema de informação e uma análise da taxa de TV por GD mostra que

a taxa de transmissão vertical não é homogênea no território de Porto Alegre e se percebe, no quadro abaixo, que a GD PLP mantém taxas maiores que a cidade, nos últimos anos.

**Tabela 299-** Demonstrativo do nº de partos realizados em Gestante HIV, por raça/cor e gerência, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano														
	2016					2015					Variação				
	Ignorado	Branca	Negra	Amarela	Total	Ignorado	Branca	Negra	Amarela	Total	Ignorado	Branca	Negra	Amarela	Total
Centro	2	14	9	0	25	3	22	9	1	35	- 33%	- 36%	0%	-100%	- 28%
GCC	4	24	30	0	58	2	25	34	0	61	+100%	- 4%	- 11%	0	- 5%
LENO	4	28	26	0	58	2	21	29	0	52	+100%	- 3%	- 10%	0	+ 11%
NEB	2	38	23	1	64	1	35	25	0	61	+100%	+8%	- 8%	+ 100%	+ 5%
NHNI	2	17	15	0	34	0	22	15	0	37	+200%	- 23%	0%	0	- 8 %
PLP	5	28	31	0	64	6	35	35	0	76	- 17%	- 20%	- 11%	0	- 18%
RES	6	14	22	0	42	2	18	20	0	40	+200%	-33%	+ 10%	0	+ 5%
SCS	1	25	12	0	38	3	20	26	1	50	0%	+25%	- 53%	- 100%	- 24%
Total	26	188	168	1	383	19	198	193	2	412	+ 37%	-5%	- 13%	- 100%	- 7%

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN.

Em um ano é difícil concluir em relação à raça /cor. Em uma análise histórica mostrada no quadro abaixo se percebe que 40% de partos realizados em gestantes HIV são da raça /cor negra. Este dado é preocupante uma vez que a raça negra representa apenas 20% da população geral de Porto Alegre de acordo com o último censo do IBGE.

**Tabela 300-** Distribuição por raça/cor de gestante HIV residentes em Porto Alegre no período de 2002 a 2016

<b>Ano do parto</b>	<b>Ign/Branco</b>	<b>Branca</b>	<b>%Branca</b>	<b>Preta</b>	<b>Parda</b>	<b>Negra (Preta e Parda)</b>	<b>%Negra</b>	<b>Amarela</b>	<b>Indígena</b>
2002	11	274	53,8	160	58	218	42,8	4	2
2003	16	237	55,9	125	44	169	39,9	0	2
2004	9	257	57,5	136	41	177	39,6	2	2
2005	4	252	56,9	137	43	180	40,6	3	4
2006	11	202	53,6	127	35	162	43,0	0	2
2007	7	253	60,5	108	49	157	37,6	1	0
2008	7	205	57,1	122	25	147	40,9	0	0
2009	9	205	51,6	128	51	179	45,1	2	2
2010	14	175	54,7	86	43	129	40,3	1	1
2011	4	232	60,1	117	33	150	38,9	0	0
2012	17	233	56,3	122	41	163	39,4	1	0
2013	17	192	50,0	129	45	174	45,3	0	1
2014	25	207	51,9	113	49	162	40,6	5	0
2015	22	204	48,1	139	58	197	46,5	1	0
2016	26	186	48,9	110	57	167	43,9	1	0
<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>3314</b>	<b>54,5</b>	<b>1859</b>	<b>672</b>	<b>2531</b>	<b>41,66</b>	<b>21</b>	<b>16</b>

FONTE: SINANW/EVDT/CGVS/SMS-POA

**Tabela 301**– Distribuição de casos de partos de Gestantes HIV, por faixa etária, entre os anos 2016 e 2015

Faixa etária	Ano		
	2016	2015	Variação
10-14	1	0	+ 100%
15-19	38	36	+ 5%
20-34	258	312	- 17%
35-49	86	72	+19%
50 e mais	0	0	0
Total	383	420	- 9 %

FONTE: EVDT/ CGVS/SMS/SINAN

Partos ocorridos em 2016 ainda podem ser inseridos no sistema de informação, e em uma série histórica a faixa etária de 25 a 29 e 30 a 34 são as mais preponderantes.

A tabela acima apresenta a distribuição de casos de partos em gestantes HIV por faixa etária em 2016. Destaca-se que dados ainda podem ser inseridos no sistema de informação, portanto os dados acima são passíveis de alteração.

Inicialmente vê-se um aumento de 100% nos casos entre 10 e 14, o que corresponde a, apenas, um caso em 2016, enquanto em 2015 não houve nenhum. Na faixa etária entre 15 e 19 anos, o aumento foi de 5 %. Estes resultados ressaltam a necessidade da atenção quanto à continuidade das ações voltadas às adolescentes, as quais desenvolvem questões de cuidado e prevenção que contribuem para a redução da incidência de casos de partos em gestantes HIV.

Observa-se, ainda, uma redução de 17% na faixa etária entre 20 e 34 anos. Por outro lado, houve um aumento de 19% nos casos entre 35 e 49 anos. Presume-se, neste sentido, que na faixa etária entre 35 e 49 anos possam estar gestantes com múltiplos partos. Ou, ainda, primigestas encorajadas a engravidar com o tratamento e os cuidados necessários no pré-natal para que o vírus não seja transmitido ao bebê. Assim, sugere-se uma investigação qualitativa dos dados para que estes sejam baseados em evidências e não apenas suposições.

**Tabela 302**– Número de casos de AIDS em menores de 5 anos, entre os anos 2016 e 2015

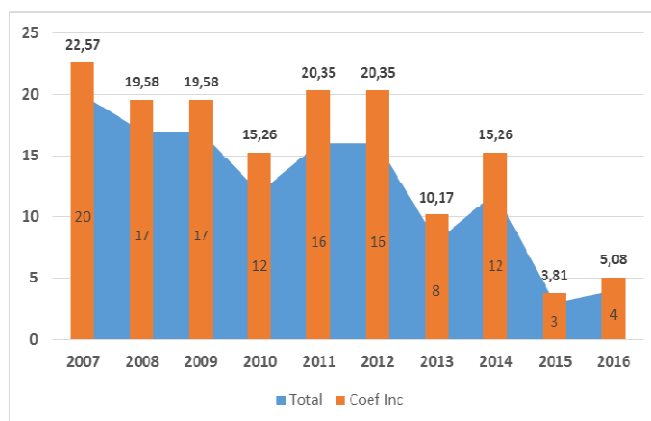
Taxa de incidência de AIDS menores de 5 anos de idade* SISPACTO		Meta	Nº de casos		
			Ano		
			2016	2015	Variação
Casos	Nº de casos	9/100.000 - esperados (Sispacto) 11/100.000	4	3	+ 33 %
	*Incidência anual (casos/100.000 habitantes)		5,08	3,81	+ 69%

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET.

\*A medição deste indicador é anual.



Em uma análise histórica se percebe a importante diminuição da taxa de incidência de aids em menores de 5 anos, no entanto no ano de 2016 há um aumento de caso em relação ao ano de 2015, é importante manter todos os esforços na diminuição da transmissão vertical do HIV.



**Gráfico 19**– Distribuição de casos e incidência de aids em menores de 5 ano de Porto Alegre

Em uma análise histórica se percebe a importante diminuição da taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos, no entanto no ano de 2016 há um aumento de caso em relação ao ano de 2015, é importante manter todos os esforços na diminuição da transmissão vertical do HIV.

## Projeto NASCER

**Tabela 303**– Criança cadastrada no Projeto NASCER, entre os anos 2016 e 2015

Total de crianças	Ano		Variação
	2016	2015	
	901	792	13,8%

FONTE: Projeto NASCER.

Observa-se, na tabela acima que foram cadastradas 901 crianças no ano de 2016. Comparando-se com o ano de 2015, houve um aumento, pouco expressivo, de 13,8% no cadastramento. Este dado provavelmente esteja relacionado à estabilidade nos índices de transmissão vertical no município e da tendente redução dos mesmos, conforme dados informados neste mesmo relatório.

**Tabela 304**– Dispensação de Fórmulas Lácteas na Rede Atenção Primária, entre os anos 2016 e 2015

Dispensação de Fórmulas Lácteas na RAP	Ano		
	2016	2015	Varição
	33292	30263	10%

**FONTE:** Projeto NASCER.

Foram dispensadas 33292 fórmulas lácteas na RAP. Assim houve um proporcional aumento de 10%, no que refere -se à tabela anterior.

**Tabela 305**– Insumos para Prevenção da Transmissão Vertical

Indicador	2016	2015	Varição
AZT - solução oral	195	227	-14,10
AZT - injetável	649	556	16,73
Fórmulas lácteas	2290	1780	28,65
Inibidores de lactação	378	1121	-66,28
Teste rápido de HIV	26198	32204	-18,65

**FONTE:** Projeto NASCER

Quanto à dispensação de insumos da transmissão vertical, os resultados foram um tanto variáveis de 2015 para 2016.

Vê-se uma redução de 14,10% na distribuição de AZT - solução oral; aumento de 16,73% na distribuição do AZT injetável; aumento de 28,65% na dispensação de fórmulas lácteas. Além disso, houve uma redução bastante expressiva no fornecimento de Inibidores de lactação (-66,28%).

Provavelmente, a redução na dispensação de AZT - oral e de inibidores de lactação seja justificada por outras formas de aquisição destes insumos pelas instituições, as quais passaram a não mais solicitar ao Município.

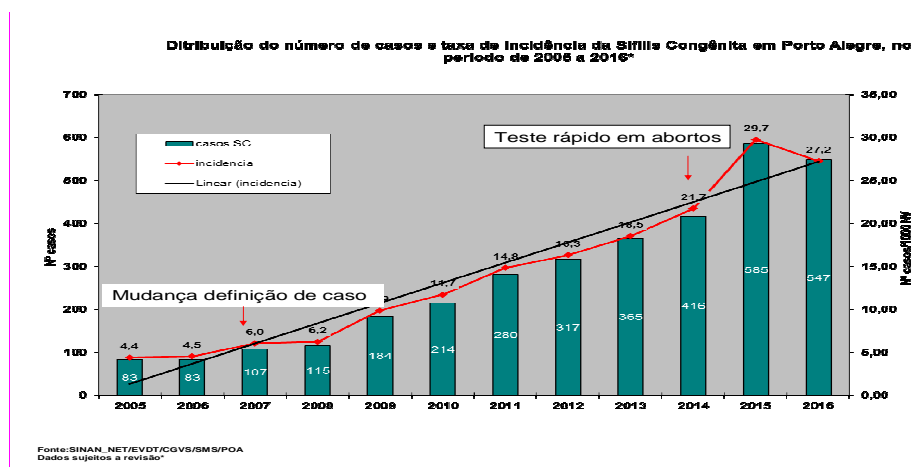
## Sífilis Congênita (SC)

**Meta 7.** Reduzir a taxa de Incidência da sífilis congênita para 20/1000 nascidos vivos, com equidade segundo raça/cor/etnia.

**Tabela 306-** Série histórica do Nº de casos e taxa de incidência de Sífilis Congênita em Porto Alegre 2005 a 2016

Ano	Nº Absoluto	Taxa
2005	83	4,4
2006	93	4,5
2007	107	6,0
2008	115	6,2
2009	184	10,3
2010	214	11,7
2011	280	14,8
2012	317	16,3
2013	365	18,5
2014	416	21,7
2015	585	29,7
<b>2016</b>	<b>547</b>	<b>27,2</b>

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET



**Gráfico 20-** Série histórica do Nº de casos e taxa de incidência de Sífilis Congênita em Porto Alegre 2005 a 2016

A incidência da SC mantém tendência de aumento ao longo dos últimos anos em Porto Alegre e poderá aumentar mais porque está aumentando o diagnóstico de sífilis em casos de aborto, sendo todo caso de aborto em gestante com sífilis não tratada considerando caso de sífilis congênita.

**Tabela 307**– Número de casos de Sífilis congênita em Nascidos Vivos, por Gerência Distrital e Raça/Cor, entre os anos 2016 e 2015.

Gerência Distrital	Ano																	
	2016						2015						Variação					
	Ig.	B	N	A	In.	Total	Ig.	B	N	A	In.	Total	Ig.	B	N	A	In.	Total
Centro	8	10	8	0	0	26	16	13	6	0	0	35	- 50%	- 23%	+33%	0	0	- 25%
LENO	21	38	26	0	0	85	34	26	28	0	0	88	- 38%	+46%	-8%	0	0	- 3%
NEB	19	71	26	0	0	116	18	49	14	0	0	81	+ 5%	+45%	+85%	0	0	+ 43%
NHNI	9	20	10	0	0	39	10	22	8	0	0	40	- 10%	- 10%	+25%	0	0	-3%
GCC	13	25	27	0	0	65	23	22	16	0	0	61	- 43%	+ 13%	+68%	0	0	+6%
RES	20	24	17	0	0	31	29	21	11	0	0	61	- 31%	+ 14%	+54%	0	0	- 49%
SCS	15	26	18	0	0	59	29	26	13	0	0	68	- 48%	0%	+38%	0	0	- 13%
PLP	39	46	28	0	0	113	75	44	32	0	0	151	- 48%	+ 4%	-12%	0	0	- 25%
Total	144	260	160	0	0	564	234	223	128	0	0	585	- 38%	+ 11%	+25%	0	0	- 3%

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Ig. – ignorado, B – Branca, N – Negra, A- Amarela e In – Indígena.

O importante é uma análise histórica dos casos e ela mostra que no ano de 2016 há uma incidência um pouco maior na população negra que na incidência da sífilis congênita geral de Porto Alegre, o que não ocorreu em 2015 e 2014.

**Tabela 308-** Incidência de sífilis congênita no total de nascidos vivos e em nascidos vivos de raça/cor preta/parda em Porto Alegre

Ano	Nascidos Vivos		Casos Sífilis		Incidência de Sífilis Congênita em Porto Alegre	
	N	N raça/cor preta/parda	N	N raça preta/parda	Casos/1000NV	Casos/1000NV
2007	17809	3547	107	46	6,01	12,97
2008	18553	3958	115	41	6,2	10,36
2009	18665	4085	184	72	9,86	17,63
2010	18315	3978	214	79	11,68	19,86
2011	18907	4524	280	95	14,81	21,00
2012	19457	4868	317	94	16,29	19,31
2013	19730	4982	365	112	18,5	22,48
2014	19163	4677	416	103	21,71	22,02
2015	19690	4944	585	128	29,71	25,89
2016	19690	4944	547	152	27,22	30,74

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

O importante é uma análise histórica dos casos de sífilis congênita por raça cor e não só o número absoluto de casos, por isso a tabela acima mostra que no ano de 2016 há uma incidência um pouco maior na população negra que na incidência da sífilis congênita geral de Porto Alegre, o que não ocorreu em 2015 e 2014. Esta análise precisa ser mantida para avaliar sua persistência ou sua diminuição nos próximos anos, mas sabe-se que a prevalência de gestante com sífilis é maior na população negra nas análises publicadas nos boletins epidemiológicos especiais da população negra em Porto Alegre.

### Mortalidade Infantil

**Meta 20.** Manter o coeficiente de Mortalidade Infantil em menos de 10/1.000 nascidos vivos.

A mortalidade infantil é um dos principais indicadores de desenvolvimento social e econômico de uma população e uma das principais metas das políticas públicas. Dentre as ações, no sentido da redução da Mortalidade Infantil, destaca-se a Vigilância do Óbito Infantil, uma vez que possibilita o conhecimento dos fatores determinantes dos óbitos e a adoção de medidas de prevenção com a qualificação

das ações de investigação do óbito através da compreensão e análise crítica dos fatores determinantes envolvidos e na utilização dos instrumentos de investigação preconizados pelo Ministério da Saúde. O Comitê de Prevenção ao Óbito Infantil e Fetal é responsável pela divulgação dos dados relativos a causas evitáveis e não-evitáveis de óbitos infantis e abaixo de cinco anos ocorridos em Porto Alegre e pela multiplicação de suas discussões e recomendações.

**Tabela 309-** Mortalidade Infantil (<1 ano) , entre os anos 2016 e 2015

2016			2015			Variação
SINASC	SIM	CMI	SINASC	SIM	CMI	
18595	167	8,9	19690	181	9,2	- 0,3

FONTE: SIM/ SINASC/ CGVS/ SMS/ PMPA- dados preliminares.

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

SIM - Sistema de Informações de Mortalidade.

CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) consiste no número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. É um dado anual e os resultados do ano de 2015 e 2016 apresentados na tabela acima consistem de informações, que ainda podem sofrer alterações até a consolidação dos dados.

Com os dados preliminares, tivemos uma redução do número de óbitos em menores de um ano de idade no município, com um total de 167 casos em 2016. Salienta-se que as principais causas, tanto em 2015, quanto em 2016, foram as afecções originadas no período perinatal (94/74 óbitos) e as malformações, deformidades e anomalias congênitas (56/53 óbitos).

**Tabela 310-** Mortalidade Infantil (<1) por Gerência Distrital segundo raça/cor/etnia, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital CMI	/1000 Nascidos Vivos		Raça/Cor														
			Branca			Amarela			Indígena			Negra			Vazio		
	2016	2015	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
Centro	8,0	8,7	14	18	- 4	0	0	0	0	0	0	5	4	1	0	0	0
GCC	9,6	6,9	11	11	0	1	0	1	0	0	0	6	4	2	1	0	1
LENO	10,6	15,5	11	26	- 15	0	0	0	0	0	0	9	6	3	1	2	-1
NEB	12,4	9,4	23	16	7	0	0	0	0	0	0	7	7	0	0	1	-1
NHNI	6,4	9,6	11	17	- 6	0	0	0	0	0	0	2	4	-2	0	0	0
PLP	7,1	12,5	14	26	- 12	0	0	0	0	0	0	4	6	-2	0	1	-1
RES	14,3	12,1	13	12	1	0	0	0	0	0	0	7	6	1	0	0	0
SCS	7,6	2,9	12	6	6	0	0	0	0	0	0	5	1	4	2	0	2
Vazio	5,6	4,6	6	4	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	3
Total	8,9	9,2	115	136	- 21	1	0	1	0	0	0	45	41	4	7	4	3

FONTE: SIM/ SINASC/CGVS/SMS/PMPA. Dados de 2016 preliminares.

Considerando as GDs, com os dados preliminares de 2016, é possível verificar, que as maiores taxas de mortalidade foram nas GDs RES, NEB e LENO e, a menor taxa de mortalidade foi na GD NHNI, significativamente inferior às demais. No quesito raça/cor, existe proporcionalidade de óbitos e nascidos vivos. A GD SCS apresentou aumento significativo do coeficiente de mortalidade infantil, enquanto a Gerência PLP apresentou redução em relação ao ano anterior.

O total de ignorados (SINASC) ainda é representativo, ou seja, 8% do total dos nascidos vivos. A qualificação deste dado se faz necessária para implementação de uma melhor análise e discussão dentro do comitê de mortalidade infantil, para além do lançamento dos dados raça/cor é necessária a análise destes e ainda a qualificação das informações ainda em estudos denominadas ignorado /vazio.

Em 2016, houve redução nos retornos das fichas de investigação do óbito infantil e em menores de 5 anos. Os hospitais apresentaram 72% de retorno das fichas de investigação de óbito hospitalar, enquanto as Gerências Distritais apresentaram 47% de retorno do preenchimento das fichas ambulatoriais e 51% das fichas domiciliares. Alguns fatores conhecidos, como recursos humanos, mudança de endereço freqüente, registro de endereço no SINASC e no SIM diferentes, litígios com municípios de origem de óbitos ocorridos em Porto Alegre, mas de crianças residentes em outras cidades, influenciam no sucesso das investigações nos territórios. Houve alteração no fluxo de encaminhamento da investigação partindo diretamente da CGVS para as unidades de saúde.

O CMI propôs capacitar os profissionais envolvidos na investigação do óbito em cada GD, mas não foi efetuada em 2016, estratégia novamente proposta para 2017, já que o baixo retorno das investigações acarreta em análise prejudicada e poucas ações efetivas. Além das capacitações, as equipes de monitoramento são de fundamental importância, trabalhando com cada GD os dados relativos à mortalidade infantil no seu território com o intuito de aumentar as investigações e, desta forma, promover ações para evitar óbitos por causas evitáveis.



## Adolescente

### Gestação na Adolescência

Tabela 311– Taxa de Gestação na Adolescência (10-19 anos), por Gerência Distrital.

Gerência	% Gravidez entre 10 - 19 anos		
	2016	2015	Varição
Centro	4,4	3,7	18,92
LENO	12,3	13,4	-8,21
NEB	12,5	12,6	-0,79
NHNI	6,9	7,3	-5,48
GCC	13,2	13,5	-2,22
RES	10,4	10,2	1,96
SCS	10,0	9,5	5,26
PLP	17,4	17,9	-2,79
Ignorado	12,9	11,9	8,40
Porto Alegre	12,6	13,5	-6,67

FONTE: CGVS/SM

O município de Porto Alegre apresentou em anos como 2015 e 2016 respectivamente, 19.690 e 18.313 nascidos vivos, sendo que dessas gestações na mesma ordem 2.665 e 2.316 ocorreram com adolescentes entre 10 a 19 anos de idade.

A tabela acima demonstra a variação negativa na maioria das regiões com exceção das Gerências Distritais: Centro, RES e SCS e ainda contamos com uma variação em estudo de ignorados que representam uma variação positiva de 8,40% , que deverá ser distribuída entre as Gerências.

**Tabela 312-** Taxa de gestação na adolescência (10-19 anos) por raça/cor, conforme IBGE e Gerência Distrital

Gerência Distrital	% de Gestação na Adolescência (10-19 anos)																	
	2016						2015						Variação					
	Ig.	B	N	A	In.	Total	Ig.	B	N	A	In.	Total	Ig.	B	N	A	In.	Total
Centro	0	3,3	1,0	0	0	4,4	0	2,6	1,1			3,7	0	26,92	-9,0	0	0	18,92
LENO	0,04	6,9	5,2	0	0	12,2	0	7,0	6,3	0	0	13,4	0	-1,43	-17,4	0	0	-8,96
NEB	0	8,1	4,4	0	0	12,5	0	8,1	4,4	0	0	12,6	0	0,00	0,0	0	0	-0,79
NHNI	0	4,5	2,3	0,04	0	6,9	0	4,8	2,5	0,04	0	7,3	0	-6,25	-8,0	0	0	-5,48
GCC	0,04	7,9	5,2	0	0,04	13,2	0	8,4	5,0	0,04	0	13,4	0	-5,95	4,0	0	0	-1,49
RES	0,9	6,3	3,6	0,04	0,3	10,4	0	6,5	3,6	0	0,1	10,3	0	-3,08	0,0	0	200,0	0,97
SCS	0	6,9	3,0	0,04	0,04	10,0	0	6,6	2,7	0	0,07	9,3	0	4,55	11,1	0	-42,8	7,53
PLP	0,04	10,0	7,2	0,04	0,04	17,4	0	9,9	7,9	0	0,04	17,9	0	1,01	-8,8	0	0,00	-2,79
Ignorado	0,04	6,5	6,3	0	0	19,2	0	6,4	5,3	0	0,04	11,8	0	1,56	18,8	0	-100,0	62,71
Porto Alegre	0,26	60,5	38,6	0,12	0,4	100	0	60,4	41,8	0,07	0,3	100	0	0,17	-7,66	-99,8	33,33	0,00

FONTE:CGVS/SMS.

Ig. – ignorado, B – Branca, N – Negra, A - Amarela e In – Indígena.

A tabela acima que trata do quesito raça/cor demonstra uma variação negativa na maioria das regiões com exceção das GDs: Centro, RES e SCS. Destaca-se o percentual em estudo de ignorados tanto referente à localização das usuárias quanto ao quesito de auto declaração raça/cor, sendo que em 2016 e 2015 a referência das gerências foi, respectivamente, 19,2 % e 11,8%, o que representa uma variação de 62,7%.

O quesito raça/cor demonstra que as adolescentes brancas tiveram um aumento percentual 0,7, já as negras ocorreu uma diminuição de 7,6%, com exceção da GD SCS que apresentou uma variação positiva de 11,1%.

## 12.6.2 Política de Saúde da Mulher

### Assistência ao Pré Natal

**Meta 28** – Aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de Pré-natal para 76%.

Realizado 75,25%

**Tabela 313-** Proporção de recém nascidos vivos (RNV) e o nº de consultas do Pré-Natal, entre os anos de 2016 e 2015

Descrição do Item	Ano		
	2016	2015	Varição
% RNV de mães que realizaram 7 ou + consultas pré-natal (6 consultas de pré-natal + 1 consulta de puerpério)	75,25	74,44	+1%

FONTE: SINASC/CGVS/SMS 03/03/2017

O número de RNV de mães que realizaram 7 ou + consultas pré-natal (6 consultas de pré-natal + 1 consulta de puerpério) em 2016 foi de 75,25% correspondendo a 99% da meta que é 76%.

Há necessidade de ampliar o acesso, com a contratação de profissionais que realizam o Pré-natal, além de qualificar a busca ativa de gestantes faltosas. Outro fator que pode qualificar o Pré-natal é a incorporação no SISPRENATALWEB pelo ESUS, o que vai propiciar monitoramento de todas gestantes da Rede.

**Tabela 314-** Taxa de recém-nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas pré-natal por Gerência Distrital, entre os anos de 2016 e 2015

Gerência Distrital	Ano		
	2016	2015	Varição
Centro	86,1	84,8	+1,5%
NHNI	81,7	81,3	+0,5%
NEB	74,4	73,4	+1,4%
LENO	74,3	74,1	+0,3%
GCC	72,5	72,3	+0,3%
SCS	77,6	75,4	+2,9%
PLP	72	70,8	+1,7%
RES	65,6	62,8	+4,5%
Porto Alegre	75,2	74,4	+1,0%

FONTE: SINASC/CGVS/SMS. 03/03/2017

Analisando os dados acima podemos sinalizar que todas GDs tiveram aumento na cobertura de pré-natal em 2016, na comparação a 2015. Sendo que três GDs ficaram acima da meta de 76%. Destaca-se a GD RES , que apesar de ainda se manter longe da meta , teve um aumento significativo na cobertura.

Há necessidade clara de aumentarmos o acesso do pré-natal na GD RES , com aumento de profissionais que realizam o pré -natal.

**Tabela 315-** Demonstrativo do nº de partos realizados por hospital, entre os anos de 2016 e 2015

Descrição do Item		Ano				
		2016		2015		Variação
		N	%	N	%	%
Nº de Partos	Hospitais SUS	5632	31%	5735	29%	-6,4%
	Hospitais Mistos	6731	37%	7259	37%	0
	Hospitais Não SUS	5808	32%	6463	33%	-3,3%
Nº de partos sem informação qualificada na Declaração de Nascimento		142		233		
<b>Total de Partos</b>		18313		19690		
Nº de Partos vaginais	Hospitais SUS	3512	62%	3627	63%	-1,58%
	Hospitais Mistos	4358	65%	4791	66%	-1,55%
	Hospitais Não SUS	1101	19%	1305	20%	-5%
Nº de Cesarianas	Hospitais SUS	2117	38%	2108	37%	+2,6%
	Hospitais Mistos	2371	35%	2468	34%	+2,8%
	Hospitais Não SUS	4704	81%	5158	80%	+1,2%

FONTE: SINASC/ CGVS/ SMS. 06/03/2017

Obs:partos sem informação não qualificadas, significa ausência de informação na DN sobre o tipo de parto

Observa-se uma distribuição equânime dos partos de municípios de Porto Alegre nas três categorias de serviço, hospital 100% SUS, misto e privado. A taxa de cesariana, indicador que vem sendo monitorado mensalmente pela SMS em função do Programa Rede Cegonha apresenta percentuais entre 35% e 38%, tanto nos hospitais SUS quanto nos mistos. Nos hospitais privados a taxa de cesariana continua extremamente alta 81%.

Há ainda necessidade de pequena redução na taxa de cesariana dos hospitais SUS e mistos, os quais estão integrados na Rede Cegonha e juntos, gestor e maternidades estão trabalhando para isto. Já o maior problema que o alto índice de cesarianas nos hospitais privados não conseguimos até o momento ter algum grau de interferência.

## Detecção Precoce do Câncer de Mama

**Meta 31** - Aumentar a razão de mamografias realizadas para 0,17 em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos.

**Tabela 316** - Razão de mamografias realizadas em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos, entre os anos de 2016 e 2015

Descrição do Item	Ano		
	2016	2015	Variação
Razão de mamografias na faixa etária 40 a 69 anos	0,13	0,12	+8,3%
Razão de Mamografias na faixa etária 50 a 69 anos	0,15	0,14	+7,1%
Razão População SUS Dependente (70% da pop total na faixa etária)	0,18	0,18	0

FONTE: SISMAMA e TABWIN.

Em 2016 a razão de exames de Mamografias na faixa etária de 40-69 anos, foi de 0,13, atingindo 76% da meta que é de 0,17. Se considerarmos apenas a população SUS dependente nesta faixa etária a Razão foi de 0,18 superando a meta pactuada.

O que observamos é nos últimos anos está ocorrendo uma redução gradual no número de mamografias realizadas na Rede. Há necessidade de implantação de um rastreamento organizado, com foco nas mulheres de 50-69 a, as quais deveriam ser cadastradas e monitoradas, quanto à realização do exame conforme protocolo.

## Prevenção do Câncer de Colo do Útero

**Meta 30** - Aumentar a razão entre exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos para 0,38.

**Tabela 317**- Prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero, entre os anos de 2016 e 2015

Descrição do Item	Ano		
	2016	2015	Variação
Razão (25 a 64 anos)	0,34	0,37	-8,1%
Razão – 25 a 64 anos (população SUS dependente – 70% do total da população na faixa etária)	0,49	0,52	-5,7%
Razão (15 a 69 anos)	0,33	0,35	-5,7%

FONTE: SISCOLO e TABWIN. 06/03/2017

Em 2016 a razão de exames citopatológicos na faixa etária de 25-64 anos, foi de 0,34, atingindo 92% da meta que é de 0,38. Se considerarmos apenas a população SUS dependente nesta faixa etária, a Razão foi de 0,49, superando a meta pactuada.

Observamos que nos últimos anos está ocorrendo uma redução gradual no número de citopatológicos realizadas na Rede. Há necessidade de implantação de

um rastreamento organizado, com foco nas mulheres de 25-64a, as quais deveriam ser cadastradas e monitoradas , quanto à realização do exame conforme protocolo.

Tanto com relação ao Ca de mama e colo do útero é de extrema importância a implantação do SISCAN, o qual permitirá monitoramento dos exames alterados (os serviços terão acesso diário aos laudos), permitindo busca ativa, além de todo acompanhamento do seguimento da mulher com exame alterado. Este sistema está em processo de avaliação para a implantação.

Ressaltamos que os números de exames de citopatológico do colo do útero e mamografias apresentados nesse relatório correspondem apenas aos exames realizados pelo SUS, excluindo todos realizados em convênios e particulares.

## Saúde Sexual e Reprodutiva

**Tabela 318-** Procedimentos realizados e contraceptivos utilizados, entre os anos de 2016 e 2015

Descrição do Item	Ano		
	2016	2015	Varição
Noretisterona 0,35 mg (minipílula)	3.059	3.315	-7,7%
Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg (Ciclo 21)	78.215	61.806	+26%
Levonorgestrel 0,75mg (contracepção de emergência)	456	500	-8,8%
Anticoncepcional injetável (uso trimensal)	69.163	42.347	+63%
Anticoncepcional injetável (uso mensal)	71.506	37.634	+90%
DIU (dispositivo intra-uterino)	735	1.504	-51%
Laqueadura Tubária	1.156	991	+17%
Vasectomia	504	575	-12%

**FONTE:** Assistência Farmacêutica e TABWIN 06/03/2017

A tabela acima apresenta a distribuição dos métodos contraceptivos pela Gerência de Materiais para as Unidades de Saúde e os procedimentos (colocação de DIU, Laqueadura e Vasectomia) realizados.

Em 2016 foi mantida a oferta regular de todos os métodos contraceptivos acima, possibilitando que todo usuário possa ter acesso facilitado ao método que se adapta a sua realidade.

**Tabela 319-** Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (10 - 49 anos), nascidos vivos no período, entre os anos de 2016 e 2015

Descrição do item	Ano		
	2016	2015	Varição
Nº absoluto de óbitos de mulheres em idade fértil	444	456	-2,6%
% de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	100%	100%	0

**FONTE:** SIM-SINASC/CGVS/CMM/SMS. 03/03/2017. Dados Preliminares

Com relação ao número de óbitos de mulheres em idade fértil tivemos uma redução de 2,6% com relação a 2015. Esta tendência de queda tem sido observada

nos últimos 5 anos. Houve redução importante nos óbitos por SIDA e Doença Cardiovascular nessa faixa etária em 2016 na comparação com 2015 e as neoplasias mantêm-se como principal causa de óbito de mulheres de 10 a 49 anos. Mas, observou-se um aumento de óbitos por causas externas, sendo 63% de óbitos causados por agressões.

Do total dos óbitos de mulheres em idade fértil, 100% são investigados, atingindo dessa forma, a pactuação.

### 12.6.3 Política da Saúde do Homem

**Meta 44.** Aumentar a razão entre testes de dosagem de antígeno prostático (PSA) solicitados pela Atenção Básica em Saúde na faixa etária de 45 anos ou mais de 0,13 para 0,15.

**Tabela 320-** Razão de exames de dosagem de Antígeno Prostático (PSA), entre os anos 2016 e 2015

Aumentar a razão entre testes de dosagem de antígeno prostático (PSA) solicitados pela Atenção Básica em Saúde na faixa etária de 45 anos ou mais de 0,13 para 0,15. (PAS 44)	Ano		
	2016	2015	Varição
Nº de exames solicitados	30.018	27.643	+8,59%
Razão da Meta	0,15	0,137	+9,49%

FONTE: Tabwin – CÓDIGO: 0202030105.

Os testes de dosagem sérica do Antígeno Prostático Específico (PSA), apontados na tabela acima foram os solicitados pela Rede de Atenção Básica em Saúde ao longo do ano de 2016.

A meta anual foi atingida (aumentar a razão de 0,13 para 0,15). As ações realizadas para o cumprimento foram através de campanhas específicas e ações transversais e intersetoriais, atendendo um dos eixos prioritários da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem: Atenção Integral as Doenças Prevalentes.

**Tabela 321-** Mortalidade por Neoplasia de Próstata), entre os anos 2016 e 2015

Homens de 45 anos ou mais	Ano		
	2016	2015	Varição
	102	145	- 29,6%

FONTE: SIM/SINASC/EVENTOS VITAIS/CGVS.

O INCA estimou a ocorrência de 61.200 casos novos de CA de Próstata para 2016. Ao avaliar a estimativa de casos novos, nas diferentes regiões do país, verifica-se maior incidência no Sul (91,24/100.000) (INCA, 2014).

A vigilância da morbimortalidade por câncer de próstata deve ser efetivada tendo em vista a incidência na região Sul.



**Tabela 322-** Principais Causas de Mortalidade em homens na faixa etária de 20 a 80 ou mais anos, entre os anos 2016 e 2015

Causas/Faixa Etária 20 a 80 anos ou mais	Ano		
	2016	2015	Varição
Doenças do aparelho circulatório	1.286	1.391	- 7,54%
Neoplasias	1.266	1.390	- 8,92%
Causas externas	738	786	- 6,10%
Doenças do aparelho respiratório	557	415	+34,21%
Doenças infectoparasitárias	341	394	- 13,45%
Doenças endócrinas e metabólicas	280	285	- 1,75%
Doenças do sistema nervoso	266	231	+ 15,15%
Doenças do aparelho digestivo	239	215	+ 11,16%
Total	4.973	5.107	-2,62%

FONTE: SIM/SINASC/EVENTOS VITAIS/CGVS.

A tabela nos mostra que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pela maioria da mortalidade da população masculina entre 20 e 80 anos de idade em todas as faixas etárias.

Os dados apresentados nas tabelas são preliminares, tendo em vista que os mesmos estarão consolidados até julho de 2017.

No ano de 2016, alinhados com a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, juntamente com a as demais políticas de saúde potencializou suas ações junto as GDs nas US de Atenção Básica, nos seguintes eixos prioritários:

- I - acesso e acolhimento nas unidades de saúde;
- II – direitos sexuais e reprodutivos;
- III - paternidade e cuidado;
- IV – promoção da saúde e prevenção de violências e acidentes;
- V – atenção Integral às doenças prevalentes;
- VI – prevenção do uso de álcool e outras drogas.

## 12.6.4 Política de Saúde da Pessoa Idosa

**Tabela 323-** Internação de Idosos por Fratura de Fêmur (CID S72), entre os anos 2016 e 2015

Descrição do Item	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
Coefficiente de internações hospitalares de pessoas com mais de 60 anos por fratura de fêmur por 10.000 hab 60 anos +.(PAS 2)	1132	51,45	1114	50,63	+18	+0,82

FONTE: SIH- internação por CID S72.

O coeficiente de internações por fratura de fêmur em pacientes com 60 anos ou mais em 2016 alcançou 51,45. Em 2015, esse coeficiente foi de 50,63, com uma variação de 0,82.

**Tabela 324-** Internação de Idosos por Fratura do Colo de Fêmur (CID S72.0) , entre os anos 2016 e 2015

Descrição do Item	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
Coefficiente de internações hospitalares de pessoas com mais de 60 anos por fratura de fêmur por 10.000 hab. 60 anos +.	281	12,77	326	14,81	-45	-2,04

FONTE: SIH- internação por CID S72.0.

O coeficiente de internações por fratura de colo de fêmur em pacientes com 60 anos ou mais em 2016 alcançou 12,77. Em 2015, esse coeficiente foi de 14,81, com uma variação de -2,04.

A dicotomia dos coeficientes apresentados nas Tabelas acima se deve ao fato que as fraturas de colo de fêmur englobam essencialmente fatores intrínsecos como osteoporose, sarcopenia, sedentarismo e índice de fragilidade dos idosos, enquanto o coeficiente de internação por fratura de fêmur refere-se a todo fêmur, e não somente colo, podendo incluir como causas os acidentes, os atropelamentos, as quedas (fatores extrínsecos) e as neoplasias.

Conforme dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), em 2015 ocorreram em Porto Alegre 171 óbitos por quedas, sendo 154 em idosos, perfazendo 90% das quedas. Em 2016, dados preliminares mostram um total de 168 óbitos por quedas, sendo 149 em idosos, 88,7% dos casos. Observa-se que um elevado percentual de óbitos por quedas em idosos em Porto Alegre se manteve. Esse dado junto ao elevado coeficiente de internações por fraturas de fêmur justifica ações referentes à prevenção de quedas e promoção de saúde nesta faixa etária,

como o Projeto Casa Segura e as capacitações realizadas na atenção primária sobre Saúde do Idoso.

As ações realizadas pela política de Saúde do Idoso, em conjunto com a CGVS objetivaram dirimir o efeito das causas externas nos coeficientes através de ação intersetorial com a EPTC e DETRAN RS no Projeto Vida no Trânsito, por meio da divulgação e realização do Curso de Multiplicadores de Educação no Trânsito para Idosos, além da discussão sobre mudanças físicas nas vias e sinalizações da cidade. Motoristas de ônibus, cobradores e outros profissionais de concessionárias de ônibus de Porto Alegre também participaram desta capacitação, no total de 91 profissionais.

Outros exemplos de atuação intersetorial da Saúde do Idoso foram a participação na formação de residentes multiprofissionais do HPS, na graduação em Serviço Social e Odontologia Noturno da UFRGS, na qualificação dos Guardas Municipais e na Conferência Gaúcha de Geriatria da Associação Brasileira de Enfermagem, assim como no Comitê Gestor da Atenção Domiciliar.

Revisão da lista municipal de medicamentos (REMUME) com exclusão de medicamentos potencialmente causadores de danos e quedas e inclusão de medicamentos que podem favorecer o equilíbrio e fortalecimento de massa óssea foi realizada.

Também foi realizada a capacitação em 78 US com enfoque na Avaliação Global do Idoso e no Projeto Casa Segura, o qual tem como objetivo a prevenção de quedas em idosos no domicílio através de modificações ambientais, enfocando e enaltecendo a abordagem por síndromes geriátricas, em especial a instabilidade postural e as quedas, além da manutenção da autonomia e independência (funcionalidade global). Na GD GCC foram capacitados 19 Médicos e 25 Equipes da Atenção Básica, enquanto na NEB foram, 3 Equipes. Na GD RES 11 Equipes foram capacitadas, na NHNI, 3 Equipes e na GD SCS foram 18 médicos.

Realizamos duas ações externa do Projeto Casa Segura, uma no Dia Mundial da Saúde e outra na II Mostra Porto-Alegrense de Experiências Inovadoras na Atenção Básica, totalizando 380 orientações.

Houve a elaboração de Projetos, em conformidade com o Plano Municipal da Pessoa Idosa de Porto Alegre, que contemplam a Casa Segura (prevenção de

quedas e acidentes domésticos), o Curso de Cuidadores informais de pacientes dependentes em parceria com a Gerência da Igualdade e Inclusão Saúde da Pessoa com Deficiência, bem como Projeto de fornecimento de óculos para idosos com deficiência visual.

Quanto à taxa de consultas em 2016, nota-se que houve redução do percentual de consultas de atenção básica para a população com 60 anos ou mais em praticamente todas as Gerências Distritais, exceto GCC e PLP, as quais aumentaram 1,75 e 2,54, respectivamente, se comparados a 2015.

**Tabela 325-** Taxa de consultas médicas realizadas na rede de atenção básica para pessoas com 60 ou mais anos, por Gerência Distrital, entre os anos 2016 e 2015

Gerência Distrital	% de consultas básicas para idoso			
	Ano		Variação	
	2016	2015	N	%
<b>Centro</b>	10,98	34,86	-24	-68,50
<b>GCC</b>	23,34	21,59	2	8,11
<b>LENO</b>	19,52	25,48	-6	-23,39
<b>NEB</b>	19,48	26,18	-7	-25,59
<b>NHNI</b>	23,47	35,33	-12	-33,57
<b>PLP</b>	25,61	23,07	3	11,01
<b>RES</b>	22,02	22,36	0	-1,52
<b>SCS</b>	28,45	29,47	-1	-3,46
<b>Total</b>	21,10	26,96	-6	-21,74

**FONTE:** SIA/TABWIN (08/09/2016) Cód. consulta médica básica - 0301010064.

O percentual das consultas de atenção básica, oferecidas aos idosos em 2016 não alcançou 20% nas Gerências NEB, LENO e no Centro. Esta última apresentou apenas 10,98 % das consultas oferecidas a idosos. Presumivelmente, este decréscimo se deve a falhas no registro das consultas.

**Tabela 326-** Coeficiente de internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE) para faixas etárias específicas por 100.000 habitantes, entre os anos 2016 e 2015

Acidente vascular Encefálico	Ano		
	2016	2015	Variação
	Coef	Coef	
<b>Até 59 anos</b>	49,77	47,33	+2,44
<b>60 anos ou mais</b>	573,63	515,90	+57,73

**FONTE:** SIA/TABWIN (08/09/2016) – Total de Internações por AVC em todas as idades e total e percentual na população Idosa.

CID I64- Acidente Vascular Cerebral Não Especificado com hemorrágico ou Isquêmico.

O coeficiente de internações por AVE em idosos em 2016 teve um incremento significativo se comparado ao ano anterior. O coeficiente passou de 515,90 para 573,63 (+57,73), congruente com o perfil de morbimortalidade dos idosos de Porto Alegre, e reflexo do envelhecimento populacional, uma vez que as doenças do aparelho circulatório lideram como causa de mortalidade na faixa de 80 anos ou mais, faixa etária esta que teve o mais expressivo incremento na população se compararmos os censos do IBGE de 2000 e 2010.

A mortalidade em idosos de Porto Alegre em 2015 tem como causa principal as neoplasias para aqueles com 60 a 79 anos de idade e as doenças do aparelho circulatório para aqueles com 80 anos ou mais. Tal fato se deve a uma estruturação e qualificação da Rede de Atenção à Saúde no atendimento do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) minimizando sequelas e a mortalidade.

Tendo em vista o envelhecimento populacional e o crescente extrato da parcela de idosos acima de 80 anos de idade em Porto Alegre na comparação dos Censos do IBGE de 2000 e 2010, estima-se um maior número de idosos frágeis com dependência funcional moderada ou grave.

A Coordenação da Saúde do Idoso com a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) iniciou a remoção de idosos dependentes em Grau III (idoso que tem todas as suas atividades de vida diárias comprometidas, como alimentar-se, banhar-se, locomover-se, vestir-se e ir ao banheiro) e com insuficiência familiar para as Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) através do Edital nº 1 do Conselho Municipal do Idoso (COMUI) a partir de março de 2016.

Foram disponibilizados R\$ 2.300.000,00 provenientes do Fundo Municipal do Idoso, sendo o valor mensal médio por idoso nas ILPIs estimado em R\$ 3.500,00; assim, foi possível a oferta de 54 vagas. Estas vagas são permanentes, ou seja, se um idoso vier a falecer, a vaga segue disponível, podendo portanto ser preenchida por outro idoso.

As Instituições que venceram o Edital foram a Sociedade Proteção Auxílio Necessitados (SPAAN), Lar Gustavo Nordlund, e Lar dos Cegos Luis Braille (ACELB), sendo 24 vagas disponibilizadas pela SPAAN e pelo Lar Gustavo Nordlund e 06 vagas pela ACELB.

Os objetivos da oferta destas vagas foram prestar atenção ao Idoso frágil, desospitalização, o acolhimento do idoso em situação de rua, a cessação da judicialização dos casos de demanda por vaga em ILPI e a otimização dos recursos públicos, visto que na judicialização dos casos, os valores pagos às ILPIs chegavam a R\$ 5000,00.

As 54 vagas foram preenchidas até maio de 2016 originando uma lista de espera de pelo menos 30 pessoas atualmente. Os óbitos ocorridos, considerando a fragilidade destes idosos, geraram novas vagas de ILPIs, preenchidas novamente. Foram matriciados pela Gerência de Políticas Públicas em Saúde dos Ciclos de Vida- Saúde do Idoso 122 casos, sendo 43, provenientes de Hospitais, 25, de Unidades de Saúde, 23, da FASC, 16, da Defensoria Pública e 15, da Procuradoria Pública. Todos os casos matriciados foram analisados a partir das avaliações médicas e o Índice de Katz, conforme modelo apresentado na RG do 3º quadrimestre. Igualmente, a remoção seguiu o fluxograma de remoção de idosos para as ILPIs e o modelo de avaliação médica para atestar o grau de dependência III.

Salientamos que 3 eram idosos em situação de rua, portadores de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Parkinson negligenciados quanto aos seus cuidados, o tipo mais comum de violência ao idoso.

Neste sentido devido à importância da Implantação da Política ao Idoso Frágil, a Coordenação da Saúde do Idoso priorizou as ações para efetivá-la como: Elaboração do Edital, levantamento dos casos na Procuradoria-Geral do Município (PGM), Assessoria Jurídica do Gabinete do Secretário da Saúde, Defensoria Pública e Ministério Público. Os casos judicializados através destes órgãos foram acolhidos e priorizados para as 54 vagas disponíveis por este Edital.

Reuniões com os hospitais a respeito dos fluxos para remoção e critérios de elegibilidade para as vagas foram realizadas com o Hospital Santa Casa, Hospital São Lucas da PUCRS, Hospital Vila Nova, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital da Restinga e Hospital de Pronto Socorro. Internamente, na SMS, realizamos reuniões com as coordenações do SAMU sobre a remoção destes pacientes, da Atenção Hospitalar, com o Núcleo de Qualidade Hospitalar, com a coordenação do Programa Melhor em Casa e no

Colegiado de Gerentes Distritais. Também realizamos reuniões com a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) e Secretaria de Direitos Humanos- Secretaria Adjunta do Idoso (SAID).

Destaca-se, ademais, a colaboração dos setores da SMS assim como de outras Secretarias (FASC e SAID) na construção democrática desta proposta e do fluxograma para a remoção dos idosos fortalecendo os serviços da rede de atenção à saúde. A Coordenação Municipal da Política Pública da Saúde do Idoso articulou essa rede totalizando 20 reuniões com hospitais e demais órgãos envolvidos.

No ano de 2017 os recursos para os leitos de ILPI serão da FASC e não mais do Fundo Municipal do Idoso.

## 12.7 Políticas Públicas em Saúde de Equidade Etnicorracial

### 12.7.1 Política de Saúde da População Negra

**Meta 35** - Implantar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 25% dos Serviços de Saúde.

A tabela abaixo apresenta a superação da meta de 25%, alcançando 26,19%. Em comparação ao ano de 2015 conseguimos ampliar o cumprimento da meta.

**Tabela 327**– Número de Serviços e profissionais por nível de Atenção que concluíram o Curso de Promotor@s de Saúde da População Negra em 2016

Nível de Atenção	Meta de serviços 2016	Nº de Serviços Alcançados	Nº de Profissionais	% Alcançado
Atenção Primária	35	42	59	120%
Especialidades	1	1	5	100%
SAMU	3	0	0	0%
Hospital	0	0	0	*NP
Pronto Atendimento	0	0	0	*NP
Equipes de Matriciamento	1	0	0	0%
NASF	2	2	2	100%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>44</b>	<b>66</b>	<b>26,19</b>

**FONTE:** Gerência de Políticas Públicas em Saúde de Equidade Etnicorracial/ Política da Saúde da População Negra  
\*NP-Não previsto. A meta prevista para estes serviços foi atingida no ano de 2015.

Mesmo já alcançado a meta de um promotor por serviço no ano de 2015, o Hospital Pronto Socorro, os Prontos Atendimento, Unidades de Saúde e especialidades optaram de ter mais de um promotor por serviço. Para além dos serviços pactuados, contamos com a participação de profissionais com outros vínculos, a saber: Hospital São Pedro, Instituto de Cardiologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, bem como Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí e do Departamento Municipal de Esgotos Pluviais de Porto Alegre. Vale a pena salientar a importante participação de estudantes de diversos cursos de graduação das IES.

No decorrer do ano foram realizadas várias ações para além do previsto descritas nos RG do 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2016.

A meta estabelecida no Plano Municipal de Saúde 2014-2017 vem sendo atingida através das Programações de Saúde, como demonstra o quadro abaixo:



**Tabela 328**– Número de Serviços por nível de Atenção que possuem Promotor@s de Saúde da População Negra de 2014-2016

<b>Nível de Atenção</b>	<b>Meta de serviços</b>	<b>Nº de Serviços Alcançados</b>	<b>% Alcançado</b>
Atenção Primária	141	122	86,5
Especialidades	5	3	60
SAMU	12	5	41,6
Hospital	2	2	100
Pronto Atendimento	3	3	100
Equipes de Matriciamento	3	2	66,67
NASF	7	3	42,86

**FONTE:** Gerência de Políticas Públicas em Saúde de Equidade Etnicorracial/ Política da Saúde da População Negra

Para 2017 o desafio será completar a meta estabelecida no PMS 2014-2017, especialmente em relação aos serviços como o SAMU, Atenção Básica, Serviços de Especialidades, NASF e equipe de Matriciamento. Analisando os 141 serviços da AB por Gerências Distritais, as GDs RES e Centro atingiram a meta de 100% das unidades com profissionais formados no Curso de Promotor@s de Saúde da População Negra. Em relação às demais GDs ainda sem Promotor@s, respectivamente são 5% GCC, 11 % NEB, 15% NHNI, 17% LENO, 19% PLP e 27% SCS. Observamos que na GD LENO os quatro serviços que necessitam incluir Promotor@s são gerenciados pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

### **12.7.2 Política de Saúde dos Povos Indígenas**

No ano de 2016, os relatórios de gestão foram organizados conforme as diretrizes manifestas na Portaria MS nº 254/ 2002.

No que se referem às diretrizes:

#### **- “Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas no nível local”:**

Os dados comparativos de produção da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) encontram-se no capítulo “Produção da Atenção Básica”. Passou a ser avaliado o componente indígena da Rede Cegonha. A assistência pré-natal atingiu 87,5% em 2016, por conta da atuação da EMSI Porto Alegre, que tem fortalecido o vínculo das gestantes indígenas. Não se consolidou 100% devido à mudança de uma das gestantes para aldeia no interior do estado.

#### **- “Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural”:**

A educação permanente dos profissionais que atendem aos indígenas ocorreu em vários pontos da rede da RAS do município. Essa estratégia visa permanentemente garantir a efetivação da atenção diferenciada, destacando a relevância da adoção de um olhar diferenciado e adequação dos fluxos na prestação de atendimento aos usuários indígenas.

#### **- “Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas”:**

Tem se buscado a articulação com a SESAI/MS conforme consta no relatório de gestão do último quadrimestre disponível em: ([http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/relatorio\\_gestao\\_3quadrimestre\\_2016.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_gestao_3quadrimestre_2016.pdf)).

Quanto às imunizações, o espelho vacinal individual dos indígenas é atualizado trimestralmente e a expectativa da política é manter os resultados alcançados de pelo menos 80% dos esquemas vacinais completos seguindo a meta do Plano Distrital de Saúde Indígena vigente.

**- “Articulação com os sistemas tradicionais indígenas de saúde e promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas”:**

Esse ano foi realizada a primeira ação do Projeto "Expedição para a Coleta de Plantas da Medicina Tradicional Kaingang". Houve o deslocamento até as áreas indígenas extensas no interior do estado do RS, nas quais houve a coleta de cascas e raízes na mata extremamente preservada. Reconhecendo a potência dessas plantas medicinais para a saúde dos povos indígenas, o projeto é um estímulo para que possam manter vivos esses conhecimentos ancestrais e as suas práticas tradicionais de cura, seguindo a lógica da PIS.

**- “Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena e de ações específicas em situações especiais”:**

Em 2016 continuamos a estimular as práticas culturais saudáveis dessas comunidades indígenas. A partir dos dados do PSE, a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Política de Saúde da Criança e do Adolescente/Jovem perceberam a importância de selecionar estagiários acadêmicos indígenas para atuação junto às escolas indígenas pactuadas nesse Programa.

**- “Controle social na saúde indígena”:**

Nesse ano houve o encaminhamento da proposta de regimento interno da Comissão Municipal de Saúde Indígena para apreciação pelo CMS, por solicitação das lideranças das comunidades indígenas de Porto Alegre. Há de se considerar as formas distintas de controle social indígena e a necessidade de espaços de participação que contemplem essas peculiaridades, possibilitando o engajamento das comunidades indígenas para efetividade das ações de saúde.

A continuidade das ações da política voltou-se para as diversas necessidades e anseios das comunidades indígenas, considerando o contexto intercultural, o que contribui para tornar mais efetivo e eficaz o processo de fazer saúde indígena no município.

## 12.8 Políticas Públicas em Saúde de Igualdade e Inclusão

### 12.8.1 Política de Saúde da Pessoa com Deficiência

**Meta 34.** Implantar 25% do Plano Municipal de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência.

Realizamos 22,12%, o que representa 88,48% do programado para o ano. Verificamos que o grau de cumprimento da meta foi alcançado devido ao envolvimento de vários setores e atores, proporcionando visibilidade à Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência e desenvolvimento das ações propostas.

**Tabela 329-** Segue a análise do total alcançado de cada ação proposta na PAS 2016

<b>Ações</b>	<b>Peso da ação</b>	<b>Total alcançado</b>
Mapear o quantitativo de unidades de saúde acessíveis.	4%	2,02%
Elaborar a linha de cuidado da PcD Intelectual e concluir o fluxograma da Atenção à Saúde Auditiva.	4%	4,00%
Realizar projeto para formação de cuidadores à Pessoa com Deficiência conjuntamente com a Área Técnica da Saúde do Idoso.	2,10%	1,90%
Realização de eventos de promoção da saúde e prevenção de acidentes e quedas.	1,60%	1,60%
Continuidade na divulgação dos fluxos de atenção à Saúde da PcD.	1,20%	1,20%
Atualizar e qualificar o colegiado distrital e NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), sobre a Política de Atenção à Saúde à PcD.	1,10%	1,10%
Elaborar site da Área Técnica para informações sobre Saúde da Pessoa com Deficiência.	1,60%	0,90%
Integrar a Secretaria Municipal da Saúde à Semana de Promoção da Saúde da Pessoa com Deficiência – campanha na mídia.	1,60%	1,60%
Realizar levantamento epidemiológico com enfoque no recorte da pessoa com deficiência em todas as Unidades de Saúde com o e-SUS implantado.	2,60%	2,60%
Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da RAS PcD, incluindo as modalidades ligadas aos serviços fisioterapia, audiometria.	2,40%	2,40%
Viabilizar chamamento público para constituição de CER (Centro Especializado em Reabilitação) para ampliar o atendimento específico em reabilitação da pessoa com deficiência nos moldes do Centro Especializado de Reabilitação – CER.	1,6%	1,6%
Potencializar o Grupo Condutor Municipal de Cuidados à Pessoa com deficiência mediante participação de outras secretarias, como: SME, Cultura, Direitos Humanos, Trabalho/Emprego, EPTC efetivando a intersetorialidade na construção de um conceito ampliado de Atenção à Saúde à Pessoa com Deficiência.	1,2%	1,2%
<b>Total</b>	<b>25%</b>	<b>22,12%</b>

Com relação às ações pactuadas que não foram atingidas informamos que as mesmas serão realizadas ao longo de 2017, tendo em vista que se trata de ações importantes para a implementação da política de atenção à saúde da pessoa com deficiência no município. O trabalho da equipe da ASSEPRO que mapeou 36 US

em 2016, além de realizar projetos com as adaptações necessárias, seguirá no mapeamento das US. O projeto para a Formação de Cuidadores deverá ser avaliado, e a ASSECOM poderá dar continuidade na elaboração do site previsto.

### **12.8.2 Política de Saúde do Trabalhador**

No ano de 2016, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador foi agregada à Gerência de Políticas Públicas em Saúde (GPPS) de Igualdade e Inclusão, da Coordenadoria Geral das Políticas Públicas em Saúde (CGPPS) – SMS. A Política de Saúde do Trabalhador foi inserida nessa gerência visando maior transversalidade das ações entre as Políticas de Ciclos de Vida, de Cuidados Transmissíveis e de Cuidados Não Transmissíveis e reforçar a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria MS 1823/2012), como política a ser adotada pela SMS, em Porto Alegre.

### **12.8.3 Política de Saúde da População Privada de Liberdade**

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

Realizado no Presídio Central = 61,9%

Realizado na Penitenciária Feminina Madre Pelletier = 96,8%

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

Durante o ano de 2016, foram atendidos 6044 (61,9%) do total de 9758 ingressantes no Presídio Central de Porto Alegre (PCPA). O grande número de ingressantes durante o primeiro quadrimestre (4458) influenciou negativamente no resultado, pois suplantou a capacidade de atendimento das equipes (1344 atendidos – 30,1%). Aspectos relacionados à segurança (como a revista carcerária) também

influenciam na capacidade de atendimento das equipes. A partir da limitação do ingresso (3000 e 2300 ingressantes no segundo e terceiro quadrimestres, respectivamente) para evitar a superlotação, houve melhora nos resultados (90 e 87% de atendimento de ingressantes no segundo e terceiro quadrimestres, respectivamente). O caráter transitório do PCPA, que conta com um alto fluxo de homens por transferência ou liberação via Habeas Corpus intensifica a dificuldade de acompanhamento destas pessoas.

Na Penitenciária Feminina Madre Pelletier, das 943 ingressantes, 913 (96,8%) receberam atendimento de saúde durante o ano de 2016.

**Tabela 330**– Comparativo do total de procedimentos realizados por Unidade de Saúde Prisional em 2016 em Porto Alegre/RS, entre os anos de 2016 e 2015

Procedimentos	PCPA			Madre Pelletier			Total		
	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação	2016	2015	Variação
Atividade educativa	6	0	-	1	0	-	7	0	-
Consulta	65.097	73.786	-11,8	6.229	7.817	-20,3	71.326	81.603	-12,6
Atendimento de urgência	8.669	9.836	-11,9	3.428	3.752	-8,6	12.097	13.588	-11,0
Saúde bucal	346	0	-	9	0	-	355	0	-
Procedimento	1.716	0	-	1.206	0	-	2.922	0	-
<b>Total</b>	<b>75.834</b>	<b>83.622</b>	<b>-9,3</b>	<b>10.873</b>	<b>11.569</b>	<b>-6,0</b>	<b>86.707</b>	<b>95.191</b>	<b>-8,9</b>

**FONTE:** SIA.

**Procedimentos:** 0101010010; 0101020015; 0101020074; 0101020090; 0101040024; 0201020033; 0201020041; 0204010187; 0214010015; 0214010058; 0214010066; 0214010074; 0301010030; 0301010048; 0301010072; 0301010153; 0301060037; 0301100012; 0301100020; 0301100039; 0301100101; 0301100152; 0307010031; 0307020010; 0307020029; 0307030016; 0307030024; 0307040070; 0307040089; 0307040135; 0401010023; 0401010066; 0404020054; 0414020138;

A tabela acima apresenta a comparação da produção de cada USP nos dois últimos anos. Observa-se redução nas consultas e atendimentos de urgência e apresentação da produção dos procedimentos e da saúde bucal em 2016. Aspectos relacionados à segurança e à implantação do e-SUS podem ter influenciado esses resultados.

#### 12.8.4 Política de Saúde da população em Situação de Rua

A SMS participou, ao longo de 2016 regularmente e ativamente do Grupo de Trabalho POP RUA (GT POP RUA) se responsabilizando da elaboração e implementação de ações intersetoriais para a atenção à população em Situação de Rua, juntamente com outras secretarias da prefeitura (SDH, FASC, SMED, DEMHAB, SMT). A seguir apresentam-se algumas ações realizadas:

- - Elaboração do *“Projeto de Ações Comunitárias Direcionadas à Redução de Danos para Promoção da Saúde da População em Situação de Rua e/ou Situação de Vulnerabilidade Social”*, com plano de trabalho e edital para seleção de organizações da sociedade civil para sua execução, e sua apresentação à coordenação do GT POP RUA. O projeto foi construído participativamente com os movimentos sociais e previu a formação de redutores de danos advindos da população em situação de rua, para sua profissionalização, trabalho e renda;
- - Proposta de unificação de cadastros dos usuários do SUS no SISAB/e-SUS AB em situação de Rua e Cadastro Único (FASC) para qualificação do monitoramento das ações em saúde. Ressalta-se que a PROCEMPA ficou encarregada de avaliar a interoperabilidade dos sistemas;
- - Vinculação de usuários encaminhados para aluguel social à comunidade e à unidade de saúde de referência do território, após a saída da situação de rua (famílias do Parque Harmonia foram acompanhadas para acolhimento pelo projeto de aluguel social/ DEMHAB e FASC, na Restinga).
- - Ação conjunta com o Restaurante Popular e SMS no tratamento da tuberculose, com a vinculação da alimentação ao tratamento diretamente observado naquele local para essa população vulnerável.

Em julho de 2016 houve a instituição da **Política de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua** na Coordenadoria Geral das Políticas Públicas em Saúde (CGPPS), incluída na Gerência de Políticas Públicas em Saúde de Igualdade e Inclusão. Esse momento representou um marco para o avanço dessa política, permitindo o planejamento, monitoramento e avaliação de atenção integral a população em situação de rua, considerando suas especificidades em saúde, de



forma a transversalizar as ações de cuidado com outras políticas de saúde, setoriais e intersetoriais. Destacam-se as seguintes ações da Política de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua no segundo semestre de 2016:

- - Apoio ao reordenamento dos processos de trabalho do Consultório na Rua da GD Centro para retomada de suas ações itinerantes e consequente corresponsabilização de todas as Gerências Distritais para a ampliação do acesso da população em situação de rua aos serviços da rede de atenção à saúde: apoio à reformulação do projeto técnico do CR Centro e à sua discussão em fóruns colegiados distritais; educação permanente e discussão com os coordenadores de todas as unidades de saúde de estratégias de articulação intersetorial, acesso e acolhimento à população em situação de rua; mapeamento da população em situação de rua nos Fóruns RAPS territoriais em parceria com os CRAS e CREAS\_(FASC), e realização, de outubro a dezembro de 2016, de “Encontros de Saúde nas Praças e/ou comunidade”, nomeados pela FASC como “Socialização Rua/Interação Rua”, envolvendo serviços da SMS (saúde bucal, testagem HIV/AIDS, coleta para TB, terapia comunitária), da FASC (CRAS/CREAS), ONGs (Banho Solidário, Embelezze), totalizando 02 eventos na GD SCS e 01 evento na Gerência GD GCC.
- - Em composição com o Comitê Municipal Integrado de Álcool e Drogas, realização por promoção da SENAD/MJ, de Supervisão Clínico-Institucional com os serviços da SMS e da FASC de Atenção à População em Situação de Rua das Gerências CENTRO e NHNI, resultando em uma composição de rede que pactuou com a gerência distrital da GD NHNI a implantação do Fórum RAPS nesse território em 2017;
- - Por fim, qualificação de ações em saúde na atenção básica e especializada aos usuários adolescentes dos Abrigos Residenciais (AR 11 e AR 12), com reavaliação de seus Planos Terapêuticos Singulares pelas equipes de suas unidades de saúde e EESCAS de referência, paralelamente às ações de educação permanente às equipes da assistência, qualificando a atenção a esses usuários para redução de vulnerabilidades em saúde (uso abusivo de drogas, DST/AIDS, violências) que podem determinar situação de rua na juventude.

### 13 FINANCIAMENTO DO SUS

**Meta 53.** Monitorar a utilização de 20% dos recursos municipais em ações e serviços públicos de saúde (ASPS):

A Meta foi alcançada pelo sexto ano seguido, fechando 2016 com um índice de 20,5% de recursos municipais aplicados em ASPS.

**Meta 54.** Monitorar e acompanhar a aplicação de recursos do Fundo Municipal de Saúde conforme LC 141/2012:

O monitoramento é constante, verificando a execução em cada Bloco de Financiamento, bem como a vinculação das disponibilidades financeiras.

**Meta 55.** Adequar o Fundo Municipal de Saúde à legislação vigente:

Tanto quanto tecnicamente possível, o FMS em parceria com os órgãos de planejamento e controle, tem se dedicado em harmonizar a legislação pertinente.

**Tabela 331-** Demonstrativo de ingresso e despesa, por fonte

Fonte	Ingressos (R\$)			Despesas (R\$)		
	2016	2015	Variação (%)	2016	2015	Variação (%)
<b>Fonte Municipal</b>	680.895.540	632.472.379	7,65	681.956.813	629.917.575	8,26
<b>Fonte Estadual</b>	131.044.039	131.295.299	(0,19)*	117.142.896	126.708.914	(7,55)*
<b>Fonte Federal</b>	671.350.694	720.449.128	(6,81)*	641.397.276	707.806.569	(9,38)*
<b>Total</b>	1.483.290.274	1.484.216.806	(0,06)*	1.440.496.985	1.464.433.059	(1,63)*

FONTE: CTB/SDO/CGAFO/SMS

\*Os valores entre parênteses são números negativos.

A tabela acima apresenta o demonstrativo de ingresso e despesa por fonte de financiamento. Constata-se um relativo equilíbrio nos valores apresentados em 2016 frente ao ano anterior.

Da análise da tabela acima, percebe-se que o ingresso de recursos financeiros em 2016 foi praticamente o mesmo que no ano anterior, com pequena redução no ano em análise. Cabe ressaltar, também, que no presente ano ocorreu uma elevação de 7,65% no ingresso da Fonte Municipal. Em sentido oposto, houve redução nos repasses da Fonte Estadual e da Fonte Federal. Merece destaque a superação, em volume de ingresso, da Fonte Municipal frente à Federal.

Em relação aos dispêndios, observa-se que ocorreu despesa, na Fonte Municipal, maior que o ingresso apresentado para este Ente. Além disso, o aumento de 8,26%, nas despesas de 2016 em relação a 2015, tem relação com o aumento

nos gastos com pessoal, como aquele ocasionado por dissídio coletivo. Já, nas fontes Estadual e Federal, o valor das despesas em 2016 foi substancialmente inferior ao ano anterior.

**Tabela 332-** Recurso de Emendas Parlamentares

<b>Parlamentar</b>	<b>Objeto</b>	<b>Beneficiado</b>	<b>Unidade Responsável</b>	<b>Data do Ingresso</b>	<b>Valor (R\$)</b>	<b>Prazo de Execução</b>
PAULO PAIM	Aquisição de equipamentos e material permanente	Diversas Unidades Básicas de Saúde	Atenção Básica	13/4/2016	249.050	14/4/2018
CARLOS GOMES	Aquisição de equipamentos e material permanente	Diversas Unidades Básicas de Saúde	Atenção Básica	16/11/2016	249.200	17/12/2018
AFONSO MOTTA	Aquisição de equipamentos e material permanente	Centro de Especialidade de Saúde Vila dos Comerciantes	Atenção Especializada	18/12/2016	249.950	19/12/2018
DANRLEY DE DEUS HINTERHOLZ	Incremento Teto Mac. Implantação /Aparelhamento/Adequação Unid Saúde/ Aquis Unid Móvel	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	Atenção Especializada	21/12/2016	500.000	22/12/2018
DANRLEY DE DEUS HINTERHOLZ	Incremento Teto Mac. Implantação /Aparelhamento/Adequação Unid Saúde/ Aquis Unid Móvel	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	Atenção Especializada	23/12/2016	100.000	24/12/2018

**FONTE:** Planilha Gerencial Convênios/CGAFO/SMS

A Tabela acima apresenta a relação de emendas parlamentares que ingressaram, pela Fonte Federal, no Fundo Municipal de Saúde em 2016. São 5 (cinco) emendas que totalizam R\$ 1.348.200,00. O prazo para execução desses recursos é de 2 (dois) anos a contar da data do ingresso. Nenhuma parcela desse recurso foi utilizada em 2016.

Foi executado em 2016, da emenda parlamentar de Osmar Gasparini Terra, R\$ 420.100,00 de um total de R\$ 700.00,00 para aquisição de aparelhos de ar condicionado para atender a Rede Básica de Saúde.

**Tabela 333-** Demonstrativo financeiro do IMESF

Descrição	Ano		
	2016 (R\$)	2015 (R\$)	Variação (%)
<b>Valor Estimado em Contrato de Gestão com o IMESF</b>	128.829.648	86.171.315	49,5
<b>Valor Repassado ao IMESF</b>	94.580.664	83.108.424	13,8
<b>Total das Despesas do IMESF</b>	95.962.823	95.725.757	0,25
Despesa com Pessoal*	90.984.345	90.725.255	0,29
Despesas Administrativas**	4.978.478	5.000.501	(0,44)***

**FONTE:** Setor de Contabilidade, Orçamento e Finanças do IMESF – 14/03/2017

\*Pagamento de Pessoal; PMM; Férias; Décimo Terceiro; Vale Transporte; Vale Alimentação; Rescisões; INSS; IR; GPS-RAT; PIS; FGTS; Pensões; Consignações; Sindicatos Profissionais.

\*\*Sindicato Patronal; Serviços de Limpeza e Higiene; Aluguéis Imóveis; Energia Elétrica; Sistema de Informação; Pró Work; Outros.

\*\*\*O valor entre parênteses é um número negativo.

A tabela acima se refere ao demonstrativo financeiro do IMESF nos exercícios de 2016 e 2015, com os valores firmados nos Contratos de Gestão e Implantação, os valores efetivamente repassados ao IMESF mais rendimentos e o total de despesas do IMESF por regime de caixa (despesa com pessoal e despesas administrativas).

O Contrato de Implantação e seus respectivos aditivos tiveram o prazo encerrado em agosto de 2015. O Contrato de Gestão foi firmado em setembro de 2015 e inclui valor acordado para repasses mensais até agosto de 2017. No momento da assinatura do Contrato de Gestão foram estimados os valores mensais até agosto de 2017, sendo que para a estimativa dos valores foram considerados reajustes salariais nas respectivas datas-bases de cada categoria profissional. Também foram consideradas reposições de todos trabalhadores imediatamente após qualquer desligamento, independente do cargo.

Em virtude de dificuldades financeiras do Município de Porto Alegre, em 2016 os reajustes salariais dos funcionários do IMESF foram realizados de forma parcelada e sem retroatividade. Além disso, não foi possível a reposição de todo pessoal que foi desligado do IMESF. Esses fatores fizeram com que o custo real fosse significativamente reduzido no período em análise, conseqüentemente, gerando necessidade de repasses mensais inferiores aos pactuados no Contrato de Gestão.

## 14 CONTROLE SOCIAL

**Meta 61.** Constituir as instâncias descentralizadas do CMS/POA em 60% dos serviços de saúde.

Em janeiro de 2016 assumiu uma nova coordenação do CMS, a partir das eleições realizadas no final do ano de 2015. Das ações previstas para o ano de 2016 destaca-se a realização da I Mostra do Controle Social de Porto Alegre, no dia 9 de abril, evento que se incluiu nas atividades do Dia Mundial da Saúde. Este evento teve como objetivo possibilitar momentos de reflexão e diálogo entre os Conselhos Gestores, Locais e Distritais de Saúde, os quais compartilharam as suas experiências exitosas.

O CMS deu continuidade ao planejamento anual de educação permanente para o controle social, e no 1º quadrimestre destacam-se as seguintes ações: realização de encontro de formação de conselheiros do CDS Humaitá, Navegantes e Ilhas, com a participação de 36 pessoas. Durante o primeiro quadrimestre também foi finalizada a análise da PAS 2016, processo que contou com a participação de 19 representantes do CMS, e que se constitui numa experiência importante de educação permanente.

Outro destaque cabe à constituição da Comissão de Orçamento e Financiamento – COFIN. No segundo quadrimestre, a Comissão de Educação Permanente esteve ativamente envolvida no debate da política nacional, em especial aos acontecimentos que envolveram a gestão federal do SUS. Neste sentido, foram realizados debates, mobilizações e o Abraço aos serviços de saúde, que simbolizaram a defesa do SUS público e para todos.

Na Plenária solene do dia 19 de maio foi realizada a cerimônia comemorativa dos 24 anos do Conselho, com a edição do Prêmio Destaque em Saúde – 7ª edição. Durante o terceiro quadrimestre, a Comissão de Educação Permanente realizou em setembro o Seminário de Avaliação Anual, com a assessoria do CEAP, em que participaram 17 membros da Comissão, onde se destaca o acolhimento e inclusão de 8 novos membros. Neste período também foi realizado pela Comissão de Educação Permanente um Encontro de Formação para Conselheiros do CDS Sul / Centro Sul, em outubro, com a participação de 37 pessoas. A Comissão de Educação Permanente desenvolveu também, neste período, 2 encontros em formato

de Oficinas, para a *escrita criativa* do capítulo central do Livro comemorativo aos 25 anos do CMS/POA, a ser entregue em maio de 2017. Estas oficinas contaram com a presença de integrantes dos Conselhos e participantes da 1ª Mostra de Experiências Exitosas em Controle Social de Porto Alegre, realizada em abril.

O tema da territorialização da rede de Atenção Básica deveria ter sido concluído para a devolução ao Plenário no terceiro quadrimestre. No entanto, o processo de discussão proposto e acordado foi realizado em algumas regiões, mas ainda não está concluído, na medida em que em algumas Gerências o debate ainda não teve início. Essa situação exige a definição de outra agenda para concluir este trabalho, na medida em que somente no primeiro semestre houve mais de 100 casos de Ouvidoria relacionados a mudanças de territórios.

O processo permanente de sensibilização e esforço conjunto entre CMS e SMS para ampliar, fortalecer e consolidar os espaços de controle social, em especial, dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde, resultou na ampliação do quantitativo total de CLS, que passou de 88 no final de 2015 para 97 no final de 2016. Destaca-se ainda a renovação durante o ano dos Núcleos de Coordenação dos Conselhos Distritais de Saúde Noroeste, Partenon, Eixo Baltazar, Nordeste, Lomba do Pinheiro e Restinga. Destaca-se ainda que existem diversos processos de eleições e constituição destes espaços junto aos serviços da rede de Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 141. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL - Ministério da Saúde. Portarias de Nº 2.135. Estabelece diretriz para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

BRASIL - Ministério da Saúde Portaria Nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, 4ª Edição/2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal Da Saúde. Programação Anual de Saúde 2015

Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora). [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&qid=742&Itemid=423](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&qid=742&Itemid=423)

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos)

[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/confer\\_nacional\\_de20medicamentos](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/confer_nacional_de20medicamentos)

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555\\_30\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html)

[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/instrucao\\_normativa\\_003\\_12](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/instrucao_normativa_003_12)

[http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/1493\\_ce\\_20150819\\_executivo](http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/1493_ce_20150819_executivo)

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431490>

[\\Pmpa-fs1\grss\\$\GRSS RAIZ\2016 Portarias com hiperlink](\\Pmpa-fs1\grss$\GRSS RAIZ\2016 Portarias com hiperlink)



## ANEXO I – PACTUAÇÃO TRIPARTITE DE INDICADORES SISPACTO 2016

**Diretriz** - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

**Objetivo 1.** Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar

Nº	Tipo	Indicador	Unid	Pactuação	Realizado
1	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	%	60%	50,11%
2	E	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	%	5%	8,35%

**Diretriz** - Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

**Objetivo 2** - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

Nº	Tipo	Indicador	Unid	Pactuação	Realizado
4	E	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	%	10%	7,07%
5	U	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	Razão	0,41	0,34
6	U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Razão	0,32	0,30
7	U	Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar	%	50%	49,70%
8	E	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – Caps	/100.000	1	0.95

**Objetivo 3.** Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

Nº	Tipo	Indicador	Unid	Pactuação	Realizado
9	U	Taxa de mortalidade infantil	N. Absol ou /1000	9,9	8,7
10	U	Proporção de óbitos maternos investigados	%	100%	100%
11	U	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	%	100%	100%

**Diretriz.** Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

**Objetivo 4.** Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Nº	Tipo	Indicador	Unid	Pactuação	Realizado
12	U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	N. Absol	300	547

13	U	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	/100.000	380	374,16
14	U	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	%	33,33%	11,11%
15	U	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	%	75%	52%
16	U	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	%	90%	91%
17	U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	%	95%	97,70%
18	U	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados (Sinan)	N. Absol	200	184
19	U	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	N. Absol	8	4
20	E	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	%	85%	83%
21	E	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase	%	80%	86%
25	U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	%	90%	100,33%

**Objetivo 8.** Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor

Nº	Tipo	Indicador	Unid	Pactuação	Realizado
26	U	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios	%	100%	100%

**Diretriz.** Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013

**Objetivo 10.** Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho

Nº	Tipo	Indicador	Unid	Pactuação	Realizado
27	E	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	%	50%	100%

**Diretriz.** Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral

**Objetivo 12.** Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS

Nº	Tipo	Indicador	Unid	Pactuação	Realizado
28	U	Planos de saúde enviados aos conselhos de saúde	N. Absol	1	1

**ANEXO II – RELAÇÃO DOS CARGOS POR ÁREA, ORIGEM, REGIME, CARGA HORÁRIA E QUANTITATIVO DE SERVIDORES.**

ÁREA	CARGO	ORIGEM	REGIME	CH	QT SERV
ASSECOM	ASSESSOR ESPECIALISTA-CC	PMPA	RDE	40	1
ASSECOM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	1
ASSECOM	TECNICO EM COMUNICACAO SOCIAL	PMPA	RDE	40	5
ASSEJUR	ASSESSOR ESPECIALISTA-CC	PMPA	RDE	40	1
ASSEJUR	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	1
ASSEJUR	COORDENADOR-GERAL-CC	PMPA	RDE	40	1
ASSEJUR	OPERADOR DE RADIO TRANSCEPTOR	PMPA	RDE	40	1
ASSEJUR	PROFESSOR M1	PMPA	RDE	40	1
ASSEPLA	ADMINISTRADOR	PMPA	RDE	40	2
ASSEPLA	ASSESSOR TECNICO-CC	PMPA	RDE	40	1
ASSEPLA	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	30	30	1
ASSEPLA	ASSISTENTE SOCIAL	PMPA	RDE	40	1
ASSEPLA	ASSISTENTE-CC	PMPA	RDE	40	1
ASSEPLA	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	RTI	40	2
ASSEPLA	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	RDE	40	1
ASSEPLA	ENFERMEIRO	PMPA	SEM REGIME	30	1
ASSEPLA	ENFERMEIRO	PMPA	RDE	40	3
ASSEPLA	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	SEM REGIME	20	3
ASSEPLA	TECNICO EM NUTRICAO E DIETETICA	PMPA	RTI	40	1
CAF	FARMACEUTICO	PMPA	SEM REGIME	30	1
CAF	FARMACEUTICO	PMPA	RDE	40	2
CEREST	AGENTE DE FISCALIZACAO	SES	40	40	1
CEREST	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	SEM REGIME	30	1
CEREST	ATENDENTE	SES	40	40	1
CEREST	ENFERMEIRO	PMPA	RDE	40	1
CEREST	FISIOTERAPEUTA	PMPA	RDE	40	1
CEREST	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	SEM REGIME	20	2
CEREST	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RDE	40	1
CEREST	MOTORISTA	PMPA	RTI	40	1
CEREST	TECNICO DE SEGURANCA DO TRABALHO	PMPA	RTI	40	2

CEREST	TERAPEUTA OCUPACIONAL	PMPA	RDE	40	1
CGAB	ADMINISTRADOR	MS	40	40	1
CGAB	ADMINISTRADOR	PMPA	RDE	40	1
CGAB	APONTADOR	MS	40	40	1
CGAB	APONTADOR	PMPA	RTI	40	1
CGAB	ASSESSOR ESPECIALISTA-CC	PMPA	RDE	40	2
CGAB	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	MS	30	30	1
CGAB	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	MS	40	40	4
CGAB	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	15
CGAB	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	30	30	4
CGAB	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	40	40	33
CGAB	ASSISTENTE SOCIAL	MS	40	40	1
CGAB	ASSISTENTE SOCIAL	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGAB	ASSISTENTE SOCIAL	PMPA	RDE	40	13
CGAB	ASSISTENTE SOCIAL	SES	30	30	1
CGAB	ASSISTENTE SOCIAL	SES	40	40	2
CGAB	ASSISTENTE-CC	PMPA	RDE	40	2
CGAB	ATENDENTE	MS	40	40	1
CGAB	ATENDENTE	SES	30	30	3
CGAB	ATENDENTE	SES	40	40	6
CGAB	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	MS	40	40	6
CGAB	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	SEM REGIME	30	11
CGAB	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	RTI	40	112
CGAB	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SES	20	20	2
CGAB	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SES	30	30	22
CGAB	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SES	40	40	29
CGAB	AUXILIAR DE FARMACIA	PMPA	RTI	40	2
CGAB	AUXILIAR DE GABINETE ODONTOLOGICO	PMPA	SEM REGIME	30	3
CGAB	AUXILIAR DE GABINETE ODONTOLOGICO	PMPA	RTI	40	31
CGAB	AUXILIAR DE SERVICO SOCIAL	PMPA	RTI	40	1
CGAB	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	PMPA	RTI	40	7
CGAB	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	SES	40	40	5
CGAB	BIBLIOTECARIO	MS	40	40	1
CGAB	CIRURGIAO-DENTISTA	MS	24	24	1
CGAB	CIRURGIAO-DENTISTA	MS	30	30	3
CGAB	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	SEM REGIME	30	10

CGAB	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	RDE	40	24
CGAB	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	RTI	40	4
CGAB	CIRURGIAO-DENTISTA	SES	20	20	1
CGAB	CIRURGIAO-DENTISTA	SES	30	30	3
CGAB	CIRURGIAO-DENTISTA	SES	40	40	6
CGAB	CONTINUO	SES	40	40	14
CGAB	ENFERMEIRO	PMPA	SEM REGIME	30	11
CGAB	ENFERMEIRO	PMPA	RDE	40	76
CGAB	ENFERMEIRO	PMPA	RTI	40	3
CGAB	ENFERMEIRO	SES	40	40	2
CGAB	FARMACEUTICO	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGAB	FARMACEUTICO	PMPA	RDE	40	8
CGAB	FISIOTERAPEUTA	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGAB	FISIOTERAPEUTA	PMPA	RDE	40	2
CGAB	FONOAUDIOLOGO	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGAB	FONOAUDIOLOGO	PMPA	RDE	40	7
CGAB	GUARDA MUNICIPAL	MS	40	40	1
CGAB	MEDICO	MS	20	20	1
CGAB	MEDICO	SES	20	20	3
CGAB	MEDICO	SES	30	30	34
CGAB	MEDICO	SES	40	40	4
CGAB	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	SEM REGIME	20	39
CGAB	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RST	30	8
CGAB	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RDE	40	9
CGAB	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RTI	40	1
CGAB	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	SEM REGIME	20	120
CGAB	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RST	30	22
CGAB	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RDE	40	12
CGAB	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RTI	40	1
CGAB	MEDICO VETERINARIO	PMPA	RDE	40	1
CGAB	MONITOR	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGAB	MONITOR	PMPA	RTI	40	3
CGAB	NUTRICIONISTA	MS	40	40	2
CGAB	NUTRICIONISTA	PMPA	SEM REGIME	30	3
CGAB	NUTRICIONISTA	PMPA	RDE	40	12

CGAB	NUTRICIONISTA	SES	40	40	2
CGAB	OPERARIO	PMPA	RTI	40	1
CGAB	OPERARIO (CLT)	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGAB	PORTEIRO	SES	30	30	1
CGAB	PROFESSOR	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGAB	PROFESSOR M5	PMPA	RDE	40	2
CGAB	PSICOLOGO	PMPA	SEM REGIME	30	3
CGAB	PSICOLOGO	PMPA	RDE	40	15
CGAB	PSICOLOGO	SES	30	30	1
CGAB	PSICOLOGO	SES	40	40	1
CGAB	RECEPCIONISTA	PMPA	RTI	40	2
CGAB	TECNICO EM ENFERMAGEM	PMPA	SEM REGIME	30	46
CGAB	TECNICO EM ENFERMAGEM	PMPA	RTI	40	75
CGAB	TECNICO EM HIGIENE DENTAL	PMPA	RTI	40	2
CGAB	TECNICO EM NUTRICAO E DIETETICA	PMPA	RTI	40	4
CGAB	TECNICO EM TRATAMENTO DE AGUA E ESGOTOS	PMPA	RTI	40	1
CGAB	TERAPEUTA OCUPACIONAL	PMPA	RDE	40	6
CGADSS	ADMINISTRADOR	PMPA	RDE	40	4
CGADSS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	SEM REGIME	30	5
CGADSS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	17
CGADSS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	30	30	1
CGADSS	ASSISTENTE SOCIAL	PMPA	RDE	40	1
CGADSS	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGADSS	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SES	40	40	1
CGADSS	CHEFE DE EQUIPE-CC	PMPA	RDE	40	1
CGADSS	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	SEM REGIME	20	1
CGADSS	MOTORISTA	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGADSS	MOTORISTA	PMPA	RTI	40	2
CGADSS	NUTRICIONISTA	PMPA	RDE	40	1
CGADSS	PROFESSOR M5	PMPA	RCT	30	1
CGADSS	PSICOLOGO	PMPA	RDE	40	3
CGADSS	RECEPCIONISTA	PMPA	RTI	40	2
CGADSS	TECNICO EM TREINAMENTO E SELECAO	PMPA	RDE	40	1

CGADSS	TERAPEUTA OCUPACIONAL	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGAE	ADMINISTRADOR	PMPA	RDE	40	1
CGAE	APONTADOR	MS	40	40	2
CGAE	APONTADOR	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGAE	APONTADOR	PMPA	RTI	40	1
CGAE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	MS	40	40	6
CGAE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	SEM REGIME	30	4
CGAE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	15
CGAE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	20	20	1
CGAE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	30	30	10
CGAE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	40	40	23
CGAE	ASSISTENTE SOCIAL	PMPA	RDE	40	19
CGAE	ASSISTENTE SOCIAL	SES	30	30	1
CGAE	ASSISTENTE SOCIAL	SES	40	40	2
CGAE	ATENDENTE	MS	40	40	1
CGAE	ATENDENTE	PMPA	RTI	40	1
CGAE	ATENDENTE	SES	20	20	1
CGAE	ATENDENTE	SES	40	40	9
CGAE	AUXILIAR DE COZINHA	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGAE	AUXILIAR DE COZINHA	PMPA	RTI	40	1
CGAE	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	MS	40	40	8
CGAE	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	SEM REGIME	30	12
CGAE	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	RTI	40	69
CGAE	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SES	20	20	1
CGAE	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SES	30	30	19
CGAE	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SES	40	40	19
CGAE	AUXILIAR DE FARMACIA	PMPA	SEM REGIME	30	6
CGAE	AUXILIAR DE FARMACIA	PMPA	RTI	40	1
CGAE	AUXILIAR DE GABINETE ODONTOLOGICO	PMPA	SEM REGIME	30	12
CGAE	AUXILIAR DE GABINETE ODONTOLOGICO	PMPA	RTI	40	18
CGAE	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	MS	40	40	1
CGAE	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGAE	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	PMPA	RTI	40	5
CGAE	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	SES	30	30	2

CGAE	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	SES	40	40	4
CGAE	CARPINTEIRO	MS	40	40	1
CGAE	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	SEM REGIME	30	16
CGAE	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	RDE	40	15
CGAE	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	RTI	40	1
CGAE	CIRURGIAO-DENTISTA	SES	30	30	1
CGAE	CIRURGIAO-DENTISTA	SES	40	40	3
CGAE	CONTINUO	SES	40	40	3
CGAE	COZINHEIRO	PMPA	RTI	40	2
CGAE	ELETRICISTA	PMPA	RTI	40	3
CGAE	ENFERMEIRO	MS	40	40	1
CGAE	ENFERMEIRO	PMPA	SEM REGIME	30	9
CGAE	ENFERMEIRO	PMPA	RDE	40	35
CGAE	FARMACEUTICO	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGAE	FARMACEUTICO	PMPA	RDE	40	17
CGAE	FISIOTERAPEUTA	MS	30	30	1
CGAE	FISIOTERAPEUTA	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGAE	FISIOTERAPEUTA	PMPA	RDE	40	7
CGAE	FISIOTERAPEUTA	SES	40	40	2
CGAE	FONOAUDIOLOGO	PMPA	RDE	40	9
CGAE	GARI	PMPA	RTI	40	1
CGAE	MEDICO	MS	20	20	6
CGAE	MEDICO	MS	30	30	1
CGAE	MEDICO	PMPA	SEM REGIME	20	2
CGAE	MEDICO	SES	20	20	3
CGAE	MEDICO	SES	30	30	31
CGAE	MEDICO	SES	40	40	7
CGAE	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	SEM REGIME	20	16
CGAE	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RST	30	4
CGAE	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RDE	40	4
CGAE	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RTI	40	1
CGAE	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	SEM REGIME	20	82
CGAE	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RST	30	13
CGAE	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RDE	40	9
CGAE	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RTI	40	1



CGAE	MONITOR	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGAE	MONITOR	PMPA	RTI	40	11
CGAE	NUTRICIONISTA	PMPA	RDE	40	12
CGAE	NUTRICIONISTA	SES	30	30	3
CGAE	NUTRICIONISTA	SES	40	40	2
CGAE	OPERARIO	PMPA	RTI	40	1
CGAE	OPERARIO (CLT)	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGAE	PROFESSOR M5	PMPA	RDE	40	4
CGAE	PSICOLOGO	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGAE	PSICOLOGO	PMPA	RDE	40	34
CGAE	PSICOLOGO	SES	30	30	4
CGAE	PSICOLOGO	SES	40	40	2
CGAE	RECEPCIONISTA	PMPA	RTI	40	1
CGAE	TECNICO EM ENFERMAGEM	PMPA	SEM REGIME	30	22
CGAE	TECNICO EM ENFERMAGEM	PMPA	RTI	40	37
CGAE	TECNICO EM HIGIENE DENTAL	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGAE	TECNICO EM LABORATORIO E ANALISES CLINICAS	PMPA	RTI	40	1
CGAE	TECNICO EM NUTRICA O E DIETETICA	PMPA	RTI	40	2
CGAE	TELEFONISTA	MS	30	30	3
CGAE	TELEFONISTA	PMPA	RTI	40	5
CGAE	TERAPEUTA OCUPACIONAL	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGAE	TERAPEUTA OCUPACIONAL	PMPA	RDE	40	15
CGAFO	ADMINISTRADOR	PMPA	RDE	40	2
CGAFO	ASSESSOR ESPECIALISTA-CC	PMPA	RDE	40	1
CGAFO	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	14
CGAFO	CONTINUO	PMPA	RTI	40	2
CGAFO	COORDENADOR-GERAL-CC	PMPA	RDE	40	1
CGAFO	TECNICO DE CONTROLE INTERNO	PMPA	RTI	40	1
CGATA	ADMINISTRADOR	PMPA	RDE	40	3
CGATA	APONTADOR	PMPA	RTI	40	2
CGATA	ARQUITETO	PMPA	RDE	40	3
CGATA	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGATA	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	20
CGATA	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	30	30	1
CGATA	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	40	40	2

CGATA	AUXILIAR DE COZINHA	PMPA	RTI	40	1
CGATA	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	PMPA	RTI	40	4
CGATA	CHAPEADOR	PMPA	RTI	40	1
CGATA	CONTINUO	PMPA	RTI	40	1
CGATA	ECONOMISTA	PMPA	RDE	40	1
CGATA	ELETRICISTA	PMPA	RTI	40	4
CGATA	ENGENHEIRO	PMPA	RDE	40	5
CGATA	FARMACEUTICO	PMPA	RDE	40	2
CGATA	GARI	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGATA	GARI	PMPA	RTI	40	10
CGATA	GERENTE DE ATIVIDADES III NS-CC	PMPA	RDE	40	1
CGATA	GESTOR E-CC	PMPA	RTI	40	1
CGATA	JARDINEIRO	PMPA	RTI	40	1
CGATA	MECANICO	PMPA	RTI	40	2
CGATA	MOTORISTA	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGATA	MOTORISTA	PMPA	RTI	40	17
CGATA	MOTORISTA	SES	30	30	1
CGATA	OPERARIO (CLT)	PMPA	SEM REGIME	30	3
CGATA	PROFESSOR M5	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGATA	SOLDADOR	PMPA	RTI	40	1
CGATA	TECNICO DE CONTROLE INTERNO	PMPA	RTI	40	1
CGATA	TECNICO EM HIGIENE DENTAL	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGATA	TELEFONISTA	PMPA	RTI	40	2
CGATA	TELEFONISTA EXCEDENTE CLT EPATUR	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGPPS	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	PMPA	RTI	40	1
CGPPS	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RST	30	1
CGPPS	TERAPEUTA OCUPACIONAL	MS	30	30	1
CGSMU	ADMINISTRADOR	PMPA	RDE	40	4
CGSMU	APONTADOR	PMPA	RTI	40	1
CGSMU	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	MS	40	40	1
CGSMU	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	35
CGSMU	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	30	30	1
CGSMU	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	40	40	4
CGSMU	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO HOSPITALAR	PMPA	RTI	40	1
CGSMU	ASSISTENTE SOCIAL	PMPA	RDE	40	8

CGSMU	ASSISTENTE SOCIAL	SES	40	40	1
CGSMU	ATENDENTE	MS	40	40	1
CGSMU	ATENDENTE	SES	40	40	2
CGSMU	AUXILIAR DE COZINHA	PMPA	RTI	40	4
CGSMU	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	SEM REGIME	30	10
CGSMU	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	RTI	40	183
CGSMU	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SES	30	30	1
CGSMU	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SES	40	40	3
CGSMU	AUXILIAR DE FARMACIA	PMPA	RTI	40	1
CGSMU	AUXILIAR DE GABINETE ODONTOLOGICO	PMPA	RTI	40	10
CGSMU	AUXILIAR DE SERVICO SOCIAL	PMPA	RTI	40	1
CGSMU	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	PMPA	RTI	40	13
CGSMU	BIOMEDICO	PMPA	RDE	40	3
CGSMU	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	RDE	40	16
CGSMU	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	RTI	40	1
CGSMU	CIRURGIAO-DENTISTA	SES	40	40	1
CGSMU	CONTINUO	PMPA	RTI	40	1
CGSMU	CONTINUO	SES	40	40	1
CGSMU	COSTUREIRA	PMPA	RTI	40	1
CGSMU	COZINHEIRO	PMPA	RTI	40	4
CGSMU	ECONOMISTA	PMPA	RDE	40	1
CGSMU	ELETRICISTA	PMPA	RTI	40	3
CGSMU	ELETROTECNICO	PMPA	RTI	40	2
CGSMU	ENFERMEIRO	PMPA	SEM REGIME	30	4
CGSMU	ENFERMEIRO	PMPA	RDE	40	91
CGSMU	ENFERMEIRO	PMPA	RTI	40	3
CGSMU	FARMACEUTICO	PMPA	RDE	40	9
CGSMU	GARI	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGSMU	GARI	PMPA	RTI	40	7
CGSMU	INSTALADOR	PMPA	RTI	40	3
CGSMU	MECANICO	PMPA	RTI	40	1
CGSMU	MEDICO	MS	20	20	4
CGSMU	MEDICO	SES	30	30	3
CGSMU	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	SEM REGIME	20	14
CGSMU	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RST	30	6
CGSMU	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RDE	40	5

CGSMU	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RTI	40	3
CGSMU	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	SEM REGIME	20	140
CGSMU	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RST	30	30
CGSMU	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RDE	40	8
CGSMU	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RTI	40	4
CGSMU	MOTORISTA	MS	40	40	1
CGSMU	MOTORISTA	PMPA	RTI	40	98
CGSMU	MOTORISTA CLT	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGSMU	NUTRICIONISTA	PMPA	RDE	40	3
CGSMU	OPERADOR DE ESTACAO DE TRATAMENTO	PMPA	RTI	40	1
CGSMU	OPERADOR DE RADIO TRANSCEPTOR	PMPA	RTI	40	2
CGSMU	OPERARIO	PMPA	RTI	40	6
CGSMU	OPERARIO (CLT)	PMPA	SEM REGIME	30	5
CGSMU	OPERARIO ESPECIALIZADO	PMPA	RTI	40	4
CGSMU	PEDREIRO	PMPA	RTI	40	2
CGSMU	PINTOR	PMPA	RTI	40	2
CGSMU	PSICOLOGO	PMPA	RDE	40	4
CGSMU	SOLDADOR	PMPA	RTI	40	1
CGSMU	TECNICO EM ENFERMAGEM	PMPA	SEM REGIME	30	9
CGSMU	TECNICO EM ENFERMAGEM	PMPA	RTI	40	146
CGSMU	TECNICO EM LABORATORIO E ANALISES CLINICAS	PMPA	RTI	40	11
CGSMU	TECNICO EM NUTRICAO E DIETETICA	PMPA	RTI	40	3
CGSMU	TECNICO EM RADIOLOGIA	MS	24	24	2
CGSMU	TECNICO EM RADIOLOGIA	PMPA	SEM REGIME	24	32
CGSMU	TELEFONISTA	PMPA	RTI	40	2
CGVS	ADMINISTRADOR	PMPA	RDE	40	1
CGVS	AGENTE DE FISCALIZACAO	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGVS	AGENTE DE FISCALIZACAO	PMPA	RTI	40	51
CGVS	APONTADOR	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGVS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGVS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	20
CGVS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	40	40	6
CGVS	ASSISTENTE SOCIAL	PMPA	RDE	40	2

CGVS	ATENDENTE	SES	SEM	30	1
CGVS	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	RTI	40	17
CGVS	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SES	40	40	1
CGVS	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	PMPA	RTI	40	1
CGVS	BIOLOGO	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGVS	BIOLOGO	PMPA	RDE	40	10
CGVS	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGVS	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	RDE	40	6
CGVS	CONTINUO	SES	40	40	2
CGVS	ELETRICISTA	PMPA	RTI	40	1
CGVS	ENFERMEIRO	PMPA	RDE	40	23
CGVS	ENGENHEIRO	PMPA	RDE	40	3
CGVS	ENGENHEIRO QUIMICO	PMPA	RDE	40	1
CGVS	FARMACEUTICO	PMPA	RDE	40	4
CGVS	FISICO	PMPA	RDE	40	1
CGVS	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RST	30	2
CGVS	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	SEM REGIME	20	6
CGVS	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RST	30	2
CGVS	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RDE	40	2
CGVS	MEDICO VETERINARIO	PMPA	SEM REGIME	30	3
CGVS	MEDICO VETERINARIO	PMPA	RDE	40	17
CGVS	MEDICO VETERINARIO	SES	40	40	1
CGVS	MOTORISTA	PMPA	RTI	40	6
CGVS	MOTORISTA CLT	PMPA	SEM REGIME	30	2
CGVS	NUTRICIONISTA	PMPA	RDE	40	1
CGVS	OPERADOR DE MAQUINAS	PMPA	RTI	40	1
CGVS	OPERADOR DE RADIO TRANSCEPTOR	PMPA	RTI	40	1
CGVS	OPERARIO	PMPA	RTI	40	1
CGVS	OPERARIO (CLT)	PMPA	SEM REGIME	30	1
CGVS	OPERARIO ESPECIALIZADO	PMPA	RTI	40	1
CGVS	PROFESSOR M5	PMPA	RDE	40	1
CGVS	PSICOLOGO	PMPA	RDE	40	2
CGVS	TECNICO EM ENFERMAGEM	PMPA	SEM REGIME	30	3
CGVS	TECNICO EM ENFERMAGEM	PMPA	RTI	40	4
CGVS	TELEFONISTA	SES	30	30	1

CGVS	TERAPEUTA OCUPACIONAL	PMPA	RDE	40	1
CGVS	VISITADOR SANITARIO	SES	40	40	1
CMS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	1
CMS	ASSISTENTE SOCIAL	PMPA	RDE	40	1
CMS	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	RDE	40	1
CMS	MEDICO	SES	30	30	1
GRSS	ADMINISTRADOR	PMPA	RDE	40	1
GRSS	ASSESSOR TECNICO-CC	PMPA	RDE	40	1
GRSS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	26
GRSS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	30	30	1
GRSS	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	MS	40	40	1
GRSS	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	SEM REGIME	30	2
GRSS	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	RDE	40	1
GRSS	ENFERMEIRO	PMPA	SEM REGIME	30	1
GRSS	ENFERMEIRO	PMPA	RDE	40	15
GRSS	FARMACEUTICO	PMPA	RDE	40	1
GRSS	MEDICO	SES	20	20	1
GRSS	MEDICO	SES	30	30	1
GRSS	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	SEM REGIME	20	3
GRSS	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RST	30	6
GRSS	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	SEM REGIME	20	45
GRSS	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RST	30	14
GRSS	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RDE	40	2
GRSS	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RTI	40	2
GS	ASSESSOR TECNICO-CC	PMPA	RDE	40	3
GS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	2
GS	ASSISTENTE SOCIAL	PMPA	SEM REGIME	30	1
GS	ASSISTENTE SOCIAL	PMPA	RDE	40	2
GS	CHEFE DE GABINETE - CC	PMPA	RDE	40	1
GS	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	RDE	40	1
GS	COORDENADOR-GERAL-CC	PMPA	RDE	40	1
GS	ENFERMEIRO	PMPA	RDE	40	2
GS	GARI	PMPA	RTI	40	1
GS	GERENTE DE ATIVIDADES III NS-CC	PMPA	RDE	40	1
GS	GERENTE IV-CC	PMPA	RDE	40	1
GS	MEDICO	PMPA	SEM REGIME	20	3

GS	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	SEM REGIME	20	2
GS	MOTORISTA	PMPA	RTI	40	1
GS	OFICIAL DE GABINETE-CC	PMPA	RTI	40	1
GS	SECRETARIO ADJUNTO-CC	PMPA	RDE	40	1
GS	TECNICO EM COMUNICACAO SOCIAL	PMPA	RDE	40	1
GSSM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	5
GSSM	ASSISTENTE SOCIAL	PMPA	RDE	40	1
GSSM	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	SEM REGIME	30	1
GSSM	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	RTI	40	6
GSSM	ENFERMEIRO	PMPA	RDE	40	1
GSSM	ENGENHEIRO	PMPA	RDE	40	1
GSSM	MEDICO	PMPA	SEM REGIME	20	1
GSSM	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	SEM REGIME	20	3
GSSM	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	SEM REGIME	20	6
GSSM	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RST	30	5
GSSM	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RDE	40	1
GSSM	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RTI	40	2
GSSM	TECNICO DE SEGURANCA DO TRABALHO	PMPA	SEM REGIME	30	2
GSSM	TECNICO DE SEGURANCA DO TRABALHO	PMPA	RTI	40	1
GTI	ADMINISTRADOR	PMPA	RDE	40	2
GTI	APONTADOR	PMPA	RTI	40	1
GTI	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	5
GTI	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	PMPA	RTI	40	1
GTI	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	RDE	40	1
GTI	ENFERMEIRO	PMPA	RDE	40	2
GTI	GARI	PMPA	RTI	40	1
HMIPV	ADMINISTRADOR	PMPA	RDE	40	6
HMIPV	APONTADOR	MS	40	40	10
HMIPV	ASSESSOR ESPECIALISTA-CC	PMPA	RDE	40	1
HMIPV	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	MS	40	40	12
HMIPV	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	28
HMIPV	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	30	30	1
HMIPV	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	40	40	4
HMIPV	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO HOSPITALAR	PMPA	RTI	40	1
HMIPV	ASSISTENTE SOCIAL	PMPA	RDE	40	9

HMIPV	ASSISTENTE-CC	PMPA	RDE	40	1
HMIPV	ATENDENTE	MS	40	40	12
HMIPV	ATENDENTE	SES	30	30	1
HMIPV	ATENDENTE	SES	40	40	1
HMIPV	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	MS	20	20	1
HMIPV	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	MS	40	40	38
HMIPV	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	SEM REGIME	30	9
HMIPV	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	RTI	40	33
HMIPV	AUXILIAR DE GABINETE ODONTOLOGICO	PMPA	SEM REGIME	30	1
HMIPV	AUXILIAR DE GABINETE ODONTOLOGICO	PMPA	RTI	40	1
HMIPV	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	MS	40	40	6
HMIPV	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	PMPA	RTI	40	3
HMIPV	AUXILIAR DE SERVICOS TECNICOS	PMPA	RTI	40	1
HMIPV	BIOMEDICO	PMPA	RDE	40	2
HMIPV	CHEFE DE EQUIPE-CC	PMPA	RDE	40	1
HMIPV	CIRURGIAO-DENTISTA	MS	30	30	2
HMIPV	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	SEM REGIME	30	1
HMIPV	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	RDE	40	1
HMIPV	CIRURGIAO-DENTISTA	SES	40	40	1
HMIPV	CONTINUO	PMPA	RTI	40	2
HMIPV	ECONOMISTA	PMPA	RDE	40	1
HMIPV	ELETRICISTA	MS	40	40	1
HMIPV	ELETRICISTA	PMPA	RTI	40	1
HMIPV	ELETROTECNICO	PMPA	RTI	40	2
HMIPV	ENFERMEIRO	PMPA	SEM REGIME	30	5
HMIPV	ENFERMEIRO	PMPA	RDE	40	73
HMIPV	ENFERMEIRO	PMPA	RTI	40	5
HMIPV	ENGENHEIRO	MS	40	40	1
HMIPV	ENGENHEIRO	PMPA	RDE	40	2
HMIPV	FARMACEUTICO	MS	40	40	2
HMIPV	FARMACEUTICO	PMPA	SEM REGIME	30	1
HMIPV	FARMACEUTICO	PMPA	RDE	40	15
HMIPV	FARMACEUTICO	PMPA	RTI	40	2
HMIPV	FISIOTERAPEUTA	PMPA	SEM REGIME	30	2
HMIPV	FISIOTERAPEUTA	PMPA	RDE	40	7



HMIPV	FISIOTERAPEUTA	PMPA	RTI	40	1
HMIPV	FONOAUDIOLOGO	PMPA	RDE	40	3
HMIPV	GARI	PMPA	RTI	40	4
HMIPV	MECANICO	PMPA	RTI	40	1
HMIPV	MEDICO	MS	20	20	16
HMIPV	MEDICO	MS	40	40	4
HMIPV	MEDICO	SES	20	20	2
HMIPV	MEDICO	SES	30	30	11
HMIPV	MEDICO	SES	40	40	1
HMIPV	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	SEM REGIME	20	5
HMIPV	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RST	30	6
HMIPV	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RDE	40	3
HMIPV	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RTI	40	1
HMIPV	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	SEM REGIME	20	118
HMIPV	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RST	30	52
HMIPV	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RDE	40	7
HMIPV	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RTI	40	8
HMIPV	MOTORISTA	MS	40	40	4
HMIPV	MOTORISTA	PMPA	RTI	40	3
HMIPV	NUTRICIONISTA	MS	40	40	1
HMIPV	NUTRICIONISTA	PMPA	RDE	40	3
HMIPV	OPERARIO	PMPA	RTI	40	4
HMIPV	OPERARIO (CLT)	PMPA	SEM REGIME	30	1
HMIPV	PINTOR	PMPA	RTI	40	1
HMIPV	PROFESSOR M5	PMPA	RCT	30	1
HMIPV	PSICOLOGO	PMPA	RDE	40	6
HMIPV	PSICOLOGO	SES	30	30	2
HMIPV	PSICOLOGO	SES	40	40	1
HMIPV	RECEPCIONISTA	MS	40	40	6
HMIPV	RECEPCIONISTA	PMPA	RTI	40	2
HMIPV	SOLDADOR	PMPA	RTI	40	1
HMIPV	TECNICO DE SEGURANCA DO TRABALHO	PMPA	SEM REGIME	30	1
HMIPV	TECNICO EM ENFERMAGEM	PMPA	SEM REGIME	30	21
HMIPV	TECNICO EM ENFERMAGEM	PMPA	RTI	40	183
HMIPV	TECNICO EM LABORATORIO E ANALISES CLINICAS	MS	40	40	2
HMIPV	TECNICO EM LABORATORIO E	PMPA	SEM	30	4

	ANALISES CLINICAS		REGIME		
HMIPV	TECNICO EM LABORATORIO E ANALISES CLINICAS	PMPA	RTI	40	8
HMIPV	TECNICO EM RADIOLOGIA	MS	24	24	1
HMIPV	TECNICO EM RADIOLOGIA	PMPA	SEM REGIME	24	15
HMIPV	TELEFONISTA	MS	30	30	2
HMIPV	TERAPEUTA OCUPACIONAL	PMPA	RDE	40	2
HPS	ADMINISTRADOR	PMPA	RDE	40	5
HPS	AGENTE DE FISCALIZACAO	PMPA	RTI	40	1
HPS	APONTADOR	PMPA	RTI	40	4
HPS	ARQUITETO	PMPA	RDE	40	3
HPS	ASCENSORISTA	PMPA	RTI	40	1
HPS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	42
HPS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	30	30	2
HPS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SES	40	40	3
HPS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO HOSPITALAR	PMPA	RTI	40	6
HPS	ASSISTENTE SOCIAL	PMPA	RDE	40	8
HPS	ATENDENTE	PMPA	RTI	40	10
HPS	AUXILIAR DE COZINHA	PMPA	RTI	40	10
HPS	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	MS	40	40	1
HPS	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	SEM REGIME	30	5
HPS	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	PMPA	RTI	40	198
HPS	AUXILIAR DE SERVICO SOCIAL	PMPA	RTI	40	3
HPS	AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS	PMPA	RTI	40	22
HPS	AUXILIAR DE SERVICOS TECNICOS	PMPA	RTI	40	2
HPS	AUXILIAR ELETROMECHANICO	PMPA	RTI	40	1
HPS	BIBLIOTECARIO	PMPA	RDE	40	1
HPS	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	SEM REGIME	30	2
HPS	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	RDE	40	8
HPS	CIRURGIAO-DENTISTA	PMPA	RTI	40	1
HPS	CIRURGIAO-DENTISTA	SES	30	30	1
HPS	CONTINUO	PMPA	RTI	40	3
HPS	CONTINUO	SES	40	40	1
HPS	COSTUREIRA	PMPA	RTI	40	1
HPS	COZINHEIRO	PMPA	RTI	40	5
HPS	DIRETOR-GERAL-CC	PMPA	RDE	40	1
HPS	ELETRICISTA	PMPA	RTI	40	5

HPS	ELETROTECNICO	PMPA	RTI	40	4
HPS	ENFERMEIRO	PMPA	RDE	40	88
HPS	ENFERMEIRO	PMPA	RTI	40	12
HPS	ENGENHEIRO	PMPA	RDE	40	1
HPS	ESTOFADOR	PMPA	RTI	40	1
HPS	FARMACEUTICO	PMPA	SEM REGIME	30	1
HPS	FARMACEUTICO	PMPA	RDE	40	13
HPS	FARMACEUTICO	PMPA	RTI	40	1
HPS	FISIOTERAPEUTA	PMPA	RDE	40	8
HPS	GARI	PMPA	SEM REGIME	30	1
HPS	GARI	PMPA	RTI	40	7
HPS	INSTALADOR	PMPA	RTI	40	1
HPS	MAQUINISTA	PMPA	RTI	40	2
HPS	MARCENEIRO	PMPA	RTI	40	1
HPS	MECANICO	PMPA	RTI	40	2
HPS	MEDICO	SES	30	30	1
HPS	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	SEM REGIME	20	20
HPS	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RST	30	18
HPS	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RDE	40	7
HPS	MEDICO CLINICO GERAL	PMPA	RTI	40	24
HPS	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	SEM REGIME	20	151
HPS	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RST	30	83
HPS	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RDE	40	17
HPS	MEDICO ESPECIALISTA	PMPA	RTI	40	37
HPS	MOTORISTA	PMPA	RTI	40	5
HPS	NUTRICIONISTA	PMPA	RDE	40	5
HPS	OPERARIO	PMPA	RTI	40	14
HPS	OPERARIO (CLT)	PMPA	SEM REGIME	30	14
HPS	OPERARIO ESPECIALIZADO	PMPA	RTI	40	12
HPS	PEDREIRO	PMPA	RTI	40	1
HPS	PINTOR	PMPA	RTI	40	1
HPS	PROFESSOR M4	PMPA	RDE	40	1
HPS	PSICOLOGO	PMPA	RDE	40	3
HPS	RECEPCIONISTA	PMPA	RTI	40	4
HPS	SOLDADOR	PMPA	RTI	40	1
HPS	TECNICO EM ENFERMAGEM	PMPA	SEM REGIME	30	7

HPS	TECNICO EM ENFERMAGEM	PMPA	RTI	40	220
HPS	TECNICO EM LABORATORIO E ANALISES CLINICAS	PMPA	RTI	40	18
HPS	TECNICO EM NUTRICAO E DIETETICA	PMPA	RTI	40	4
HPS	TECNICO EM RADIOLOGIA	PMPA	SEM REGIME	24	53
HPS	TECNICO EM RADIOLOGIA	PMPA	RTI	40	1
HPS	TECNICO INDUSTRIAL	PMPA	RTI	40	1
HPS	TELEFONISTA	PMPA	RTI	40	5
OSUS	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	PMPA	RTI	40	1
OSUS	ASSISTENTE SOCIAL	PMPA	RDE	40	2
OSUS	OUVIDOR SUS - CC	PMPA	RDE	40	1
OSUS	TECNICO EM COMUNICACAO SOCIAL	PMPA	RDE	40	1
	TOTAL				5.386

### ANEXO III – CAPACITAÇÕES PARA TRABALHADORES DA SMS

PROMOÇÃO	EVENTO	SERVIDORES	HORAS
<b>CEREST</b>	Análise do Perfil Produtivo do Território - Saúde do Trabalhador - Grupo de Monitoramento LENO	16	32
<b>CEREST</b>	Análise do Perfil Produtivo do Território - Saúde do Trabalhador - Grupo de Monitoramento NHNI	17	34
<b>CEREST</b>	Análise do Perfil Produtivo do Território - Saúde do Trabalhador - Grupo de Monitoramento RES	21	42
<b>CEREST</b>	Análise do Perfil Produtivo do Território - Saúde do Trabalhador - Grupo de Monitoramento SCS	25	50
<b>CGAB</b>	Avaliação do Processo de Descentralização dos ACE para a ABS	94	376
<b>CGAB</b>	Capacitação Aplicativo Dengue	510	2040
<b>CGAB</b>	Capacitação para os trabalhadores do Sistema Prisional sobre o E SUS	31	124
<b>CGAB</b>	Formação ACE Lira/Dengue	16	64
<b>CGAB</b>	Formação da CGAB/Ouvidoria e UFRGS Pesquisa Acesso	26	104
<b>CGAB</b>	Formação para os ACS para utilização aplicativo no Tablet	9	36
<b>CGAB</b>	Fórum NASF	73	292
<b>CGAB</b>	Roda de Conversa com Apoiadores Institucionais	260	1040
<b>CGAB / IMESF</b>	Acesso Mais Seguro na GD LENO	167	1.336
<b>CGAB / IMESF</b>	Acolhimento Aos Trabalhadores Ingressantes na Atenção Básica	154	1.232
<b>CGAB / IMESF</b>	Acolhimento Aos Trabalhadores Ingressantes na Atenção Básica	16	128
<b>CGAB / IMESF</b>	Capacitação Aplicativo E SUS AB Território	68	272
<b>CGAB / IMESF</b>	Capacitação do Sistema GERCON na AB	1.008	2.894
<b>CGAB / IMESF</b>	Capacitação para os ACE sobre a Dengue Report	70	280
<b>CGAB / IMESF</b>	Curso de Qualificação para Coordenadores da Atenção Básica	629	5.032
<b>CGAB / IMESF</b>	Educação Permanente com Apoiadores Institucionais	18	72
<b>CGAB / IMESF</b>	Educação Permanente com Apoio Matricial - Apoiadores Institucionais e NASF	96	384
<b>CGAB / IMESF</b>	Encontro com Apoiadores Institucionais e Apoiadores do NASF	55	220
<b>CGAB / IMESF</b>	Encontro com as Gerentes Distritais e Assepla sobre o PBF	23	92
<b>CGAB / IMESF</b>	Encontro de Educação na Saúde com os ACE's	261	1.768
<b>CGAB / IMESF</b>	Encontro de Facilitadores: Atualização de Fluxos do IMESF	60	240
<b>CGAB / IMESF</b>	I Seminário de Integração do Apoio Matricial (NASF) e Apoio Institucional da Atenção Básica	65	520
<b>CGAB / IMESF</b>	Oficina Acesso Mais Seguro - MAS	154	1848
<b>CGAB / IMESF</b>	Oficina Protocolo de Atenção Básica - Saúde das Mulheres (Formação de Multiplicadores)	43	312
<b>CGAB / IMESF</b>	Registro da Produção dos Profissionais dos NASF / E SUS	59	236
<b>CGAB / IMESF</b>	Reunião Ampliada do Colegiado dos Coordenadores das US	442	1768

<b>CGAB / IMESF</b>	Roda Ampliada de Educação Permanente: Gerentes Distritais, Apoiadores Institucionais, CGAB e IMESF.	40	152
<b>CGAB / IMESF</b>	Roda de Conversa com Gerentes Distritais, Assessores e Apoiadores Institucionais - Violência; Indicadores, ACs	110	440
<b>CGAB / IMESF</b>	Roda de Conversa com Profissionais NASF	32	128
<b>CGATA</b>	Gerenciamento de Insumos Odontológicos na Rede de Saúde de Porto Alegre	229	916
<b>CGPPS</b>	As Atividades Para A Campanha de Prevenção do Câncer de Boca e Controle do Tabagismo - Maio Vermelho 2016	224	1284
<b>CGPPS</b>	Capacitação Colocação do Implante Subdérmico	4	16
<b>CGPPS</b>	Capacitação em Sistema de Informações de Tratamentos Especiais para Tuberculose	12	96
<b>CGPPS</b>	Capacitação em Teste Rápido de HIV, Sífilis e Hepatites Virais	132	528
<b>CGPPS</b>	Capacitação GD Centro PSE Porque Temos a Dificuldade de Conversar Sobre Sexo e Drogas no Contexto Escolar	46	138
<b>CGPPS</b>	Capacitação GD PLP / PSE Porque Temos a Dificuldade de Conversar sobre Sexo e Drogas no Contexto Escolar	72	216
<b>CGPPS</b>	Capacitação GD SCS PSE Porque Temos Dificuldades para Falar Sobre Sexo e Drogas no Contexto Escolar	54	108
<b>CGPPS</b>	Capacitação para Tratamento do Tabagismo	31	248
<b>CGPPS</b>	Capacitação Tabagismo	80	640
<b>CGPPS</b>	Capacitação Triagem Visual para servidores da GD NEB	54	108
<b>CGPPS</b>	Conduta na Drenagem Extra-Oral de Abscessos Odontogênicos	23	92
<b>CGPPS</b>	Curso de Extensão Universitária de Promotores em Saúde da População Negra	65	7280
<b>CGPPS</b>	Curso de Noções Básicas de Manejo Clínico em AM e ACS	44	352
<b>CGPPS</b>	Curso em "Transtorno do Espectro Autista (TEA)"	318	2.332
<b>CGPPS</b>	Dia do Motorista	30	60
<b>CGPPS</b>	Encontro de Nutrição	35	280
<b>CGPPS</b>	I Seminário da Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência - SMS / PMPA	70	560
<b>CGPPS</b>	I Simpósio Internacional de Saúde da População Negra	240	7200
<b>CGPPS</b>	IV Curso de Manejo Clínico em Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável	124	992
<b>CGPPS</b>	IV Roda de Conversa sobre Terapia Comunitária	9	63
<b>CGPPS</b>	Oficina Conhecendo O Guia Alimentar Para A População Brasileira	30	240
<b>CGPPS</b>	Oficina de Formação de Tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	22	704
<b>CGPPS</b>	Semana de Saúde Bucal - A Regulação na Rede de Atenção À Saúde Bucal: Enfrentando O Desafio do Absenteísmo	20	80
<b>CGPPS</b>	Semana de Saúde Bucal - Ações Transversais No Cuidado: As Interfaces das Políticas de Saúde Bucal e Saúde Mental	77	308
<b>CGPPS</b>	Semana de Saúde Bucal - Oficina do Coletivo de Educação Permanente em Saúde na Saúde Bucal	24	96

<b>CGPPS</b>	Semana de Saúde Bucal - Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial	82	328
<b>CGPPS</b>	Semana de Saúde Bucal -Dispositivos Para Integralidade na Clínica: Itinerários do Cuidado	95	380
<b>CGPPS</b>	Semana de Saúde Bucal -Políticas de Cuidados em Saúde – Transmissíveis: Interrelações com A Saúde Bucal	107	428
<b>CGPPS</b>	Seminário Povos Indígenas e Saúde : Desafios Para Equidade no SUS	31	248
<b>CGPPS</b>	V Roda de Conversa Sobre Terapia Comunitária	12	84
<b>CGPPS</b>	VI Roda de Conversa Sobre Terapia Comunitária	12	84
<b>CGPPS</b>	VII Roda de Conversa Sobre Terapia Comunitária	14	98
<b>CGSMU</b>	Acidentes Tóxicos Por Animais Peçonhentos – EAD	2	40
<b>CGSMU</b>	Capacitação em Prevenção e Combate a Incêndios e Primeiro Socorros	3	24
<b>CGSMU</b>	Ciclo de Palestras 2016: Avaliação da Capacidade Laborativa	6	18
<b>CGSMU</b>	Comissão e Controle de Infecção dos PAS/UPA e SAMU	39	117
<b>CGSMU</b>	Comissão Saúde Mental – CMS	3	6
<b>CGSMU</b>	Curso APES IEP/HSL	5	40
<b>CGSMU</b>	Curso de Tuberculose em Metodologia EAD	1	8
<b>CGSMU</b>	Curso de Urgências Psiquiátricas	2	40
<b>CGSMU</b>	Gestão de Custos	1	16
<b>CGSMU</b>	Grupo Estadual Condutor de Urgências e Emergências	7	28
<b>CGSMU</b>	O Processo de Trabalho no SUS e A Importâncias das Ações de Planejamento em Saúde	1	45
<b>CGSMU</b>	Projeto de Extensão "Álcool e Outras Drogas: da Coerção à Coesão"	1	120
<b>CGSMU</b>	Rt14 Primeiros Socorro	4	8
<b>CGSMU</b>	Seminário Atendimento Ao Usuário (Palestrante)	1	1,5
<b>CGVS</b>	3º Encontro Vigiar	8	32
<b>CGVS</b>	3º Seminário Cuidar da Água é Cuidar da Saúde	5	20
<b>CGVS</b>	A Odontologia na Vigilância em Saúde: do mocho para além do "Céu da Boca"	10	40
<b>CGVS</b>	A Vigilância em Saúde da Dengue, Zika e Chikungunya	33	132
<b>CGVS</b>	Ação Arroio Taquara	3	12
<b>CGVS</b>	Agrotóxicos e Saneantes	7	14
<b>CGVS</b>	Apresentação da CGVS À Turma de Residentes 2016 - Histórico, Estrutura, Visita Às Equipes e Funcionamento.	4	64
<b>CGVS</b>	Apresentação da Ênfase Vigilância em Saúde na ESP	28	112
<b>CGVS</b>	Apresentação da Vigilância em Saúde Para R2 RIS HPS	3	9
<b>CGVS</b>	Apresentação e Debate do Filme Transformação Solidária	10	30
<b>CGVS</b>	Atividades de Núcleo RIS: GT Monitoramento; Processo Administrativo Sanitário e Financiamento da Vigilância	2	28
<b>CGVS</b>	Bancos de Tecidos Oculares R1 e Técnico em Banco de Multitecidos	20	80
<b>CGVS</b>	Boas Práticas de Manipulação em Churrascarias e Galeterias	3	12

<b>CGVS</b>	Capacitação e Oficina de Sensibilização em Hanseníase para Enfermeiros e Médicos 2016	54	243
<b>CGVS</b>	Capacitação Leishmaniose - para Agentes Comunitários GD LENO	62	186
<b>CGVS</b>	Capacitação para os serviços de alimentação especializados em culinária Japonesa no município de Porto Alegre	6	48
<b>CGVS</b>	Capacitação sobre o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI)	20	160
<b>CGVS</b>	Capacitação US Paulo Viaro	10	40
<b>CGVS</b>	Curso de Atualização em Vacinas	64	1024
<b>CGVS</b>	Dia Mundial da Água	4	16
<b>CGVS</b>	Dia Mundial da Saúde	4	32
<b>CGVS</b>	Leishmaniose Visceral em Porto Alegre: Uma Nova Realidade R1 - Conselho Regional de Medicina Veterinária, CEVS e CGVS	36	144
<b>CGVS</b>	Notificações de Dados de Controle de Infecção Hospitalar	1	2
<b>CGVS</b>	Observando e Vigilando: Vamos Construir O Observatório da Vigilância em Saúde de Porto Alegre? R1 - Socióloga - Coordenador do Observapoa	12	48
<b>CGVS</b>	Oficina Sabão e Orientações de Doenças Relacionadas ao Saneamento	2	8
<b>CGVS</b>	Orientações Saneamento Ambiental No Morro Santana e CIs GD LENO	6	12
<b>CGVS</b>	Palestra Galpão de Reciclagem Bairro Bom Jesus	2	4
<b>CGVS</b>	Palestra Vigiágua Estadual - CEVS	3	6
<b>CGVS</b>	Quiz das Águas na Escola Estadual Paulo da Gama	3	6
<b>CGVS</b>	Sala de Espera Unidades de Saúde Sobre Água Lixo Esgoto e Arroios Urbanos	9	27
<b>CGVS</b>	Vacina Anti-Rábica	9	36
<b>CGVS</b>	Vigilância de Infecções Relacionadas à Assistência À Saúde e Germes Multirresistentes R1 - Médico Infectologista	24	96
<b>CGVS</b>	Vigilância em Saúde a Atuação da Equipe de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde na Disciplina Análise de Situação de Saúde Vigilância em Saúde IV na Escola de Enfermagem / UFRGS, Curso de Saúde Coletiva	2	3
<b>CGVS</b>	Virada Sustentável	4	4
<b>CMU</b>	2º Curso de Primeiros Socorros	26	78
<b>CMU</b>	Capacitação CCIH PAS e SAMU	30	135
<b>CMU</b>	Capacitação sobre Boas Práticas de Manipulação de Alimentos	6	12
<b>CMU</b>	Comissão Organizadora Capacitação CCIH	6	60
<b>CMU</b>	Comissão Organizadora Jornada de Enfermagem SMS 2016	1	14
<b>CMU</b>	Coração No Ritmo Certo / CCIPAT Postão IAPI	42	126
<b>CMU</b>	Discutindo a Segurança nos Pronto Atendimentos e SAMU / COSMAN	30	120
<b>CMU</b>	Núcleo de Educação Permanente – HAOC	1	10
<b>CMU</b>	Participação Comitê da Saúde da População Negra	1	2
<b>CMU</b>	Participação Comitê de Organização Evento Simulado em Urgência 2016 / Sindhospa	2	4
<b>CMU</b>	Participação Palestra Escola de Enfermagem da	1	1



	UFRGS		
<b>CMU</b>	Preceptor do Rt 14 / EGP	2	5
<b>CMU</b>	Prêmio Loureiro da Silva / GNU	1	4
<b>CMU</b>	Reunião Comissão de Acidentes de Material Biológico	1	2
<b>CMU</b>	Reunião Comissão de Controle de Infecção	7	14
<b>CMU</b>	Reunião Comissão de Prontuário	3	6
<b>CMU</b>	Reunião do Comitê de Mortalidade por AIDS	4	8
<b>CMU</b>	Reunião Gabinete de Crise	9	18
<b>CMU</b>	Reunião Núcleo de Segurança do Paciente	8	16
<b>CMU</b>	Rt 14 / EGP	5	1
<b>COORAF</b>	Capacitação sobre o Programa Municipal de Dispensação dos Insumos para Diabetes (PMDID)	25	50
<b>COORAF</b>	Programa Municipal de Distribuição de Insumos para Diabetes	39	78
<b>ED/CGADSS</b>	Curso de Gestores	120	652
<b>ED/CGADSS</b>	GT PEP	38	95
<b>ED/CGADSS</b>	Programa de Integração Novos Servidores	53	212
<b>ED/CGADSS</b>	Rede de RH	77	231
<b>ED/CGADSS</b>	Reunião GT de Educação Permanente	16	48
<b>ED/CGADSS</b>	Reuniões CPES	280	750
<b>ED/CGADSS</b>	Reuniões Rede RH - SMS	73	240
<b>ED/CGADSS</b>	SEI 1, 2, 3, 4, 5 e 6	116	406
<b>ED/CGADSS</b>	Seminário RH	28	84
<b>ERGON</b>	A Importância do Cadastro Previdenciário	2	4
<b>ERGON</b>	A Importância e O Papel das CSSTS na Prevenção	1	14
<b>ERGON</b>	Adoção: Aspectos Legais e Éticos	123	369
<b>ERGON</b>	Afecções do Esôfago - Atresia do Esôfago	32	64
<b>ERGON</b>	Atendimento Ao Público	6	96
<b>ERGON</b>	Atualização em Boas Práticas Obstétricas	23	46
<b>ERGON</b>	Cadastro de Contratos no Sistema GOR	1	4
<b>ERGON</b>	Capacitação - Determinação da Anvisa	28	84
<b>ERGON</b>	Capacitação em Controle de Infecção na Unidade de Internação Psiquiátrica	11	11
<b>ERGON</b>	Capacitação em Prevenção e Combate a Incêndios e Primeiro Socorros - Rt 14	20	200
<b>ERGON</b>	Capacitação Sistema Eletrônico de Informações - Sei	60	240
<b>ERGON</b>	Capacitação Teórica Prática em Triagem Neonatal - SRTN/RS	2	8
<b>ERGON</b>	Ciclo de Palestras 2016: Avaliação da Capacidade Laborativa	21	63
<b>ERGON</b>	Ciclo de Palestras 2016: Legislação Ligada a Gestão Pública	24	72
<b>ERGON</b>	Ciclo de Palestras 2016: Sindicância	32	96
<b>ERGON</b>	Ciclo de Palestras PP - Aposentadoria: Uma Questão de Escolha	7	7
<b>ERGON</b>	Ciclo de Palestras PPA: Construção de Um Novo Projeto de Vida	6	12
<b>ERGON</b>	Conversando Sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC	14	14
<b>ERGON</b>	Coordenação de Reuniões 2016	11	132
<b>ERGON</b>	Cultura Organizacional	7	84
<b>ERGON</b>	Curso Autoconhecimento e Liderança	5	60

<b>ERGON</b>	Curso Capacitação de Coordenadores de Estágio	6	24
<b>ERGON</b>	Curso Como Falar Bem em Público	1	16
<b>ERGON</b>	Curso Conhecendo a PMPA	7	56
<b>ERGON</b>	Curso de Apropriação e Disseminação de Competências PMPA	14	112
<b>ERGON</b>	Curso de Formação e Aperfeiçoamento em Cadastro de Bens Patrimoniais - CBP	2	24
<b>ERGON</b>	Curso de Reanimação Cárdiopulmonar	8	16
<b>ERGON</b>	Curso de Ventilação Mecânica em Pediatria	31	62
<b>ERGON</b>	Curso Dopa Eletrônico	4	16
<b>ERGON</b>	Curso Prático de Orçamento para os Líderes de Ações	2	8
<b>ERGON</b>	Curso Reanimação Cárdiopulmonar Adulto e Pediátrico	63	189
<b>ERGON</b>	Curso Socialização Servidores Ingressantes	66	308
<b>ERGON</b>	Curso Teórico-Prático de RCP em Pacientes Adultos e Pediátricos	20	60
<b>ERGON</b>	Curso: Realização de Eletrocardiograma - ECG	54	108
<b>ERGON</b>	Curso: Comunicação Eficaz	5	60
<b>ERGON</b>	Curso: Desenvolvimento de Equipes	5	60
<b>ERGON</b>	Gestão de Projetos	1	16
<b>ERGON</b>	I Colóquio de Aborto Legal no Rio Grande do Sul	55	440
<b>ERGON</b>	II Semana de SST - Ergonomia e Gestão - Melhores Condições de Trabalho, Melhor Desempenho.	2	4
<b>ERGON</b>	III Semana de SST - Conversando e Tecendo Propostas para a Qualidade de Vida do Servidor Municipal	2	8
<b>ERGON</b>	III Semana de SST - Oficina 1: Qualificando Ações das CSSTS	5	20
<b>ERGON</b>	III Semana de SST - VII Seminário de Saúde e Segurança no Trabalho: Ergonomia	23	46
<b>ERGON</b>	III Semana de SST - VII Seminário de Saúde e Segurança no Trabalho: Trabalho & Sofrimento Psíquico	27	54
<b>ERGON</b>	Inteligência Emocional no Serviço Público	5	10
<b>ERGON</b>	Nutrição de Neonatos	89	178
<b>ERGON</b>	O Contexto da Administração Pública: Aspectos Jurídicos da Gestão	1	8
<b>ERGON</b>	O Papel do Gestor Para Uma Administração Pública Eficiente	50	250
<b>ERGON</b>	O Processo Ensino e Aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde: Importância da Avaliação	19	76
<b>ERGON</b>	Oficina de Higienização das Mãos	34	68
<b>ERGON</b>	Oficina de Qualidade do Gasto Público Municipal	5	20
<b>ERGON</b>	Oficina de Trabalho do Protocolo de Atenção Básica - Saúde das Mulheres	60	960
<b>ERGON</b>	Oficina Observando Porto Alegre: Indicadores e Análises	19	76
<b>ERGON</b>	Oficina Sobre O Sistema Eletrônico de Informações (Sei)	212	848
<b>ERGON</b>	Palestra Administração do Tempo	20	80
<b>ERGON</b>	Palestra Atendimento ao Usuário - SMS	50	200
<b>ERGON</b>	Palestra Chega de Lixo - Trilhando Os Caminhos da Preservação	16	32

<b>ERGON</b>	Palestra Como a Colaboração pode Alavancar Incrivelmente os Resultados de sua Equipe	14	28
<b>ERGON</b>	Palestra PPA: Empreendedorismo na Melhor Idade	15	30
<b>ERGON</b>	Palestra Prática Sobre Ponto Eletrônico Para Os Servidores da SMS	48	144
<b>ERGON</b>	Palestra Sistema de Informações Municipais de Porto Alegre	5	20
<b>ERGON</b>	Palestra Sistema Eletrônico de Informações	14	56
<b>ERGON</b>	Palestra: Planejamento Financeiro para a Aposentadoria	8	16
<b>ERGON</b>	Prematuridade: Desafios Diários	65	130
<b>ERGON</b>	Programa de Integração dos Novos Servidores da SMS 2016	14	56
<b>ERGON</b>	Programa de Preparação para Aposentadoria - PPA 2016	7	252
<b>ERGON</b>	Semana da Enfermagem 2016: Contribuindo Para A Afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS)	110	880
<b>ERGON</b>	Seminário em Comemoração Aos 10 Anos do Crie	56	224
<b>ERGON</b>	Seminário Formação de Fiscais de Contratos e Fiscais de Serviço	22	66
<b>ERGON</b>	Simpósio Sobre Traqueostomia	46	184
<b>ERGON</b>	Treinamento Básico de Prevenção e Combate A Incêndios	205	820
<b>ERGON</b>	V Seminário Comemorativo Dia do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional	14	56
<b>ERGON</b>	Violência Sexual na Infância e Adolescência: Uma Responsabilidade de Todos Nós	131	524
<b>ERGON</b>	Viva Mais - A Influência do Jeito de Ser no Sentido da Vida	6	12
<b>ERGON</b>	Viva Mais - Desenvolvendo A Sabedoria Interior: O Poder Que Existe em Você	16	32
<b>ERGON</b>	Viva Mais Promovendo Hábitos Saudáveis - Agrotóxicos: Conheça Os Riscos À Saúde	18	36
<b>ERGON</b>	Viva Mais Promovendo Hábitos Saudáveis: Automedicação - Será Só Um "Remedinho"?	10	20
<b>ERGON</b>	Viva Mais Promovendo Hábitos Saudáveis: Conquistando A Saúde Integral	9	18
<b>ERGON</b>	Viva Mais Promovendo Hábitos Saudáveis: Cuide de Sua Saúde Mental com A Terapia Ocupacional	12	24
<b>ERGON</b>	Viva Mais: Alimentação No Trabalho - Escolhas Simples, Práticas e Saudáveis.	11	22
<b>ERGON</b>	Viva Mais: Os Benefícios das Práticas Integrativas Para A Qualidade de Vida	9	18
<b>ERGON</b>	Viva Mais: Você Entende Os Rótulos dos Alimentos Industrializados?	11	22
<b>GC GCC</b>	Curso Qualificação em Imunizações	138	1104
<b>GC GCC</b>	Educação Permanente Saúde Bucal	135	540
<b>GC GCC</b>	Protocolo Atenção Básica Saúde da Mulher	163	980
<b>GD Centro</b>	Ação – HAS e DM Condomínio João Pessoa	4	16
<b>GD Centro</b>	Ação - Roda de Conversa Visita ao Museus Iberê Camargo	6	24
<b>GD Centro</b>	Ação Abrigo Marlene - Tuberculose e Saúde Bucal	4	16
<b>GD Centro</b>	Ação Atividade PSE Creche Tio Barnabé com Teatro de Fantoches Sobre a Saúde Bucal	3	9
<b>GD Centro</b>	Ação Bloco Itinerante da Saúde	9	54

<b>GD Centro</b>	Ação Condomínio João Pessoa - Teste Rápido Cuidados e Prevenção Dengue Orientação em Saúde	5	20
<b>GD Centro</b>	Ação Dia Mundial da Saúde	2	16
<b>GD Centro</b>	Ação Ocupação Pandorga	5	20
<b>GD Centro</b>	Ação PSE Escola Emilio Massot	4	12
<b>GD Centro</b>	Ação PSE Escola Idelfonso Gomes	4	12
<b>GD Centro</b>	Ação Saúde da Mulher Voltada para a Saúde da Mulher Negra com Oficina de Turbantes	12	96
<b>GD Centro</b>	Ação Vila Planetário - Bolsa Família	1	2
<b>GD Centro</b>	Ações Afirmativas Que Fazem Inclusão - Deficiência Psicossocial na Apae - Esteio	1	4
<b>GD Centro</b>	Capacitação App Dengue - Tablets RS Contra o Aedes	34	68
<b>GD Centro</b>	Capacitação Cadweb	11	22
<b>GD Centro</b>	Capacitação E SUS / CDs	13	13
<b>GD Centro</b>	Capacitação GERCON	3	3
<b>GD Centro</b>	Capacitação Protocolo da Atenção Básica - Saúde das Mulheres	36	432
<b>GD Centro</b>	Capacitar - Inclusão Formal - SMED	2	16
<b>GD Centro</b>	Cine Debate - Divertida Mente	12	24
<b>GD Centro</b>	Cine Debate - O Começo da Vida	10	20
<b>GD Centro</b>	Curso de Qualificação em Imunizações: Formação Inicial para Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem da GD Centro	10	640
<b>GD Centro</b>	Educação Continuada – Ação Enfª Raquel na África	14	28
<b>GD Centro</b>	Educação Continuada - Vacinas	15	30
<b>GD Centro</b>	Educação Continuada Trabalho do ACS	10	20
<b>GD Centro</b>	Educação Continuada Trabalho do ACS Parte 2	14	28
<b>GD Centro</b>	Educação Permanente ACE e ACS da GD Centro - Papel do Agente Comunitário	34	102
<b>GD Centro</b>	Educação Permanente ACE e ACS da GD Centro - Tuberculose	47	141
<b>GD Centro</b>	Educação Permanente ACE e ACS da GD Centro - Vacina	47	141
<b>GD Centro</b>	Educação Continuada – Tuberculose	16	32
<b>GD Centro</b>	Encontro de Esquina	5	20
<b>GD Centro</b>	Encontro Gera Amizade	4	32
<b>GD Centro</b>	Familiarização GD Centro / UFRGS	15	45
<b>GD Centro</b>	Fórum Macrometropolitano Geração de Trabalho e Renda	4	12
<b>GD Centro</b>	Gera Encontro	5	25
<b>GD Centro</b>	Grupo Caminhada	2	4
<b>GD Centro</b>	Grupo de Gestantes	10	32
<b>GD Centro</b>	Grupo Roda de Conversa	5	10
<b>GD Centro</b>	Incluir e Acompanhar - Transtornos Mentais Graves	2	8
<b>GD Centro</b>	Interface do Hipotireoidismo com A Saúde Mental	13	26
<b>GD Centro</b>	Maio Vermelho	3	6
<b>GD Centro</b>	Maio Vermelho (Campanha de Prevenção Ao Câncer Bucal) Largo Glênio Peres	7	56
<b>GD Centro</b>	Prevenção À Violência Sexual – Educação Sexual na Infância	10	20
<b>GD Centro</b>	Prevenção da Violência na Primeira Infância	10	20
<b>GD Centro</b>	Roda de Conversa	3	18
<b>GD Centro</b>	Seminário Deficiência Psicossocial e Mercado de	1	8

	Trabalho		
<b>GD Centro</b>	Seminário Quinzenal nas Reuniões de Equipe	4	8
<b>GD Centro</b>	Seminário: Adolescência	10	20
<b>GD Centro</b>	Violência Sexual	10	20
<b>GD GCC</b>	Atualização Dengue, Chikungunya e Zika - ACs e ACE	67	201
<b>GD GCC</b>	Capacitação da Anemia Falciforme	47	282
<b>GD GCC</b>	Capacitação em Hanseníase	5	22,5
<b>GD GCC</b>	Capacitação Tablets – Acs	86	301
<b>GD GCC</b>	Diabetes	44	44
<b>GD GCC</b>	Familiarização GD GCC	10	30
<b>GD GCC</b>	Frascos e Gotas	46	46
<b>GD GCC</b>	Gercon – Coordenadores	44	88
<b>GD GCC</b>	Gercon – Odontologia	29	29
<b>GD GCC</b>	Gestão e Estoque de Medicamentos	29	29
<b>GD GCC</b>	Manejo Clínico e Fluxo HIV	17	60
<b>GD GCC</b>	Oficina em Biossegurança	65	195
<b>GD GCC</b>	Promotores em Saúde da População Negra	19	304
<b>GD GCC</b>	Reunião Ampliada da Equipe de Monitoramento - Indicadores de Monitoramento	22	66
<b>GD GCC</b>	Reunião Ampliada da Equipe de Monitoramento - Subgrupo HIV/AIDS e CEREST	24	72
<b>GD GCC</b>	Reunião Ampliada da Equipe de Monitoramento - Subgrupo Saúde da Criança	20	60
<b>GD GCC</b>	Reunião Ampliada da Equipe de Monitoramento - Subgrupo Violências e Causas Externas	27	81
<b>GD GCC</b>	Roda de Conversa Sobre Tuberculose – ACS / ACE	21	74
<b>GD GCC</b>	Saúde do Idoso	17	60
<b>GD GCC</b>	Vamos Falar de Tuberculose? - Residentes	2	7
<b>GD LENO</b>	Cadastro do E SUS	40	160
<b>GD LENO</b>	Capacitação Tablet	102	204
<b>GD LENO</b>	Coletivo de Saúde Mental	50	200
<b>GD LENO</b>	Coletivo Saúde Mental – Roda de Conversa	110	440
<b>GD LENO</b>	Combate ao Mosquito Aedes	51	204
<b>GD LENO</b>	Combate ao Mosquito Aedes e a Nota Técnica para ACS	112	448
<b>GD LENO</b>	Comitê de Combate à Transmissão HIV/Sífilis	2	8
<b>GD LENO</b>	Comitê Técnico Saúde População Negra	21	84
<b>GD LENO</b>	E SUS	35	70
<b>GD LENO</b>	GT GD LENO Apóia o Aleitamento Materno	22	88
<b>GD LENO</b>	Introdutório dos ACS	18	576
<b>GD LENO</b>	Marcadores Alimentares	35	70
<b>GD LENO</b>	Mostra Regional da Atenção Básica – GD LENO	241	1928
<b>GD LENO</b>	NASF Leste – Roda de Conversa	55	165
<b>GD LENO</b>	Oficina Acesso e Comportamento Mais Seguro – USF Jardim Protásio Alves	22	264
<b>GD LENO</b>	Oficina de Descentralização da TB na US Vila Jardim	12	24
<b>GD LENO</b>	Oficina Mapa dos Direitos Humanos de Porto Alegre	17	17
<b>GD LENO</b>	Oficina Residentes Multiprofissional do Hospital São Lucas / PUCRS	2	8
<b>GD LENO</b>	Oficina Saúde da População LGBTT	29	58
<b>GD LENO</b>	Oficina Saúde População Negra	4	8

<b>GD LENO</b>	Oficina Se Essa Rua Fosse Minha	28	56
<b>GD LENO</b>	RAPS GD Leste Nordeste – Roda de Conversa	86	258
<b>GD LENO</b>	Reunião Acesso e Comportamento Mais Seguro LENO	13	19
<b>GD LENO</b>	Reunião do Grupo de Suporte Regional – Acesso e Comportamento Mais Seguro	7	21
<b>GD LENO</b>	Saúde da População Negra – GDLENO	94	752
<b>GD NEB</b>	Avaliação e Atendimento de Usuários com Lesão de Pele	80	1.280
<b>GD NEB</b>	Capacitação para ACS e ACE em Saúde da Mulher e Sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis – GDNEB	135	2.160
<b>GD NEB</b>	Capacitação para o uso do PEC (E SUS)	57	342
<b>GD NEB</b>	O Processo de Trabalho do ACS – Fichas CDs	9	108
<b>GD NEB</b>	Oficina de Trabalho do Protocolo da Atenção Básica - Saúde das Mulheres	82	1312
<b>GD NEB</b>	Qualificação em Imunizações – Formação Inicial	29	1450
<b>GD NHNI</b>	Atualização em Dengue ACS ACE	62	248
<b>GD NHNI</b>	Atualização em Sala de Vacina	45	360
<b>GD NHNI</b>	Atualização em Vacinas – Enfermagem	111	444
<b>GD NHNI</b>	Capacitação AMAQ	27	108
<b>GD NHNI</b>	Capacitação de Enfermagem - Ácido Peracético	25	100
<b>GD NHNI</b>	Capacitação E SUS ACE	10	40
<b>GD NHNI</b>	Capacitação em Curativos	65	520
<b>GD NHNI</b>	Capacitação em Sala de Vacinas	56	336
<b>GD NHNI</b>	Capacitação Sobre Protocolo de Saúde das Mulheres	150	600
<b>GD NHNI</b>	Educação Permanente para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem sobre Acolhimento	13	26
<b>GD NHNI</b>	Educação Permanente sobre ACE	15	60
<b>GD NHNI</b>	Educação Permanente sobre Acolhimento (Técnicos e Auxiliares de Enfermagem)	26	208
<b>GD NHNI</b>	Educação Permanente (Coordenadores) - ACE Dengue Report	12	36
<b>GD NHNI</b>	Encontros de Educação Permanente em Saúde: Acolhimento em Odontologia	80	320
<b>GD NHNI</b>	Reunião Distrital Odonto – Acolhimento	37	148
<b>GD NHNI</b>	Reunião Distrital Odonto - Capacitação Gercon	39	156
<b>GD NHNI</b>	Roda de Conversa com ACE	11	33
<b>GD NHNI</b>	Telessaúde – ACs	88	704
<b>GD PLP</b>	Alinhamento e SUS Território	16	32
<b>GD PLP</b>	Atualização em Teste Rápido	40	120
<b>GD PLP</b>	Atualização Sobre Ações da AB para Enfrentamento ao Aedes Aegypti	78	234
<b>GD PLP</b>	Capacitação e Atualização em TB	6	18
<b>GD PLP</b>	Capacitação em Lesão de Pele	24	72
<b>GD PLP</b>	Capacitação em Tuberculose	24	72
<b>GD PLP</b>	Capacitação para uso de Tablets em Aplicativo Tele Saúde	124	124
<b>GD PLP</b>	Capacitação Tratamento HIV nas US	8	16
<b>GD PLP</b>	Capacitação: "Porque É Difícil Falar Sobre Sexo e Drogas com Adolescentes?"	72	253
<b>GD PLP</b>	Feira da Saúde da População Negra	50	400
<b>GD PLP</b>	Fórum RAPS PLP	32	96

<b>GD PLP</b>	Grupo Perda de Peso	3	9
<b>GD PLP</b>	Mostra de Resultados Distrital	339	2712
<b>GD PLP</b>	Palestras CIPAT/IMESF – Semana Saúde do Trabalhador	115	345
<b>GD PLP</b>	RAPS PLP	14	42
<b>GD PLP</b>	Recepção Residentes ESP / RS	2	7
<b>GD PLP</b>	Roda de Conversa com Médicos GD PLP	23	69
<b>GD PLP</b>	Roda de Conversa Médicos GG PLP	0	0
<b>GD PLP</b>	Roda de Conversa Porteiros GD PLP	16	32
<b>GD PLP</b>	Triagem Visual – Atualização	13	26
<b>GD RES</b>	2º Semana SIPAT/IMESF - 1ª Palestra: DST/HIV e 2ª Palestra: Segurança No Trabalho	38	114
<b>GD RES</b>	2º Semana SIPAT/IMESF - Palestra Saúde Mental do Trabalhador	20	40
<b>GD RES</b>	2º Semana SIPAT/IMESF - Palestra Sobre Assédio Moral	16	32
<b>GD RES</b>	2º Semana SIPAT/IMESF - Palestra: Dengue	30	60
<b>GD RES</b>	2º Semana SIPAT/IMESF - Palestra: Reciclagem de Resíduos	31	62
<b>GD RES</b>	Abertura do Mês da Mobilização da População Negra na Região Restinga/Extremo Sul, na Sala do CAR/GDRES	34	136
<b>GD RES</b>	Ação Cidadania e Saúde na EMEEF Pessoa de Brum. Palestra Sobre Dengue, H1N1, Zica.	5	15
<b>GD RES</b>	Ação da Cidadania Nos Condomínios Ana Paula e Camila na Restinga Nova - Ação Intersectorial PGM e Algumas Secretarias	6	30
<b>GD RES</b>	Ação de Sala de Espera Sobre Dengue na UBS Belém Novo	11	22
<b>GD RES</b>	Ação Educativa Sobre Dengue na Escola Loureiro da Silva. Equipe US Ponta Grossa	12	36
<b>GD RES</b>	Ação Educativa Sobre Dengue na Escola Mário Quintana	8	32
<b>GD RES</b>	Ação Educativa Sobre Dengue na Escola Nossa Senhora do Carmo	10	30
<b>GD RES</b>	Ação Educativa Sobre Dengue na US Pitinga	12	48
<b>GD RES</b>	Ação Equipe ACE na US Quinta Unidade - Esclarecendo Sobre a Dengue	10	20
<b>GD RES</b>	Ação Intersectorial na Ocupação Rincão – CRAS e US Quinta Unidade	10	30
<b>GD RES</b>	Ação Intersectorial Ônibus Fique Sabendo na Restinga. Combate ao Aedes e Mês da Mulher	16	64
<b>GD RES</b>	Ação Saúde e Cidadania na Escola Dolores A. Caldas. Distribuição de Folders e Conversa Sobre A Dengue	6	12
<b>GD RES</b>	Atividade Alusiva Ao Maio Vermelho com Distribuição Folders e Orientações Saúde Bucal e Câncer de Boca.	10	30
<b>GD RES</b>	Atividade com Apresentação Vídeo Sobre Quesito Raça/Cor, Nas Salas de Espera das Unidades da GDRES Seguido de Debate com Os Usuários Sobre A Importância das Informações Apresentadas.	15	330
<b>GD RES</b>	Atividade de Combate Ao Aedes – Retirando O Lixo na Orla de Belém Novo	11	44
<b>GD RES</b>	Atuação Grupo Teatral – Se Esta Rua Fosse Minha – No CAR Restinga – Pauta: TB	29	58
<b>GD RES</b>	Aula Sobre Dengue Para O Grupo da Terceira Idade	4	8

	da US Castelo.		
<b>GD RES</b>	Capacitação Aedes – Criadouros e Soluções - Equipe de ACEs capacitam colegas ACS do Território da GDRES	85	255
<b>GD RES</b>	Capacitação Controle de Estoque de Material Odontológico	29	116
<b>GD RES</b>	Capacitação em Saúde Mental para Médicos e Coordenadores de Unidades do Extremo Sul	18	54
<b>GD RES</b>	Capacitação para ACS – Manejo dos Tablets	97	582
<b>GD RES</b>	Capacitação para profissionais prescritores do Tabagismo da GDRES	6	36
<b>GD RES</b>	Capacitação Vacinas	64	192
<b>GD RES</b>	Combate ao Aedes - Ação de Promoção de Saúde - distribuição material educativo - ONG Renascer na Restinga Nova - Promoção de Saúde Oral, Combate ao Aedes, Doenças Respiratórias.	5	35
<b>GD RES</b>	Dia D de Combate à Dengue - Ações em todo Território GDRES	36	144
<b>GD RES</b>	Dia da Solidariedade - Ação Intersetorial na Pç Central de Belém Novo - Moradores do Bairro e demais participantes do Evento - Stand Prevenção Tabagismo; Distribuição Folders, Preservativos, Combate ao Aedes	8	80
<b>GD RES</b>	Discussão Base Diagnóstica; Manejo em Urgências e Depressão – para Médicos e Coordenadores do Extremo Sul	17	51
<b>GD RES</b>	Encontro Regional In Loco Temático para PMM na GDRES	14	42
<b>GD RES</b>	Evento da População Negra na Esplanada da Restinga - Conscientizar Comunidade sobre Declaração Quesito Raça/Cor	8	24
<b>GD RES</b>	Evento na US Paulo Viário – Orientando Comunidade sobre o Aedes	10	30
<b>GD RES</b>	Feira da Roda de Terapia da US Castelo, Salão do Núcleo Esperança	8	32
<b>GD RES</b>	Feira do Peixe da Restinga e do Extremo Sul – Presença Saúde - Banca com Orientações Saúde e Distribuição de Folders	10	160
<b>GD RES</b>	FROP – Restinga – Tema Saúde	9	27
<b>GD RES</b>	Palestra – Fatos e Boatos sobre Aedes e Roda de Orientações sobre Influenza - Escola CIJ Monteiro Lobato	1	4
<b>GD RES</b>	Palestra Sobre Dengue No Grupo Hipertensão (Grupo Hipertensos) da US Castelo	5	10
<b>GD RES</b>	Palestra Sobre Saúde da Mulher com Brechó e Chá - CAR Restinga	10	40
<b>GD RES</b>	Protocolo Saúde da Mulher	44	1.584
<b>GD RES</b>	Reunião com a Comunidade da US Belém Novo – Orientações sobre a Dengue.	11	22
<b>GD RES</b>	Roda de Conversa com Grupo de Idosos - Ação Conjunta com EPTCc – Pedestre Idoso - Grupo de Idosos do Belém Novo, na Igreja de Belém	6	18
<b>GD SCS</b>	Atualizar e Capacitar Profissionais das Equipes de Enfermagem para atuar em Salas de Vacinas	23	184
<b>GD SCS</b>	Noções Básicas de Manejo Clínico em Amamentação e Alimentação Complementar Saudável na Atenção Básica	36	288
<b>GD SCS</b>	Protocolo Saúde da Mulher	95	1520



<b>GTI</b>	Capacitação Gercon	27	108
<b>GTI</b>	Capacitação Gercon - Administrativo Executante	53	212
<b>GTI</b>	Capacitação Gercon - Administrativo Solicitante	681	2.844
<b>GTI</b>	Capacitação Gercon - Perfil Adm Exec	37	148
<b>GTI</b>	Capacitação Gercon - Perfil Administrativo Exec	38	114
<b>GTI</b>	Capacitação Gercon - Perfil Profissional Exec	105	420
<b>GTI</b>	Capacitação Gercon - Perfil Solicitante e Executante	16	32
<b>GTI</b>	Capacitação GMAT	39	78
<b>GTI</b>	Gercon Perfil Gestores e Coordenadores Gerais	21	84
<b>HMIPV</b>	Afecções do Esôfago	31	62
<b>HMIPV</b>	Atualização em Boas Práticas no Centro Obstétrico	22	44
<b>HMIPV</b>	Atualização em Processo de Limpeza, Monitoramento, Armazenamento, Rastreabilidade e Transporte de Material Cirúrgico.	28	84
<b>HMIPV</b>	Capacitação Uptodate	12	24
<b>HMIPV</b>	Conversando Sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC	44	44
<b>HMIPV</b>	Curso de Aleitamento Materno	15	450
<b>HMIPV</b>	Curso de Reanimação Cardiopulmonar na Emergência Pediátrica	8	16
<b>HMIPV</b>	Curso Sobre Controle de Infecção em Unidade de Internação Psiquiátrica	11	11
<b>HMIPV</b>	Curso Teórico-Prático de RCP em Pacientes Adultos e Pediátricos	71	213
<b>HMIPV</b>	Curso Ventilação Mecânica e Cuidados de Enfermagem	43	43
<b>HMIPV</b>	Curso: Estratégia de Implantação do Plano de Segurança do Paciente - Enfermeiros(as) e Técnicos(as) de Enfermagem	42	84
<b>HMIPV</b>	Educação Permanente: Atualização do IHAC na UTI Neonatal	58	116
<b>HMIPV</b>	Educação Permanente: Atualização em Fonoaudiologia na UTI Neonatal	29	58
<b>HMIPV</b>	Educação Permanente: Nutrição de Neonatos na UTI Neonatal	41	82
<b>HMIPV</b>	Educação Permanente: O uso de Indicadores como Instrumento de Melhoria da Qualidade nos Serviços de Saúde	45	135
<b>HMIPV</b>	Educação Permanente: Relações Interpessoais nas Equipes	23	69
<b>HMIPV</b>	Educação Permanente: Reunião de Equipes	26	78
<b>HMIPV</b>	Estudo de Caso DMAE: Gestão de Qualidade	32	96
<b>HMIPV</b>	Gestão da Informação	23	69
<b>HMIPV</b>	I Colóquio sobre Aborto Legal no RS	144	1152
<b>HMIPV</b>	I Encontro sobre Políticas Públicas de Proteção à Infância e Adolescência: Violência Sexual na Infância e Adolescência - Uma Responsabilidade de Todos Nós	121	484
<b>HMIPV</b>	II Encontro Sobre Políticas Públicas de Proteção à Infância e Adolescência: Adoção - Aspectos Legais e Éticos	107	428
<b>HMIPV</b>	Indicadores da Área Diagnóstica e Agência Transfusional	38	114
<b>HMIPV</b>	Indicadores da CCIH	33	99
<b>HMIPV</b>	Indicadores da Emergência Pediátrica	35	105
<b>HMIPV</b>	Indicadores da Farmácia e do Serviço de Psicologia	46	138
<b>HMIPV</b>	Indicadores da Psiquiatria	24	72

<b>HMIPV</b>	Indicadores da UTI Neonatal e Indicadores da UTI Pediátrica	38	114
<b>HMIPV</b>	Indicadores do Alojamento Conjunto e Internação da Mulher	36	108
<b>HMIPV</b>	Indicadores do Ambulatório	36	108
<b>HMIPV</b>	Indicadores do Centro de Referência No Atendimento Infante Juvenil (CRAI)	22	66
<b>HMIPV</b>	Indicadores do Paiga e do Serviço de Odontologia	35	105
<b>HMIPV</b>	Indicadores do Serviço de Fisioterapia	30	60
<b>HMIPV</b>	Indicadores do Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN)	38	114
<b>HMIPV</b>	Indicadores do Serviço Social e da Nutrição	31	93
<b>HMIPV</b>	Indicadores e Metas do Bloco Cirúrgico	36	72
<b>HMIPV</b>	Indicadores e Metas do Centro Obstétrico	41	82
<b>HMIPV</b>	Modelo de Gestão	58	116
<b>HMIPV</b>	O Papel do Gestor Para Uma Administração Pública Eficiente	57	114
<b>HMIPV</b>	O Processo Ensino e Aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde: Importância da Avaliação	20	80
<b>HMIPV</b>	Oficina de Higienização das Mãos	33	66
<b>HMIPV</b>	Prematuridade: Desafios Diários	66	132
<b>HMIPV</b>	Realização de Eletrocardiograma (ECG)	43	86
<b>HMIPV</b>	Regionalização do Parto	38	114
<b>HMIPV</b>	Sessão Clínica: Anomalia Geniturinária em Paciente com Comprometimento Psicossocial	37	74
<b>HMIPV</b>	Sessão Clínica: Estudo de Caso - Menina Indígena de Etnia Guarani	22	44
<b>HMIPV</b>	Sessão Clínica: Síndrome de Rokitanski e Presença de Defeito de Parede Abdominal - Uma Rara Associação	48	96
<b>HMIPV</b>	Sessão Clínica: Tuberculose em Pediatria	32	64
<b>HMIPV</b>	Simpósio Sobre Traqueostomia, Vias Aéreas e Deglutição	24	96
<b>HMIPV</b>	V Seminário Comemorativo Ao Dia do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional	31	124
<b>HMIPV</b>	Ventilação Mecânica em Pediatria	35	70
<b>HPS</b>	Apresentação das Dissertações de Mestrado Residentes	2	4
<b>HPS</b>	Aprendendo A Trabalhar com Monitor Dräger	33	66
<b>HPS</b>	Apresentação da Comissão da Pele - HPS	4	12
<b>HPS</b>	Apresentação de Políticas do Município	2	4
<b>HPS</b>	Apresentação do Serviço - Gestão de Serviços de Saúde do Município	5	15
<b>HPS</b>	Atenção Primária	1	34
<b>HPS</b>	Atendimento Ambulatorial do Paciente Queimado	42	84
<b>HPS</b>	Atendimento de PCR	67	804
<b>HPS</b>	Atividade Científica: Apresentação Trabalhos de Conclusão Residentes Medicina e Psicologia HPS	20	80
<b>HPS</b>	Atualização em Atendimento ao Trauma	49	147
<b>HPS</b>	Atualização em Hemodiálise Continua	18	54
<b>HPS</b>	Atualização POPs – Leitura de PVC, Acesso Venoso Periférico, Sanilização de Acessos Venosos, Administração de Medicamentos EV	26	78

<b>HPS</b>	Atualização Pops Aspiração: Naso e Oro Faríngea: Traqueal em Pacientes Intubados e Traqueocomizados; Oxigenioterapia	17	51
<b>HPS</b>	Aula Eletrocardiograma Residentes Emergência	1	64
<b>HPS</b>	Aula Res: Apresentação Reunião do CMS	4	12
<b>HPS</b>	Aula Res: Cirurgia Geral e do Trauma	2	36
<b>HPS</b>	Aula Res: Ética e Bioética	4	24
<b>HPS</b>	Aula Res: Pesquisa Quantitativa	1	3
<b>HPS</b>	Aulas de Núcleo Profissional	4	96
<b>HPS</b>	Avaliação da Dor	30	15
<b>HPS</b>	Cenário do HIV / AIDS no Município de Porto Alegre	1	40
<b>HPS</b>	Classificação de Risco Fluxos de Entrada e Transferência de Pacientes	11	33
<b>HPS</b>	Cuidados com Cateteres Venosos	8	16
<b>HPS</b>	Cuidados com Fixadores Externos	21	63
<b>HPS</b>	Cuidados com NPT	11	33
<b>HPS</b>	Curativos	14	5
<b>HPS</b>	Curso de Imobilização Ortopédias	24	528
<b>HPS</b>	Curso de Tomografia Computadorizada	12	288
<b>HPS</b>	Custo dos Materiais de Consumo	14	7
<b>HPS</b>	Dados Estatísticos do Município de Porto Alegre	4	12
<b>HPS</b>	Dependência Química	9	9
<b>HPS</b>	Desbridamento	11	66
<b>HPS</b>	Diagnósticos de Enfermagem	30	120
<b>HPS</b>	Discussão de Artigo Residência Medicina de Emergência	4	128
<b>HPS</b>	Discussão de Caso Residência Cirurgia Geral e do Trauma	4	104
<b>HPS</b>	Discussão de Óbito	13	33
<b>HPS</b>	Discussão de Temas: Escolas (Estagiários) e Unidades (Servidores) diferentes temas	14	7
<b>HPS</b>	Educação em Saúde I e II	2	8
<b>HPS</b>	Estudos de Casos	46	138
<b>HPS</b>	Filme: Sicko	1	2
<b>HPS</b>	Gangrena de Fournier	9	9
<b>HPS</b>	Gestão Administrativa do HPS	3	9
<b>HPS</b>	Gestão de Pessoas	34	102
<b>HPS</b>	Gestão de Pessoas – Foco na Avaliação de Desempenho	42	126
<b>HPS</b>	Higiene de Mãos – Técnica e 5 Momentos	29	29
<b>HPS</b>	História da Saúde – Abordagem Antropológica	2	6
<b>HPS</b>	I Seminário Educação Permanente – CEPE	26	78
<b>HPS</b>	Inserção dos Servidores da Enfermagem	13	26
<b>HPS</b>	Interpretação Exames Laboratoriais	6	36
<b>HPS</b>	Manual Básico para Copeiras	10	30
<b>HPS</b>	Morte Encefálica e Doação de Órgãos	4	4
<b>HPS</b>	Notificações	1	3
<b>HPS</b>	Nutrição Hospitalar em Porto Alegre	6	18
<b>HPS</b>	Nutrição Parenteral	45	135
<b>HPS</b>	PMAQ	2	6
<b>HPS</b>	Política de Alimentação e Nutricional, Política Farmacêutica do Município de Porto Alegre	1	3
<b>HPS</b>	Políticas de Saúde – População Negra e Saúde da Mulher	2	6

<b>HPS</b>	Políticas de Saúde - Saúde Mental	1	2
<b>HPS</b>	Políticas de Saúde do Município – DANTs e Saúde Bucal	2	6
<b>HPS</b>	Políticas de Saúde do Município – Saúde do Idoso	2	6
<b>HPS</b>	Políticas Públicas do Município: Educação Permanente	2	6
<b>HPS</b>	Prevenção de Úlceras por Pressão	52	104
<b>HPS</b>	Prevenção PAV	5	5
<b>HPS</b>	Princípios do CCIH	10	20
<b>HPS</b>	Processos Gerenciais em Saúde	2	6
<b>HPS</b>	Realização do ECG	18	9
<b>HPS</b>	Residência Cirurgia Geral e Trauma Cronograma Científico	2	104
<b>HPS</b>	Residência Cirurgia Geral e Trauma Discussão de Casos	8	192
<b>HPS</b>	Residência Medicina de Emergência Aula de Eletrocardiograma	1	24
<b>HPS</b>	Residência Medicina de Emergência Discussão de Artigo	4	136
<b>HPS</b>	Sae – Diagnóstico de Enfermagem	22	44
<b>HPS</b>	Sala de Gesso e Serviço de Radioimagem	13	26
<b>HPS</b>	Saúde Pública em Cuba	4	12
<b>HPS</b>	Seminário – Políticas Públicas do Município	1	3
<b>HPS</b>	Semiologia e Semiotécnica	30	90
<b>HPS</b>	Sinais Vitais e Manejo da Dor	15	23
<b>HPS</b>	Sistema Cardiovascular	6	6
<b>HPS</b>	Sistema Respiratório	52	52
<b>HPS</b>	Suporte Ventilatório	15	45
<b>HPS</b>	Tratamento de Feridas – O Que Mudou / Coberturas Padronizadas para Feridas - HPS	44	132
<b>HPS</b>	Trauma Torácico em Pediatria	7	14
<b>HPS</b>	Treinamento de Novos Materiais – Coletor de Secreção	52	26
<b>HPS</b>	Treinamento EMAT	10	10
<b>HPS</b>	Treinamento Sistema de Aspiração	9	5
<b>HPS</b>	Uso de Novo Sistema de Aspiração	97	48,5
<b>HPS</b>	Valores Compartilhados	20	30
<b>IMESF</b>	Encontros de Educação Permanente com Apoiadores Institucionais da Atenção Básica	29	580
<b>IMESF</b>	SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA 1 + SESMT	115	345
<b>IMESF</b>	SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA 2 + SESMT	68	204
<b>SAMU</b>	1º Encontro de Transição do Cuidado na Rede de Atenção a Saúde: Realidades e Desafios	3	24
<b>SAMU</b>	Acesso e Comportamento Mais Seguro/AMS/CMS - Curso Comitê Internacional da Cruz Vermelha	10	80
<b>SAMU</b>	Atividade de Ensino (Estágio da Residência Multiprofissional - Parceria HPS)	0	180
<b>SAMU</b>	Atividades de Ensino (Estágio de Graduação de Enfermagem 10º Semestre)	1	25
<b>SAMU</b>	Atividades de Ensino (Estágio de Residência - Parceria GHC)	3	540
<b>SAMU</b>	Capacitação / Treinamento de Condutor Ingressante	1	160

<b>SAMU</b>	Capacitação de Ingresso no SAMU para Servidores (Condutor e Técnico de Enfermagem)	4	640
<b>SAMU</b>	Capacitação dos Médicos Ingressantes	20	1000
<b>SAMU</b>	Capacitação dos Rádios Digitais aos Servidores	124	248
<b>SAMU</b>	Capacitação dos Rádios Digitais para Multiplicadores	12	96
<b>SAMU</b>	Capacitação em "Contenção Mecânica do Paciente em Surto" Para Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Condutores - IAPI/PACS	69	207
<b>SAMU</b>	Capacitação em RCP Pediátrica - Parceria HMIPV	50	100
<b>SAMU</b>	Capacitação em RCP Pediátrica para Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Condutores	59	118
<b>SAMU</b>	Capacitação em Sistema Eletrônico de Informação	2	8
<b>SAMU</b>	Capacitação Enfermagem no APH - ECG na Emergência	17	51
<b>SAMU</b>	Capacitação HAOC – SP	2	16
<b>SAMU</b>	Capacitação Ingressantes - Telefonistas e Rádio Operadores	3	48
<b>SAMU</b>	Capacitação Médica - Declaração de Óbito	17	102
<b>SAMU</b>	Capacitação Médicos Preenchimento da Declaração de Óbito - CGVS	8	24
<b>SAMU</b>	Capacitação para Equipe IAPI - RCP	4	24
<b>SAMU</b>	Capacitação para Médicos e Enfermeiros - Dispositivo Intra Óssea	12	36
<b>SAMU</b>	Capacitação para Médicos e Enfermeiros - Dispositivo Intra Óssea EZ-IO	14	42
<b>SAMU</b>	Capacitação para Médicos e Enfermeiros - Sequência Rápida de Intubação	30	180
<b>SAMU</b>	Capacitação para Médicos e Enfermeiros - Ventilação Mecânica - Parâmetros e Cuidados	15	45
<b>SAMU</b>	Capacitação para Médicos e Enfermeiros - Workshop Ayrtraq - Dispositivo de Via Aérea	5	10
<b>SAMU</b>	Capacitação para Rádios Digitais	76	304
<b>SAMU</b>	Capacitação para seleção adequada de resíduos sólidos	39	78
<b>SAMU</b>	Capacitação para Telefonistas e Operadores de Rádio Transceptor (TARMS e ROPS)	7	21
<b>SAMU</b>	Capacitação Protocolo AVC - Modificações da Linha de Cuidado e Inclusão do Estudo Resiliente para Suporte Avançado	28	56
<b>SAMU</b>	Capacitação Rt-14	8	128
<b>SAMU</b>	Capacitação sobre Controle de Infecção - SAMU e UPAs	5	20
<b>SAMU</b>	Comitê da Saúde da População Negra	11	33
<b>SAMU</b>	Complementação do Curso de Condução de Veículos de Emergência – SEST/SENAT	14	224
<b>SAMU</b>	Congresso Brasileiro de Medicina de Emergência Adulto e Pediátrico	11	88
<b>SAMU</b>	Curso de Bioética Clínica - parceria com HCPA	35	490
<b>SAMU</b>	Curso de Condução de Veículos de Emergência - SEST/SENAT	2	150
<b>SAMU</b>	Dia Mundial da RCP	16	128
<b>SAMU</b>	Grupo de Estudo	22	44
<b>SAMU</b>	Grupo de Representantes da CSSTS	5	10
<b>SAMU</b>	Grupos de Estudos de Casos	79	158
<b>SAMU</b>	Novas Soluções Médicas no APH	17	68

<b>SAMU</b>	Oficina de Atendimento ao Usuário do SUS - TARMS e Administrativos	6	24
<b>SAMU</b>	Oficina de Suporte Básico de Vida 1ª Rodada	141	1.128
<b>SAMU</b>	Oficina de Suporte Básico de Vida 2ª Rodada	231	1.848
<b>SAMU</b>	Participação Atividades Projeto Vida No Trânsito - CGVS/DETRAN/SMS Prevenção de Mortes e Traumas Graves no Idoso	4	12
<b>SAMU</b>	Participação Comissão de Organizadora do Congresso Internacional de Emergência	41	84
<b>SAMU</b>	Participação Comissão de Organizadora do Seminário de 21 Anos do SAMU POA	15	30
<b>SAMU</b>	Participação CSST - Comissão de Saúde e Segurança do Trabalhador	21	84
<b>SAMU</b>	Participação Desafio Internacional de Resgate em Emergência - São Paulo	21	168
<b>SAMU</b>	Participação Desafio Internacional de Resgate em Emergência - Seletiva Tramandaí	18	144
<b>SAMU</b>	Participação do Projeto Acesso Mais Seguro do CICV	3	15
<b>SAMU</b>	Participação GT Violência	10	40
<b>SAMU</b>	Participação Nas Reuniões do Comitê Técnico de Saúde da População Negra	18	72
<b>SAMU</b>	Participação NEU - Núcleo de Educação em Urgência	2	6
<b>SAMU</b>	Participação Projeto Vida No Trânsito (Comitê de Análise Dos Óbitos e Ações de Prevenção)	15	60
<b>SAMU</b>	Participação Reuniões da Comissão de Análise do Projeto Vida No Trânsito	10	40
<b>SAMU</b>	Reciclagem do Lixo	46	184
<b>SAMU</b>	Reunião Audiência Pública no Ministério do Trabalho	1	3
<b>SAMU</b>	Reunião da CSST	17	51
<b>SAMU</b>	Reuniões Grupo Bioética	5	10
<b>SAMU</b>	SAMU Cidadão	49	188
<b>SAMU</b>	Samuzinho (Atividades do SAMU na Escola)	138	552
<b>SAMU</b>	Seminário - Comissão de Saúde e Segurança No Trabalho - CSST	3	12
<b>SAMU</b>	Seminário Alusivo Ao Dia Internacional da Prevenção do Suicídio	1	8
<b>SAMU</b>	Seminário Comemorativo 21 Anos SAMU	112	896
<b>SAMU</b>	Simpósio Internacional de Saúde da População Negra	3	12
<b>SAMU</b>	Simulado de Múltiplas Vítimas Anfiteatro Pôr do Sol, em Parceria com O Sindihospa e outros	15	90
<b>SAMU</b>	Treinamento de RCP - Médicos e Enfermeiros	19	38
<b>SAMU</b>	Treinamento do Ergon na CGVS	2	4
<b>SAMU</b>	Visitas Técnicas de Instituições Externas Ao SAMU e Alunos de Estágios	11	33
<b>SAMU</b>	Visitas Técnicas de Instituições Externas e Grupos de Alunos ao SAMU	13	52
<b>SAMU</b>	Workshop: Tecnologias do APH - Capacitação Suporte Avançado	32	128

## ANEXO IV - CÓDIGOS DE PRODUÇÃO DO TABWIN

### Atendimentos Atenção Básica

0101010010 Atividade Educativa / Orientação em Grupo na Atenção Básica  
0101010036 Prática Corporal / Atividade Física em Grupo  
0101020015 Ação Coletiva de Aplicação Tópica de Flúor Gel  
0101020031 Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada  
0101020040 Ação Coletiva de Exame Bucal com Finalidade Epidemiológica  
0101030010 Visita Domiciliar por Profissional de Nível Médio  
0101030029 Visita Domiciliar/Institucional por Profissional de Nível Superior  
0101040024 Avaliação Antropométrica  
0201020033 Coleta de Material p/ Exame Citopatológico de Colo Uterino  
0201020041 Coleta de Material p/ Exame Laboratorial  
0201020050 Coleta de Sangue p/ Triagem Neonatal  
0211060275 Triagem Oftalmológica - Projeto Olhar Brasil  
0214010015 Glicemia Capilar  
0214010040 Teste Rápido para Detecção de HIV em Gestante  
0214010058 Teste Rápido para Detecção de Infecção pelo HIV  
0214010066 Teste Rápido de Gravidez  
0214010074 Teste Rápido para Sífilis  
0214010082 Teste Rápido para Sífilis em Gestante  
0214010090 Teste Rápido para Detecção de Hepatite C  
0301010030 Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica (exceto médico)  
0301010056 Consulta Medica em Saúde do Trabalhador  
0301010064 Consulta Medica em Atenção Básica  
0301010080 Consulta p/ Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento (Puericultura)  
0301010099 Consulta para Avaliação Clínica do Fumante  
0301010110 Consulta Pré-natal  
0301010129 Consulta Puerperal  
0301010137 Consulta/Atendimento Domiciliar  
0301010153 Primeira Consulta Odontológica Programática  
0301060037 Atendimento de Urgência em Atenção Básica

0301060045 Atendimento de Urgência em Atenção Básica com Observação até 8 Horas  
0301060053 Atendimento de Urgência em Atenção Básica com Remoção  
0301100020 Administração de Medicamentos em Atenção Básica (por paciente)  
0301100039 Aferição de Pressão Arterial  
0301100101 Inalação / Nebulização  
0301100152 Retirada de Pontos de Cirurgias Básicas (por paciente)  
0301100187 Terapia de Reidratação Oral  
0401010023 Curativo Grau I c/ ou s/ Debridamento

**Procedimentos e Indicadores Odontológicos:**

0101020058 Aplicação de Cariostático (por dente)  
0101020066 Aplicação de Selante (por dente)  
0101020074 Aplicação Tópica de Flúor (individual por sessão)  
0101020082 Evidenciação de Placa Bacteriana  
0101020090 Selamento Provisório de Cavidade Dentária  
0201010232 Biópsia de Glândula Salivar  
0201010348 Biopsia de Osso do Crânio e da Face  
0201010526 Biópsia dos Tecidos Moles da Boca  
0204010160 Radiografia Oclusal  
0204010179 Radiografia Panorâmica  
0204010187 Radiografia Peri-apical Interproximal (Bite-wing)  
0301010153 Primeira Consulta Odontológica Programática  
0301060029 Atendimento de Urgência c/ Observação ate 24 horas  
0301060061 Atendimento de Urgência em Atenção especializada  
0301100152 Retirada de Pontos de Cirurgias Básicas (por paciente)  
0307010015 Capeamento Pulpar  
0307010023 Restauração de Dente Decíduo  
0307010031 Restauração de Dente Permanente Anterior  
0307010040 Restauração de Dente Permanente Posterior  
0307010058 Tratamento de Nevralgias Faciais  
0307020010 Acesso a Polpa Dentaria e Medicação (por dente)



0307020029 Curativo de Demora c/ ou s/ Preparo Biomecânico  
0307020037 Obturação de Dente Decíduo  
0307020045 Obturação em Dente Permanente Birradicular  
0307020053 Obturação em Dente Permanente com três ou mais RA  
0307020061 Obturação em Dente Permanente Unirradicular  
0307020070 Pulpotomia Dentária  
0307020088 Retratamento Endodôntico em Dente Permanente Bi-Radicular  
0307020096 Retratamento Endodôntico em Dente Permanente com 03 ou mais Raízes  
0307020100 Retratamento Endodôntico em Dente Permanente Uni-Radicular  
0307020118 Selamento de Perfuração Radicular  
0307030016 Raspagem Alisamento e Polimento Supragengivais (por Sextante)  
0307030024 Raspagem Alisamento Subgengivais (por Sextante)  
0307030032 Raspagem Corono-Radicular (por Sextante)  
0307030040 Profilaxia / Remoção da Placa Bacteriana  
0307040011 Colocação de Placa de Mordida  
0307040070 Moldagem Dento-Gengival p/ Construção de Prótese  
0307040089 Reembasamento e Conserto de Prótese Dentaria  
0307040089 Reembasamento e Conserto de Prótese Dentaria  
0307040119 Instalação de Aparelho Ortodôntico/Ortopédico Fixo  
0307040127 Manutenção/Conserto de Aparelho Ortodôntico/Ortopédico  
0307040135 Cimentação de Prótese Dentária  
0307040143 Adaptação de Prótese Dentária  
0307040151 Ajuste Oclusal  
0307040160 Instalação de Prótese Dentaria  
0401010031 Drenagem de Abscesso  
0401010058 Excisão de Lesão e/ou Sutura de Ferimento da Pele  
0401010066 Excisão e/ou Sutura Simples de Pequenas Lesões / Ferimentos de Pele / Anexos e Mucosa  
0401010074 Exérese de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo  
0401010082 Frenectomia  
0401010104 Incisão e Drenagem de Abscesso  
0401010120 Retirada de Lesão por Shaving  
0404020054 Drenagem de Abscesso da Boca e Anexos

0404020089 Excisão de Rânula ou Fenômeno de Retenção Salivar  
0404020097 Excisão e Sutura de Lesão na Boca  
0404020100 Excisão em Cunha de Lábio  
0404020313 Retirada de Corpo Estranho dos Ossos da Face  
0404020445 Contenção de Dentes por Splintagem  
0404020488 Osteotomia das Fraturas Alvéolo-Dentárias  
0404020577 Redução de Fratura Alvéolo-Dentária sem Osteossíntese  
0404020615 Redução de Luxação Têmporo-Mandibular  
0404020623 Retirada de Material de Síntese Óssea / Dentária  
0404020631 Retirada de Meios de Fixação Maxilo-Mandibular  
0404020674 Reconstrução Parcial do Lábio Traumatizado  
0414010256 Tratamento Cirúrgico de Fístula Oro-Sinusal / Oro-Nasal  
0414010345 Excisão de Calculo de Glandula Salivar  
0414010361 Exérese de Cisto Odontogênico e Não-Odontogênico  
0414010370 Tratamento Cirúrgico de Dente Incluso em Paciente  
0414010388 Tratamento Cirurgico de Fistula Intra e Extra Oral  
0414020022 Apicectomia com Ou sem Obturação Retrógrada  
0414020030 Aprofundamento de Vestíbulo Oral por Sextante  
0414020049 Correção de Bidas Musculares  
0414020057 Correção de Irregularidades de Rebordo Alveolar  
0414020065 Correcao de Tuberosidade Maxilar  
0414020073 Curetagem Periapical  
0414020081 Enxerto Gengival  
0414020120 Exodontia de Dente Decíduo  
0414020138 Exodontia de Dente Permanente  
0414020146 Exodontia Múltipla com Alveoloplastia por Sextante  
0414020154 Gengivectomia (Por Sextante)  
0414020162 Gengivoplastia (Por Sextante)  
0414020170 Glossorrafia  
0414020200 Marsupialização de Cistos e Pseudocistos  
0414020219 Odontosecção / Radilectomia / Tunelização  
0414020243 Reimplante e Transplante Dental por Elemento  
0414020278 Remoção de Dente Retido (Incluso / Impactado)  
0414020294 Remoção de Torus e Exostoses

0414020359 Tratamento Cirúrgico de Hemorragia Buco-Dental

0414020367 Tratamento Cirurgico para Tracionamento Dental

0414020375 Tratamento Cirúrgico Periodontal (por Sextante)

0414020383 Tratamento de Alveolite

**Quadro 1-** Descrição dos Indicadores de Produção

<b>Produção</b>	<b>Descrição</b>
Cobertura de primeira consulta odontológica programática.	<p>Primeiras Consultas: Avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico. Indicador exclusivo da Atenção Básica. Tem como finalidade medir o acesso da população ao atendimento e tratamento odontológico.</p> <p>Indicador: Número de primeiras consultas realizadas dividido pelo total da população.</p> <p>* Procedimentos para cálculo do indicador: 0301010153.</p>
Média de Procedimentos Básicos Individuais por habitante.	<p>Procedimentos Básicos: procedimentos básicos como restaurações, profilaxias, remoção de tártaro, aplicações de flúor, entre outros realizados na Atenção Básica, serviços especializados e urgências.</p> <p>Indicador: Número de procedimentos odontológicos básicos realizados dividido pelo total da população.</p> <p>* Procedimentos para cálculo do indicador: 0101020058; 0101020066; 0101020074; 0101020082; 0101020090; 0301100152; 0307010015; 0307010023; 0307010031; 0307010040; 0307020010; 0307020029; 0307020070; 0307030016; 0307030024; 0307040089; 0401010031; 0401010066; 0414020120; 0414020138; 0414020383; 0414020405; 0414020359; 0414020170; 0307040070; 0307040160; 0307040143; 0307040135; 0307030040.</p>
Proporção de Procedimentos Especializados em Relação aos Básicos.	<p>Proporção de Procedimentos especializados realizados em Atenção Básica, serviços especializados e urgências, em relação a procedimentos básicos realizados.</p> <p>* Procedimentos para cálculo dos procedimentos especializados: 0307020088; 0307020096; 0307020100; 0307020118; 0201010232; 0201010348; 0307010058; 0307020045; 0307020053; 0307020061; 0307030032; 0307040011; 0307040151; 0401010120; 0414010345; 0404020488; 0414010361; 0414010388; 0201010526; 0414020022; 0414020030; 0414020049; 0414020057; 0414020065; 0414020073; 0414020081; 0414020146; 0414020154; 0414020162; 0414020200; 0414020219; 0414020243; 0414020278; 0414020294; 0414020367; 0414020375; 0307040089; 0307040127; 0401010058; 0401010074; 0404020054; 0404020100; 0404020313; 0404020577; 0404020615; 0404020623; 0404020631; 0404020674; 0414010370; 0404020097; 0401010082; 0404020445; 0307020037; 0307040119; 0414010256; 0414020219; 0401010104; 0404020089.</p>

<p>Percentual de Exodontias de Dente Permanente em Relação aos Procedimentos Selecionados.</p>	<p>Percentual de extrações dentárias realizadas em relação ao número total de procedimentos selecionados.</p> <p>* Procedimentos para cálculo do total de exodontias: 0414020138; 0414020146.</p> <p>* Procedimentos selecionados: 0101020058; 0101020066; 0101020074; 0101020090; 0307010015; 0307010031; 0307010040; 0307020010; 0307020029; 0307020037; 0307020061; 0307020045; 0307020053; 0307020070; 0307020088; 0307020096; 0307020100; 0307020118; 0307030016; 0307030024; 0307030032; 0414020022; 0414020073; 0414020138; 0414020146; 0414020154; 0414020162; 0414020219; 0414020243; 0414020367; 0414020375.</p>
<p>Atendimentos de urgência no nível básico, secundário, emergências e serviços de urgências.</p>	<p>Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, serviços especializados e urgências sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida.</p> <p>* Procedimentos para cálculo da produção: 0301060037; 0301060061; 0301060029.</p>
<p>Percentual de Procedimentos Periodontais por Habitante</p>	<p>Número de procedimentos periodontais selecionados dividido pelo total da população.</p> <p>* Procedimentos selecionados para cálculo do indicador: 0307030016; 0307030024; 0307030032; 0414020154; 0414020162; 0414020219; 0414020375.</p>

FONTES: SIGTAP.DATASUS

### Procedimentos Cerest

0102020027 Atividade Educativa em Saúde do Trabalhador

0301010056 Consulta Médica em Saúde do Trabalhador

### Procedimentos Saúde do Homem

0202030105 Solicitações do exame de dosagem do PSA (Antígeno Prostático Específico)

## ANEXO V – CATEGORIAS PROFISSIONAIS VINCULADAS AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

**Tabela 1**– Lista de equipes vinculadas e de categoria profissional por NASFs, em Porto Alegre/RS

NASF	Nome das equipes vinculadas	N Profissionais	Profissionais	Carga horária
NASF Cruzeiro/Cristal	ESF Santa Anita I	5	Assistente Social	40
	ESF Cruzeiro do Sul I		Fisioterapeuta Geral	40
	ESF Orfanotrófio I		Fisioterapeuta Geral	40
	ESF Osmar Freitas I		Médico Psiquiatra	40
	ESF Osmar Freitas II		Nutricionista	40
	ESF Nossa Senhora Medianeira I			
	ESF Nossa Senhora Medianeira II			
	ESF Nossa Senhora Medianeira III			
Equipe 4 - NASF - Barao Bage	ESF Barão do Bagé 1	5	Assistente Social	40
	ESF Barão do Bagé 2		Farmacêutico	40
	ESF Divina Providência 1		Médico Psiquiatra	40
	ESF Divina Providência 2		Psicólogo Clínico	40
	ESF Nossa Senhora Aparecida 1		Terapeuta Ocupacional	40
	ESF Nossa Senhora Aparecida 2			
	ESF Vila SESC 1			
	ESF Vila SESC 2			
NASF LENO	ESF Laranjeiras I	6	Assistente Social	40
	ESF Mato Sampaio I		Fisioterapeuta Geral	30
	ESF Vila Pinto I		Médico Psiquiátrico	20
	ESF Vila Brasília I		Nutricionista	40
	ESF Tijuca I		Psicólogo Clínico	40
	ESF Tijuca II		Terapeuta Ocupacional	30
	ESF Milta Rodrigues I			
	ESF Milta Rodrigues II			
	ESF Jardim Carvalhol*			
	ESF Jardim Carvalhol II*			
Equipe 2 - NASF - JD Leopoldina	ESF Costa e Silva 1	5	Assistente Social	40
	ESF Jardim Leopoldina 1		Farmacêutico	40
	ESF Jardim Leopoldina 2		Médico Psiquiatra	40
	ESF Jardim Leopoldina 3		Nutricionista	40
	ESF Jardim Leopoldina 4		Psicóloga Clínico	40
	ESF Jardim Leopoldina 5			
	ESF Parque dos Maias 1			
	ESF Parque dos Maias 2			

NASF Novo Horizonte	ESF Jenor Jarros I	7	Assistente Social	40
	ESF Asa Branca I		Farmacêutico	40
	ESF Beco dos Coqueiros I		Fonoaudiólogo	30
	ESF Beco dos Coqueiros II		Médico Psiquiatra	40
	ESF Santa Fé I		Médico Psiquiatra	20
	ESF Santa Fé II		Nutricionista	40
	ESF Santo Agostinho I		Terapeuta Ocupacional	40
	ESF Santo Agostinho II			
	ESF Passo das Pedras I			
	ESF Passo das Pedras II*			
Equipe 1 - NASF – Unidade Conceição	ESF Conceição 1	5	Assistente Social	40
	ESF Conceição 2		Farmacêutico	40
	ESF Conceição 3		Nutricionista	40
	ESF Conceição 4		Psicólogo Clínico	40
	ESF Conceição 5		Terapeuta Ocupacional	40
	ESF Conceição 6			
	ESF Santíssima Trindade 1			
	ESF Santíssima Trindade 2			
Equipe 3 - NASF – Jardim Itú	ESF Coinma 1	5	Assistente Social	40
	ESF Coinma 2		Farmacêutico	40
	ESF Jardim Itú 1		Nutricionista	40
	ESF Jardim Itú 2		Psicólogo Clínico	40
	ESF Jardim Itú 3		Terapeuta Ocupacional	40
	ESF Vila Floresta 1			
	ESF Vila Floresta 2			
	ESF Vila Floresta 3			
NASF Lomba	ESF Esmeralda I	6	Assistente Social	40
	ESF Esmeralda II		Fisioterapeuta Geral	30
	ESF São Pedro I		Médico Psiquiatra	30
	ESF São Pedro II*		Nutricionista	40
	ESF Viçosa I		Psicólogo Clínico	40
	ESF Santa Helena I		Terapeuta Ocupacional	40
	ESF Santa Helena II*			
	ESF Herdeiros I*			
	ESF Herdeiros II			
	ESF Recreio da Divisa I			
	ESF Lomba do Pinheiro I			
	ESF Lomba do Pinheiro II			

NASF Sul	ESF Cidade de Deus I	8	Assistente Social	40
	ESF São Vicente Martir I		Fisioterapeuta Geral	30
	ESF Alto Erechim I		Fonoaudiólogo	30
	ESF Morro dos Sargentos I*		Médico Ginecologista	20
	ESF Morro dos Sargentos II		Médico Psiquiatra	20
	ESF Campos do Cristal I		Nutricionista	20
	ESF Vila Nova Ipanema I		Psicólogo Clínico	40
	ESF Campo Novo I		Terapeuta Ocupacional	40
	ESF Campo Novo II			

**Tabela 2**– Lista de profissionais da Unidade de Saúde Indígena, em Porto Alegre

Unidade de Saúde Indígena	Profissionais
Aldeia Kaingang Fag NHIN	Agente Comunitário de Saúde
	Agente Indígena de Saúde
	Agente Indígena de Saúde
	Agente Indígena de Saúde
	Agente Indígena de Saúde
	Auxiliar em Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família
	Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família
	Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família
	Médico Generalista
	Técnico de Enfermagem
	Técnico de Enfermagem
	Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família

**Tabela 3**– Lista de equipes de Consultório na Rua e de categoria profissional por eCR, em Porto Alegre/RS

<b>Equipe Consultório na rua</b>	<b>Modalidade</b>	<b>Unidade de Saúde Sede</b>	<b>N Equipes</b>	<b>Profissionais</b>
eCR Centro	III	US Santa Marta	1	Assistente Social
				Enfermeiro
				Enfermeiro
				Médico da Estratégia de Saúde da Família
				Técnico de Enfermagem
				Técnico de Enfermagem
				Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família
				Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família
eCR Hospital Nossa Senhora da Conceição	II	Consultório na Rua HNSC	1	Assistente Social
				Auxiliar de Escritório, em Geral
				Enfermeiro
				Psicólogo Clínico
				Técnico de Enfermagem
				Técnico de Enfermagem
				Terapeuta Ocupacional
				Trabalhador de Serviços de Limpeza e Conservação

FONTE: SCNES



**Tabela 4–** Lista de profissionais das Equipes de Saúde Prisional, em Porto Alegre/RS

<b>Equipe Saúde Prisional</b>	<b>Profissionais</b>
Madre Pelletier	Assistente Social
	Auxiliar em Saúde Bucal
	Cirurgião Dentista Clínico Geral
	Enfermeiro
	Enfermeiro
	Médico Clínico
	Médico Clínico
	Psicólogo Clínico
	Técnico de Enfermagem
PCPA 1	Assistente Social
	Auxiliar em Saúde Bucal
	Cirurgião Dentista Clínico Geral
	Enfermeiro
	Farmacêutico
	Médico Clínico
	Médico Clínico
	Psicólogo Clínico
	Técnico de Enfermagem
	Técnico de Enfermagem
	Técnico de Enfermagem
Técnico em Radiologia e Imagenologia	
PCPA 2	Assistente Social
	Auxiliar em Saúde Bucal
	Cirurgião Dentista Clínico Geral
	Enfermeiro
	Farmacêutico
	Médico Clínico
	Psicólogo Clínico
	Técnico de Enfermagem
	Técnico de Enfermagem
	Técnico de Enfermagem
Técnico em Radiologia e Imagenologia	
PCPA 3	Assistente Social
	Auxiliar em Saúde Bucal
	Cirurgião Dentista Clínico Geral
	Enfermeiro
	Farmacêutico
	Médico Clínico
	Médico Clínico
	Psicólogo Clínico
	Técnico de Enfermagem
	Técnico de Enfermagem
	Técnico de Enfermagem
	Técnico de Enfermagem
Técnico de Enfermagem	
Técnico de Enfermagem	

FONTE: SCNES.

**Tabela 5**– Lista de profissionais das Unidades de Saúde Socioeducativa, em Porto Alegre/RS

Gerência Distrital	Unidade de Saúde Socioeducativa	Profissionais
GCC	FASERS	Auxiliar de Enfermagem
		Auxiliar de Enfermagem
		Auxiliar de Enfermagem
		Cirurgião Dentista de Saúde Coletiva
		Enfermeiro
		Enfermeiro
		Farmacêutico
		Médico Clínico
		Médico Neurologista
		Médico Psiquiatra
		Nutricionista
		Nutricionista
		Professor de Educação Física
		Técnico de Enfermagem
	CASE PC	Auxiliar de Enfermagem
		Auxiliar de Enfermagem
		Auxiliar de Enfermagem
		Auxiliar de Enfermagem
		Auxiliar de Enfermagem
		Cirurgião Dentista Periodontista
		Enfermeiro
		Enfermeiro
		Médico Clínico
		Médico Clínico
		Médico Psiquiatra
		Nutricionista
		Professor de Educação Física
		CASE I
	Auxiliar de Enfermagem	
	Auxiliar de Enfermagem	
	Cirurgião Dentista Clínico Geral	
	Enfermeiro	
	Enfermeiro	
	Médico Clínico	
	Médico Clínico	
	Médico Psiquiatra	
	Professor de Educação Física	
	CASE II	Técnico de Enfermagem
		Auxiliar de Enfermagem
		Auxiliar de Enfermagem
Auxiliar de Enfermagem		
Auxiliar de Enfermagem		
Cirurgião Dentista Clínico Geral		
Enfermeiro		
Médico Clínico		
Professor de Educação Física		

	CSE	Auxiliar de Enfermagem
		Auxiliar de Enfermagem
		Auxiliar de Enfermagem
		Auxiliar de Enfermagem
		Cirurgião Dentista Clínico Geral
		Enfermeiro
		Médico Clínico
		Médico Psiquiatra
		Professor de Educação Física
		Técnico de Enfermagem
	CASEF	Auxiliar de Enfermagem
		Auxiliar de Enfermagem
		Auxiliar de Enfermagem
		Auxiliar de Enfermagem
		Auxiliar de Enfermagem
		Cirurgião Dentista Clínico Geral
		Enfermeiro
		Enfermeiro
		Médico Ginecologista e Obstetra
		Professor De Educação Física

FONTE: SCNES

**Tabela 6** - Total de Matriciamento por Gerências 2014, 2015 e 2016

<b>Gerência Distrital</b>	<b>Nº de unidades matriciadas</b>	<b>Unidades</b>	<b>% do total de unidades</b>
Centro	03	US Santa Marta US Modelo US Santa Cecília	100
NHNI	10	US Diretor Pestana US Farrapos US Ilha dos Marinheiros US Fradique Vizeu US Vila Ipiranga US Jardim Itu US Conceição US Nazaré US IAPI US Mário Quintana	71,42
NEB	21	US Jenor Jarros US Domenico Feoli US Assis Brasil US Ramos US Passo das Pedras I US Passo das Pedras II US Beco dos Coqueiros, US Santa Maria, US Planalto, US Nova Brasília US Santa Rosa US Nova Gleba US São Cristóvão US São Borja US Rubem Berta US Vila Elizabeth US Asa Branca US Esperança Cordeiro US Santa Fé US Santo Agostinho US Nossa Senhora Aparecida	80,76
LENO	16	US Vila Safira US Chácara da Fumaça US Jardim Protásio Alves US Barão de Bagé US Jardim da FAPA US Milta Rodrigues US Bom Jesus US Jardim Carvalho US Tijucas US Vila Pinto US Morro Santana US Timbaúva US Vila Brasília	69,56

		US Laranjeiras US Safira Nova US Batista Flores	
GCC	18	US Osmar Freitas US Glória US Jardim Cascata US Rincão US Vila Cruzeiro US Nossa Senhora das Graças US Cristal US Tronco US Vila dos Comerciantes US Cruzeiro do Sul US Orfanotrófio US Santa Anita US Santa Tereza US Belém Velho US Primeiro de Maio US Divisa US Estrada dos Alpes US Alto Embratel	75
SCS	14	US Cidade de Deus, US Calábria, US Beco do Adelar, US Morro dos Sargentos, US Campo Novo, US Alto Erechim, US Tristeza, US Moradas da Hípica. US Camaquã US Guarujá US Ipanema US Campos do Cristal US Nonoai US Vila Nova Ipanema	77,77
PLP	19 (+1 US Lomba Kaigang)	US Bananeiras US Panorama US Ernesto Araújo US Santo Alfredo US Lomba do Pinheiro US Pequena Casa da Criança US São José US Pitoresca US Viçosa US CERES US Vila Vargas US Mapa US São Carlos US Campo da Tuca US São Pedro US São Miguel	90,47

		US Lomba Kaigang* US Recreio da Divisa US Herdeiros US Esmeralda	
RES	08	US Pitinga US Ponta Grossa US Castelo US Belém Novo US Paulo Viaro US Lami US Chapéu do Sol US Restinga	66,66

**FONTE:** CEREST (Listas de Presença/ SIA Procedimentos: 0102020027; 0101010028;01020100226)

\* Percentual considerando o número de unidades pactuadas em 2013 por gerência, e constantes no PMS 2014-2017.