



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

*RELATÓRIO DE GESTÃO 1º QUADRIMESTRE DE 2012*

Porto Alegre, maio de 2012.

## AUTORIDADES MUNICIPAIS

JOSÉ FORTUNATTI

**Prefeito Municipal**

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MARCELO BOSIO

**Secretário Municipal de Saúde**

JORGE LUIZ SILVEIRA OSÓRIO

**Secretário Adjunto**

CAROLINA SANTANNA

**Secretária Substituta**

FABIANO BRUM BERESFORD

**Coordenação Geral**

SILVIA GIUGLIANI

**Conselho Municipal de Saúde**

LURDES MARIA TOAZZA TURA

**Assessoria de Planejamento e Programação**

CARMEN JASPER

**Assessoria de Comunicação**

ROBERTO MOREIRA NUNES

**Assessoria Jurídica**

CHRISTIANE NUNES DE FREITAS

**Coordenadoria de Atenção Primária e Serviços Especializados**

**Ambulatoriais e Substitutivos**

ARNALDO HOMERO PIBENART VILLELA

**Coordenação Municipal das Urgências**

ELAINE LUIZ TWEEDIE LUIZ

**Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde**

ANDERSON ARAUJO DE LIMA

**Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde**

ADRIANA SILVA TARRAGÔ CARVALHO

**Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador**

MÁRIO CÉSAR JERÔNIMO KURZ

**Gerência de Saúde do Servidor Municipal**

ANDRÉ LUIS BELLIO

**Coordenadoria Geral de Administração Financeira e Orçamentária**

ISMAEL LOPES FERNANDES

**Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo**

ROSANGELA MARIA ALEGRE PACHECO

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

MARIA ISABEL BITTENCOURT

**Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**

ELISABETH LOGUERCIO COLLARES

**Hospital de Pronto Socorro**

TANIA MARIA COUTO COELHO

Assessoria Parlamentar

## **GERÊNCIAS DISTRITAIS**

CRISTINA KLEY

**Centro**

ANA LÚCIA DE LEÃO DAGORD

**Noroeste-Humaitá-Navegantes e Ilhas**

ANGELA REGINA GROFF NUNES

**Norte e Eixo Baltazar**

ROSANE TEREZINHA BALTAZAR

**Leste/ Nordeste**

VÂNIA MARIA FRANTZ

**Partenon /Lomba do Pinheiro**

DANIELLE CERQUEIRA STEIN

**Glória/Cruzeiro/ Cristal**

MARISA ALBUQUERQUE DE LÚCIA

**Restinga/ Extremo Sul**

MARIS CRISTIANE WEBER

**Sul/Centro Sul**

**SECRETARIA TECNICA DO CMS**

Christiane Nunes de Freitas

Heloisa Helena Rousselet de Alencar

Humberto José Scorza

Luis Walter Jaques Dornelles

Lurdes Maria Toazza Tura

Maria Letícia de Oliveira Garcia

Nei Carvalho

Oscar Paniz

Tânia Ledi da Luz Ruchinsque

Walter Jeck

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AD – Álcool e Drogas

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

ASSECOM – Assessoria de Comunicação

ASSEPLA – Assessoria de Planejamento e Programação

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

BAS – Benefício Assistencial

CA – Câncer

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CAPS ad – Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i – Centro de Apoio Psicossocial Infantil

CAPSES – Coordenação de Atenção Primária à Saúde e Serviços Substitutivos

CAR – Centro Administrativo Regional

CD – Cirurgião Dentista

CE – Causas Externas

CEO – Centro de Apoio Odontológico

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CERIH – Central de Regulação de Internação Hospitalares

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

CGAFO – Coordenadoria Geral de Administração Financeira e Orçamentária

CGATA – Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo

CGPA / MS – Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

CGVS – Coordenadoria de Vigilância em Saúde

CH – Carga Horária

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CMCE – Central de Marcação de Consultas e Exames

CME – Centro de Material e Esterilização

CMI – Comitê de Mortalidade Infantil

CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CMU – Coordenação Municipal de Urgências  
COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico  
CRT – Centro de Referência a Tuberculose  
CS – Centro de Saúde  
CSVC – Centro de Saúde Vila dos Comerciantes  
CSVIAPI – Centro de Saúde Vila IAPI  
DAR – Doenças do Aparelho Respiratório  
DIU – Dispositivo Intra Uterino  
DM – Diabete Mellitus  
DMLU – Departamento Municipal de Limpeza Urbana  
DO – Declaração de Óbito  
DOPA – Diário Oficial de Porto Alegre  
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
EPTC – Empresa Pública de Transporte e Circulação  
ESB – Equipe de Saúde Bucal  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação  
FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania  
FUGAST – Fundação de Gastroenterologia do Estado  
GD – Gerência Distrital  
GDC – Gerência Distrital Centro  
GDGCC – Gerência Distrital Glória, Cruzeiro, Cristal  
GDLENO – Gerência Distrital Leste Nordeste  
GDNEB – Gerência Distrital Norte Eixo Baltazar  
GDNHNI – Gerência Distrital Noroeste, Navegantes, Humaitá e Ilhas  
GDPLP – Gerência Distrital Partenon, Lomba do Pinheiro  
GDRES – Gerência Distrital Restinga  
GDSCS – Gerência Distrital Sul, Centro Sul  
GHC – Grupo Hospitalar Conceição  
GM – Gabinete Ministerial  
GRSS – Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde  
GS – Gabinete do Secretário  
GSSM – Gerência de Saúde do Servidor Municipal

GTH – Grupo de Trabalho de Humanização  
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas  
HMOV – Hospital Moinhos de Vento  
HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição  
HPS – Hospital de Pronto Socorro  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
LAA – Licença Aguardando Aposentadoria  
LAC – Licença de Acompanhamento de Cônjuge  
LAI – Licença Auxílio-Doença do INSS  
LAT – Licença Acidente de Trabalho  
LG – Licença Gestante  
LTI – Licença Tratamento de Interesse  
LTP – Licença Tratamento de Pessoa da Família  
LTS – Licença Tratamento de saúde  
MAC – Medida de Alta Complexidade  
MS – Ministério da Saúde  
N – Total  
NASCA – Núcleo de Atenção a Criança e ao Adolescente  
NEO – Neoplasias  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento  
PACS – Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul  
PIM / PIA – Primeira Infância Melhor / Porto Infância Alegre  
PAS – Programação Anual de Saúde  
PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
PMS – Plano Municipal de Saúde  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PPI – Programação Pactuada e Integrada  
PRD – Programa de Redução de Danos  
PROCENPA- - Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre  
PUC – Pontifícia Universidade Católica  
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família  
RN – Recém Nascido  
SAE – Serviço de Assistência Especializado em DST, HIV e AIDS  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica  
SIM – Sistema de Informações de Mortalidade  
SINASC – Sistema de Notificação de Nascidos Vivos  
SISPRENATAL – Sistema de Informação do Acompanhamento do Pré-Natal  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SRTN – Serviço de Referência de Triagem Neonatal  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TB – Tuberculose  
TBC – Tuberculose  
TMI – Transmissão Materno – Infantil  
TSB – Técnico em Saúde Bucal  
TS – Tratamento Supervisionado  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
US – Unidade de Saúde  
USA – Unidade de Suporte Avançado  
USB – Unidade de Suporte Básico

<b>SUMÁRIO</b>	<b>PAG</b>
APRESENTAÇÃO	12
2 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	14
3 LEGISLAÇÃO/NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS MUNICIPAL	14
4 PARTICIPAÇÃO DA SMS EM INSTÂNCIAS COLEGIADAS	16
5 HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO AO RECEBIMENTO DE RECURSOS	16
6 GESTÃO NA SAÚDE	17
6.1 Gestão do trabalho em saúde	21
6.2 Humanização na assistência e da gestão em saúde	33
6.3 Ouvidoria do SUS	44
6.4 Assessoria de Comunicação	47
7 REDE DE SERVIÇOS E REFERÊNCIAS	62
7.1 Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde	62
7.2 Rede de Serviços Ambulatoriais e de Internações Hospitalares	65
7.3 Rede de Serviços de Urgência e Emergência	65
8 INFRA-ESTRUTURA DE APOIO	66
8.1 Licitações, Contratos e Compras	70
8.2 Informatização da Saúde	72
9 PRODUÇÃO	78
9.1 Atenção Primária à Saúde	78
9.2 Assistência Farmacêutica	82
9.3 Atenção Especializada	86
9.3.1 Saúde Bucal	86
9.3.2 Saúde Nutricional	96
9.3.3 Saúde Mental	100
10 AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE	118
10.1 Vigilância, prevenção e controle de Doenças Transmissíveis e outros agravos.	119
10.2 Ações e Serviços em Vigilância Sanitária	137
10.3 Doenças e Agravos não Transmissíveis	182
11 REGULAÇÃO DO SUS	184
11.1 Auditorias, Vistorias e Supervisões Realizadas	193

11.2 Regulação de Serviços Ambulatoriais e Especializados de Média e Alta Complexidade	194
12 HOSPITAIS PRÓPRIOS	200
12.1 Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	200
12.2 Hospital de Pronto Socorro	210
13 ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E TRANSPORTE DE PACIENTES	215
13.1 Pronto-Atendimentos (PAS)	215
13.2 Pronto-Atendimentos de Saúde Mental	224
13.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	226
14 FINANCIAMENTO DO SUS	230
15 DESEMPENHO DOS INDICADORES NO CICLO DE VIDA	231
15.1 Criança	231
15.2 Adulto	236
15.2.1 Saúde do trabalhador	236
15.2.2 Saúde da Mulher	238
15.3 Idoso	248
16.POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	251
16.1 Saúde da População Negra	251
16.2 Saúde da População Indígena	254
16.3 Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade	255
17 CONTROLE SOCIAL	259
CONSIDERAÇÕES FINAIS	260
REFERÊNCIAS	264
ANEXOS	265

## **APRESENTAÇÃO**

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

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

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

Na esfera municipal, a regionalização dos serviços por Gerências Distritais, para casos eletivos, e por proximidade estratégica de atendimento, para os casos de urgência e emergência, confere ao Sistema Municipal de Saúde maior integração entre o perfil da capacidade instalada de serviços e o das necessidades da população. Outro componente a ser considerado na regionalização dos serviços é o perfil populacional que, apesar da diminuição populacional expressa no Censo 2010, há migrações internas entre as regiões do município, o que exige revisão permanente das necessidades de saúde e disponibilidade de serviços em cada uma delas.

As condições situacionais (de regionalização e populacional) aqui expressas dimensionam a necessidade de instrumentos de gestão para o acompanhamento, avaliação e de direcionamento do planejamento das ações. As áreas técnicas e da gestão da SMS, em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, elaboraram o modelo de Relatórios de Gestão para suprir as exigências da gestão de um Sistema de Saúde como o de Porto Alegre.

Reconhecendo a necessidade de avançar neste processo, a adesão ao Pacto de Gestão pela SMS de Porto Alegre possibilitou a adesão ao Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do Ministério da Saúde (SARGSUS-MS). O

SARGSUS é uma ferramenta que, integrada às bases de dados nacionais do MS, possibilita a emissão de relatórios com análise realizada pela gestão municipal, além de permitir a integração, anexar documentos específicos, singulares para a gestão municipal.

Outro avanço significativo para a qualificação da Gestão Municipal está sendo o uso da Programação Anual de Saúde 2012, a ser acompanhada em todos os relatórios de gestão do ano corrente. O processo de construção dos relatórios de gestão tem proporcionado o aprimoramento do instrumento como ferramenta de monitoramento do conjunto de ações e metas definidas na Programação Anual de Saúde (PAS). É, portanto, o principal instrumento de planejamento estratégico de curto prazo da Secretaria Municipal de Saúde.

Como continuidade deste processo, este relatório quadrimestral de gestão constitui-se, principalmente, na prestação de contas das metas da PAS 2012 a todos os segmentos interessados no desenvolvimento do Sistema Único da Saúde (SUS) no município de Porto Alegre. Visa a apresentar o consolidado do conjunto de serviços prestados e a situação de saúde em Porto Alegre para o ano analisado – 2011. Para isso, obedece à Resolução 36/2011 do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e a Programação Anual de Saúde 2012.

Por fim, o RAG sintetiza as atividades realizadas pelas diversas áreas que compõem a Secretaria Municipal de Saúde e as mudanças ocorridas ao longo do quadrimestre, estabelecendo uma correlação entre as metas pactuadas e alcançadas. Oportuniza, desta forma, a avaliação quali-quantitativa dos serviços ofertados e o acompanhamento da aplicação dos recursos à programação aprovada, favorecendo o controle social.

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

A CAPSES iniciou o processo de criação CNES (Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde) para todos os serviços da atenção primária, serviços especializados e substitutivos. Na lógica de que cada serviço de saúde terá seu CNES, e seus trabalhadores inscritos e, portanto sua produção individual apresentada como BPA (Boletim De Produção Ambulatorial) e disponibilizada pelo Tabwin – DATASUS. Neste quadrimestre iniciou-se o processo, e, portanto avaliamos que esta mudança de trabalho pode ter acarretado problemas de encaminhamento da produção principalmente nos serviços de saúde mental, onde houve uma maior intervenção através separação da produção dos ambulatorios, equipes de matriciamento e NASCAS dos centros ou unidades de saúde onde estes profissionais colocavam suas produções anteriormente. Porém avaliamos que esta organização é prioritária para avaliação, monitoramento e qualificação destes serviços tanto pela gestão como pelo controle social.

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

Foi constituído pela CAPSES a Portaria 802 de 14 de Novembro de 2011, publicada em 1º de março de 2012 que define os critérios de concessão e o elenco de insumos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre aos usuários portadores de Diabetes Mellitus. A referida Portaria estabelece, de forma mais abrangente, o acesso ao recebimento dos insumos, uma vez que redefine os critérios para concessão, como também proporciona a ampliação dos insumos ofertados a comunidade residente neste Município.

Antes da constituição desta Portaria, a SMS reportava-se à Portaria 074/2002 da Secretaria Estadual de Saúde, que estabelecia como critério principal, o recebimento das Tiras para realização de hemoglicoteste, aos pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus do Tipo I, e disponibilizando somente as tiras e o aparelho para hemoglicoteste. Com a publicação desta nova Portaria Municipal 802, os critérios foram ampliados, garantindo-se a concessão aos usuários com diabetes mellitus do tipo I e tipo II, pacientes transplantados, "acamados", ou com idade superior a 65 anos. A oferta dos insumos também fora qualificada, a medida que estabeleceu a ampliação dos insumos de glicosímetro e Tiras, para além destes, com a concessão também na distribuição de lancetas

descartáveis e retrateis, e seringas sem espaço morto, o que representou qualificação deste processo de distribuição de insumos aos usuários com diabetes.

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

Publicada a Portaria 289 em março 2012, referente ao Teste Rápido. Tendo em vista que o município de Porto Alegre desponta como a primeira cidade do Brasil em incidência de casos de AIDS; que o uso da terapia antirretroviral em tempo hábil na gestação pode diminuir a transmissão vertical de 25% para 2%; que há morosidade nos laboratórios contratados que fazem os testes e que há uma dificuldade na atualização de tecnologias menos invasivas, esta portaria que institui a realização de testes rápidos na rede de atenção primária em saúde, para detecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da sífilis se faz fundamental.

A Portaria 288, publicada em março de 2012, trata da busca consentida, tendo em vista que o município de Porto Alegre desponta como a primeira cidade do Brasil em incidência de casos de AIDS. O Brasil da acesso universal a terapia de antirretroviral. Ocorre um número substancial de óbitos por complicações de doenças oportunistas, por ausência de diagnóstico ou diagnóstico tardios e que a busca desses pacientes portadores de HIV ou em tratamento é uma ação de promoção à saúde. Esta portaria que regulamenta os procedimentos e condutas para abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso, se faz necessária.

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

Abaixo, são listadas as principais representações da gestão da SMS em instâncias colegiadas relacionadas ao SUS:

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)/RS

\* Integrantes da Comissão Intergestores Bipartite-CIB/RS - Titular: Marcelo Bosio; Suplente: Carolina Santanna - Conforme of. N° 1768/10-GS em 03/12/2010.

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

\* Integrantes do COGERE 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) - Titular: Marcelo Bosio; Suplente: Carolina Santanna; - Conforme indicação no COGERE.

\* Integrantes da Secretaria Técnica (SETEC) CIR - Titular: Carolina Santanna; Suplente: Christiane Nunes de Freitas - Conforme indicação no COGERE.

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

\* Integrantes da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA) - Titular: Marcelo Bosio; Suplente: Carolina Santanna.

\* Integrantes do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)- Titular: Marcelo Bosio; Suplente: Carolina Santanna

##### **Conselho Municipal de Saúde**

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

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

\* Integrantes do Serviço Técnico (SETEC) do Conselho Municipal de Saúde (CMS) - Titular: Lurdes Maria Turra; Suplente: Christiane Nunes de Freitas - Conforme of. N° 1442/11-GS em 23/08/2011.

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

Não houve novas habilitações no período

## 6 GESTÃO NA SAÚDE

Importante destacar que os trabalhadores atuantes em cargos da gestão centralizada da SMS têm atuação ativa em todas as esferas de governança que participam. Na esfera nacional, as representações junto ao Ministério da Saúde para negociação de recursos para a infraestrutura e funcionamento de serviços é permanente. Como exemplos, destaca-se o Plano de Emergências e a proposta de ampliação do número de leitos de retaguarda aos serviços de urgência, apresentado ao Governo do Estado e ao Ministério da Saúde no quadrimestre em análise. Para a ampliação do número de serviços de Saúde Mental não está sendo diferente, tendo em vista o direcionamento do Ministério da Saúde para a estruturação desta área de atenção em todo o País.

Apesar na diminuição demográfica discreta conferida no Censo 2010, a gestão da SMS reconhece a necessidade de ampliação de toda a rede de serviços, por isso motivadas pelas ações estratégicas, em especial na Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Especialidades Ambulatoriais e serviços de retaguarda às urgências. Por este posicionamento, em alguns casos a SMS de Porto Alegre assume posição de destaque frente às propostas para a região, Estadual e junto ao Ministério da Saúde.

Na esfera municipal, a regionalização dos serviços por Gerências Distritais, para casos eletivos, e por proximidade estratégica de atendimento, para os casos de urgência e emergência, está em constante adequação para atender às necessidades da população. O objetivo está em reorientar a disposição dos serviços conforme as necessidades da população e não mais o inverso.

Pelo histórico inverso, por exemplo, temos a concentração de serviços de média e alta complexidade no centro da cidade, conforme a determinação das instituições prestadoras dos serviços. Esta realidade vem sendo modificada nos últimos 2 anos com a construção do Hospital da Restinga e, mas recentemente, com o processo de reabertura do Hospital Independência e a disponibilidade do Hospital Vila Nova para atendimento 100% SUS. Com a perspectiva de ampliação de leitos de retaguarda para a atenção às urgências, outras instituições hospitalares do território da cidade poderão estar contribuindo para a ampliação dos leitos conforme as necessidades da população.

Entre os serviços ambulatoriais especializados, a qualificação e definição do perfil dos Centros de Especialidades está em desenvolvimento e objetiva garantir

um conjunto de especialidades ambulatoriais mínimas a serem ofertadas por região de Gerência Distrital. Além disso, o Núcleo de Relacionamento com o prestador, da Gerência de Regulação de Serviços, atua incessantemente para ampliar o número de exames e consultas especializados ofertadas pelos prestadores nos seus ambulatórios de especialidades, inclusive repactuando a oferta existente, para que atenda às necessidades expressas nas especialidades com demanda reprimida.

Todas estas ações de gestão estão alinhadas ao planejamento geral da SMS, com vistas a suprir as lacunas existentes. Como há diversas linhas de ação dos setores da gestão da SMS, além destas aqui explicitadas e que também devem convergir com o planejamento geral da SMS, a Assessoria de Planejamento e Avaliação (ASSEPLA) da SMS vem atuando, desde 2011, com a reorientação dos planejamentos setoriais.

A reorientação do planejamento na SMS visa potencializar as estratégias desenvolvidas e evitar sobreposições de atividades, atuando com foco nas necessidades de saúde da população e de capacidade instalada para atendê-las. No quadrimestre em análise, a PAS 2012, com discussão iniciada e envolvendo todos os setores da gestão da SMS (da centralizada às regiões de Gerências Distritais) desde setembro de 2011, foi finalizada e apreciada pelos coordenadores da SMS e conselheiros municipais de saúde em abril de 2012.

Em um momento histórico para o SUS em Porto Alegre, a PAS 2012 foi amplamente discutida e validada em um processo descentralizado que envolveu a participação de aproximadamente mil pessoas, entre gestores, usuários, prestadores e trabalhadores. Esse processo continuou com a implantação das Equipes de Monitoramento Regional, na abrangência das Gerências Distritais e que envolve o conjunto de segmentos que compõem o SUS, apoiados por integrantes da ASSEPLA e da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVS).

As Equipes de Monitoramento Regional, em um total de oito (08), iniciaram suas atividades em março de 2012, com o objetivo de descentralizar o acompanhamento e planejamento para a execução das metas da PAS 2012. Cada Equipe de Monitoramento Regional contempla uma média de oito participantes, mais um integrante da ASSEPLA e dois da CGVS.

Até o final do quadrimestre em análise, as equipes ainda não finalizaram os Planos de Ação Regional (PAR), mas já estão monitorando e qualificando suas

ações conforme as metas da PAS 2012. A previsão é que os PAR sejam concluídos até o mês de agosto..

Como no acompanhamento das equipes regionais, a ASSEPLA iniciou a prestação da Assistência em Planejamento junto aos setores da gestão centralizada da SMS, compreendendo as coordenações de atenção à saúde, de apoio e as assessorias, desde março do ano corrente. Nesta atuação, os técnicos da ASSEPLA identificaram que os diferentes setores da gestão centralizada, assim como as equipes de monitoramento, estão em estágios específicos de desenvolvimento do Planejamento Setorial/Regional. Destaca-se a qualidade da organização setorial da Gerência de Regulação de Serviços, do planejamento estratégico da Coordenação Municipal de Urgências, da dimensão operacional da Coordenação da Rede de Atenção Primária à Saúde, bem como deve ser destacada a autonomia das Gerências Distritais para atuar junto a instrumentos de planejamento em saúde pública e de estratégias locais de gestão, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores.

Além destes acompanhamentos, os técnicos da ASSEPLA coordenam ou acompanham projetos estratégicos para a gestão do SUS na situação atual. Entre estes projetos, destaca-se: 1) participação na elaboração da Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiências, com suplência no Conselho Municipal do Direito às Pessoas com Deficiências; 2) Participação como membro ativo na Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço; 3) Planejamento para implantação das Academias da Saúde na cidade em GT Intersectorial; 4) início da Coordenação do GT da Regionalização, compondo com integrantes da CGVS, CMU, CAPSES, GRSS e CMS; 5) reorientação do Portal de Gestão para o planejamento da SMS pelo PAS 2012; 6) coordenação do projeto de redefinição dos fundamentos estratégicos e principais processos da SMS, focando na melhoria da gestão da qualidade do SUS, em consultoria junto ao Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade e envolvendo todas as coordenações e assessorias da SMS; 7) elaboração do 1º Curso de Planejamento e Avaliação da SMS, voltado para a qualificação das equipes de monitoramento, bem como das áreas técnicas e de apoio para o planejamento utilizando modelos lógicos e a PAS 2012, a ser executado em junho de 2012; 8) reorientação do Relatório de Gestão e Programações e Planos Municipais de Saúde para convergir com a Leis Orçamentárias Anuais e Plano Pluri-Anual, com vistas ao cumprimento da Lei Complementar 141/2012 e ao uso do SARGSUS-MS.

O posicionamento organizado da ASSEPLA visa a qualificar e potencializar a ação de todos os setores e Gerências Distritais, compreendendo a racionalização e direcionamento das ações para atender à missão da SMS. Para isso, nova proposta de organograma geral da SMS (a partir dos primeiros resultados das assistências em planejamento), bem como a revisão dos seus Fundamentos Estratégicos (apresentados e validados pelos coordenadores e gerentes distritais em maio), devem ser apresentados no próximo Relatório de Gestão.

Da mesma forma, a elaboração da PAS 2013 desde o segundo quadrimestre de 2012 visará convergir com a elaboração da LOA no mesmo período, para entrega conjunta à Prefeitura até agosto de 2012, bem como para acompanhamento integral pelo programa do SARGSUS-MS. Enfim, o planejamento da SMS está sendo desenvolvido para atuar integralmente na perspectiva da gestão compartilhada com co-responsabilização, com garantia de espaços permanentes de gestão colaborativa.

Este item contempla dados e informações referentes à estrutura de macrogestão da SMS, que envolve a Gestão do Trabalho em Saúde, a Educação Permanente em Saúde (ambas contidas na Coordenadoria Geral de Administração dos Servidores da Saúde – CGADSS), Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde, Ouvidoria SUS, Assessoria de Comunicação (ASSECOM), Rede de Serviços e Referências (contempladas nas Coordenadorias de APS, de Urgências e na Gerência de Regulação de Serviços de Saúde), Infra-Estrutura de Apoio (liderada pela Coordenadoria Geral de Apoio Técnico-Administrativo) e as Ações Institucionais de Planejamento, Avaliação e Monitoramento. Nesta mesma ordem, seguem os subitens a seguir.

## 6.1 Gestão do trabalho em saúde

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

Em relação aos servidores contratados temporariamente, a redução se deve à criação do IMESF (Lei Municipal 11.062/2011), o qual absorveu a maioria dos ACS que estavam amparados pela EC nº 51/2006.

Houve a ampliação de 38 postos de trabalho terceirizados.

**Tabela 1- Servidores ingressantes através de nomeação – Comparativo 1º quadrimestre 2012 com o 1º quadrimestre 2011**

Cargo	1º Quadrimestre 2012	1º Quadrimestre 2011
Administrador	1	-
Arquiteto	1	-
Assistente Administrativo	15	14
Cirurgião Dentista	2	-
Enfermeiro	3	29
Médico	44	19
Monitor	3	-
Técnico em Enfermagem	137	93
Técnico em Radiologia	1	8
Total	207	163

Fonte: Sistema ERGON e Área de Ingresso CGADSS/SMS

**Quadro 1- Concursos Públicos homologados no 1º quadrimestre 2012**

Concursos Públicos	Cargos
CP 471	Médico Especialista
CP 470	Técnico em Enfermagem

Fonte:SMA

Os Concursos Públicos solicitados no 1º quadrimestre de 2012 para serem realizados ainda no ano de 2012 são: Auxiliar de Farmácia, Biomédico, Técnico de Nutrição e Dietética, Fonoaudiólogo, Recreacionista, Motorista

Ressalte-se que a realização dos Concursos Públicos depende da autorização de instância superior à SMS e da capacidade operacional da SMA para a realização da seleção, seja através de recursos próprios ou licitando empresa para a realização do processo de seleção. Assim sendo, a SMS embora efetue solicitações para realização de Concursos Públicos, é dependente de avaliações que transcendem seus limites.

**Quadro 2-Metas anuais constantes na PAS**

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	
139. Criar e nomear 30 cargos de auxiliar de farmácia e 20 cargos de educador físico	Foi solicitada a criação dos cargos.	
140. Repor 100% das vacâncias geradas por servidores municipais.	As vagas estão sendo repostas no período.	
141. Transformar 213 cargos de Auxiliar de Enfermagem em 188 cargos de Técnico em Enfermagem e 25 cargos de Técnico em Radiologia.	A meta já foi totalmente atingida ainda em 2011.	
142. Transformar 25 cargos de Assistente Administrativo Hospitalar em 10 cargos de Auxiliar de Farmácia, 09 cargos de Farmacêutico e 05 de Biomédicos para atender as demandas atuais da assistência farmacêutica.	A meta já foi totalmente atingida em 2010.	
143. Criar 51 cargos de Enfermeiro	Meta atingida.	
161. Atender 100% dos servidores que buscam apoio para negociação de situações de conflitos nos locais de trabalho.	Foram encaminhados para a GEAF 100% dos servidores e gerentes que buscam apoio para a negociação de situações de conflitos e dificuldades relativas às relações de trabalho.	Desde dezembro de 2010, os servidores e chefias que procuram a ED/CGADSS, tanto pessoalmente quanto por telefone, para agendar atendimento funcional são orientados a buscarem esse atendimento na GEAF.

**Tabela 2** Números de Atendimento Funcional de Servidores da SMS - 1º quadrimestre - jan/abr 2012

Casos que abriram no 1º quadrimestre	21
Casos que encerraram no 1º quadrimestre	12
Casos que abriram e encerraram no 1º quadrimestre	4
Casos que seguem em aberto	41*

**Fonte:** Relatório GEAF/SMA

Além do somatório que pode ser feito pelo quadro acima descrito, consideram-se, igualmente, casos remanescentes de períodos anteriores.

**Tabela 3-** Motivos relacionados aos Acompanhamentos Funcionais Individuais em andamento em 2012

Motivo do Acompanhamento	Casos	%
Assédio moral (servidor alega ser vítima)	3	7,3
Atribuições – servidor tem dificuldade em realizá-las	2	4,8
Desmotivação com o trabalho	2	4,8
Dificuldades de relacionamento no local de trabalho	3	7,3
Estágio Probatório - Discordância	6	14,6
Estágio Probatório – encaminhado por baixa pontuação	10	24,4
Insubordinação ou desrespeito a normas	1	2,4
Licenças prolongadas	2	4,8
Problemas Pessoais	1	2,4
Queixas sobre trabalho (ex: distância, remuneração)	3	7,3
Sobrecarga de trabalho	1	2,4
Sofrimento psíquico	3	7,3
Outros	4	9,8
Total	41	100%

**Fonte:** Relatório GEAF/SMA

No que diz respeito aos motivos que geram acompanhamento funcional, não existem dados de períodos anteriores que se possa traçar comparativo, pois a GEAF não tinha esse dados disponíveis em 2011.

Dos motivos para o acompanhamento apresentados neste primeiro quadrimestre de 2012, destacam-se com maior frequência as situações relacionadas ao Estágio Probatório (39 % dos motivos de atendimento). Todos os demais motivos aparecem com uma frequência reduzida (de 7,3 % ou menor).

**Tabela 4-** Acompanhamentos Gerenciais realizados em 2012

Equipes acompanhadas	Local	Nº de servidores envolvidos	Período	Fase
1	UBS Calábria	13 servidores/chefias	Março/ Abril	Concluído

Fonte: Relatório GEAF

O comparativo quadrimestral com 2011 não está sendo apresentado porque não temos base de dados quadrimestral que permita tal comparação, pois a GEAF/SMA disponibilizou apenas dados sobre o total de atendimentos de 2011.

### **6.1.1 Educação Permanente em Saúde**

A Educação Permanente está estruturada em dois eixos de atuação: a qualificação profissional e a integração ensino e serviço.

No eixo da qualificação profissional, a Equipe de Desenvolvimento está em processo de recomposição. As atividades previstas são de articulação da Rede de Educação Permanente da SMS, composta pelo Núcleo de Educação Permanente em Urgências/Coordenação Municipal de Urgências – NEU/CMU, Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem do HPS - NEPEnf-HPS, Direção Científica-HPS, Assessoria de Ensino e Pesquisa - ASSEP-HMIPV, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde – CGVS e Coordenação de Atenção Primária de Serviços Especializados e Substitutivos – CAPSES, proporcionando uma coordenação para as estratégias de qualificação dos profissionais de saúde, com vistas a convergir com as prioridades da Secretaria e as necessidades de desenvolvimento profissional para gestão do SUS em Porto Alegre, segundo a Política Nacional de Educação Permanente e em acordo com a Programação Anual de Saúde – PAS 2012.

No eixo da integração ensino e serviço, a Equipe de Desenvolvimento (ED/CGADSS) da SMS tem desempenhado um importante papel junto à Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES) na construção e implementação desta política.

Na seqüência, explicitam-se as atividades.

### 6.1.1.1 Qualificação Profissional

A Qualificação Profissional do quadro de servidores da SMS se dá por capacitações técnicas internas, por cursos e eventos promovidos pela Escola de Gestão Pública/SMA, por liberação formal para realização de cursos junto a instituições de ensino em diferentes estágios e para participação em eventos técnicos.

Atualmente os projetos de capacitação da SMS visando à qualificação profissional dos servidores são encaminhados à Equipe de Desenvolvimento para análise e assessoria técnica, tendo em vista a adequação prioritária às metas da PAS 2012 e objetivando sua inclusão no Calendário Único de Educação Permanente em Saúde.

**Tabela 5** Capacitações para Servidores da SMS – informações quantitativas – vide informações qualitativas nos anexos I e II .

Período	Nº de capacitações	Nº de participantes	Total de horas de capacitação X Servidor
1º quadrimestre 2012*	69	2.437	22.593
1º quadrimestre 2011**	30	1230	7.206

**Fonte:** \* Registro da ED/CGADSS, CGVS, NEPEnf/HPS, Direção Científica/HPS, Assessoria de Ensino e Pesquisa do HMIPV, CAPSES, Infrede e Instituto de Cardiologia-Fundação Universitária de Cardiologia - IC-FUC.

\*\* Registro da ED/CGADSS, NEPEnf/HPS, Direção Científica/HPS, CAPSES, e Instituto de Cardiologia-Fundação Universitária de Cardiologia - IC-FUC.

Ressalta-se que os dados não puderam ser plenamente levantados uma vez que o formato de registro era diferenciado e que foi sendo reformulado no decorrer de 2011.

**Tabela 6-** Capacitações realizadas pela EGP/SMA com a participação de servidores da SMS – informações quantitativas - vide informações qualitativas em anexo.

Período	Nº de capacitações	Nº de participantes	Total de horas de capacitação X Servidor
1º quadrimestre 2012	16	200	1.200
1º quadrimestre 2011	16	333	2.370,5

**Fonte:** Escola de Gestão Pública - EGP/SMA

**Tabela 7:** Liberação de Servidores para Estudo em Horário de Trabalho

Nível de Ensino	Nº de serv.		Horas por nível de ensino	
	1º quadri 2011	1º quadri 2012	1º quadri 2011	1º quadri 2012
Técnico	01	02	80	160
Graduação	11	07	880	560
Especialização	06	07	480	560
Mestrado	-	01	-	80
Doutorado	03	03	240	240
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>1.680</b>	<b>1.600</b>

Fonte: Assessoria Técnica - ASSETEC/CGADSS/SMS

Segundo parecer da PGM nº 753/93 é assegurado até 1/3 da carga horária do cargo do servidor (1/3 da carga horária básica).

Para a confecção de tal quadro utilizou-se este parecer como referência, partindo-se da carga horária máxima que está legalmente garantida, sendo esta multiplicada por dois, uma vez que tem-se efetivamente os meses de março e abril de 2011 e 2012 como meses com aula, sendo janeiro e fevereiro períodos de férias das atividades educacionais.

As diferenças a menor de 2012 em comparação ao 1º quadrimestre de 2011 devem-se a problemas em 2012 no encaminhamento administrativo dos respectivos processos, já em resolução.

**Tabela 8:** Capacitações, afastamentos e liberação para estudo de servidores da SMS – Comparativo entre o 1º quadrimestre de 2012 e o 1º quadrimestre de 2011.

1º Quadrimestre		Total de participantes		Total de horas de investimento em capacitação	
		2012	2011	2012	2011
1	Capacitações SMS	2.437	1230	22.593	7.206
2	Capacitação EGP/SMA	200	333	1.200	2.370,5
3	Afastamento para eventos	60	36	1.271	994
4	Liberação de servidores para estudo	20	23	1.600	1.680
<b>Total</b>		<b>2.717</b>	<b>1.622</b>	<b>26.664</b>	<b>12.250,5</b>

Fonte:CGADSS/SMS

**Tabela 9-** Comparativo do índice de horas totais de capacitação pelo número de servidores da SMS, entre o 1º quadrimestre de 2012 e o 1º quadrimestre de 2011.

Total de horas de investimento em capacitação 1º Quadrimestre		Nº total de servidores da SMS 1º Quadrimestre		Hora total de capacitação / nº servidores da SMS 1º Quadrimestre	
2012	2011	2012	2011	2012	2011
26.664	12.250,5	6.581*	6.712	4,05 h/servidor	1,82

Fonte:CGADSS/SMS

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

O primeiro quadrimestre do ano é um período atípico pela alta concentração de férias dos servidores e início de planejamento das atividades didático-pedagógicas. Estima-se uma tendência de significativo incremento das atividades de qualificação no decorrer dos demais períodos do ano, que deve ter impacto sobre o valor do indicador de capacitações.

Salienta-se ainda que na comparação entre o valor dos indicadores do 1º quadrimestre de 2011 e do 1º quadrimestre de 2012 observa-se diferença significativa que decorre da incompletude de dados bem como da ausência de banco de dados de algumas áreas, uma vez que os mesmos foram sendo construídos no decorrer de 2011.

**Tabela 10:** Meta anual constante na PAS 2012

Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	Observações
159. Elaborar o calendário anual de Educação Permanente em saúde que contemple 100% das metas do PMS e outras que tenham previsão de capacitação.	Recebimento e análise técnica dos projetos de capacitação, com identificação das metas para fins de sua qualificação face à PAS-2012, e elaboração do Calendário Anual de Educação Permanente em Saúde.	Com o processo de recomposição da equipe, o fluxo de encaminhamento dos projetos de Educação Permanente está em reavaliação com vistas a qualificar o processo.  O calendário 2012 de Educação Permanente está em elaboração.

#### 6.1.1.2 Integração Ensino e Serviço

Nesse quadrimestre, apontamos como relevante no processo de integração ensino serviço, a iniciativa de construção, credenciamento e aprovação pelo Ministério da Saúde dos projetos PRÓ/PETs- Saúde com as quatro maiores Instituições de Ensino de Porto Alegre na área da saúde: UFRGS, IPA, UFCSPA e PUC. Esses projetos foram elaborados a partir do quadro de prioridades apresentado pela Secretaria, dirigidos para os territórios de referência para integração docente assistencial e articulados com a participação permanente do controle social. Os quatro projetos tem dois eixos estruturantes: 1) a constituição de estratégias para a transformação da rede assistencial numa efetiva Rede Escola; 2) e criação de novas tecnologias assistenciais a partir das experiências de professores e alunos junto aos serviços e com a comunidade,

para serem reproduzidas nas demais regiões da cidade. Atualmente, estamos aguardando as orientações do Ministério da Saúde quanto aos ajustes a serem feitos para darmos início aos projetos. Outra ação importante, desenvolvida nesse quadrimestre, foi a finalização, pelo GT instituído pela Comissão Permanente de Ensino em Serviço (CPES), da proposta de resolução para regulamentação das diferentes modalidades de ensino em serviço e dos fluxos para a sua formalização. Esta proposta será apreciada pela CPES, para seguir para aprovação do Sr. Secretário.

**Tabela 11- Metas anuais constantes na PAS**

<b>Metas anuais constantes na PAS</b>		<b>Observações específicas</b>
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	
160. Assessorar 100% das instâncias gestoras de integração ensino e serviço nos DDA Distritos Docentes Assistenciais).	Todas as instâncias gestoras dos DDAs foram acompanhadas objetivando a construção dos projetos PRÓ/PETs-Saúde com as quatro maiores Instituições de Ensino de Porto Alegre na área da saúde: UFRGS, IPA, UFCSPA e PUC.	Nesse quadrimestre o GT CPES finalizou a proposta de resolução para regulamentação das diferentes modalidades de ensino em serviço e dos fluxos para a sua formalização. - a CPES manteve funcionamento regular, como instância gestora da integração ensino e serviço.

### 6.1.1.2.1 Estágios não remunerados

**Tabela 12-Quantitativo de estagiários Não Remunerados via SMA, no primeiro quadrimestre dos anos de 2012/2011.**

<b>Estagiários</b>	<b>Período</b>				<b>Varição</b>	
	<b>1º quadrim 2012</b>		<b>1º quadrim 2011</b>		<b>2012/2011</b>	
	<b>Nº de vagas ocupadas</b>	<b>% sob total de vagas ocupadas</b>	<b>Nº de vagas ocupadas</b>	<b>% sob total de vagas ocupadas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Ensino Técnico	9	9,68%	5	7,25%	4	80,00%
Ensino Superior	84	90,32%	64	92,75%	20	31,25%
<b>Total ocupado</b>	<b>93</b>	<b>100,00%</b>	<b>69</b>	<b>100,00%</b>	<b>24</b>	<b>34,78%</b>

**Fonte:** Sistema ERGON (PMPA). Informações referentes ao nº de estagiários com Termo de Compromisso de Estágio vigente no dia 30 de abril de 2011 e 2012.

Na tabela acima se observa um aumento de 34,78% no total de contratações de estagiários não remunerados via SMA no 1º quadrimestre de 2012 em comparação ao 1º quadrimestre de 2011, este aumento ocorre tanto no ensino técnico quanto no ensino superior. Sendo que o maior incremento concentra-se nas contratações de nível técnico, passando de 5 contratações no

1º quadrimestre de 2011 para 9 no 1º quadrimestre de 2012, o que representa um aumento de 80%.

**Tabela 13:** Quantitativo de estagiários Não Remunerados formalizados via HPS, no primeiro quadrimestre do ano de 2012/2011

Estagiários	Período		Variação (ocupação das vagas 2012/2011)
	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	
	Nº de vagas ocupadas	Nº de vagas ocupadas	Nº
Ensino Médio	0	0	0
Ensino Técnico	46	38	+8
Ensino Superior	252	239	+13
Total	298	277	+21

Fonte: Direção Científica – HPS

**Tabela 14:** Quantitativo de estagiários Não Remunerados formalizados via HMIPV, no primeiro quadrimestre do ano de 2012/2011

Estagiários	Período		Variação (ocupação das vagas 2012/2011)
	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	
	Nº de vagas ocupadas	Nº de vagas ocupadas	Nº
Ensino Médio	19	13	+6
Ensino Técnico	-	-	-
Ensino Superior	36	60	-24
Total	55	73	-18

Fonte: ASSEP – HMIPV

**Tabela 15** Quantitativo de alunos na modalidade de Prática Curricular\* (não remunerado), no primeiro quadrimestre dos anos de 2012/2011.

INSTITUIÇÃO	CURSO	Período				Variação	
		1º quadrim 2012		1º quadrim 2011		Variação	
		Nº de alunos	% do total ocupado	Nº de alunos	% do total ocupado	Nº	%
UFRGS	ENFERMAGEM	52	10,10%	87	12,48%	-35	-40,23%
	ODONTOLOGIA	20	3,88%	12	1,72%	8	66,67%
	FISIOTERAPIA	85	16,50%	78	11,19%	7	8,97%
	PSICOLOGIA	2	0,39%	----	0,00%	2	
	MEDICINA	18	3,50%	----	0,00%	18	

SÃO MIGUEL	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	----	0,00%	64	9,18%	-64	- 100,00%
	ESPECIALIZAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	----	0,00%	6	0,86%	-6	- 100,00%
PUCRS	ENFERMAGEM	43	8,35%	40	5,74%	3	7,50%
	FARMÁCIA	----	0,00%	15	2,15%	-15	- 100,00%
UNIVERSITÁRIO	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	18	3,50%	80	11,48%	-62	-77,50%
IPA	ENFERMAGEM	97	18,83%	103	14,78%	-6	-5,83%
ULBRA	ENFERMAGEM	37	7,18%	32	4,59%	5	15,63%
SENAC	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	5	0,97%	33	4,73%	-28	-84,85%
LAFAYETTE	INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA	5	0,97%	24	3,44%	-19	-79,17%
	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	6	1,17%	23	3,30%	-17	-73,91%
FUC	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	----	0,00%	8	1,15%	-8	- 100,00%
FACTUM	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	18	3,50%	18	2,58%	0	0,00%
UNISINOS	ENFERMAGEM	70	13,59%	67	9,61%	3	4,48%
UFCSPA	MEDICINA	4	0,78%	----	0,00%	4	
	ENFERMAGEM	25	4,85%	----	0,00%	25	
	FONOaudiologia	10	1,94%	----	0,00%	10	
CEDEN	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	----	0,00%	7	1,00%	-7	- 100,00%
TOTAL		515	100,00%	697	100,00%	-182	-26,11%

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

A Prática Curricular é a atividade que se desenvolve com a presença do professor em tempo integral no campo de prática (sendo este o responsável pela supervisão dos alunos), em grupos de até 10 alunos a cada momento. Observa-se uma diminuição de 176 alunos no total, sendo que esta redução está concentrada nos alunos de ensino médio: redução de 217 alunos nesta categoria, enquanto na graduação houve aumento de 41 alunos. Esta variação provavelmente decorre da dinâmica do ensino privado no nível médio, que depende da procura dos alunos aos cursos ofertados no mercado.

### 6.1.1.2.2 Ações de formação / especialização – residências

Ainda envolvendo a integração ensino e serviço, que tem tido um desenvolvimento expressivo em toda a rede de serviços, incluindo os setores de gestão da SMS, há a realização de programas de residência multiprofissionais e médicas, como também especializações *lato sensu* na área assistencial do SUS municipal. As Tabelas 17 e 18 refletem o quantitativo destas pós-graduações atuantes em Porto Alegre, distribuídas em próprias e não-próprias.

**Tabela 16:** Ações de formação – residências próprias

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	PROGRAMA	Período		Variação 2012/2011 (Nº)
		1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	
		Nº de residentes	Nº de residentes	Nº
HMIPV	Ginecologia e Obstetrícia	21	21	-
HMIPV	Pediatria	20	12	+ 8
HPS	Residência Médica em Cirurgia Geral	06	06	-
HPS	Residência Médica em Cirurgia do Trauma	02	03	- 01
HPS	Residência Médica em Medicina de Emergência	16	16	-
HPS	Residência em Psicologia Hospitalar	08	08	-
Total		73	66	+ 07

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

**Tabela 17:** Ações de ensino de pós-graduação realizadas em cooperação técnica

Instituição de Ensino	Programa	Nº de Residentes e de alunos de especialização	Locais de Trabalho/Serviço de Saúde
GHC – Residência Multiprofissional	Paciente Crítico	3	SAMU
	Gestão	2	CAPSES/GD Eixo-Baltasar
	Matriciamento	7	Serviços de Saúde da GD Eixo-Baltasar
	Ênfase em Saúde da Família e Comunidade	10	ESF Sta Maria, PSF Asa Branca, PSF Esperança Cordeiro, ESF Planalto, UBS Santa Rosa, ESF Nova Gleba, UBS Sarandi.
Escola de Saúde Pública – Residência	Ênfase em Pneumologia Sanitária	2	CGVS

Multiprofissional	Ênfase em Saúde Mental Coletiva	18	Serviços de Referência em Saúde Mental
	Ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva	45	Gerência Distrital Partenon Lomba do Pinheiro (ESF, matriciamento, equipe de saúde mental e na gestão da AB), HMIPV, CGVS, PACS (odonto), CSVC (fisio), CEO (estomatologia e pacientes especiais), ASSEPLA
HCPA Residência Médica	Cirurgia Geral	01	Prog. de Resid. em Cirurgia Geral e do Trauma
	Medicina do Trabalho	04	CEREST e GERAPOA
	Pediatria	08	CSVC-GDGCC
	Medicina de Família e Comunidade	02	GDGCC
UFCSPA	Residência Médica Psiquiatria	17	HMIPV
	Residência Oftalmologia	06	CS Santa Marta
	Residência Dermatologia	06	CS Santa Marta
Hospital Ernesto Dornelles	Residência em Cirurgia Geral	01	Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral
Irmandade Sta. Casa Misericórdia de Porto Alegre	Residência em Cirurgia Plástica	02	HPS - Queimados
Total de residentes		134	-----

**Fonte:** Direção Científica/HPS; Assessoria de Ensino e Pesquisa/HMIPV e ED/CGADSS.

Não estão sendo apresentados comparativos com o primeiro quadrimestre de 2011, porque ainda não há dados disponíveis sobre as residências externas daquele período.

## Afastamento temporários de servidores da SMS para qualificação profissional

**Tabela 18- Dados qualitativos comparativos 1º quadrimestre 2011 e 1º quadrimestre 2012**

Cargos	1º Quadrimestre		Total CH liberada	
	2011	2012	2011	2012
Secretário Municipal	2	0	12	0
Gerente	1	0	40	0
Professor	3	2	64	48
Coordenador	2	0	80	0
Enfermeiro	3	5	112	120
Médico	19	37	582	702
Técnico em Radiologia	1	0	8	0
Cirurgião Dentista	1	0	16	0
Terapeuta Ocupacional	1	0	16	0
Assessor Especialista	0	0	0	0
Assistente Administrativo	1	0	16	0
Farmacêutico	0	1	0	40
Auxiliar de Enfermagem	0	1	0	32
Psicólogo	1	0	24	0
Fisioterapeuta	1	6	24	132
Administrador	0	1	0	16
Técnico de Higiene Dental	0	1	0	20
Motorista	0	1	0	48
Téc. Segurança do Trabalho	0	2	0	56
Agente Comunitário de Saúde	0	1	0	24
Apontador	0	1	0	16
Adido	0	1	0	17
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>60</b>	<b>994</b>	<b>1271</b>

Fonte: Registro ED/CGADSS/SMS

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

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

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

A meta pactuada Plano Municipal de Saúde está descrita na 11ª Diretriz – Fortalecimento dos processos de trabalho e da Gestão em Saúde no Plano Anual

de Saúde, compreendendo o enfoque necessário dos dois eixos – Atenção à Saúde e Gestão do Trabalho. No quadro abaixo análise do monitoramento da meta 158

**Quadro 3- Acompanhamento da meta 158 da PAS 2012 da SMS/POA, no 1º quadrimestre.**

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	
158. Implantar ações de humanização, conforme a PNH, em 35% dos serviços da SMS.	- 22% dos serviços da SMS com ações de humanização implantadas, conforme a PNH.	<p>- Foram atualizados e redefinidos os integrantes do Comitê Municipal de Humanização, porém, a composição do grupo ainda não está estável, necessitando acompanhamento de representações como do HPS e da CGVS. A perspectiva é de estimular a participação de representantes dos demais hospitais, pronto-atendimentos que atendem SUS e sede da SMS no Comitê, a partir do próximo quadrimestre;</p> <p>- Houve a consolidação dos Grupos de Trabalho de Humanização nas GDs, Hospitais e Pronto Atendimento próprios da SMS, ainda sem definição do GTH da CGVS. A perspectiva é de estimular a participação de representantes dos demais hospitais e pronto-atendimentos que atendem SUS para participação nos seus espaços como GTH, a partir do próximo quadrimestre;</p> <p>- A definição dos critérios de certificação em Humanização na Saúde, conforme diretrizes da PNH, para a Atenção Primária e Especializada, Urgências, Hospitais, CGVS e gestão da SMS, ainda estão em análise. Já foi realizada a prévia de quais critérios serão iniciados, com perspectiva de definição e início acompanhamento para o próximo quadrimestre.</p> <p>- A implantação da Escuta Qualificada com critérios de necessidade nos serviços de saúde (Acolhimento) não foi focada neste quadrimestre, mas será um dos critérios de certificação em Humanização na Saúde a serem definidos e acompanhados no próximo quadrimestre.</p> <p>- No quadrimestre em análise, os GTH das GD NEB e LENO realizaram diagnósticos da Humanização em Saúde nas suas áreas de abrangência. Para o próximo quadrimestre, está previsto o diagnóstico de Humanização da região dos GTH da GD PLP.</p> <p>- Capacitação e sensibilização dos integrantes dos GTH como multiplicadores. A proposta desta ação está prevista para julho de 2012 e terá foco nas diretrizes Co-gestão, acolhimento e clínica ampliada.</p> <p>- Não foram realizadas oficinas de capacitação e sensibilização a partir dos GTH no quadrimestre analisado.</p> <p>- Realização de relatórios de avaliação e monitoramento trimestrais pelos GTH, apresentados ao Comitê Municipal de</p>

		<p>Humanização. Foram realizados os relatórios dos GTH, os quais integram o presente Relatório de Gestão da Humanização nas análises das diretrizes e dispositivos conforme GD, hospitais e Pronto-Atendimentos.</p> <p>- A capacitação dos profissionais que recebem os usuários nas recepções dos serviços de saúde está sendo elaborada pela Assessoria de Comunicação da SMS.</p> <p>- Na elaboração da Política e do Plano Municipal de Humanização de Porto Alegre, foram definidas as diretrizes norteadoras em consonância com a PNH, considerando as especificidades da organização do Sistema Municipal de Saúde, com a sua rede de serviços e regiões de saúde. A proposta é o encaminhamento da Política e Plano Municipal de Humanização da Saúde de Porto Alegre no segundo quadrimestre.</p>
--	--	---

**FONTE:** Núcleo de Coordenação da Humanização / Comitê Municipal de Humanização.

Para fins de avaliação e monitoramento da meta de Humanização da PAS 2012, são considerados 288 serviços distribuídos em 160 prédios, todos da rede própria (Tabela 19). Estes serviços são acompanhados e monitorados pelos respectivos GTH e pelo Comitê Municipal de Humanização, com vistas à ampliação e qualificação das ações na rede de serviços da SMS.

**Tabela 19- Setores e serviços da SMS acompanhados pelos GTH em Porto Alegre/RS.**

Rede	Prédios	Setores/serviços
ATENÇÃO PRIMÁRIA	147	147
ESPECIALIZADO AMBULATORIAIS	7	41
PRONTO-ATENDIMENTOS	3	12
HOSPITAIS (HPV e HPS)	2	80
CGVS	1	8
total	160	288

**Fonte:** Comitê de humanização, Porto Alegre, maio/2012.

A avaliação dos serviços e setores da rede própria fornece abrangência da implantação da Política Municipal de Humanização, ainda em construção. Neste cenário, 22% dos serviços com ações de Humanização significa ainda a necessidade de ampliar o alcance da meta pactuada em, no mínimo 13% até o final de 2012, totalizando em 35% os serviços próprios com ações de Humanização.

Para operacionalizar a efetivação da meta da PAS 2012, algumas das diretrizes e respectivos da PNH estão sendo acompanhados pelos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) e pelo Comitê Municipal de Humanização (CMH). Destes dispositivos, foram destacados: 1) Co-gestão (aproximação entre o controle social, o trabalho na atenção e a gestão do SUS); 2) a Saúde do

Trabalhador (ginástica laboral e rodas de conversa); 3) Educação Permanente (qualificação profissional, com integração ensino-serviço-pesquisa); 4) Clínica Ampliada (trabalho em equipe, com integralidade e aproximação dos profissionais nos territórios de vida dos usuários por meio de estratégias como Visitas domiciliares, grupos operativos, ações coletivas de promoção, matriciamento) (tabela 19).

**Quadro 4** Status do trabalho com enfoque na humanização por Grupos de Trabalho em Humanização na SMS/POA, no 1º quadrimestre de 2012.

Gerência Distrital/CGVS/Hospitais/ Pronto-Atendimentos	GTH constituído	Representação comitê	Principais diretrizes	Planos Regionais de Humanização (Em processo de implementação)
CENTRO	sim	sim	-	não
NHNI	sim	sim	-	sim
PLP	sim	sim	Cogestão Saúde trabalhador Ed.permanente Clínica ampliada	não
LENO	sim	sim	Cogestão Clínica ampliada	não
SCS	sim	sim	Cogestão Saúde trabalhador	não
GCC	sim	sim	Cogestão Saúde do trabalhador	não
NEB	sim	sim	Saúde trabalhador Ed. Permanente Ambiência	não
RES	sim	sim	Cogestão Saúde do trabalhador	não
PA B. Jesus	sim	sim	Cogestão	sim
PACS	sim	sim	Cogestão Saúde trabalhador	sim
PA Lomba do Pinheiro	sim	sim	Cogestão Saúde trabalhador	sim
HMPV	sim	sim	Cogestão Saúde trabalhador	não
HPS	sim	sim	Saúde trabalhador	não
CGVS	não	sim	NI	não

Fonte: Comitê de humanização, Porto Alegre, maio/2012.

Observa-se, acima, que todas as gerências possuem GTH constituídos, com portarias publicadas, atendendo a meta PAS 2011, e que todos tem representação no Comitê de Humanização. Neste ponto, a CGVS ainda não tem definido o seu GTH, o que não significa que não são realizadas ações com o perfil da Humanização pelas suas equipes de trabalho.

Cabe ressaltar que os GTH têm o potencial de estimular a visibilidade e a disseminação do trabalho humanizado desenvolvido pelas equipes dos serviços,

portanto, como importante dispositivo para o processo de Humanização de toda a SMS. No caso da CGVS, a não atuação de um GTH invisibiliza as ações que são desenvolvidas no setor, como evidenciado no Tabela 20. Outro desafio do Comitê de Humanização para 2012 é a ampliação dos GTH para todos os serviços que atendem SUS em Porto Alegre e não apenas aos serviços próprios da SMS. Alguns deles são o Pronto-Atendimento da Restinga e a Serviços de Emergência em Saúde Mental do IAPI e os hospitais conveniados. Sabe-se que muitos dos serviços conveniados já atuam com dispositivos de Humanização conforme a PNH, por isso o objetivo será agregá-los ao Comitê de Humanização, visibilizar as boas práticas e estimular o trabalho com o enfoque da Humanização.

Dos GTH acompanhados neste 1º quadrimestre de 2012 (Tabela 20), as principais diretrizes/dispositivos desencadeadas pelos GTH são Co-Gestão e Saúde do Trabalhador. A não apresentação dos dispositivos Acolhimento; Educação Permanente e Clínica Ampliada não significam a inexistência de ações assim caracterizadas, mas a atenção dos GTH para os demais dispositivos priorizados nesse quadrimestre.

Sobre os Planos Regionais de Humanização, a Gerência Distrital NHNI e os três (03) Pronto-Atendimentos municipais encontram-se em processo de implementação, iniciando com diagnóstico regional e priorizando as ações da meta da Programação Anual de Saúde 2012 relacionadas à Humanização na Saúde. Como a elaboração dos Planos Regionais de Humanização iniciou em 2012, não foram apresentados no Relatório Anual de 2011. A previsão é que todos os GTH constituam seus Planos Regionais até o primeiro semestre de 2012.

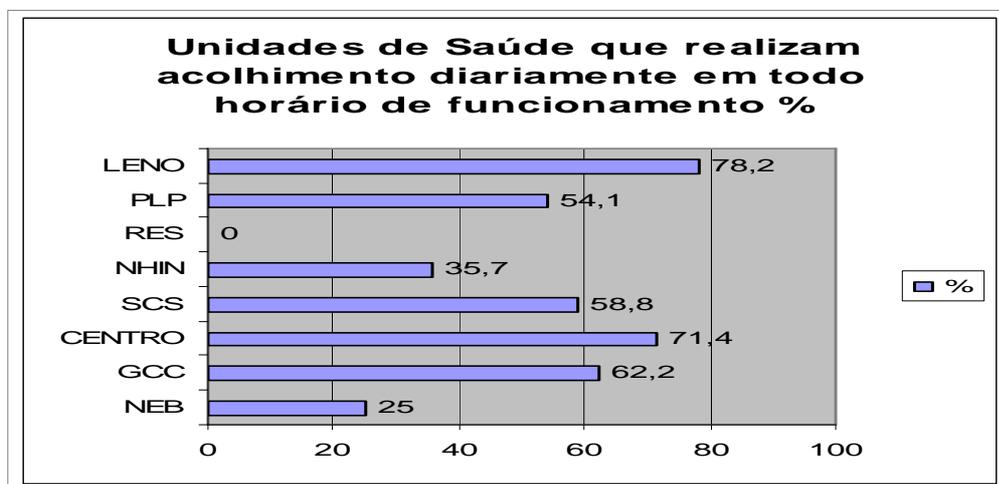
As diretrizes monitoradas pelos GHT e CMH evidenciaram ações humanizadas em áreas específicas, com destaque para a saúde da mulher, da criança, HIV-Aids e mental, principalmente relacionadas às diretrizes de Cogestão, Saúde do trabalhador, Acolhimento e Clínica Ampliada. Este diagnóstico reforça o papel de multiplicadores e apoiadores dos GTH no desenvolvimento e qualificação para a Humanização da Saúde nas regiões. Abaixo, são descritas e analisadas as principais ações com enfoque da Humanização da Saúde, uma por eixo (Atenção à Saúde e Gestão do trabalho).

#### **Eixo Atenção à Saúde – Acolhimento e ambiência**

Mapeando o perfil do acolhimento nos serviços próprios da SMS, pesquisa realizada com apoio de residentes do GHC junto à área Técnica de Humanização

da Coordenação de Atenção Primária apresentou os resultados abaixo. O objetivo da busca pelos resultados deste levantamento é atentar para a necessidade de ampliar o número de serviços de saúde com acolhimento implantado, conforme a PNH.

**Grafico 1 No eixo da atenção a saúde : Escuta qualificada - acolhimento**



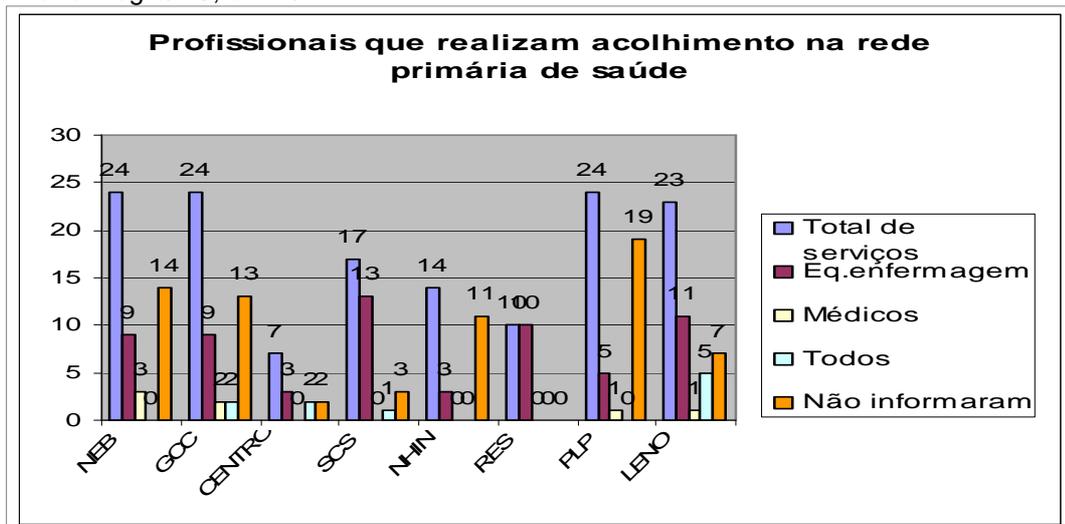
**Fonte:** Trabalho desenvolvido durante Estágio de Gestão, realizado na Área Técnica de Humanização da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, em parceria com a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, no período de abril a dezembro de 2011

Como podemos perceber no gráfico acima, as GD LENO, Centro, GCC, SCS e PLP se destacam por ter um maior número de unidades que realizam o acolhimento por livre demanda. (mais de 50% dos serviços). Ou seja, realizam a primeira escuta com todos os usuários que chegam até o serviço, sem horário estipulado e conforme preconiza a PNH. O GTH RES não apresentou dados referentes ao acolhimento com enfoque humanizado, reforçando os resultados apresentados acima

Embora tenha sido objeto do levantamento a primeira escuta, vale lembrar que o acolhimento não se esgota nesse momento, mas reorganiza o fluxo e sugere um aumento de resolutividade e vínculo. Por este motivo, este dispositivo será objeto de acompanhamento do CMH e dos GTH para os próximos quadrimestres.

A qualidade do acolhimento, alinhado ao PNH, preconiza o envolvimento da equipe multiprofissional nesta atividade. Abaixo, são apresentadas as categorias profissionais que “acolhem” nos serviços da SMS, com para a Equipe de Enfermagem (Gráfico 2).

**Gráfico 2**– Perfil profissional dos serviços que prestam acolhimento conforme a PNH, na SMS de Porto Alegre/RS, em 2011



Fonte: Núcleo de Humanização/ SMS/POA e RIS/GHC, 2012.

Como podemos observar no gráfico acima, na maioria das unidades de saúde que participaram desse levantamento, o acolhimento, enquanto primeira escuta, é realizado pela equipe de enfermagem. Em alguns casos, o médico também participa, sendo relatado que “quando necessário”. Podemos perceber, também, que poucas unidades seguem a diretriz que orienta que todos os profissionais devem participar, como equipe multiprofissional e com compartilhamento interdisciplinar dos conhecimentos individuais.

A perspectiva da SMS é que haja a qualificação de todos os serviços para “acolher” seus usuários, de acordo com a porta de entrada ao SUS – Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Emergências Hospitalares, Pronto-Atendimentos e Centros de Atenção Psicossocial tipo III.

Como espaço de acolhimento com ambiência, o Projeto Aconchego, desenvolvido pelo Núcleo de Humanização em parceria com a Área Técnica de Nutrição, visa garantir espaço para acolhimento do trinômio familiar com intuito de aumentar a resolutividade e vínculo estimulando a transversalidade entre as áreas (saúde da mulher, saúde da criança, nutrição e DST-Aids)

**Quadro 5- Unidades de saúde e Gerências Distritais da SMS/POA com Espaço Aconchego Mãe-Bebê no 1º quadrimestre de 2012.**

GD	UNIDADES
PLP	ESF VIÇOSA, ESF LOMBA DO PINHEIRO, UBS PANORAMA, ESF ERNESTO ARAÚJO e ESF SANTA HELENA.
LENO	ESF WENCESLAU FONTOURA, JARDIM PROTASIO ALVES e UBS MORRO SANTANA.
RES	UBS RESTINGA
CENTRO	CS IAPI e CS MODELO
GCC	ESF DIVISA, PSF NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS e PSF JARDIM CASCATA
SCS	MORADAS DA HÍPICA

Fonte: Comitê Municipal de Humanização/SMS/POA, maio/2012.

No presente quadrimestre, os serviços vistos no quadro acima estão inseridos no projeto e receberam equipamentos e materiais (ar condicionado, torneira elétrica, lixeira metálica, saboneteira, bonecas de pano, mamas artificiais para ações educativas). O objetivo é que todas as equipes que façam parte do projeto recebem materiais e equipamentos para qualificar o espaço físico, garantindo a ambiência nas unidades de saúde.

### **Eixo gestão do trabalho – Reuniões de Equipe**

Por se tratar de espaços de co-gestão, que objetivam proporcionar análise crítico reflexiva voltada para a co-responsabilização, planejamento e para a facilitação de pactuações locais, Os GTH e o CMH iniciaram o monitoramento da realização das reuniões de equipe nos serviços próprios da SMS. Como este monitoramento iniciou no 2º trimestre de 2011, não foi possível comparar os dados do 1º quadrimestre de 2012 com o mesmo período de 2011.

**Tabela 20- Comparativo 2012/2011 de realização de reuniões de equipe na rede de serviços da SMS, Porto Alegre, RS.**

Eixo Gestão do Trabalho Diretriz Co-gestão	Período	
	1º quadrim. 2012	
	Nº	%
Total de serviços com reuniões de equipes	152	64,4

Fonte: Comitê Municipal de Humanização de Porto Alegre/RS, maio/2012.

Atualmente, é acompanhada a realização de reuniões de equipe nas equipes das Unidades Básicas de Saúde, das Unidades de Saúde da Família e dos Centros de Especialidades. A perspectiva é que os GTH estimulem os serviços localizados nas suas áreas de atuação para a realização das reuniões de equipe como preconiza a PNH. Assim, sugere-se que a ampliação do número de serviços com reuniões de equipe é justificada pelo acompanhamento dos GTH sobre essa característica dos serviços e não necessariamente à ampliação real do número de serviços com reuniões de equipe.

As reuniões de equipe podem ser utilizadas como espaço para rodas de conversa e ou Educação Permanente, inclusive com foco na Saúde do trabalhador. Com essa evolução, será incluído o acompanhamento das equipes de outros serviços, como os pronto-atendimentos, os hospitais e os setores da gestão centralizada da SMS, além de, posteriormente, os serviços parceiros da SMS.

Os Conselhos Locais de Saúde são, como as Reuniões de Equipe, auxiliares na organização dos processos de trabalho dos serviços. Mais que isso, são espaços de compartilhamento de saberes entre os atores implicados nos serviços, por isso potenciais para direcioná-los ao atendimento das necessidades da população como expressadas por ela. Na tabela abaixo, é apresentado o total de Conselhos Locais de Saúde nas unidades de Atenção Primária à Saúde

**Tabela 21- Comparativo 2012/2011 de Conselhos Locais de Saúde atuantes na rede de serviços da SMS, Porto Alegre, RS.**

Eixo Gestão do Trabalho Diretriz Co-gestão	Período				Variação	
	1º quadrim. 2012		1º quadrim. 2011		2012/2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total de Conselhos Locais de Saúde na rede de serviços da SMS	72	46,7	-	-	-	-

**Fonte:** Comitê Municipal de Humanização de Porto Alegre/RS, maio/2012.

Da mesma forma que as Reuniões de Equipe, o acompanhamento deste dispositivo pelo CMH e GTH iniciou no 2º trimestre de 2011, impossibilitando análise comparativa 2012/2011. Importante destacar que a constituição de Conselhos de Saúde continuará sendo acompanhado, com a implantação sendo estimulada a partir dos GTH. Além disso, compreende-se que a efetivação dos conselhos locais deve ser facilitada pelas coordenações de equipe trabalhadores, tendo estes uma posição estratégica para ampliar essa ferramenta de Humanização não só da Gestão, mas da Atenção à Saúde.

Da mesma forma que os Conselhos de Saúde, todos os atores envolvidos no SUS são convidados a participar dos GTH. Assim, atendendo às diretrizes do SUS, bem como da PNH, o gráfico abaixo mostra o perfil de categorias profissionais e representação de usuários envolvidas nos GTH nas oito (08) Gerências Distritais, nos três (03) Pronto-Atendimentos e nos dois (02) hospitais municipais (Gráfico 3).

**Gráfico 3- Categorias profissionais e representação de usuários nos Grupos de Trabalho de Humanização da SMS/POA, no 1º quadrimestre de 2012.**



**Fonte:** Comitê de Humanização Municipal da SMS/POA. Maio/2012.

Este perfil de integrantes dos GTH facilita a aproximação e articulação da atenção e da gestão ao transversalizar o cuidado em entre os campos de saberes da saúde. Cada GTH tem representantes no CMH que reúne-se quinzenalmente com o Núcleo de Humanização da SMS. A exceção da periodicidade das reuniões do CMH ocorreu no mês de abril, em face de mudanças internas na definição da localização da Política na estrutura organizacional da SMS. Com esta situação, foram feitas 3 reuniões fora do calendário previsto, com vistas a manter as atividades do CMH. Além das reuniões realizadas no CMH, no quadrimestre em análise o Núcleo de Humanização da SMS participou:

- Seminário de Psicologia no HMPV, com palestra sobre a Política Municipal de Humanização de Porto Alegre;
- Reuniões da 1º coordenadoria de Saúde sobre a Política Estadual de Humanização e CIES /NURESC;
- Reuniões para organização do projeto VER-SUS na região metropolitana;
- Organização da região de Porto Alegre com a constituição do grupo de representantes da rede primária e de urgência envolvidas no projeto.

- Reuniões com as regiões envolvidas no projeto para organização da vivência dos alunos nos locais da rede primária e de urgência de saúde.

- Recebimento e acompanhamento da resolução das demandas da ouvidoria em articulação com as áreas técnicas da Coordenação de Atenção Primária e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos;

### **GTH HMIPV**

O Grupo de Trabalho de Humanização do HMIPV realiza suas reuniões semanalmente, e suspende suas atividades nos meses de janeiro e fevereiro, em decorrência das férias dos membros do grupo. A partir de março de 2012, ao retomarmos as atividades, o GTH decidiu realizar, ao longo do ano, um estudo mais amplo das propostas da Política Nacional de Humanização (PNH), por meio da leitura e aprofundamento das questões levantadas pelos capítulos da Cartilha HumanizaSUS/2011. Estabelecido um cronograma para apresentação das idéias centrais ao grande grupo e qualificação da Humanização no Hospital.

O grupo continua atendendo as demandas habituais concernentes à humanização, dentro do HMIPV. Uma das ações prevista e já trabalhada para implantação ainda neste semestre é um *Encontro de Inserção* de profissionais ingressantes no HMIPV, posto que, no último ano, o hospital acolheu um significativo número de novos servidores. Este momento é oportuno para também mobilizarmos as chefias de áreas, aproximando-as da Política de Humanização.

Como forma de colorir o dia a dia e despertar o interesse dos que laboram e circulam em nossa instituição, temos atualizado constantemente o Mural da Humanização, adaptando-o às celebrações socialmente estabelecidas. Registramos ainda o ingresso de três novos membros ao GTH, o que fortalece ainda mais a representatividade do grupo.

### 6.3 Ouvidoria do SUS

O Objetivo da ouvidoria é atender os usuários do SUS, servindo como um importante instrumento de comunicação da Rede Municipal de Saúde com seus diversos públicos. O serviço disponibiliza informações, esclarece dúvidas, recebe solicitações, sugestões e críticas, assim como os elogios das diversas áreas. O atendimento da Ouvidoria é organizado de forma a reduzir o tempo de espera do cidadão, priorizando sempre a qualidade e o cumprimento de prazos.

Resultados do primeiro quadrimestre de 2012:

A tabela 23 abaixo mostra que o atendimento pelo telefone 156 e o atendimento presencial têm sido os instrumentos da Ouvidoria mais acessados pelos usuários.

Nesses primeiros meses de 2012, houve um esforço em aperfeiçoar e aprimorar o atendimento presencial, com o serviço mais qualificado das acolhedoras. Isto provocou uma resposta imediata do cidadão. A tabela abaixo mostra este resultado, onde houve uma ampliação de 113 para 414 de atendimentos presenciais quando comparados os primeiros quadrimestre de 2011 e 2012.

**Tabela 22 Quantidades e percentuais de atendimentos da Ouvidoria SMS – Porto Alegre por tipo de documento nos primeiros quadrimestres de 2011 e 2012**

Tipo de Documento	Primeiros Quadrimestres				
	2011	Percentual	2012	Percentual	Diferença
156 - Atendimento ao cidadão	4049	93.51%	<b>5049</b>	<b>88.80%</b>	-4.71%
Assessoria Comunitária	64	1.48%	0	0.00%	-1.48%
Atendimento presencial	113	2.61%	<b>414</b>	<b>7.28%</b>	4.67%
Câmara Municipal	0	0.00%	1	0.02%	0.02%
CAR	2	0.05%	0	0.00%	-0.05%
Carta	1	0.02%	0	0.00%	-0.02%
Conselho Municipal de Saúde	2	0.05%	0	0.00%	-0.05%
E-mail	1	0.02%	105	1.85%	1.82%
Outros	2	0.05%	7	0.12%	0.08%
Ouvidor SUS	35	0.81%	93	1.64%	0.83%
Pedido de providência	0	0.00%	12	0.21%	0.21%
Processo	59	1.36%	2	0.04%	-1.33%
Telefone	2	0.05%	0	0.00%	-0.05%
Twitter	0	0.00%	3	0.05%	0.05%
Total	4330	100.00%	5686	100.00%	

Fonte 156

Além do aumento proporcional de atendimentos presenciais, o serviço de Ouvidoria prestou aumentou os atendimentos pelo telefone 156 neste primeiro

quadrimestre, garantindo e fortalecendo assim a participação popular na gestão do serviço público, com o intuito de fazer cumprir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Foram mais de 1.356 demandas recebidas comparadas com o ano anterior, o que deve subsidiar a gestão de saúde no aperfeiçoamento e melhoria contínua da prestação de serviços do SUS, atuando como mediador entre usuários, trabalhadores e instituições de saúde.

O quadro abaixo especifica o número de solicitações recebidas pelos setores da Secretaria Municipal de Saúde. Ressalta-se que também neste quadrimestre houve uma mudança nos fluxos de encaminhamentos das denúncias e reclamações: as denúncias e reclamações de hospitais contratados pelo SUS estão sendo, agora, enviados para a Gerência de Regulação de Serviços de Saúde (GRSS) para imediata providência, ao contrário do que ocorria anteriormente que remetíamos para os prestadores de serviço.

**Tabela 23** - Relatório de Solicitações por setores da Secretaria Municipal de Porto Alegre

Período: 01/01/2012 - 30/04/2012
SMS - ASSECOM - Assessoria de Comunicação - 40
SMS - Assessoria Comunitária - 06
SMS - Assessoria de Planejamento – ASSEPLA - 25
SMS - Assistência Farmacêutica - 26
SMS - Cartão SUS - 27
SMS - CGADSS - Coord. Geral de Administração e Desenvolvimento de Servidores em Saúde - 02
SMS - CGATA - Coord. Geral de Administração Técnico Administrativa - 03
SMS - CGVS - Vigilância em Saúde - 592
SMS - Coordenadoria Geral da Rede de Atenção Primária em Saúde–CGRAPS - 72
SMS - Equipe Águas - 408
SMS - Gerência de Regulação de Serviços de Saúde – GRSS - 90
SMS - Gerência Distrital Centro - 334
SMS - Gerência Distrital Glória / Cruzeiro / Cristal – 236
SMS - Gerência Distrital Leste / Nordeste – 213
SMS - Gerência Distrital Noroeste / Humaitá / Ilhas - 404
SMS - Gerência Distrital Norte / Eixo-Baltazar – 390
SMS - Gerência Distrital Partenon / Lomba do Pinheiro - 260
SMS - Gerência Distrital Restinga / Extremo Sul – 128
SMS - Gerência Distrital Sul / Centro-Sul – 341
SMS - Hospital de Pronto Socorro - HPS – 41
SMS - Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - HMIPV - 08
SMS - NRV - Fiscal Norte 1 – 93
SMS - NRV - Fiscal Norte 2 – 66
SMS - NRV - Fiscal Sul 3 – 142
SMS - NRV - Fiscal Sul 4 – 189
SMS - NRV - Núcleo de Roedores e Vetores – 1792
SMS - Ouvidoria 3358
SMS - Pronto Atendimento Bom Jesus - 10
SMS - Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul – 36
SMS - Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro – 28
SMS - Pronto Atendimento Restinga – 08
SMS - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - 56
SMS - Urgência / Emergência - 88
Total Geral:

O quadro abaixo mostra o levantamento dos principais tipos de reclamações dos cidadãos.

**Quadro 6- Levantamento dos principais tipos de reclamações dos cidadãos**

Denúncia CGVS	104
Falta de Profissional - Rede Básica	300
Informações - Rede Básica	286
Informações GRSS	124
Mau Atendimento - Rede Básica	557
Não Atendimento - Rede Básica	268
Reclamação Consultas - Rede Básica	826
Reclamação Consultas Especializadas - Rede Básica	1241
Reclamação de Cirurgias	320
Reclamação Exames Especializados - Rede Básica	271
Saúde - Localização de posto	176

**Quadro 7-Metas anuais constantes na PAS 2012**

Metas 2012	Realizado 1º quadrimestre 2012	Observações específicas
156. Disponibilizar 100% dos relatórios da Ouvidoria do MS no sistema Aghos	Elaboração do Plano de Ação da Ouvidoria para avaliação do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS.	A integração OuvidorSUS do MS e Fala Porto Alegre/156 passa necessariamente pela aprovação do plano de ação. O próximo passo, após o projeto ser deferido, devemos oficializar a intenção da integração.
158. Implantar ações de humanização, conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização, em 35% dos serviços da SMS .	Elaboração de proposta de trabalho a ser desenvolvido com funcionários que acolhem cidadãos nos serviços de saúde. Definidos os eixos durante os módulos: transversalidade e aliança entre gestão e atenção.	Com o tema "Sou muito mais do que meu trabalho" estamos programando a sensibilização que contará com dois módulos: Fazendo Parte da Rede e Congregando usuários, trabalhadores e gestores do SUS (mediando conflitos, acolhendo o cidadão fragilizado, entre outros assuntos. Fechamos a programação e devemos programar os encontros no total de 60 pessoas em duas turmas de 30. Inicialmente, será feito para as Unidades Básicas de Saúde.

## 6.4 Assessoria de Comunicação

No 1º quadrimestre de 2012, a Assessoria de Comunicação da SMS (ASSECOM) desenvolveu ações para imprensa, projetos e campanhas de comunicação em saúde dirigidas para populações específicas, opinião pública em geral e usuários do SUS. Foram elaborados diversos projetos de comunicação em parceria com as áreas técnicas responsáveis pela prevenção e controle de doenças, com a produção de materiais gráficos, e-mails, coletivas, informativo digital, releases publicados no site e contatos telefônicos com formadores de opinião e mídia em geral. As metas da PAS 2012 foi efetivada conforme mostra o quadro abaixo.

**Quadro 8– Acompanhamento da meta 157 da Programação Anual de Saúde 2012 da SMS/POA no 1º quadrimestre.**

Metas da PAS 2012		Observações específicas
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	
157. Realizar ações de comunicação dirigida em 100% das metas estabelecidas na PAS.	A Assecom assessorou por meio do trabalho de jornalismo, relações públicas e publicidade, todas as áreas técnicas, Vigilância em Saúde e a gestão da SMS no cumprimento de 100% das metas estabelecidas na PAS.	Planejamento, elaboração de layout e confecção dos materiais gráficos e realização das campanhas e ações para: 1) Tuberculose, 2) Dia Internacional da Mulher (Ano de Luta contra o Câncer de Mama), 3) Aniversário do Conselho Municipal de Saúde, 4) Execução do Dia Mundial do Rim, 5) Chá Beneficente HMIPV (materiais e organização); 6) Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral e do Infarto do Miocárdio em Porto Alegre; 7) Campanha Vacinação contra Gripe; 8) Tabagismo (retomada dos cursos para parar de fumar no HPS, Elaboração do Projeto para Campanha 2012, elaboração do tema e layout das peças gráficas da campanha, elaboração do Projeto Básico para Instalação Urbana para visitação); 9) Hepatites (Projeto Básico, contato com parceiros das ações da campanha das Hepatites, relatórios de atividades a serem desenvolvidas); 10) Saúde da População Negra (Evento de Entrega do Prêmio Equidade Pró-Saúde da População Negra, Elaboração do Artigo sobre Comunicação e

		<p>Saúde da População Negra para livro da Área Técnica); 11) Aids 2012 ( Ação de Conscientização DST/AIDS no Lami – Programa Porto Verão; Organização, elaboração e realização das ações do Carnaval 2012 no Porto Seco e Ilha da Pintada; 12) Planejamento da Campanha da AIDS 2012; 13) Seminário de Comunicação e AIDS; 14) Apresentação do Projeto Galera Curtição para a SMED; 15) Licitação Nutrição; 16) Planejamento e elaboração do Projeto Básico para a VII Reunião da Câmara Temática da Saúde para a Copa do Mundo FIFA 2014; 17) Lançamento do Projeto Circuito Papo Reto</p> <p><i>Elaboração do projeto básico</i> para: 1) suporte para confecção dos materiais em Lona e promocionais da SMS, 2) locação de móveis para eventos, 3) Lançamento do Projeto Tchê Ajudo, 4) capacitação dos profissionais das recepções de algumas unidades de saúde da APS.</p> <p><i>Desenvolvimento de layout e projetos</i> para: 1) Guia de serviços SMS, 2) Porta cartão SUS, 3) Cartão de visitas, 4) Cartilha Doença Falciforme, 5) Cartaz DPVAT, 6) Apresentação Ouvidoria, 7) Agenda de Saúde do Escolar, 8) Caderneta de Saúde do Jovem Kaingáng e da Caderneta de Saúde da Jovem Kaingáng, 9) Camisetas Charruas, 10) Pim Piá, 11) REMUME, 12) Troco do Coração, 13) Semana da Enfermagem, 14) Dia Mundial de Higienização das Mãos, 15) folders alimentação saudável, 16) Cadastramento Cartão SUS.</p> <p><i>Realização, organização, cerimonial, elaboração de layout e convite e acompanhamento dos eventos:</i> 1) Reforma da Unidade de Saúde Wenceslau Fontoura, 2) Unidade Psiquiátrica do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, 3) CPS III – IAPI, 4) Consultório na Rua, 5) Unidade Básica de</p>
--	--	---

		Saúde Rubem Berta, 6) Unidade Viva Jovem HPA, 7) Visitas ao Hospital Independência, 8) Serviços SUS do Instituto de Cardiologia, 9) Lançamento do Projeto Circuito Papo Reto, 10) Apoio ao evento Mutirão Social, 11) Apoio na organização do Fórum Social Temático da Saúde e Seguridade Social, 12) Dia Internacional da Mulher na Sede da SMS, 12) Planejamento do Estande da SMS no CONASEMS.
--	--	---

**FONTE:** Assessoria de Comunicação da SMS/POA, em maio/2012.

Além da execução da meta 157, houve a elaboração do planejamento de comunicação com propostas e ações dirigidas para o fortalecimento do SUS e da marca SUS em Porto Alegre. A proposta, desenvolvida em parceria com a Procempa, tem como objetivo ampliar os instrumentos de comunicação formal da SMS.

A ASSECOM prestou acompanhamento permanente de comunicação às demandas dos gestores quanto aos projetos estratégicos da SMS, estabelecendo propostas e linha de atuação, sempre em relação com o Gabinete de Comunicação Social da PMPA.

Na área de Jornalismo, foi mantida interlocução permanente com os veículos de imprensa para divulgação das principais ações desenvolvidas pela SMS. O Jornalismo também atuou na intermediação e o acompanhamento de entrevistas solicitadas pelos órgãos de comunicação com as diversas áreas que compõem a Secretaria. Além disso, se encarregou de promover a comunicação interna das notícias, divulgando aos servidores informações de interesse coletivo – utilizando a newsletter distribuída às sextas-feiras e o *site* institucional.

Na análise das notícias, destacamos:

### **Janeiro**

**Contra AVC e Infarto:** A nova Linha de Cuidado contra o AVC e Infarto, lançada pela Secretaria Municipal de Saúde em outubro de 2011, teve ampla cobertura dos veículos de comunicação, na época, e voltou a ter espaços na imprensa por ocasião do prêmio conferido pela World Stroke Organization (WSO) à programação desenvolvida pelo município de Porto Alegre para o Dia Mundial do AVC, também no mês de outubro.

A campanha montada pela SMS para chamar atenção sobre cuidados de prevenção a acidentes vasculares cerebrais teve distribuição de material informativo em cinemas, veiculação de vídeos nos ônibus da empresa Carris e em emissoras de televisão, avaliações médicas no Shopping Total e exibição de faixas e camisetas em jogos do Internacional e do Grêmio pelo Campeonato Brasileiro.

**Hospital Independência:** Primeira reunião da gestão da SMS com a Comissão de Gestão do Hospital Independência, que ficou encarregada de deliberar sobre toda e qualquer matéria de interesse do hospital, inclusive no acompanhamento e avaliação das adequações para a sua reabertura. Com abertura prevista para setembro deste ano, o Hospital Independência será reativado com a oferta inicial de 100 leitos exclusivamente para o SUS.

**Movimento no Hospital de Pronto Socorro:** Foi divulgado em janeiro de 2012 o movimento de serviços do Hospital de Pronto Socorro (HPS) do ano anterior. Com 140 leitos, o hospital prestou em 2011 295.649 atendimentos. Um total de 154.682 pessoas realizou procedimentos no HPS – o equivalente a uma média de 4236.79 pacientes por dia.

A maior parte dos atendimentos foi referente a urgências clínicas, que representaram ao todo 56.722, em uma média diária de 155. Em segundo lugar, ficou o socorro a pacientes vítimas de queda, com acolhimento a 28.004 pessoas e, em terceiro, a pessoas com traumas ortopédicos, que tiveram 23.337 registros. Os acidentes de trânsito foram responsáveis por 11.322 atendimentos.

**Prevenção à Aids no carnaval:** Com o objetivo de reduzir os índices de Aids na Capital e prevenir o risco do aumento de transmissão do vírus HIV durante o Carnaval, foi desenvolvida, a partir de 5 de janeiro, uma campanha de saúde. Técnicos da SMS percorreram os pavilhões de escolas de samba do Grupo Especial, Grupo A e de Acesso, divulgando informações sobre os riscos de infecção do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

O lançamento foi feito na quadra da Sociedade Beneficente Imperatriz Dona Leopoldina (rua Martins Felix Berta, 38), durante as comemorações alusivas aos 31 anos da escola. Foram entregues cerca de 5 mil preservativos e sachês de gel lubrificante, além de fôlderes contendo informações sobre as diversas formas de prevenção à Aids. O evento teve a participação do prefeito e do secretário municipal de Saúde..

***Prevenção a Aids na praia do Lami:*** No domingo de 8 de janeiro, a SMS realizou, na Praia do Lami, ação de saúde dentro da programação do Porto Verão. A Prainha serviu de palco para a estrutura montada, onde, das 10h às 16h, houve atividades enfocando prevenção da Aids. Um animador fez intervenções e brincadeiras com os veranistas, falando sobre cuidados com a saúde, formas de contágio e prevenção. Profissionais da saúde distribuíram camisinhas e deram orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis e dicas sobre saúde bucal, saúde da criança e nutrição.

***Nova diretoria no HPS:*** Dia 11 de janeiro, foi divulgada a posse dos novos diretores do Hospital de Pronto Socorro (HPS). Assumiram Elisabeth Loguércio Collares como diretora-geral e Carlos Berwanger como diretor técnico. A solenidade, no auditório do HPS, teve as presenças do prefeito em exercício, Mauro Zacher, e do então secretário municipal de saúde,.

***Trabalhos pela Saúde da População Negra são premiados:*** Foi entregue em 12 de janeiro, no Centro de Saúde Modelo, o prêmio Promoção da Equidade em Saúde - Saúde da População Negra, conferido a autores de projetos bem-sucedidos e de artigos acadêmicos em benefício da comunidade afrodescendente. Na categoria artigos acadêmicos, o vencedor foi *Homicídios em Adolescentes na Cidade de Porto Alegre e seu Impacto na População Negra*, de autoria da servidora Ana Rosária Sant'Anna. Na categoria experiências exitosas, o resultado final teve empate, e o prêmio foi concedido a dois projetos: *Horta Orgânica Terapêutica*, idealizada pela enfermeira Maria de Lourdes Marchesan, coordenadora da Equipe de Saúde da Família Modelo no Quilombo Fidelix, em Porto Alegre, e o Espaço Oliveira Silveira, instalado pelas servidoras Eunice F. S. Bernardes e Miria Patines, no Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro. O então secretário em exercício, Marcelo Bosio, esteve presente na solenidade.

***Movimento no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas:*** Divulgado em janeiro de 2012, o movimento do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) do ano anterior teve 101.271 atendimentos. Um total de 38.546 pessoas realizaram procedimentos no hospital - em média, 105,61 pacientes por dia. Nas quatro diferentes especialidades médicas - ginecologia, obstetrícia, psiquiatria e pediatria -, os recursos humanos envolvem enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, pediatras, obstetras, ginecologista, auxiliares e técnicos de enfermagem, pessoal administrativo e auxiliares de manutenção. Nas diversas especialidades ambulatoriais para mulheres, adolescentes e crianças, nas áreas de ginecologia,

obstetrícia, planejamento familiar, saúde mental, pediatria e especialidades pediátricas, foram realizados 277 atendimentos – a maior parte deles referente a ocorrências clínicas. Os principais motivos de internação foram parto normal e parto cesáreo, infecções agudas das vias aéreas inferiores, pneumonias ou influenza (gripe) e diagnósticos e atendimentos em clínica pediátrica.

***Instituto de Saúde da Família Inicia contratação de agentes:*** No início de 2012, ocorreu a assinatura dos primeiros contratos de trabalho pelo Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (Imesf). Foram nomeados 264 agentes comunitários de saúde protegidos pela emenda 51 da Constituição Federal, que dispensa profissionais de serem submetidos a processo seletivo público.

Na ocasião, foi anunciado pelo vice-presidente do IMESF, James Martins da Rosa, que seria estabelecida uma agenda com as oito Gerências Distritais de Saúde, para o encaminhamento de assinatura dos novos contratos de trabalho. Os demais profissionais seriam admitidos por meio de concurso público, cujo edital seria publicado em fevereiro. Foi divulgado que, além de vagas para agentes de saúde, o concurso seria para contratação também de médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, administrador, advogado e assistente administrativo, entre outras categorias que compõem as equipes de Estratégia de Saúde da Família.

***Auditoria no SUS e tema de debate em Porto Alegre:*** Antecedendo as discussões do Fórum Social Temático - Crise Capitalista, Justiça Social e Ambiental, o então secretário municipal de Saúde em exercício, Marcelo Bosio, participou da abertura do seminário que tratou da efetivação do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (SUS). No evento, realizado no auditório do Ministério Público Estadual, Bosio defendeu a importância de se ter uma informação qualificada, de fácil acesso aos usuários e que sirva como ferramenta de gestão eficaz e transparente no SUS.

### **Fevereiro**

***Secretário de Saúde é destaque entre os melhores do país:*** O então secretário municipal de Saúde, Carlos Henrique Casartelli, teve seu nome incluído entre os 100 melhores ocupantes do cargo no Brasil, em pesquisa realizada pela MS Brasil Congresso, Feiras e Eventos. A empresa promove a entrega do Prêmio Qualidade e Excelência na Saúde Pública e, em 2012,

homenageou os ganhadores no encerramento do 5º Encontro Nacional de Secretários Municipais da Saúde, em Florianópolis.

**Capital ganha serviço de atendimento integral a hepatites:** O projeto de uma nova estrutura para assistência aos portadores de hepatites crônicas, planejada para funcionar no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), foi apresentado durante o Seminário de Integração SAE – Hepatites Virais, realizado no Hotel Coral Tower, com a participação de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A iniciativa foi saudada como modelo para o país, por ser o primeiro serviço no Brasil a oferecer assistência a todas as necessidades dos portadores de hepatite crônica em um mesmo espaço mantido por governo municipal.

Desde o início da divulgação, o assunto despertou grande interesse dos veículos de comunicação – inclusive de redes nacionais de televisão.

**Governos se unem para enfrentar o crack e outras drogas:** Representantes dos governos federal, estadual e municipal reuniram-se em Porto Alegre para a pactuação de ações em conjunto em um plano denominado “Crack, é Possível Vencer”. O encontro teve a participação do prefeito José Fortunati e do então secretário municipal adjunto de Saúde, Marcelo Bosio, na validação política do cronograma de atividades e das metas propostas.

**Visita às obras do Hospital Independência:** Na manhã de 15 de fevereiro, o prefeito, o então secretário municipal de Saúde, e o secretário-adjunto, foram anfitriões de representantes dos poderes públicos, de entidades de classes e de jornalistas convidados, por intermédio da Assessoria de Comunicação Social, para uma visita às obras do Hospital de Independência.

Para garantir segurança, qualidade no atendimento e plenas condições de trabalho, o hospital está passando por ampla reforma para recuperação de sua infraestrutura. Com reabertura prevista para setembro deste ano e oferta inicial de 100 leitos exclusivamente para pacientes do SUS, o Hospital Independência terá atendimento especializado em ortopedia e traumatologia.

**Resultado de análise de risco de dengue na capital:** O primeiro Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti* (LIRAA) de 2012, divulgado em janeiro, registrou índice de infestação predial de criadouros do mosquito transmissor da dengue de 1,8% em Porto Alegre. O resultado é considerado de médio risco pelo Ministério da Saúde. Entre 14.681 imóveis inspecionados, 265 apresentaram criadouros. O maior índice de infestação encontrado foi de 6,5%,

na área que abrange os bairros Três Figueiras, Jardim do Salso, Chácara das Pedras e Bom Jesus.

**Serviços permanentes de saúde no carnaval:** Os serviços garantidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) durante o período de Carnaval foi amplamente divulgado. Foi prestada assistência médica permanente em uma Unidade de Pronto-Atendimento montada próximo à pista de desfiles, no Complexo Cultural Porto Seco, e fiscalizada pela Coordenadoria-Geral de Vigilância em Saúde a qualidade dos produtos comercializados na praça de alimentação. Fizeram parte da equipe de atendimento dois médicos, dois enfermeiros e quatro técnicos em enfermagem, além de assistente administrativo e pessoal de apoio. Também foram distribuídos 50 mil preservativos como medida de prevenção à Aids. A mesma estrutura funcionou na Muamba Oficial, na sexta-feira e no sábado após o encerramento do Carnaval.

**Ampliada oferta de material para controle de diabetes:** A Secretaria Municipal de Saúde ampliou a oferta de material aos portadores de diabetes que utilizam a rede pública. Desde janeiro, para fazer em casa o monitoramento dos níveis de açúcar no sangue (glicemia), além dos pacientes com diabetes tipo 1 e mulheres com diabetes na gravidez, os portadores de diabetes tipo 2 também podem receber a entrega domiciliar de kits, desde que necessitem de insulina (hormônio que regula a glicemia) de ação rápida e de ação lenta. Os pacientes que precisam de apenas um dos tipos de insulina, mas são transplantados ou têm mais de 65 anos também podem solicitar o material.

**Novo atendimento a hepatites para zerar espera por consultas:** Com a nova estrutura anunciada em janeiro e instalada em fevereiro no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) para atendimento a portadores de hepatites crônicas, a Secretaria Municipal de Saúde anunciou a intenção de zerar, em três semanas, a fila de espera desses pacientes por consulta especializada. O serviço entrou em operação no andar térreo do hospital, com previsão de atender, para primeiras consultas, 258 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por semana. A marcação passou a ser feita depois de o paciente consultar inicialmente em uma Unidade Básica de Saúde.

## **Março**

**Saúde investe em expansão do atendimento odontológico:** A Secretaria Municipal de Saúde anunciou a criação, neste ano, de mais 20 cargos de dentista as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foi divulgado que a seleção seria feita por concurso público já autorizado.

Também foi informado que, em 2011, já haviam sido criados nove cargos para ampliar a disponibilidade de profissionais de odontologia nos serviços municipais de atenção primária. Os números atualizados eram de 160 dentistas nas UBS e 35 nas Unidades de Saúde da Família (USF).

A mesma notícia distribuída aos veículos de comunicação informou que a previsão, para até 2013, é aumentar em 50% a quantidade de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com atendimento em saúde bucal. Isso significa expandir de 35 para 70 o número de equipes com esse serviço. Em 2010, eram apenas 12. Ou seja: o número praticamente triplicou em pouco mais de um ano.

**Mobilização contra obesidade e a favor da saúde:** Março foi o Mês de Mobilização da Saúde na Escola, com a promoção de atividades de prevenção à obesidade entre crianças e adolescentes, que se estenderam até o final da primeira semana de abril. A programação, aberta oficialmente na Colônia de Pescadores da Ilha da Pintada, envolveu também os familiares dos alunos da rede pública de ensino e chamou atenção sobre a importância das boas condições de saúde para o desenvolvimento desde a infância.

Nas escolas municipais, os estudantes passaram por avaliação antropométrica (de peso e altura) e de condições nutricionais.

As ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde para combater a obesidade e seus malefícios, foram abordadas pelo programa “Fantástico”, da Rede Globo de Televisão, e tiveram boa repercussão nos veículos de comunicação em geral.

**Nova unidade para atender jovens com dependência química:** A rede municipal de saúde ganhou, em março, mais nove leitos para tratamento de dependência química em jovens de 12 a 14 anos, inteiramente pelo SUS. As novas vagas foram abertas na Unidade Viva Jovem, do Hospital Porto Alegre, como resultado de nova parceria da prefeitura com a Associação dos Funcionários Municipais (AFM), entidade mantenedora do hospital.

**Comunidade recebe nova sede da USF São Vicente Mártir:** Para atender a cerca de 3 mil pessoas, foi construído um novo prédio para a Unidade de Estratégia de Saúde da Família (USF) São Vicente Mártir. Durante a entrega, foi feito o lançamento da Campanha Porto Alegre na Luta contra o Câncer de Mama – Você Merece este Cuidado, em solenidade que reuniu profissionais de saúde e a comunidade.

O novo prédio foi construído com investimento de R\$ 336 mil, para substituir a antiga sede de madeira. As instalações da unidade foram ampliadas de 50 metros quadrados para 160 metros quadrados. Todo o mobiliário e os equipamentos foram substituídos por novos, somando investimento de R\$ 61,7 mil.

**Rede amamenta fortalece incentivo ao aleitamento materno:** Equipes de tutores municipais do projeto Rede Amamenta participaram do primeiro seminário de 2012 para integração e estabelecimento de metas. A Política Nacional de Incentivo à Amamentação, desenvolvida pelo Ministério da Saúde e à qual Porto Alegre está vinculada, estimula o aumento dos índices de aleitamento materno.

Os tutores da Rede Amamenta vão até as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pactuam ações de incentivo ao aleitamento nas comunidades. Em oficinas realizadas a cada três meses e com seis horas de duração, os profissionais das UBS também recebem capacitação para as atividades. O trabalho conta com a participação de crianças durante a amamentação. A execução do projeto Rede Amamenta pelo município tem o Estado como parceiro.

**HPS investe R\$ 2 milhões em modernização da radiologia:** Foi confirmado ao Hospital de Pronto Socorro (HPS) o repasse de R\$ 2 milhões para compra de quatro equipamentos para modernizar o serviço de radiologia. Os recursos, depositados na conta da prefeitura em 13 de março, estavam incluídos na Proposta Orçamentária do Estado para 2011, por meio de uma emenda parlamentar do deputado estadual Carlos Gomes (PRB).

Com os novos instrumentos, não serão mais utilizados filmes nem produtos químicos para revelação das imagens, que passarão a ser digitais e estarão disponíveis na rede de informação do hospital em apenas cinco minutos. Farão parte dos equipamentos um sistema digital DRX e dois conjuntos de digitalizadores multicassete.

**Secretário Casartelli recebe prêmio de destaque à saúde:** O então secretário municipal de Saúde, Carlos Henrique Casartelli, participou do 5º Encontro Nacional de Secretários de Saúde 2012, em Florianópolis, onde foi homenageado por ter sido considerado um dos 100 melhores secretários municipais de Saúde do Brasil. O reconhecimento foi apontado pela MS Brasil Congresso, Feiras e Eventos, que há cinco anos faz a entrega do Prêmio Qualidade e Excelência na Saúde Pública. Porto Alegre foi a única capital brasileira destacada neste ano.

Para concessão do prêmio, são pesquisados os indicadores de saúde e os municípios com melhor desempenho na rede de atenção básica. A MS Brasil considera como fonte as instituições oficiais, como Ministério da Saúde, Tribunal de Contas do Estado e o Índice de Desenvolvimento Municipal da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (Firjan).

A seleção dos agraciados leva em conta as iniciativas desenvolvidas para proteção da saúde coletiva, projetos e obras em andamento, recursos humanos e operacionais oferecidos pelos serviços prestados aos usuários do SUS, índices de mortalidade infantil e percentual do orçamento público investido em Saúde. No caso de Porto Alegre, são aplicados 19,56% da receita, ou seja, 4,56 pontos percentuais além dos 15% que a Constituição Federal determina para as prefeituras.

**Zerada a fila para atendimento a hepatites:** Em três semanas, conforme projeção que havia sido anunciada, fevereiro, foi zerada em um período de três semanas, uma fila de espera de quatro anos de pacientes que aguardavam por consulta para diagnóstico de hepatites pelo SUS. A notícia foi veiculada por veículos de comunicação de Porto Alegre e também nacionalmente, por emissoras de televisão.

Para atender a todas as solicitações que esperavam pelo agendamento, foram encaminhados 258 pessoas por semana para o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em Hepatites Virais, que entrou em funcionamento no andar térreo do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) na segunda quinzena de fevereiro.

A marcação de consultas para este novo serviço é feita depois de o paciente passar primeiro pelo atendimento por um clínico geral em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Ligado à Área Técnica de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/Aids) da SMS, o ambulatório é o primeiro do Brasil mantido

por governo municipal para prestação de assistência a todas as necessidades de portadores de hepatites crônicas em um mesmo local.

***Política de saúde mental no comitê do a receita é saúde:*** A Política Municipal de Saúde Mental e o Enfrentamento à Situação de Rua foram apresentados no Comitê de Gerenciamento do programa *A Receita é Saúde*, pelo então secretário-adjunto de Saúde, Foram abordados o reordenamento da Política de Saúde Mental realizado até 2011 (Meta 94 da PAS) e a atualização da Política Municipal de Saúde Mental, seguindo as diretrizes da política nacional até 2013 (Meta 101 da PAS).

Para tanto, foram avaliados e monitorados os serviços da rede de saúde mental e o cadastro dos serviços de saúde mental (CNES), realizado o Seminário de Alinhamento da Política de Saúde Mental nas oito Gerências Distritais, unificadas as equipes de NASCA com equipes de saúde mental da infância e adolescência, instituído o Fórum de Coordenadores dos Serviços de Saúde Mental e realizadas reuniões mensais com os serviços que atendem álcool e outras drogas, incluindo as Comunidades Terapêuticas e as clínicas conveniadas com a SMS.

#### **Abril**

***Prefeitura entrega reforma do Centro de Saúde Murialdo:*** A reforma do andar térreo do prédio do Centro de Saúde Murialdo, localizado na avenida Bento Gonçalves, 3722, bairro Partenon, possibilitou a implantação do Centro de Especialidades, da Farmácia Distrital e da sede da Gerência Distrital de Saúde da Região Partenon-Lomba do Pinheiro. O andar térreo do imóvel foi municipalizado em janeiro de 2009, juntamente com as demais unidades básica de saúde do Murialdo.

***Famílias do Rubem Berta recebem nova unidade de saúde:*** As famílias transferidas da Vila Dique para o loteamento Porto Novo, no bairro Rubem Berta, foram beneficiadas com a nova Unidade de Saúde Santíssima Trindade. O então secretário municipal de Saúde, Carlos Henrique Casartelli, e o superintendente do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Carlos Eduardo Nery Paes, entregaram a unidade, que passou a beneficiar cerca de 4 mil pessoas.

***Inaugurado novo prédio da Saúde da Família Wenceslau Fontoura:*** Com estrutura e profissionais de saúde bucal e de saúde da família, foi inaugurada a nova sede da Unidade de Saúde da Família Wenceslau Fontoura. Localizada na rua José Luiz Martins Costa, 200, bairro Mario Quintana, a nova

unidade, com mais de 200 metros quadrados, ganhou espaço para grupos de apoio, salas de vacina e curativo, entre outros atendimentos. Além da qualificação dos serviços, a obra permitiu ainda a implantação de um gabinete odontológico. O investimento incluiu também novos equipamentos e mobiliário – no valor total de R\$ 437 mil.

**Entregue Unidade Psiquiátrica do Hospital Presidente Vargas:** A nova Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), com 24 leitos (cinco dos quais para gestantes usuárias de crack), passou por melhorias na climatização e nas redes hidráulica e elétrica, de acordo com normas técnicas da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (Anvisa).

**Experiência com teste rápido do HIV é apresentada no México:** Técnicos da Unidade de Saúde da Família Ernesto de Araújo (USF) apresentaram o pôster “A Descentralização do Diagnóstico do HIV através do Teste Rápido do Anti-HIV: Uma Estratégia para Promover o Debate sobre HIV/AIDS em uma Comunidade de Porto Alegre, Brasil”, durante a 5ª Conferência Latino-Americana e 4ª Conferência Interamericana de Promoção à Saúde e Educação em Saúde, na Cidade do México. O trabalho aborda alguns dos principais resultados da descentralização do diagnóstico do HIV na saúde básica, sendo a capital gaúcha pioneira no Estado na utilização do teste neste nível de atenção.

**Inaugurado novo serviço para usuários de álcool e drogas:** Para qualificar o tratamento aos usuários de crack, álcool e outras drogas, a prefeitura inaugurou o segundo Consultório na Rua, com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família Sem Domicílio. Uma Kombi foi adquirida para transporte dos profissionais. A solenidade teve as presenças do prefeito José Fortunati, do secretário municipal da Saúde, Marcelo Bosio, e do ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

**Parceria amplia atendimento cardiológico:** Foram inauguradas três novas instalações para atendimento de pacientes do SUS. Os novos espaços incluem sala de ergometria e ecocardiograma, ambulatório e Centro de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica, com investimento viabilizado por meio de convênio assinado entre a prefeitura e o Instituto de Cardiologia. É o primeiro serviço do gênero para atendimento pelo SUS.

**Seminário debate novas estratégias na comunicação em saúde:** A Secretaria Municipal da Saúde, em conjunto com a Comissão de DST/AIDS do Conselho Municipal de Saúde, em parceria com o Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, realizou o *1º Seminário de Comunicação em Saúde – Construindo Novas Estratégias em Resposta à Epidemia de HIV/AIDS*. O evento foi resultado de uma construção conjunta entre a Comissão de DST/AIDS do Conselho Municipal de Saúde, da Coordenação de DST/AIDS e da Assessoria de Comunicação Social da SMS.

**Prefeitura entrega Reforma da UBS Rubem Berta:** A comunidade do bairro Rubem Berta recebeu em abril as obras de reforma da Unidade Básica de Saúde da região, localizada na rua Wolfram Metzler, 675. O prédio foi totalmente recuperado, com reforma geral que incluiu revisão do telhado, eliminação de infiltrações, criação de novo espaço para armazenamento e dispensário de medicamentos. A obra também incluiu novo consultório médico, melhorias na recepção e construção de rampa na entrada da unidade, para facilitar o acesso de cadeirantes e de pessoas com necessidades especiais.

**Índice de infestação predial eleva risco de dengue:** O Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti* (LIRAA) de março de 2012, divulgado em abril, mostrou índice elevado de criadouros de larvas do mosquito transmissor da dengue e de mosquitos adultos em Porto Alegre. A taxa de infestação foi de 4,7%, considerada de alto risco pelo Ministério da Saúde. Foi a mais alta registrada na Capital desde 2007. A amostragem levantada pela Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde atingiu 14.287 imóveis em 76 bairros, dos quais 31 (o equivalente a 41%) estavam com índice de infestação superior a 3,9% - classificado como de alto risco.

Em 41 bairros (54%), a incidência encontrada foi de risco médio. Apenas quatro bairros estavam em condição satisfatória, com índice de infestação predial inferior a 1%. Em 667 imóveis onde a presença de *Aedes aegypti* foi positiva, foram encontrados 884 depósitos com larvas – uma média de 1,3 criadouros por imóvel. O maior número deles (60%) foi registrado em pratinhos de suporte para vasos, potes e vasilhames. Em segundo lugar (14,8%), estavam calhas, lajes, piscinas não tratadas, sanitários desativados e caixas pluviais. Lixo, sucatas e entulhos representaram 7,5%.

Para alertar a população sobre a importância da prevenção em domicílios, a Comunicação Social manteve divulgação constante de informações a respeito.

***Saúde promove ações junto à comunidade do Rubem Berta:*** A Secretaria Municipal de Saúde realizou ações de saúde voltadas à comunidade do bairro Rubem Berta, com a participação de profissionais da saúde e técnicos, que acolheram a população em um mutirão social realizado no Centro Humanístico Vida. Com estande montado no espaço, os servidores prestaram serviços de verificação de pressão arterial e de glicose, orientação sobre diversas doenças e endemias. Técnicos da Coordenadoria-Geral de Vigilância em Saúde também estiveram presentes, distribuindo material e orientando sobre cuidados importantes com a saúde e prevenção à dengue.

***Hospital Independência tem mais da metade das obras concluídas:*** Mais de 50% da restauração do Hospital Independência está concluída. Para mostrar o andamento das obras, iniciadas em janeiro deste ano e com previsão de entrega para setembro, a Assessoria de Comunicação Social organizou mais uma visita de representantes dos poderes públicos, de entidades de classes e de jornalista. Os convidados foram recebidos pelo secretário municipal de Saúde, Marcelo Bosio, e por representantes da Sociedade Sulina Divina Providência, que vai gerenciar o hospital.

Além do exposto, cabe ressaltar que houve incremento no total de profissionais atuando na ASSECOM pela inclusão de estagiários de nível superior, que acompanham os assistentes de comunicação nas áreas de Publicidade e Jornalismo.

Por fim, como área meio, a ASSECOM buscou atuar de forma planejada com os demais setores e áreas técnicas para potencializar as ações que visam melhorar a saúde da população, atuando em campanhas de promoção e prevenção da saúde. Além disso, a divulgação de notícias positivas sobre a qualificação da rede de serviços e das ações em destaque, desenvolvidas pelas equipes profissionais e pela gestão, ampliam a capacidade da SMS em influenciar no seu fortalecimento da imagem do SUS enquanto política de Estado.

## 7 REDE DE SERVIÇOS E REFERÊNCIAS

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

**Quadro 9** POP. ESTIMADA 2010 POA por Gerencia Distrital de Saúde

GD	POP. ESTIMADA 2010
CENTRO	276.508
GCC	183.821
LENO	189.177
NHNI	151.295
NEB	148.778
PLP	191.658
REST – EXT. SUL	94.409
SCS	173.706
Total	1.409.351

Fonte: IBGE 2010

**Tabela 24**– Serviços Atenção Primária em Saúde 2010 – 2011

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

Fonte: IBGE/ CAPSES

**Tabela 25-Serviços Atenção Primária em Saúde 2011 – 2012**

GDs	UBS		USF		ESF		ESB		ACS		Cobertura	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012*	2011	2012	2011	2012	2011
Centro	03	03	04	04	11	11	04	04	19	19	14,21%	14,21%
LENO	04	07	18	16	27	22	12	03	78	78	49,23%	48,58%
SCS	10	10	07	07	10	10	04	03	33	33	19,28%	19,28%
GCC	10	10	15	15	23	23	03	03	75	75	52,28%	52,28%
NEB	09	16	16	13	32	19	09	02	52	52	74,2%	36,08%
PLP	10	12	12	12	22	22	07	07	57	57	40,71	40,71
NHNI	05	06	09	10	25	14	11	05	33	33	57%	25,33%
RES	04	04	07	07	12	11	05	05	49	49	43,8%	42,46%
POA	55	63	88	84	162	132	55	32	396	396	39,6%	32,51%

Fonte: IBGE/ CAPSES

\* ESB: LENO – 7 esb GHC – 5 ICFUC (Jardim carvalho – Wenceslau SCS – 1 ESB Na são Vicente Mártir NHNI perdeu a USF Dique para a região da NEB através da Usf Santíssima trindade

**Tabela 26 - Serviços de atenção Prima Conveniados**

Gerências Distritais	GHC	HCPA	HDP	HMV	IC/FUC	Total
Noroeste / Humaitá / Navegantes / Ilhas	16	0	0	2	7	25
Norte / Eixo Baltazar	15	0	0	0	17	32
Partenon / Lomba do Pinheiro	0	0	0	0	23	23
Glória / Cruzeiro / Cristal	0	0	3	0	20	23
Leste / Nordeste	8	0	0	0	19	27
Restinga / Extremo Sul	0	0	0	4	8	12
Sul / Centro Sul	0	0	0	0	10	10
Centro	0	4	0	0	5	9
Total	39	4	3	6	109	161

Fonte: CAPSES

As unidades de saúde da família do GHC estão distribuídas na seguinte forma:

**Na GD NHNI – 16 Equipes de saúde da família.**

- USF Hospital Conceição I, II, III, IV,V, VI, VII.
- USF Jardim Itu I,II,III,IV.
- USF Vila Floresta I,II,III,IV,V.

**Na GD NEB – 15 Equipes de Saúde da Família.**

- USF Santíssima Trindade I,II.
- USF Costa e Silva I,II.
- USF Jardim Leopoldina I,II,III,IV,V.
- USF Nossa Senhora Aparecida I,II.
- USF Parque dos Maias I,II,III,IV.

### **Na GD LENO – 8 Equipes de saúde da família.**

- USF Divina Providência I, II.
- USF Barão de Bagé I,II.
- USF Coinma I,II.
- USF Vila SESC I,II.

Houve um acréscimo na cobertura da saúde da família de 7%, assim como um aumento de 23 equipes de saúde bucal, significando que 67% das equipes de saúde da família estão cobertas por saúde bucal comparados com os 48 % de cobertura das equipes de saúde da família por equipe de saúde bucal específicas no quadrimestre anterior.

## 7.2 Rede de Serviços Ambulatoriais Especializados

Quadro 10– Serviços especializados ambulatoriais

Serviços	Nº	Próprios	Conveniados
<b>Centros Especializados</b>	06 + ambulatorios conveniados	Bom Jesus, Santa Marta, Murialdo, CSVIAPI, CSVC, Camaquã	Ambulatórios de especialidades dos hospitais conveniados
<b>CAPS</b>	11	GCC – VC AD e II CENTRO II e I	CAPSi, II e AD – GHC CAPSi e II – HCPOA, CAPS AD III IAPI e VN – HMD
<b>CEO</b>	5	Bom Jesus, CSVC, Santa Marta	UFRGS, GHC
<b>SAE</b>	3	CSVC, IAPI	Sanatório Partenon
<b>Centro de Referência Tuberculose (CRTb)</b>	7	Bom Jesus, Navegantes, Modelo, CSVCC, Restinga, Camaquã	Sanatório Partenon
<b>NASCA</b>	8	01 por GD	
<b>Consultório na rua</b>	2		GHC – SMS

Fonte: CAPSES.

Neste primeiro quadrimestre ocorreu a transformação do CAPS AD IAPI em CAPS AD III e a ampliação de um Consultório na Rua.

## 7.3 Rede de Serviços de Urgência e Emergência

Na rede de Serviços de Urgência e Emergência foi acrescentado um CAPS III AD no CSVIAPI

## 8 INFRA-ESTRUTURA DE APOIO

No quadrimestre em análise, foram construídas cinco (05) novas sedes e onze (11) reformas. As novas sedes estão distribuídas em 2 de Unidades de Saúde da Família, 2 de Unidades Básicas de Saúde e 1 para base do SAMU. Totalizaram 11 reformas com ou sem ampliações, distribuídas no território de quatro gerências distritais.

**Quadro 11-Monitoramento Meta PAS 2012**

<b>Meta PAS 2012</b>	<b>Realizado no 1º quadrimestre 2012</b>	<b>Observações específicas</b>
146. Reformar 18 prédios da Secretaria Municipal de Saúde	11 prédios da Secretaria Municipal de Saúde Reformados.	✓ Em elaboração dos projetos das demais obras definidas para o ano; ✓ Em execução das obras dos projetos definidos, conforme cronograma interno da CGATA.
147. Iniciar a Construção de 8 novos prédios da Secretaria Municipal de Saúde para implantação de novas Equipes de Saúde da Família.	05 novas prédios (sedes) foram construídas na SMS.	✓ Demais obras de novas sedes sendo desenvolvidas conforme cronograma interno da CGATA.
148. Equipar 100% das novas unidades de saúde da família construídas	100% das novas unidades de saúde da família construídas equipadas.	✓ No período em análise, não foram abertas novas equipes de saúde da Família em Novos Prédios no período.
149. Implantar um sistema de gestão de estoque dos almoxarifados (Equipe de Materiais e Equipe de Manutenção Predial) em 300% dos serviços próprios da SMS.	Meta prevista para 2013	✓ A implantação do módulo de sistema de gestão de estoque dos almoxarifados ainda não foi iniciada, tendo em vista as prioridades na implantação do projeto de informatização da SMS, que apontam para a informatização para qualificar a regulação dos serviços como primeira etapa, ainda em andamento.

No mesmo quadrimestre de 2011 foram construídas uma sede do SAMU e realizadas reformas para a disponibilidade de salas de grupo em 05 unidades de saúde da APS. No comparativo, neste 1º quadrimestre de 2011 foram mais 4 novas sedes e mais que o dobro de reformas concluídos que no período do 1º trimestre de 2011.

Abaixo, segue o quadro 12 com o descritivo das obras de construção e reformas realizados no primeiro quadrimestre de 2012 e no respectivo trimestre de 2011.

**Quadro 12- Obras de construção e reformas realizadas na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, comparativo 2012-2011.**

<b>1º quadrimestre 2012</b>	<b>1º trimestre 2011</b>
<p><b>Unidade:</b> USF São Vicente Mártir – GD SCS</p> <p><b>Obra:</b> Construção da nova sede com implantação novo serviço: Equipe de Saúde Bucal – Rua Emília Perroni Fernandes, 110</p> <p><b>DEMANDA DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO (OP):</b> 2010/1021</p>	<p><b>Unidade:</b> Base SAMU Humaitá Navegantes</p> <p><b>Obra:</b> Construção da sede própria da Base SAMU Navegantes na Av. Frederico Mentz, 370b - Loteamento Piec.</p> <p><b>DEMANDA DO OP:</b> 2002/405</p>
<p><b>Unidade:</b> US Santíssima Trindade / GHC (Vila Dique) – GD PLP</p> <p><b>Obra:</b> Construção da nova sede - Av. 1999 nº 141, Loteamento Moradas do Porto</p> <p><b>DEMANDA DO OP:</b> 2011/736</p>	<p><b>Unidade:</b> Construção de salas de grupo em diversas unidades de saúde</p> <p><b>Obra:</b> Construção de 5(cinco) salas de grupo em 5(cinco) unidades selecionadas (USF Vila Pinto, USF São Pedro, USF Herdeiros, USF 5º Unidade e UBS Restinga)</p> <p><b>DEMANDA DO OP:</b> 2009/1188</p>
<p><b>Unidade:</b> Base SAMU Bom Jesus – GD LENO</p> <p><b>Obra:</b> Construção da nova sede - Rua Heitor Pires, 248</p> <p><b>DEMANDA DO OP:</b> 2011/740</p>	
<p><b>Unidade:</b> USF Wenceslau Fontoura – GD LENO</p> <p><b>Obra:</b> Construção da nova sede com implantação novo serviço: Equipe de Saúde Bucal – Rua José Luiz Martins Costa, 200</p> <p><b>DEMANDA DO OP:</b> 2005/1468</p>	
<p><b>Unidade:</b> UBS Fradique Vizeu – GD NEB</p> <p><b>Obra:</b> Construção da nova sede - Rua Frederico Mentz, 374</p> <p><b>DEMANDA DO OP:</b> 2009/1113</p>	
<p><b>Unidade:</b> USF Ernesto Araújo – GD PLP</p> <p><b>Obra:</b> Reforma e ampliação para implantação novo serviço: 3º Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal – Rua Ernesto Araújo, 443</p> <p><b>DEMANDA DO OP:</b> 2011/73</p>	
<p><b>Unidade:</b> CS Murialdo – GD PLP</p> <p><b>Obra:</b> Reforma para implantação de Farmácia e Gerência Distrital – Av. Bento Gonçalves, 3722</p>	<p><b>DEMANDA DO OP:</b> 2011/772</p>

<b>Unidade:</b> Rubem Berta – GD NEB <b>Obra:</b> Reforma - Rua Wolfram Metzler, 675 <b>DEMANDA DO OP:</b> 1998/2100	
<b>Unidade:</b> São Gabriel – GD GCC <b>Obra:</b> Reforma para implantação novo serviço: Equipe de Saúde Bucal – Rua Gilberto Jaime, 65B <b>DEMANDA DO OP:</b> 2009/876	
<b>Unidade:</b> USF Herdeiros – GD PLP <b>Obra:</b> Reforma – Rua Alfredo Torres de Vasconcellos, 90	
<b>Unidade:</b> USF 5ª Unidade – GD RES <b>Obra:</b> Reforma para implantação de nova Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal - GD RES – Acesso Dois Vila Restinga, 20 <b>DEMANDA DO OP:</b> 2007/385	
<b>Unidade:</b> UBS Restinga - GD RES <b>Obra:</b> Reforma – Rua Abolição, 850	
<b>Unidade:</b> UBS Tronco - GD GCC <b>Obra:</b> Reforma (Caixa de Água e Cobertura da entrada da unidade) – Rua Nossa Senhora do Brasil, 565	
<b>Unidade:</b> UBS Belém Velho - GD GCC <b>Obra:</b> Reforma – Estrada Costa Gama, 729	
<b>Unidade:</b> UBS Estrada dos Alpes - GD GCC <b>Obra:</b> Reforma para implantação de Gabinete Dentário – Rua Estrada dos Alpes, 671 <b>DEMANDA DO OP:</b> 2010/600	
<b>Unidade:</b> UBS Cristal (Reforma) - GD GCC <b>Obra:</b> Reforma – Rua Cruzeiro do Sul, 2702 <b>DEMANDA DO OP:</b> 2011/403	

Fonte: ASSEPRO/CGATA/SMS. Sigla: OP – Orçamento Participativo; GD – Gerência Distrital.

Cabe lembrar que a Assessoria de Projetos da Coordenação Geral de Apoio Técnico Administrativo (ASSEPRO/CGATA) não responde por obras realizadas nos hospitais municipais (Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – HMIPV e Hospital de Pronto Socorro – HPS), tendo em vista cada um destes locais possuir estrutura interna para atender as próprias demandas.

Além dos prédios que foram construídos e reformados, descritos acima, a manutenção dos prédios da SMS é garantida pela atuação da Equipe de Manutenção Predial (EMP/CGATA). A EMP/CGATA é responsável pela manutenção da estrutura predial de mais de 200 imóveis, onde funcionam os Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial, Pensões Protegidas e Casa de Apoio, incluindo os prédios sede da SMS, da CGVS, EMAT (Equipe de Materiais), EP (Equipe de Patrimônio) e ainda os imóveis onde estão as bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Neste primeiro quadrimestre de 2012, foram contratados 30 novos operários e atendidas 350% solicitações a mais no comparativo com o mesmo período de 2011 conforme quadro abaixo.

**Quadro 13 - Comparativo de solicitações de manutenção predial a Equipe de Manutenção Predial da SMS/POA no período do 1º quadrimestre de 2012 e 2011.**

<b>Quantidade de solicitações atendidas 1º quadrimestre 2012</b>	<b>Quantidade de solicitações atendidas 1º quadrimestre 2011</b>	<b>Quantidade de funcionários operacionais contratados</b>
1604	356	30

Fonte: Equipe De Manutenção/CGATA/SMS

Atualmente, a EMP/CGATA não atende os prédios dos Pronto-Atendimentos, pois os mesmos possuem verba e equipe de manutenção própria, assim como os hospitais municipais (HMIPV e HPS)

**Tabela 27- Comparativo de entrada de bens gerais e bens de informática na SMS/POA/RS nos períodos dos 1ºs quadrimestres de 2012 e 2011.**

	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	variação %
Nº Bens Gerais	6.184	1.240	499%
Nº Bens Informática	2.040	263	776%

Fonte: Equipe De Patrimônio/Cgata/SMS.

Considerando o processo de informatização de toda a rede de serviços públicos de saúde em Porto Alegre, a aumento da aquisição de bens de informática visa a preparar as unidades de saúde para receber o Sistema Informatizado. Além disso, já era diagnóstico a necessidade de atualizar os equipamentos existentes.

### 8.1 Licitações, Contratos e Compras

O Núcleo de Licitações e Contratos (NLC/CGATA) administra contratos de serviços terceirizados e de locação de imóveis, auxilia na elaboração dos projetos básicos para a contratação de serviços diversos e nas obras de engenharia, sendo responsável pela minuta e pela licitação.

Os contratos terceirizados executados na SMS para apoio na manutenção da infra-estrutura foram de serviços de limpeza (14 postos de trabalho), portaria (11 postos de trabalho), vigilância (7 postos de trabalho), gerais não especializados (4 postos de trabalho), auxiliar de almoxarifado (2 postos de trabalho), operacionais (8 postos de trabalho), de cozinha (4 postos de trabalho) e de telefonia (6 postos de trabalho), totalizando 653 vagas (quadro abaixo).

**Quadro 14– Comparativo do total de vagas de trabalho terceirizados por tipo na SMS/POA, 1º quadrimestre de 2011 e 2012.**

<b>Tipos de Serviço</b>	<b>1º quadrimestre 2012</b>	<b>1º quadrimestre 2011</b>	<b>variação %</b>
Limpeza	259	255	1,5
Portaria	135	115	17,4
Telefonia	81	77	5,2
Vigilância	48	45	6,7
Gerais não Especializados	44	67	-34,3
Operacionais	33	33	0
Auxiliar de Almoxarifado	33	0	-
Cozinha	21	14	50
Total	653	606	7,7

Fonte: NLC/CGATA/SMS, maio, 2012.

Destes, destaca-se o serviço de Auxiliar de Almoxarifado que, inexistente no quadrimestre no ano de 2011, hoje auxilia na organização e atuação do

almoxarifado da SMS. Outro destaque é para o serviço de portaria, com vagas ampliadas nos postos de trabalho já existentes. De outra forma, houve redução dos serviços gerais não especializados, uma vez que, foram aumentadas as vagas de mão de obra especializada, como demonstra quadro acima.

Os postos de trabalho referem-se à localização estratégica dos trabalhadores terceirizados que atendam às unidades de saúde ou setores de um território definido.

Também para suprir as necessidades de infraestrutura dos serviços da SMS, a Equipe de programação e Compras (EPC/CGATA) é responsável pelo encaminhamento de solicitações de compra de todos os materiais de consumo e permanentes. A EPC/CGATA atua por meio de processos licitatórios ou dispensas de licitações, realizadas junto a Área de Compras e Serviços da Secretaria Municipal da Fazenda (SMF).

A seguir, é apresentada a tabela referente à compra de materiais de consumo especificando-os por tipo (tabela 02). Destaca-se os valores empregados referentes aos medicamentos e enfermaria, com variação positiva de 12,31 e 39,02% dos mesmos no comparativo do período analisado para 2012/2011.

Tabela 28– Comparativo de valores empenhados por tipo de material de consumo na SMS/POA, no período do 1º quadrimestre de 2012 e 2011.

<b><i>Materiais de Consumo para as unidades da CGRAPS.</i></b>	<b><i>1º quadrimestre 2012 R\$</i></b>	<b><i>1º quadrimestre 2011 R\$</i></b>	<b><i>variação %</i></b>
Medicamentos	2.558.859,20	2.278.272,90	+12,31
Enfermaria	1.172.580,03	843.509,04	+39,02
Manutenção	257.711,16	292.650,72	-11,93
Higiene e Limpeza	126.471,90	77.217,26	<b>+63,78</b>
Saúde Bucal	131.174,98	26.624,70	<b>+392,68</b>
Laboratório	103.677,80	222.856,30	-53,47
Escritório	59.770,60	69.994,52	-14,60
Alimentação	36.363,29	39.749,44	-8,51
Informática	28.658,80	65.081,65	-55,96
Gás Liquefeito	19.360,00	6,048,00	<b>+220,10</b>
Transporte (pneus/óleos/combustíveis)	17.284,26	82.081,88	-78,94
Gases Medicinais	0	53.478,20	0
<b>Total</b>	<b>4.511.911,70</b>	<b>4.057.564,30</b>	<b>+11,19</b>

Fonte: EPC/CGATA/SMS, maio, 2012.

Destaca-se, ainda, a variação positiva expressiva no suprimento de materiais de consumo para a Saúde Bucal e em Gás Liquefeito.

No período do 1º quadrimestre de 2012, a compra de materiais permanentes destinou-se ao suprimento das necessidades solicitadas pela CGRAPS, GCVS, CMS, COMEM, UPA ZONA NORTE, TRANSPORTE, INFORMÁTICA, SAÚDE BUCAL e OUVIDORIA.

## 8.2 INFORMATIZAÇÃO DA SAÚDE

A equipe do Projeto de Modernização e Informatização da Rede de Saúde de Porto Alegre é responsável por planejar, executar, controlar e avaliar as etapas e processos de implantação do Projeto de Modernização da Gestão de Saúde, através da Portaria 1220 de 15/12/2011.

As discussões a respeito da modernização da gestão por meio da informatização da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Porto Alegre tiveram reinício em maio de 2010, sendo formalizadas com a constituição de um Grupo Técnico (GT) de informatização da SMS e com a criação do Projeto InfoRede. A partir da constituição do GT, em setembro de 2010, iniciou-se o planejamento do processo e etapas envolvidas.

No quadro resumo abaixo (Quadro 15), são apresentadas as principais etapas do projeto, com seus períodos de execução e percentuais (%) de metas atingidas, seguidas de tabelas desdobradas, referentes aos subprojetos (etapas) Wireless, Infraestrutura de equipamentos, sistema de informações, infraestrutura de gerência de dados e capacitações. Estes, são os eixos centrais da informatização além do demonstrativo de Resultados do Projeto no Complexo Regulador, apêndice 1, demonstrando o avanço da informatização do Complexo Regulador em 2012, comparativamente a 2011.

**Quadro 15– Resumo das Etapas do Projeto InfoRede da SMS/POA até o 1º quadrimestre de 2012.**

Atividade Planejada	Período de execução	Meta - % atingido
Projeto Wireless – 1ª etapa	Setembro/2010 a Maio/2012	85,71
Projeto Wireless – 2ª etapa	Agosto/2012 a Fevereiro/2012	-
Infraestrutura de Gerência de Dados	Outubro/2010 a Março/2012	40
Infraestrutura de Equipamentos	Novembro/2010 a Setembro/2012	59,93
Sistema de Informações	Outubro/2010 a Junho/2011	100
Implantação do SI na área de regulação	Junho/2011 a Julho/2012	25
Capacitação dos Servidores da Rede de Saúde	Dezembro/2010 a Julho/2013	40

Fonte: Equipe do Projeto InfoRede, SMS/POA, em maio de 2012.

Na criação da infraestrutura de Tecnologia de Informações e Telecomunicações necessárias às implementações propostas no Projeto InfoRede, é importante destacar o Projeto Wireless, a Infraestrutura em Equipamentos, o Sistema de Informações e a Infraestrutura em Gerência de Dados.

Para o subprojeto Wireless 1ª etapa, houve o atendimento de 85,71% do esperado para a meta, que corresponde a 114 das 133 unidades previstas com conexão (Tabela 29). Em uma avaliação inicial, a primeira etapa do projeto previu a implantação de conectividade em 136 unidades, mas três (03) unidades foram canceladas por alteração de endereços. O percentual pendente da 1ª etapa deve-se à instalação do POP (estrutura que redistribuirá os dados das unidades, conectando-as) garantirá a conexão das demais unidades.

**Tabela 29- Unidades Conectadas no Subprojeto Wireless até o 1º quadrimestre de 2012.**

Descrição do Item	Meta	Meta atingida		Período				Variação 1º Qua.	
		acumulado		1º Qua. 2011		1º Qua. 2012		2012/2011	
		Nº.	(%)	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
1ª etapa	133	114	85,71	41	30,82%	04	3%	38	- 92,68%
2ª etapa	37	0	-	0	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>170</b>	<b>114</b>	<b>85,71</b>	<b>41</b>	<b>30,82%</b>	<b>04</b>	<b>3%</b>	<b>38</b>	<b>- 92,68</b>

Fonte: Equipe InfoRede/SMS/POA, maio/2012.

Já a 2ª etapa está em processo de tramitação nesta SMS, correspondendo a 37 unidades (21,38%), perfazendo 100% de conectividade. Além, destas, há 5 unidades sem condições técnicas de conectividade e por isso ainda em estudo de viabilidade de conexão.

Com os resultados alcançados até o período analisado, a SMS de Porto Alegre tem conectividade superior a maior parte das Secretarias Municipais de Saúde do Brasil, que apresentam 17% de conectividade. Para a execução desse Subprojeto Wireless, a SMS conta com a atuação da Procempa.

Da mesma forma, o subprojeto Infraestrutura de Gerência de Dados tem como executor a Procempa, que adquiriu e está em processo de instalação de 5 novos servidores desde em 2011 (Tabela 31). A incorporação dos servidores visa garantir a capacidade e confiabilidade para a Infraestrutura de Gerência de Dados de todo o Sistema Informatizado em implantação na SMS.

**Tabela 30- Subprojeto Infraestrutura de Gerência de Dados na SMS/POA, adquirida no 1º quadrimestre de 2012.**

Descrição do Item	Meta	Meta atingida (Acumulada)		Período				Variação	
				1º Qua. 2011		1º Qua. 2012		2012/2011	
		Nº	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
SUBPROJETO INFRAESTRUTURA DE DADOS: - Computadores com tecnologia blade, sendo 3 servidores de aplicação e 2 de banco de dados.	5	2	40	0	-100	02	40	3	-

Fonte: Equipe InfoRede/SMS/POA, maio/2012.

Esta etapa é um marco importante para a Informatização da rede de saúde, devendo permitir, já no mês de junho, a regulação informatizada dos leitos do Hospital Cardiologia. Da mesma forma, os leitos dos demais hospitais completarão esse formato de regulação em 100% dos leitos hospitalares que dispõem para o SUS no território de Porto Alegre.

Além da instalação dos novos servidores, este avanço será possível pela integração dos sistemas dos hospitais com o sistema da SMS. Para a integração do Sistema de Informação da SMS com os Sistemas de Informação Hospitalares, os Hospitais São Lucas da PUCRS, Instituto de Cardiologia, da Irmandade Santa Casa, HCPA, Vila Nova e Beneficência Portuguesa já desenvolveram a integração, que está sendo testada na nova estrutura de dados.

Do total de 5,8 mil leitos SUS em Porto Alegre, hoje há a regulação informatizada de 2.171 destes, o que equivale a 40,74%.

Além da ampliação da capacidade em Tecnologia da Informação (TI) para garantir a integração entre os Sistemas de Informação da SMS e dos prestadores, a implantação do Complexo Regulador informatizado ainda está em desenvolvimento. A tabela abaixo identifica e monitora o desenvolvimento da informatização em todo o Complexo Regulador (Tabela 32).

Fica em evidência que a Central de Internações é a que mais avançou na informatização dos seus processos internos, seguido da Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados. Justifica-se, inicialmente, pelo cronograma de implantação de cada uma das etapas envolvidas no Complexo Regulador (Tabela 32), mas também os processos de regulação e de trabalho inerentes a cada uma delas.

**Tabela 31– Situação da implantação do Subprojeto Sistema de Informações para o Complexo Regulador da SMS/POA no 1º quadrimestre de 2012 e 2011.**

Descrição do Item	Metas 193 e 195	Meta atingida (Acumulada)		Período				Variação	
				1º Qua. 2011		1º Qua. 2012		2012/2011	
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
<b>Sistema de Regulação:</b>	100%	02	25	<b>02</b>	<b>25%</b>	<b>0</b>	-	- 2	- 75
- Central de Internação		processos	41,46	<b>1530</b>	<b>29,18</b>	<b>2174</b>	41,46	397	70,37
- Central de Consultas		2.174 *	24	-	-	<b>26.8</b>	24	813	3,12
- Central de Exames		26.051**	-100	<b>0</b>	-	<b>64</b>	-	0	-
- Central de APAC		0	- 100	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	0	-
- Central de Contratações		0	22	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	0	-
- Autorização de AIHs		04***	-100	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	0	-
- Faturamento		0	-100	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	0	-
- Auditoria		0		<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	0	-

**Fonte Inforede \* Leitos Hospitalares \*\* Consultas Especializadas Iniciais \*\*\* Contratos Hospitais e Serviços**

As principais situações identificadas no subprojeto Sistemas de Informações para o foram descritas abaixo, com as particularidades de cada processo:

- Central de Internação (CERIH):

Está com 41,46% dos leitos regulados, sendo que não ocorreram avanços no período analisado devido ao atraso na instalação de novos servidores de dados e de aplicação, que estavam previstos para o início do primeiro quadrimestre. De outra forma, houve avanço no desenvolvimento da integração de transmissão de informações entre os Sistemas de Informação dos prestadores e o Sistema de Informação da SMS, conforme já referido acima.

- Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados (CMCE):

Está com 100% das consultas iniciais reguladas, mas demandadas várias customizações durante o quadrimestre em análise, visando à melhoria da qualidade da informação e operacionalidade do Sistema Informatizado. Relativo ao comparativo com 2011, a variação tem que levar em conta que o processo foi implantado em abril de 2011 somente nos Centros de Saúde, impossibilitando maiores análise até a estabilidade da implantação. A implantação da Central de Consultas também avançará com a integração dos Sistemas de Informação dos prestadores com o Sistema da SMS, como já referido.

### Central de Exames:

No primeiro quadrimestre realizaram-se análise do módulo disponível no Sistema Informatizado e levantamento das melhorias necessárias para a implantação. Foram definidas as customizações que estão aguardando a conclusão das implementações prioritárias para dar início à regulação dos exames pelo sistema da SMS.

• Controle e Avaliação: Abrange as autorizações, faturamento e auditoria. No quadrimestre em análise, foi revisada a padronização dos fluxos e processos e realizada a análise do módulo a ser implantado. Em fase de testes e homologações por parte de consultoria contratada especificamente para este fim.

### • Central de APAC:

No quadrimestre em análise, foram revisadas as customizações necessárias para a implantação do módulo. Apesar de pronto para o início desde 03 de dezembro, a necessidade de ajustes nos processos de trabalho do setor não permitiu que fosse iniciada a regulação informatizada nesta área.

Para avançar na implantação do Complexo Regulador, o Subprojeto Infraestrutura de Equipamentos tem como executor a SMS. O aporte até agora realizado já permite que toda a rede de saúde realize solicitações de serviços às centrais de regulação da SMS (consultas, exames, internações), de modo *on-line*, por meio de 300 computadores. Este quantitativo expressa uma relação de 1,73 computadores por Unidade de Saúde, devendo avançar em 2012 em 1749 Personal Computers (PC) e *Thin Client*, perfazendo 10,10 computadores/Unidade.

**Tabela 32– Subprojeto infraestrutura de equipamentos e pontos de lógica na SMS/POA, 1º quadrimestre 2012 e 2011.**

Descrição do Item	Meta 192	Meta atingida (Acumulada)		Período				Variação Qua.	
				1º Qua. 2011		1º Qua. 2012		2012/2011	
				Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
• PC	126	20	15,87	0	-	20	15,87	20	-
• Thin Client	1323	0	-	0	-	0	-	0	-
• Leitores Biométricos	1323	1323	100	0	-	0	-	1323	-
• Impressoras Térmicas	981	981	100	0	-	0	-	981	-
• Impressoras Térmicas	11	0	-						
• Impressora de Cartão SUS	120	120	100	0	-	1	-	1	-
• Impressoras laser	194	0	-	0	-	0	-	120	-
• Impressoras laser	<b>4078</b>	<b>2444</b>	<b>59,93</b>	<b>0</b>	-	<b>194</b>	<b>100</b>	<b>194</b>	-
• Webcan				<b>0</b>	-	<b>215</b>	-	<b>2639</b>	-
<b>TOTAL:</b>	1449	499	30,98	-	-	<b>134</b>	-	<b>134</b>	-
Pontos de Lógica				-	-	<b>134</b>	-	<b>134</b>	-

O avanço depende ainda da aquisição dos *Thin Client*, que são terminais para informatização de todos os serviços da Atenção Primária de Saúde, que reunirá a integralidade das informações de saúde do cidadão, em seu prontuário eletrônico. Esta aquisição deve entrar em fase de licitação até o final de junho.

Por fim, a implantação da informatização, por meio de um Sistema que integralize todas as informações necessárias à atenção e à gestão em saúde, exige ser estimulada por processos de educação permanente para a compreensão e adesão dos colaboradores trabalhadores e prestadores. Abaixo, a Tabela apresenta o quantitativo de capacitações previstas neste processo de implantação do Sistema Informatizado em questão.

**Tabela 33– Subprojeto Capacitação**

Descrição do Item	Metas 193 e 195	Meta atingida 2011/2012 (Acumulada)		Período				Variação	
				1º Quadr. 2011		1º Quadr. 12		2012/2011	
				Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
SUBPROJETO CAPACITAÇÃO:		Nº.	%						
- Nº. de Capacitações realizadas	- 5000	361	-	<b>71</b>	<b>-</b>	<b>117</b>	60,68	46	64,79
- Nº. de Servidores capacitados		1455	29,1	<b>991</b>	<b>19,82</b>	<b>464</b>	- 48,50	- 437	- 53,18

Fonte dados da INFORDE

O subprojeto Capacitação está ligado ao Projeto de Modernização e Informatização da Rede de Saúde de Porto Alegre, com a meta de capacitação de 5.000 servidores. Considerando os demais profissionais que integram a rede de serviços da SMS, totalizando os 7442 trabalhadores em toda a SMS, pode haver a necessidade de outras estratégias para a Educação Permanente a serem desenvolvidas nos próximos quadrimestres do ano e também de forma permanente.

Cabe salientar que o sucesso da implantação do Projeto Inforede não pode ser medido apenas através dos seus indicadores diretos de implantação do Projeto, visto ser uma atividade meio. Dado a isso, dentro de sua missão de planejar, executar, controlar e avaliar as etapas e processos de implantação, o Projeto Inforede acompanha também os indicadores de resultados da implantação, tais como indicadores do processo de regulação das internações, consultas e outros, á medida que a informatização avança. Neste caso, é

importante conferir as metas de regulação informatizada alcançadas no item Regulação do Sistema, do presente Relatório de Gestão.

**Quadro 16**– Resumo das Metas anuais do Projeto Inforeda da SMS/POA constantes no PAS

Metas anuais constantes no PAS		Observações Específicas
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre 2012	
Meta 150 – Implantar infraestrutura própria de comunicação em 70% da rede de serviços próprios da SMS	3,00%	A meta acumulada 2011/2012 foi atingida em 67,05%
Meta 151 – Implantar Sistema Informatizado com registro de atendimento, prontuário eletrônico em 80 % do Complexo Regulador e da Rede Básica	25% Complexo Regulador 0% Atenção Básica  Total 1,12%	A meta em seu cumprimento total depende da 2ª etapa do projeto de modernização e informatização da saúde, em processo de tramitação nesta SMS.
Meta 152 – Atender 100% das demandas de estrutura e manutenção de informática e sistemas de rede de saúde com informatização implantada	Em fase de mensuração	Realizado contrato para equipamentos em toda a Prefeitura e os equipamentos novos da SMS quando do final da garantia serão incluídos neste contrato.

## 9 PRODUÇÃO

### 9.1 Atenção Primária à Saúde

**Tabela 34**-Procedimentos Atenção Básica Estratégia de Saúde da Família

GERÊNCIA		2012	2011
POA	<b>Consultas Médicas Geral</b>	<b>94386</b>	<b>114207</b>
	<b>Total de Pessoas Cadastradas</b>	<b>272857</b>	<b>264049</b>
	<b>VD Agente Comunitário de Saúde</b>	<b>116688</b>	<b>110189</b>
GCC	Consultas Médicas Geral	15216	24811
	Total de Pessoas Cadastradas	53133	52738
	VD Agente Comunitário de Saúde	23113	23598
LENO	Consultas Médicas Geral	21473	25045
	Total de Pessoas Cadastradas	64408	63381
	VD Agente Comunitário de Saúde	31533	29784
NEB	Consultas Médicas Geral	12887	11847
	Total de Pessoas Cadastradas	34972	34833
	VD Agente Comunitário de Saúde	11092	12799
NHNI	Consultas Médicas Geral	5966	7088
	Total de Pessoas Cadastradas	14232	14232
	VD Agente Comunitário de Saúde	6696	6701
PLP	Consultas Médicas Geral	12943	12061
	Total de Pessoas Cadastradas	32051	32051
	VD Agente Comunitário de Saúde	13040	11788
RESTINGA / EXTREMO SUL	Consultas Médicas Geral	9284	7799
	Total de Pessoas Cadastradas	33666	33539

	Agente Comunitário de Saúde	13659	9246
<b>SCS</b>	Consultas Médicas Geral	11376	10219
	Total de Pessoas Cadastradas	30338	23218
	VD Agente Comunitário de Saúde	11789	9838
	Consultas Médicas Geral	5918	15337
<b>CENTRO</b>	Total de Pessoas Cadastradas	10057	10057
	VD Agente Comunitário de Saúde	5766	6435

Fonte SIAB -

Na avaliação da APS junto à produção por GD e município, houve uma redução de consultas médicas. Verifica-se um aumento de pessoas cadastradas e de Visitas Domiciliares pelos agentes comunitários. O número de consultas médicas corresponde a 0,34 consulta/pop cadastrada que corresponderia a 1,02 cons/pop ano próximo do indicador pactuado pelo PROESF de 1,1 cons/pop cadastrada ano. Cabe salientar que neste quadrimestre foi realizado o concurso do IMESF tendo vários profissionais em férias e compensando folgas para se prepararem para o concurso.

Em relação a GD Centro a redução foi de menos 9.419 consultas. A justificativa é que no mesmo período de 2011 foram realizadas 7.926 para pessoas fora da área de atuação e 7.411 para pessoas da área de atuação. A partir deste quadrimestre as ESF desta GD passaram a atender a população da área adstrita. A variação foi de menos 20% de consultas realizadas

### 9.1.2 Produção médica na atenção básica por gerencia distrital

**Tabela 35- CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO BASICA**

Gerencias Distritais	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	VARIÇÃO	
			Numero	%
<b>CENTRO</b>	47.669	37300	10.369	27,80
<b>GLORIA - CRUZEIRO - CRISTAL</b>	37408	55.239	- 17.831	-32,28
<b>LESTE - NORDESTE</b>	47825	46845	980	2,09
<b>NOROESTE - HUMAITA - NAVEG - ILHAS</b>	49.037	31.690	17.347	54,74
<b>NORTE - EIXO - BALTAZAR</b>	52143	42680	9.463	22,17
<b>PARTENON - LOMBA - PINHEIRO</b>	47213	31557	15.656	49,61
<b>RESTINGA - EXTREMO SUL</b>	36698	23681	13.017	54,97
<b>SUL - CENTRO SUL</b>	40411	37149	3.262	8,78
<b>Total</b>	<b>358.404</b>	<b>306141</b>	52.263	17,07

SIATAB WIN procedimento 0301010064

Observa-se um aumento 52.263 mil consultas medicas na atenção básica neste procedimento. Considerando a população de 1.409.000 hab identificamos 0,25 cons/hab no quadrimestre e estima-se 0,8 cons/hab/ano Conforme a Portaria 1101 – do MS de 1,5 cons/hab/ano. Identifica-se uma redução importante na GD

GCC devido ao número significativo de licenças para tratamento de saúde, a redução de carga horária e as aposentadorias dos servidores (municipalizados-federais e estaduais).

No período ocorreu a mudança da Tabela CBO para alguns profissionais e espera-se nos próximos quadrimestres melhor resultados nos procedimentos da atenção primária.

### 9.1.3 Produção médica especializada por gerencia distrital exceto os hospitais

Tabela 36 Medica em atenção especializada exceto os hospitais

Gerências Distrital	1º quadrimestre 2011	1º quadrimestre 2012	variação
<b>Centro</b>	62252	64544	2292
<b>Gloria - Cruzeiro - Cristal</b>	14326	11425	-2901
<b>Leste - Nordeste</b>	3014	1893	-1121
<b>Noroeste - Humaita - Naveg - Ilhas</b>	14015	11821	-2194
<b>Norte - Eixo - Baltazar</b>	0	0	0
<b>Partenon - Lomba - Pinheiro</b>	250	190	-60
<b>Restinga - Extremo Sul</b>	1428	394	-1034
<b>Sul - Centro Sul</b>	2433	0	-2433
<b>Não Identificada</b>	0	0	0
<b>Total</b>	<b>97718</b>	<b>90267</b>	<b>-7451</b>

Procedimentos Unif: 0301010072 Fonte SIAI/TABWIN

Houve uma redução de 7451 consultas especializadas em relação ao quadrimestre anterior. Identificamos uma redução importante na gerencia Sul Centro Sul, relacionado à saída da medica proctologista para o HMIPV, as licenças por tempo prolongado do médico urologista e a saída do medico do centro de referencia a tuberculose da região. Já houve porem a lotação do medico nefrologista no centro de especialidade Camaquã, produção ainda não computada. Observa-se ainda um grande número de consultas especializadas na região centro em relação as demais gerencias que possuem centro de especialidades de porte semelhante como a GD GCC. Assim identificamos que as consultas médicas das unidades básicas da região centro, como as consultas dos ginecologistas, são informadas como consulta especializada, reduzindo as consultas na atenção básica e aumentando as especializadas. Já providenciamos mudanças neste processo junto a gerencia. Nas gerencias que não possuem centro de especialidades podem ser computadas consultas psiquiátricas e em tuberculose como consulta especializada, e que aparecem como produção especifica.

**Quadro 17- Metas anuais constantes na PAS**

Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	Observações específicas
49. Implantar 8 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Não foi implantando NASF no município neste período.	A Comissão de Apoio matricial permanece com seus encontros periódicos. Com ações específicas desenvolvidas como a entrega à gestão em março de 2012 da minuta da instrução normativa que regulamentará os NASF em Porto Alegre, que esta sendo avaliada pela gestão, para posterior apreciação da comissão. A Comissão também é participante junto a CAPSES do programa de educação permanente onde construímos o projeto de capacitação para APS denominado "Apoio matricial na Atenção primária a saúde".
50. Ampliar a cobertura da ESF de 32% para 40% da população	Foram ampliadas 29 equipes do GHC.	Considerando as 10 equipes do GHC que já eram habilitadas como ESF, houve a transformação das unidades da GHC em 100% estratégia de saúde da família, totalizando 39 equipes de saúde da família, que estão distribuídas conforme na tabela 26 .
51. Ampliar de 17 os centros de especialidades	Efetivação do Centro de Especialidades Camaquã onde iniciamos o a lotação de especialistas médicos: nefrologista, urologista.	A meta foi baseada em 1 centro de especialidade por gerência. Isto reavalia a missão dos centros de saúde Modelo e Navegantes. Assim como a definição da gestão de efetivar o Centro de especialidade Camaquã como serviço da gerencia sul centro sul, e a tomada de ações de revitalização deste espaço começando pelo processo de cedência do prédio em definitivo a SMS.
83. Ampliar as equipes de atenção domiciliar passando de 4 para 06		O projeto esta sendo definido pela CMU.
116. Aumentar a atividade física para adultos, em tempo livre, de 17,30/1000hab para 19,50/1000hab	Iniciado o processo para implantação das Academias de Saúde. Formação do GT intersecretarias	A avaliação deve ser medida anualmente através do VIGITEL.
117 Implementar a rede de prevenção à violência e promoção da saúde nas 8 Gerências Distritais	Iniciou a ação de educação permanente de 2 turmas para os servidores dos serviços de saúde mental em " <i>Tratamento para pessoas com agravos decorrentes de violência</i> "	Capacitar para a realização de intervenções de diagnóstico, tratamento, promoção e prevenção da violência com vistas a uma abordagem integral e sistêmica, reforçando o trabalho em rede, com utilização mais eficiente e efetiva dos dispositivos territoriais.
118. Ampliar de 25% para 50% a implantação da notificação da violência nos serviços de saúde públicos e conveniados ao SUS		Ação de educação permanente prevista para o segundo semestre em conjunto com a comissão de humanização/ CGRAPS/ Comitê de combate a violência/CGVS
138. Realizar concurso publico para Contratação de 140 Agentes de Endemias para as Unidades de Saúde da Família para AIDS,		Concurso IMESF realizado. Aguardando homologação.

tuberculose, dengue, álcool e drogas.		
148. Equipar 100% das novas unidades de saúde da família construídas	Meta efetivada – compra para USF Fradique Vizeu (PIEC), USF São Vicente Mártir, USF Ernesto de Araújo, USF Domênico Feoli, USF Wenceslau Fontoura; USF santíssima Trindade; USF Núcleo Esperança	

## 9.2 Assistência Farmacêutica

Segue quadro com as metas da Assistência Farmacêutica PAS 2012 (a meta anual será abordada no relatório anual).

**Quadro 18- Assistência farmacêutica: Metas anuais constantes na PAS**

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	
<b>Meta nº 102</b> - Regionalizar a assistência farmacêutica referente à tuberculose em 100% dos serviços de atenção primária habilitados a.	Todas as Farmácias Distritais com estoque regulador.	Manutenção do estoque regulador nas Farmácias Distritais, para atender situações de desabastecimento de tuberculostáticos nos serviços de atenção primária habilitados.
<b>Meta nº 103</b> - Revisar anualmente 100 % da Relação Municipal de Medicamentos - REMUME.	Fase de recebimento de sugestões de inclusão e exclusão de medicamentos para atualização da REMUME, conforme formulário anexo à REMUME 2011.	
<b>Meta nº 104</b> - Distribuir medicamentos para a doença de chagas e hanseníase em 100 % dos Centros de Referências e Farmácias Distritais;	Em fase de definição de fluxo.	SMS distribui medicamentos estratégicos em serviços de referência e dispensa os medicamentos estratégicos na Farmácia Distrital Santa Marta para o serviço próprio.
<b>Meta nº 105</b> - Distribuir medicamentos para asma para 100% dos pacientes asmáticos cadastrados nas Farmácias Distritais e dispensários da Rede própria e conveniada da SMS	Distribuição em 100 % dos dispensários e Farmácias Distritais.	
<b>Meta nº 106</b> - Garantir a distribuição de medicamentos listados na REMUME para 100% dos usuários do SUS	Distribuição em 100 % dos dispensários e Farmácias Distritais.	

Fonte: CAPSES/ Área técnica Assistência Farmacêutica.

**Tabela 37-** Número de receitas atendidas nas Farmácias Distritais e Gerências Distritais

<b>FARMÁCIAS DISTRI- TAIS</b>	<b>Total FD 1º Quad 2012</b>	<b>Total FD 1º Quad 2011</b>	<b>Varia- ção</b>	<b>Varia- ção %</b>	<b>GERÊ- NCIAS</b>	<b>Total GD 1º Quad 2012</b>	<b>Total GD 1º Quad 2011</b>	<b>Varia- ção</b>	<b>Varia- ção %</b>
FD SANTA MARTA	56.656	53.367	3.289	<b>6,2</b>	GD Centro	13.307	12.514	793	<b>6,3</b>
FD FARROUPILHA	53.094	47.233	5.861	<b>12,4</b>					
FD IAPI	46.316	44.765	1.551	<b>3,5</b>					
FD NAVEGANTES	20.353	20.562	-209	<b>-1,0</b>	GD NHNI	19.964	23.263	-3.299	<b>-14,2</b>
FD CSVC	56.784	55.194	1.590	<b>2,9</b>	GD GCC	59.977	62.175	-2.198	<b>-3,5</b>
FD BOM JESUS	39.800	36.257	3.543	<b>9,8</b>	GD LENO	44.568	58.705	14.137	<b>-24,1</b>
FD SARANDI	26.744	22.485	4.259	<b>18,9</b>	GD NEB	65.986	54.184	11.802	<b>21,8</b>
FD MURIALDO	26.915	26.851	64	<b>0,2</b>	GD PLP	63.155	59.965	3.190	<b>5,3</b>
FD MACEDÔNIA	22.226	19.832	2.394	<b>12,1</b>	GD RES	41.239	32.568	8.671	<b>26,6</b>
FD CAMAQUÃ	27.673	25.291	2.382	<b>9,4</b>	GD SCS	65.786	62.615	3.171	<b>5,1</b>
<b>Total de Receitas</b>	<b>376.561</b>	<b>351.837</b>	<b>24.724</b>	<b>7,0</b>	<b>Total de Recei- tas</b>	<b>373.982</b>	<b>365.989</b>	<b>7.993</b>	<b>2,2</b>

Fonte: Farmácias Distritais.

### **Comentários**

1. Causa provável da variação negativa na GD NHNI – durante o mês de janeiro de 2012 a farmácia da UBS Farrapos não atendeu aos usuários, em função da interpretação da Equipe de Enfermagem sobre a Decisão 069/2005 Art. 1º e 2º COREN RS e Resolução 357 do Conselho Federal de Farmácia Art. 20.
2. Redução de prescrições médicas devido a aposentadorias e exonerações de médicos que trabalhavam nas unidades de saúde pertencentes à GD.
3. A possibilidade de retirada dos medicamentos junto às Farmácias Populares pelos usuários também pode ser outro fator de redução no número de atendimentos.
4. Não foram identificadas causas para as variações negativas nas GD LENO e GD GCC.

**Tabela 38- Unidades de medicamentos distribuídas e recurso financeiro utilizado**

Unidades de medicamentos distribuídas e recurso financeiro utilizado				
Informações	1º Quad 2012	1º Quad 2011	Variação %	
<b>Unidades Distribuídas</b>	<b>73.878.882</b>	<b>76.861.551</b>	<b>-2.982.669</b>	<b>-3,9</b>
<b>Recurso financ.utilizado</b>	<b>R\$ 4.830.973,59</b>	<b>R\$ 3.513.595,93</b>	<b>1.317.378</b>	<b>37,5</b>

Fonte: Fonte: CAPSES/ Área técnica Assistência Farmacêutica.

**Tabela 39- Medicamentos Estratégicos distribuídos pelo Ministério da Saúde**

Medicamentos MS	Período			
	Ano 2012		Ano 2011	
Medicamentos MS	1º Quad. 2012 Valor - R\$	1º Quad. 2012 Quantidade	1º quad. 2011 Valor- R\$	1º quad. 2011 Quantidade
Tabagismo	R\$ 96.821,81	72462	R\$ 0,00	0
Insulina	R\$ 106.030,36	38800	R\$ 173.409,74	26.300
Tuberculose	R\$ 49.861,45	431500	R\$ 262.625,02	446.932
DST/AIDS	R\$ 6.670.176,92	3836224	R\$ 5.380.009,32	3.466.024
Hanseníase	R\$ 3.769,24	14626	R\$ 2.922,47	7.793

Fonte: CGAFO

Contra partida SES para o 1º quadrimestre 2012:

**Quadro 19 Recursos financeiros - SES para o 1º quadrimestre 2012**

Farmácia Básica	R\$ 667.797,21
Farmácia Básica - Insumos Diabetes	R\$ 179.515,38

Fonte: CGAFO

### **Ações da Assistência Farmacêutica**

1. Atualização da REMUME - Fase de recebimento de sugestões de inclusão e exclusão de medicamentos para atualização da REMUME, conforme formulário anexo a REMUME 2011.
2. Fornecimento de informações a ASSEJUR e PGM referente aos processos de medicamentos.
3. Apoio ao Programa Tabagismo.
4. Atualização do Portal de Gestão.
5. Publicação Portaria 802/11 que define os critérios de concessão e o elenco de insumos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre aos

usuários portadores de Diabetes Mellitus e Nota Técnica para fornecimento de insumos aos portadores de Diabetes Mellitus no Município de Porto Alegre.

6. Participação da aquisição de medicamentos pelo Consórcio Metropolitano de compra compartilhada (GRANPAL).

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

1. Atraso nas entregas de medicamentos por parte de algumas empresas, culminando com processo de punição das mesmas.
2. Não informatização das farmácias e dispensários.
3. Número inadequado de recursos humanos (auxiliares de farmácia, farmacêuticos).
4. Estrutura física de algumas farmácias não adequadas.

## **9.3 Atenção Especializada**

### **9.3.1 Saúde Bucal**

A Programação Anual de Saúde (PAS) 2012 do Município de Porto Alegre estabelece 4 (quatro) metas relacionadas ao cuidado de Saúde Bucal.

**Quadro 20 Metas da Programação Anual de Saúde**

<b>Metas anuais constantes no PAS</b>		<b>Observação específica</b>
<b>Previsto 2012</b>	<b>Realizado</b>	
<b>52 : Ampliação de US com Saúde Bucal com 3º turno:</b> Pactuado: Implantar atendimento odontológico no 3º turno em 02 Unidades de Saúde com 3º turno	Esse Indicador foi pactuado ainda em 2011. Desde então foram abertos 2 (dois) serviços de saúde bucal com terceiro turno na UBS Bananeiras e na UBS Camaquã.	Projeção de ação para 2012: ampliar a meta pactuada para 2012 com a abertura de 1 (um) serviço de saúde bucal com terceiro turno por Gerência Distrital de Porto Alegre.
53 Ampliar de 20% para 85% a cobertura de estabelecimentos escolares públicos vinculados as ESFs com ações preventivas em saúde bucal	No ano 2012 já foram realizadas atividades, em saúde bucal, em <b>22,8%</b> dos estabelecimentos escolares públicos vinculadas a ESF com ações preventivas.	É esperado aumento do percentual ao longo do ano com a plena execução das ações nas escolas.

<p><b>55: Ampliação o acesso ao cuidado em saúde bucal na atenção primária:</b></p> <p>Pactuado: Ampliar de 32 de para 35 o número de Equipes de Saúde Bucal na ESF</p>	<p>São 45 equipes de Saúde Bucal atualmente na ESF de Porto Alegre.</p>	<p>Projeção de ação para 2012: Realização de obras para colocação de duas Equipes de Saúde Bucal na Unidade da ESF Santa Cecília, Contratar profissionais para atuar na unidade da ESF Herdeiros. Será apreciado pelo Conselho Distrital de Saúde da Sul/Centro-Sul a implantação da equipe de Saúde Bucal na Unidade da ESF Cidade de Deus.</p>
<p><b>92 Ampliar de quatro para 5 os Centros de Especialidades Odontológicas até 2013:</b></p>	<p>No momento estamos com 5 CEOs em funcionamento que são: CEO Santa Marta, CEO GHC, CEO UFRGS, CEO Bom Jesus e CEO Vila dos Comercários.</p>	<p>Projeção de ação para 2012: Foi aberto processo para concurso público para Cirurgião Dentista Especialista nas Áreas de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Endodontia, Estomatologia, Periodontia, PNE, Odontopediatria e Prótese Dentária para reabertura do CEO IAPI.</p>

Fonte: CAPSES – Área Técnica Saúde Bucal.

## Indicadores para Monitoramento e Avaliação da Saúde Bucal

Para qualificar as ações do cuidado de saúde bucal, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CAPESSES / Área Técnica de Saúde Bucal, realiza o *monitoramento e avaliação* utilizando 5 (cinco) indicadores em sua matriz avaliativa.

Tais parâmetros são historicamente acompanhados pelos municípios brasileiros e são ratificados pelo Pacto de Indicadores de 2006 e pelo Plano Nacional de Saúde Bucal do Ministério de Saúde (2004). Os dados são coletados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA SUS) por meio do programa SIA/TabWin.

**Quadro 21: Matriz Avaliativa da Atenção em Saúde Bucal 2011-2012**

Uso do indicador	Indicador	2011			2012		
		1º quadrimestre	2º quadrimestre	3º quadrimestre	1º quadrimestre	2º quadrimestre	3º quadrimestre
<b>PMAQ relatório e de gestão</b>	1. Cobertura de primeira consulta odontológica programática	<b>1,88%</b>	<b>3,43%</b>	<b>4,64%</b>	<b>1,31%</b>		
<b>PMAQ relatório e de gestão</b>	2. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	<b>0,43%</b>	<b>5,32%</b>	<b>9,21%</b>	<b>0,50%</b>		
<b>Relatório de gestão</b>	3. Média de Procedimentos Básicos Individuais por habitante	<b>0,13</b>	<b>0,27</b>	<b>0,41</b>	<b>0,11</b>		
<b>Relatório de gestão</b>	4. Proporção de Procedimentos Especializados em Relação aos Básicos	<b>0,183</b>	<b>0,192</b>	<b>0,200</b>	<b>0,212</b>		
<b>Relatório de gestão</b>	5. Percentual de Exodontias de Dente Permanente/ Procedimentos Básicos Individuais	<b>2,73%</b>	<b>2,96%</b>	<b>2,97%</b>	<b>2,82%</b>		

**Indicador 1: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática**

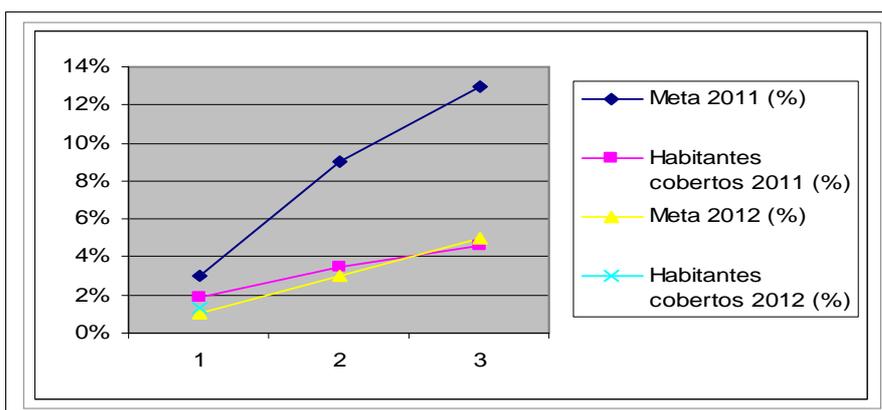
Tabela 40 Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática.

	Primeiro Quadrimestre		Segundo Quadrimestre		Terceiro Quadrimestre	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Meta (%)	3%	1%	9%	3%	13%	5%
Habitantes cobertos (%)	1,88%	1,31%	3,43%	0	4,64%	0
Meta por nº de habitantes	42.298	14.099	126.894	42.298	183.292	70.497
Habitantes cobertos	26.531	18.497	48.381	0	65.360	0

Fonte SIA /DATASUS - Busca em 10/5/2012.

O indicador é acumulativo e registra o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática utilizando como denominador a base populacional de Porto Alegre. O resultado estima o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS e aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos demais programas (Saúde da Mulher, Idoso, Trabalhador...).

**Gráfico 4** Indicador Primeira Consulta Odontológica Programática 2011 e 2012



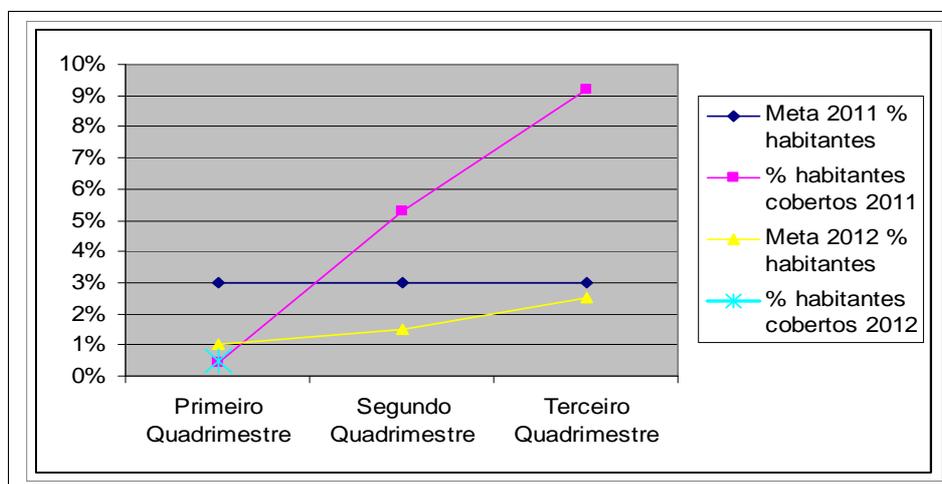
Fonte: SIA SUS (TabWin) - Busca em 10/5/2012

A redução do resultado deste indicador no 1º quadrimestre de 2012 em comparação a 2011 se deu pelo efeito da padronização dos registros, fruto das discussões e orientações dadas aos profissionais da rede. Além disso, no 1º quadrimestre houve a interrupção do atendimento de 12 consultórios odontológicos que passaram por reforma e troca dos equipamentos para adequação as novas tecnologias em saúde bucal. Essas reformas duraram em média duas semanas para sua conclusão.

A contratação de novos profissionais e a expansão das equipes (13 ESB em 2010 para 45 ESB em 2011) investem ao indicador tendências de elevação ainda em 2012. A alteração das metas para patamares condizentes ao contingente de trabalhadores e de recursos materiais municipal não altera o objetivo da gestão da rede de APS de ampliação do acesso e longitudinalidade das atividades clínicas e de âmbito coletivo.

## Indicador 2: Cobertura de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada

**Grafico 5** Cobertura de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada.



Fonte: SIA SUS (TabWin)- Busca em 10/5/2012

O indicador é acumulativo e utiliza como denominador a base demográfica de Porto Alegre. Os resultados demonstram o percentual de pessoas cobertas pela ação coletiva escovação dental supervisionada. Essa ação tem como foco principal a manutenção da saúde e prevenção das doenças bucais mais prevalentes (doença cárie e periodontal). É uma ação de baixo custo pelos insumos (escovas e dentífrico fluoretado), e pelo alcance coletivo. O Manual de Fluoretos do Ministério da Saúde (Brasil, 2011) coloca essa ação como fundamental para manutenção da saúde bucal de todos os grupos populacionais.

**Tabela 41- Cobertura de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada**

INDICADOR 2	Primeiro Quadrimestre		Segundo Quadrimestre		Terceiro Quadrimestre	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Meta a ser Atingida em % de habitantes	3%	1%	3%	1,50%	3%	2,50%
Meta a ser Atingida por nº de habitantes	42.298	14.099	42.298	21.149	42.298	35.248
Porcentagem de habitantes cobertos	0,43%	0,50%	5,32%	0	9,21%	0
Número de habitantes cobertos	6.102	7.030	75.026	0	129.836	0

Fonte SIA /DATASUS - Busca em 10/5/2012.

Verifica-se o aumento dos números absolutos de habitantes cobertos (6.102 para 7.030) e conseqüentemente da cobertura (0,43% para 0,50%) em relação ao quadrimestre do ano anterior. Embora ainda aquém da meta de 1%, as ações intersetoriais como o Programa Saúde na Escola devem elevar este indicador, principalmente com o retorno das atividades escolares a partir de março. Além disso, os profissionais receberam orientação ao longo do mês de março sobre como realizar as atividades desse programa que também foram padronizadas para o município respeitando critérios epidemiológicos atuais de saúde bucal de Porto Alegre.

A contratação de novos profissionais, a otimização do processo de trabalho e a expansão da rede seguem na mesma direção de melhoria do indicador.

### Indicador 3: Média de Procedimentos Básicos Individuais por habitante

**Tabela 42 Média de Procedimentos Básicos Individuais por habitante**

INDICADOR 3	Primeiro Quadrimestre		Segundo Quadrimestre		Terceiro Quadrimestre	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Meta a ser Atingida em procedimento/habitante/ano	0,5	0,2	1	0,25	2	0,3
Meta a ser Atingida por nº de procedimentos básicos	704.969	281.988	1.409.938	352.485	2.819.876	422.981
Procedimento/habitante/ano	0,13	0,11	0,27	0	0,41	0
Número de procedimentos básicos	186.383	157.587	383.378	0	572.287	0

Fonte: SIA SUS (TabWin). Busca em 10/5/2012.

O indicador é acumulativo e expressa a concentração de ações com procedimentos clínico-cirúrgicos restauradores, realizados por habitante nos serviços de atenção primária em saúde bucal do município de Porto Alegre. O numerador utilizado é o número de procedimentos odontológicos básicos que são todos os procedimentos com exceção da 1º Consulta Odontológica Programática e Ações Coletivas.

Possibilita estimar em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população. Verifica-se uma relativa estabilização dos dados se compararmos com o último trimestre do ano anterior (0,13 em 2011 → 0,11 em 2012). O 1º quadrimestre tende a ser uma referência parcial desta produção pelo período de férias profissionais.

O estabelecimento de uma agenda padronizada e informatizada nas unidades foi a estratégia traçada para melhoria do registro pelos profissionais da saúde bucal. Novos controles foram criados entre os *Códigos de Registro Diário das Atividades Odontológicas* para acompanhar a eventual falta às consultas por parte dos pacientes e a não utilização dos consultórios por problemas estruturais.

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

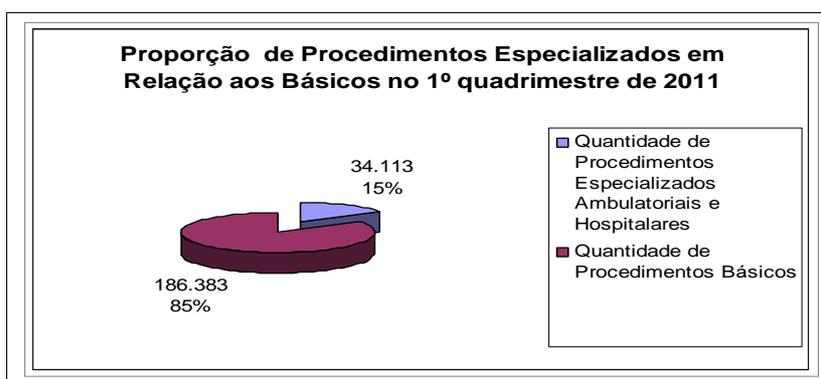
**Tabela 43-** Proporção de Procedimentos Especializados em Relação aos Básicos.

	1º Quadrimestre de 2011	1º <b>Quadrimestre de 2012</b>	2º Quadrimestre de 2011	3º Quadrimestre de 2011
Quantidade de Procedimentos Especializados Ambulatoriais e Hospitalares	3.4113	<b>3.3394</b>	73.743	114.418
Quantidade de Procedimentos Básicos	186.383	<b>157.587</b>	383.378	572.287
Metas para o indicador	-	<b>2</b>	-	-
Proporção Especializados/Básicos	0,183	<b>0,212</b>	0,192	0,200

**Fonte:** SIA SUS (TabWin). Busca em 10/5/2012.

Neste indicador acumulativo o numerador utilizado é a soma de todos os procedimentos odontológicos individuais especializados. O denominador é o número de procedimentos odontológicos básicos que são todos os procedimentos com exceção da 1º Consulta Odontológica Programática e Ações Coletivas. O indicador expressa o acesso da população aos serviços públicos odontológicos especializados em relação aos demais procedimentos. A diretriz de uma atenção básica resolutive define que o aumento do indicador é inversamente proporcional ao cuidado preventivo de menor custo.

**Gráfico 6 Desempenho 1º quadrimestre - 2011**



Fonte SIA- SUS TABWIM

**Gráfico 7- Desempenho 1º quadrimestre - 2012**



Fonte SIA- SUS TABWIM

A carga de doenças bucais preexistente demanda um nível de maior especialização para tratamento e reabilitação da saúde bucal da população. Em tal situação, o custo efetividade não é interessante para a gestão em saúde bucal municipal. De tal forma, o acompanhamento desta proporção significa a substituição de serviços caros e mutiladores por um modelo mais preventivo de atenção à saúde bucal.

Ao longo do ano de 2011 foram estabelecidas duas frentes para que a meta fosse atingida:

- (i) Maiores investimentos na infraestrutura das equipes de saúde e ampliação da Estratégia de Saúde da Família;
- (ii) Adequações na coleta dos dados.

Na última coleta, foi realizado filtro para distinção dos seguintes procedimentos: CONSULTA DE PROF DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA e ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM AT ESPECIALIZADA.

A utilização da *Classificação Brasileira de Ocupações* estabeleceu a melhora do indicador em relação à meta estabelecida. Ainda que tenha ocorrido um crescimento no componente das consultas especializadas de 15% para 17%, a meta foi plenamente atingida para o quadrimestre avaliado. É verificado no 1º quadrimestre de 2012 uma proporção de 1 procedimento especializado a cada 5 procedimentos básicos. Percebe-se assim que, neste aspecto, a Rede de Saúde Bucal de Porto Alegre atende à diretriz de um modelo de atenção estruturado a partir dos princípios da atenção primária em saúde.

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

**Tabela 44** Percentual de Exodontias de Dente Permanente em Relação aos Procedimentos Básicos Individuais

INDICADOR 5: Percentual de Exodontias de Dente Permanente em Relação aos Procedimentos Básicos Individuais	Primeiro Quadrimestre		Segundo Quadrimestre		Terceiro Quadrimestre	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Meta Pactuada	5%	5%	5%	3,50%	5%	2,50%
Quantidade de Procedimentos Básicos	186.383	157.587	383.378	0	572.287	0
Quantidade de Exodontias realizadas	5.096	4.451	11.330	0	16.989	0
PROPORÇÃO DE EXODONTIAS E PROCEDIMENTOS BÁSICOS	2,73%	2,82%	2,96%	0	2,97%	0

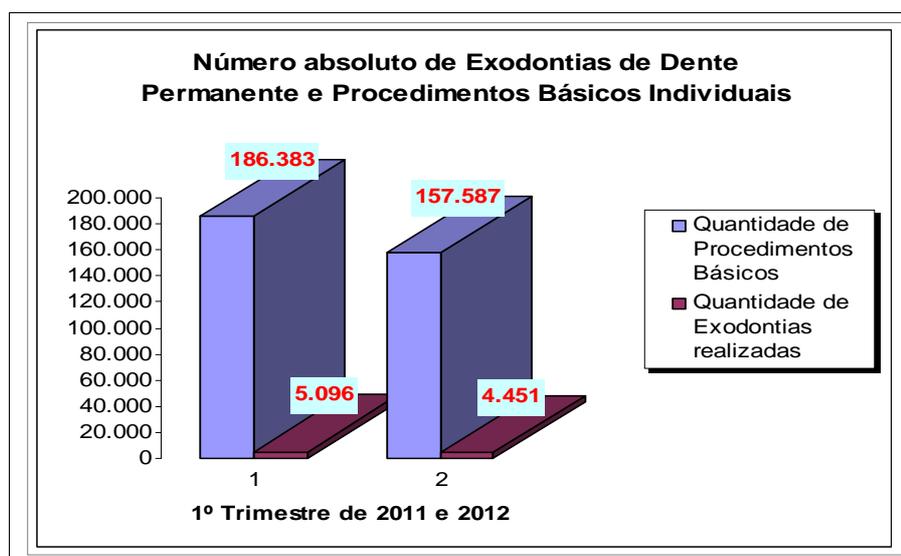
Fonte: SIA SUS (TabWin) Busca em 10/5/2012.

Este indicador é acumulativo e o numerador utilizado diz respeito às Exodontias de Dente Permanente. O denominador é o número de procedimentos odontológicos básicos que são todos com exceção da 1º Consulta Odontológica Programática e Ações Coletivas, em relação a Base Populacional Porto Alegre,

censo 2010 . Reflete, em forma percentual, a proporção das exodontias de dentes permanentes em relação às demais ações básicas individuais em odontologia.

Expressa a existência de um ciclo restaurador-mutilatório, onde as atividades em saúde bucal culminam na extração de dentes permanentes. Este ciclo refere-se principalmente às tecnologias de cuidado estabelecidas e, em grande medida, à formação profissional para a preservação do elemento dentário.

**Grafico 8-** Número absoluto de exodontias entre o 1º trimestre de 2011 e 2012.



Fonte SIA- SUS TABWIM

Observamos pouca flutuação entre os resultados comparados de 2011 e 2012 de 2,73% para 2,82%. Em números absolutos, o primeiro trimestre deste ano deixou de realizar a exodontia de 645 elementos dentários. Os bons resultados não exigem a gestão em saúde bucal de reduzir ainda mais o indicador. Atividades de educação permanente e melhor estruturação de serviços de referência em endodontia fazem parte da estratégia municipal de enfrentamento da mutilação dentária.

Nesta perspectiva, projetamos como resultado a diminuição da população edêntula no município de Porto Alegre aliada à implantação de serviços de prótese dentária para a rede de atenção saúde.

### 9.3 .2 Saúde Nutricional

As tabelas abaixo informam a produção referente aos procedimentos de nutrição realizados no 1º quadrimestre de 2012 e 2011 com variação entre os períodos. Os procedimentos de nutrição avaliados são consultas, atividade educativa, antropometria e atendimento domiciliar.

**Tabela 45** Total de Procedimentos de Nutrição

GD	Pop. Estima da 2010	1º Quadrimestre 2012			1º Quadrimestre 2011			2012/2011	
		Nº nutricionista/Assistência	Nº	% proc./hab	Nº	% proc./hab	Nº Nutricionista/Assistência	Nº	%
CENTRO	276.508	4	1155	0,42	1395	0,50	5	-240	-17,2
GCC	148.778	5	1231	0,83	1499	1,00	5	-268	-17,8
LENO	151.295	3	1300	0,86	1873	1,24	4	-573	-30,6
NHNI	183.821	4	2983	1,62	2198	1,19	4	785	36,0
NEB	189.177	4	1.781	0,94	1748	0,92	4	33	1,88
PLP	173.706	3	538	0,31	902	0,52	3	-364	-40,4
REST. EXT. SUL	94.409	1	1.304	1,38	1448	1,53	1	-144	-9,9
SCS	191.658	2	1.475	0,77	1280	0,67	2	195	15,2
Total	1.409.352	26	11.767	0,83	12343	0,87	28	576	-4,6

Fonte: SIA/ DATASUS

No 1º quadrimestre de 2012, não houve diferença significativa no total de procedimentos de nutrição na totalidade das GDs, em relação ao ano anterior. A GD LENO com um profissional em processo de aposentadoria em 2012. A GD Centro está com um profissional em licença de saúde em 2012.

**Tabela 46 Total de Consultas de Nutrição**

GD	POP. ESTIMADA 2010	1º Quadrimestre 2012			1º Quadrimestre 2011			Variação 2012/2011 %	
		Nº nutri/assistência	Nº	% cons./hab	Nº	cons./hab	Nº nutri/assistência		
CENTRO	276.508	4	848	0,31	1395	0,50	5	-547	-39,2
GCC	148.778	5	801	0,54	1495	1,00	5	-694	-46,4
LENO	151.295	3	616	0,41	1857	1,23	4	-1241	-66,8
NHNI	183.821	4	1372	0,75	2012	1,09	4	-640	-31,2
NEB	189.177	4	1366	0,72	1683	0,89	4	-317	-18,8
PLP	173.706	3	451	0,26	689	0,40	3	238	-35,0
REST – EXT. SUL	94.409	1	255	0,27	720	0,76	1	465	-64,5
SCS	191.658	2	853	0,44	1126	0,59	2	273	-24,24
Total	1.409.352	26	6562	0,46	10977	0,78	28	-4415	-40,2

Fonte: SIA/ DATASUS

No período avaliado, houve um decréscimo no total de consultas em 40,2%, no conjunto da GDs. A GD NEB, esteve com um nutricionista em licença de saúde em alguns períodos deste quadrimestre. A GD GCC com um nutricionista atuando em matriciamento em 20 horas semanais. A GD PLP com duas nutricionistas atuando em matriciamento e com preceptoria de residentes.

**Tabela 47 Total de Visitas Domiciliares de Nutrição**

VISITA DOMICILIAR									
GD	Pop. Estimada 2010	1º Quadrimestre 2012			1º Quadrimestre 2011			2012/2011	
		Nº Nutricionista/assistência	Nº	VD/hab	Nº	VD/hab %	Nº Nutricionista/Assistência	Nº	%
CENTRO	276.508	04	04	0,001	-	-	05	4	-
GCC	148.778	05	04	0,002	-	-	05	4	-
LENO	151.295	03	02	0,001	-	-	04	2	-
NHNI	183.821	04	102	0,05	109	0,06	04	-7	-6,4
NEB	189.177	04	-	-	-	-	04	-	-
PLP	173.706	03	07	0,004	9	-	03	-2	-22,2
REST. EXT. SUL	94.409	01	35	0,04	-	-	01	35	-
SCS	91.658	02	-	-	-	-	02	-	-
Total	1.409.352	26	154	0,01	118	0,008	28	36	<b>38,1</b>

Fonte: SIA/ DATASUS.

A tabela acima demonstra incremento de visitas domiciliares em todas as GDs, com exceção da NEB e SCS. Porém, somente ocorreu variação em relação ao ano anterior, na GD NHNI, Restinga e PLP.

**Tabela 48** Refeições servidas em serviços de alimentação e nutrição /SMS

Unidade de alimentação	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Total
	func.	usuário	func.	usuário	func.	usuário	func.	usuário	
Casa Harmonia	-	-	-	-	-	-	74	134	208
CAIS 8	0	1373	0	735	0	1520	0	1379	5007
Caasa de Apoio Viva Maria	305	1757	492	2194	503	1765	374	1948	9338
S R Terapêutico Nova Vida	752	1879	464	1491	401	1472	430	1654	8543
Total	1057	5009	956	4420	904	4757	878	5115	23096

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

A tabela acima demonstra o número de refeições servidas para usuários e funcionários, no 1º quadrimestre de 2012, na Casa Harmonia, CAIS 8, CAVM e SRTNV. No 1º quadrimestre de 2012. Nos meses de janeiro a março, não houve informação de nº de refeições servidas desse serviço. Os funcionários que fazem refeições realizam acompanhamento terapêutico com a clientela atendida.

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania.

A atual situação epidemiológica brasileira representada pela dupla carga de doenças é razão que justifica a incorporação das ações de alimentação e nutrição no contexto da Atenção Primária em Saúde em geral e, em particular, da Estratégia da Saúde da Família. As emergentes e crescentes demandas de atenção a saúde decorrem, principalmente, dos agravos que acompanham as doenças crônicas não transmissíveis e as deficiências nutricionais, ambos os grupos associados a uma alimentação e modos de vidas não saudáveis.

A ocorrência do excesso de peso decorre do sedentarismo e de padrões alimentares inadequados. Ela é um reflexo do baixo consumo de alimentos saudáveis como frutas, legumes e verduras e do uso em excesso de produtos industrializados com elevado teor de calorias, como gorduras e açúcares, sal, além de baixos níveis de atividade física “, afirma Deborah Malta, coordenadora de Vigilância em Saúde do MS.

De acordo com a última pesquisa da VIGITEL, 2011 - Porto Alegre configura-se a capital com maior percentual de sobrepeso em adultos, com 55 % e a 2ª capital com maior taxa de obesidade, com 20 %. Em escolares, a 1ª capital com sobrepeso, 20,1% e obesidade, 10,5% e 1,1% baixo peso. (PENSE 2009)

Diante desse cenário, a inserção da abordagem temática sobre alimentação e nutrição na atenção básica é uma demanda emergente.. A Alimentação Saudável e a segurança alimentar inicia com a prática do Aleitamento Materno e com alimentação complementar adequada.

O AM é a estratégia isolada que tem o maior impacto na redução da mortalidade infantil, podendo evitar 13% das mortes por causas preveníveis em menores de cinco anos em todo o mundo.

As ações de alimentação e nutrição aqui propostas no âmbito municipal foram elaboradas com base no perfil nutricional da população e em consonância com a coordenação nacional de Alimentação e Nutrição (CGAN) e a Estratégia Global da OMS.

Propõe o dimensionamento da estrutura de recursos humanos para atender as metas de alimentação e nutrição estabelecidas no Plano Anual de Saúde e a articulação com as estratégias de Educação Permanente em saúde visando à integração dos nutricionistas da rede básica de saúde.

As ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária tanto contribuirão para a qualificação como para garantia da integralidade da atenção à saúde prestada à população brasileira.

Espera-se que a incorporação progressiva e organizada do cuidado nutricional promova uma abordagem transversal das questões nutricionais nas etapas do curso da vida e resulte em impacto positivo nos indicadores de nutrição, saúde, e segurança alimentar e nutricional.

Processo de implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no AGUBS; Inserção do nutricionista no NASF.

Participação de reuniões de colegiado de GDs sobre operacionalização do PSE e Bolsa Família, integrando a Nutrição nos processos de trabalho da equipe.

Sistematização dos formulários de orientações nutricionais para obesidade, diabetes, hipertensão, dislipidemias e plano alimentar.

Participação em algumas reuniões do PGQP; Participação em reuniões com a Saúde da Criança e SMED sobre PSE. Confecção de material gráficos para ações de promoção da saúde, junto a ASSECOM.

### **Ações da Gestão da AT Saúde Nutricional:**

Educação permanente em saúde:

Estratégia Amamenta e Alimenta: Amamenta Brasil e Alimentação Complementar Saudável.

Seminário de Tutores da Rede Amamenta Brasil – 8hs.

Oficinas de trabalho em Aleitamento Materno - 6 h – CS Modelo.

Rodas de Conversa da ENPACS -4hs- UBS Panorama e UBS Restinga.

Tutoria para monitoramento trimestral das equipes da Amamenta Brasil.

GT de implantação do Comitê Municipal de Aleitamento Materno.

Representação na Rede Gaúcha de Bancos de Leite.

GT de tutores da Amamenta Brasil.

GT com SES de reuniões preparatórias da Semana Mundial da Amamentação.

Aquisição material Permanente para implantação de um Posto de Coleta de Leite Humano na UBS Restinga.

Aquisição de materiais para implantação do Espaço Aconchego Mãe-Bebê para 15. Equipes de saúde da APS.

Dimensionamento de nutricionistas e Técnica de Nutrição e Dietética para APS e especializada.

### **9.3.3 Saúde Mental**

Ao retomar o processo de elaboração do Relatório de Gestão, constatou-se que há uma diversidade no modo de registrar a produção dos dados em saúde mental. As equipes dos serviços de saúde mental, que atuam em diferentes níveis de complexidade na atenção aos usuários, apresentam os dados da produção de forma não unificada, embora utilizem códigos de procedimentos constantes na tabela SIA/SUS. Ou seja, o mesmo procedimento pode ser informado de maneiras diferentes (ex: consulta individual 0301010048/0301040044/0301080178), dificultando a tabulação dos dados.

Também não há códigos específicos para informar a produção realizada pelas Equipes de Matriciamento. Estas acabam utilizando os códigos já existentes, mas que não contemplam a especificidade das atividades realizadas. Nesse sentido, optamos por incluir no relatório, desse 1º quadrimestre, os dados que também foram enviados pelos serviços à área técnica de saúde mental,

conferindo legitimidade à produção realizada. Para os próximos quadrimestres, iremos sistematizar as informações a partir dos dados enviados pelos serviços e os que estão lançados no Sistema. Desse modo, poderemos unificar a produção informada e qualificar o relatório de saúde mental.

## Produção CAPS i

**Tabela 49** Produção CAPS i GHC

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO	20	11	9	81,82
VD/INSTITUCIONAL EM REABILITAÇÃO - NS	6	0	6	
CONSULTA NS (EXCETO MÉDICO)	92	316	-224	-70,89
CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	336	53	283	533,96
TERAPIA EM GRUPO	13	0	13	xx
TERAPIA INDIVIDUAL	15	0	15	xx
OFICINA TERAPEUTICA I	11	287	-276	-96,17
OFICINA TERAPEUTICA II	15	17	-2	-11,76
PSICOTERAPIA DE GRUPO	29	180	-151	-83,89
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	36	194	-158	-81,44
<b>Total</b>	<b>573</b>	<b>1058</b>	<b>-485</b>	<b>-45,84</b>

Fonte:SIA/SUS

O serviço permanece aguardando avaliação do CMS para obtenção de credenciamento junto ao MS e liberação para repasse de custeio mensal. Desse modo a produção é informada através de BPA, sendo os códigos de procedimentos informados pelo serviço: 101010028, 101030029, 301010048, 301010072, 301040036, 301040044, 301080143, 301080151, 301080160 e 301080178. Os dados informados em 2012 correspondem somente aos meses de janeiro e fevereiro e os dados informados nos meses seguintes não contemplam toda a produção, uma vez que parou de sistematizar os dados

Tabela 50 CAPS i Harmonia

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	704	242	462	190,91
Não Intensivo	423	363	60	16,53
Semi Intensivo	7722	5723	1999	34,93
<b>Total</b>	<b>8849</b>	<b>6328</b>	<b>2521</b>	<b>39,84</b>

Fonte: SIA/SUS

Os procedimentos informados pelo serviço correspondem aos códigos: 301080054,301080089,0301080119. O CAPS segue como referência para quatro gerências distritais o que justifica o aumento da produção. Teve remanejo de profissionais sem reposição, segue como campo de residência multi profissional e campo de estágio de graduação para PUCRS, UFCSPA e UFRGS, realiza matriciamento institucional de todos os serviços da sua rede. Em 2012 em reconhecimento a o trabalho realizado pela equipe, passa a integrar a Rede Internacional de Resiliência, que reúne diversos países e produz conhecimento sobre resiliência a partir da especificidade de cada serviço.

Tabela 51- CAPS i HCPA

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	254	223	31	13,9
Não Intensivo	18	28	-10	-35,71
Semi Intensivo	386	427	-41	-9,6
<b>Total</b>	<b>658</b>	<b>678</b>	<b>-20</b>	<b>-2,95</b>

Fonte: SIA/SUS

O CAPS i HCPA vem apresentando uma produção muito abaixo do esperado para esta modalidade de serviço, segundo os parâmetros do MS. Isto se deve a um conjunto de fatores que vem sendo identificados pela rede de serviços que tem esta equipe como referência territorial e, pela área técnica de saúde mental, através de instrumentos de gestão e reuniões técnicas com a equipe do CAPS. Alguns dos fatores que podem ser destacados são: a área física vinculada ao complexo hospitalar; o número insuficiente de recursos humanos, que além do CAPS compartilham outras atividades com a unidade hospitalar do HCPA tanto em seu funcionamento como Hospital Geral, quanto no funcionamento como instituição universitária de saúde; insuficiência de ações de

articulação intra e intersetoriais, bem como de atividades de educação permanente; a pré definição de critérios de atendimento do CAPS é considerada excludente, sendo uma das queixas mais recorrentes das rede a falta de acesso em função dos usuários não corresponderem aos critérios da equipe. As ações de articulação com os serviços de atenção primária e especializada da saúde, bem como a articulação com os serviços da assistência e da educação são destacados como fundamentais para o desenvolvimento do PTS do usuário e regulamentados como atividade do CAPS i. Os procedimentos informados pelo serviço correspondem aos códigos: 301080054, 301080089 e 0301080119.

**Tabela 52- CAPS Centro**

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	580	1259	-679	-53,93
Não Intensivo	332	526	-194	-36,88
Semi Intensivo	2903	3064	-161	-5,25
<b>Total</b>	<b>3815</b>	<b>4849</b>	<b>-1034</b>	<b>-21,32</b>

Fonte:SAI/SUS

Nos meses de janeiro e fevereiro de 2012 o acolhimento de novos pacientes foi fechado em função da redução de 20h de psiquiatra em função de exoneração. Esta vaga permanece sem reposição. Nos meses de março e abril o acolhimento foi reaberto com a atividade dos residentes de psiquiatria. Isto justifica a diminuição da produção comparativamente a 2011. O CAPS desenvolve ações de matriciamento de sua rede, oferece campo para estagio de graduação para a UNISINOS e UFRGS, residência da Escola de Saúde Pública, abordagem de rua com a FASC, Cine Debate, visitas domiciliares e executa o Projeto CAPACITAR em parceria com a Geração POA e a APRS, entre outros. Os procedimentos informados pelo serviço correspondem aos códigos: 301080062, 301080100 e 0301080127.

**Tabela 53- CAPS II GHC**

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	937	514	423	82,3
Não Intensivo	451	430	21	4,88
Semi Intensivo	3976	2676	1300	48,58
<b>Total</b>	<b>5364</b>	<b>3620</b>	<b>1744</b>	<b>48,18</b>

Fonte: TabWin

Oferece cobertura territorial para região NEB. Os procedimentos informados pelo serviço correspondem aos códigos: 301080062,301080100 e 0301080127. O serviço apresenta uma equipe reduzida, porém possui residência de psiquiatria, o que provocou um aumento significativo na modalidade não intensivo. A característica do serviço vem sendo discutida pela equipe a fim de atender de modo mais efetivo a atenção psicossocial presente na concepção desta modalidade de serviço.

**Tabela 54 CAPS II Cruzeiro**

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
ATENDIMENTOS	2371	4520	-2149	-47,54

A totalidade da produção do CAPS II Cruzeiro não está disponível no TabWin, em função disto o serviço disponibilizou o número absoluto de sua produção. Conforme é de conhecimento dos gestores, o CAPS vem enfrentando algumas dificuldades no que se refere a disponibilidade de RH. Em 2011 a equipe contava com 11 profissionais. No final do ano foi concluído processo de aposentadoria de uma servidora com RTI, e a contar do mês de dezembro verifica-se um quadro de licenças de saúde e férias que reduziram em aproximadamente 50% os atendimentos, redução esta a qual corresponde ao número de profissionais trabalhando no primeiro quadrimestre de 2012. Houveram também pedidos de redução de carga horária de RDE e de servidor com 30h (Estado). A equipe considera em seus atendimentos de 2011 as seguintes ações: entrevista de acolhimento, entrevista de triagem, avaliação psiquiátrica, atendimento individual, avaliação de terapia ocupacional, oficina de terapia ocupacional, grupo de familiares, visita domiciliar, grupos de convivência, procedimentos de enfermagem e associação. Utilizando o SIA/SUS é possível

verificar que no primeiro quadrimestre de 2011 houve o faturamento correspondente a 742 atendimento na modalidade não intensivo e de 481 na modalidade semi intensivo.

**Tabela 55 CAPS II HCPA**

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	1061	1286	-225	-17,5
Não Intensivo	165	191	-26	-13,61
Semi Intensivo	1506	1669	-163	-9,77
<b>Total</b>	<b>2732</b>	<b>3146</b>	<b>-414</b>	<b>-13,16</b>

Fonte: SAI/SUS

Os procedimentos informados pelo serviço correspondem aos códigos: 301080062, 301080100 e 0301080127. O processo de trabalho do CAPS II do HCPA vem se reorganizando, inclusive com a troca de coordenação nesse quadrimestre. Isso pode explicar a queda na produção no quadrimestre, em comparação ao mesmo período no ano de 2011. Em reuniões bimensais entre a equipe do CAPS, representantes das regiões LENO e PLP e área técnica de saúde mental, são discutidos dos fluxos de encaminhamentos, as referências e contra-referências, entre os serviços.

## **CAPS ad**

**Tabela 56: CAPS ad GCC**

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
ATEND INDIVIDUAL	1078	1768	-690	-39,03

Fonte: Arquivo da equipe

Durante o primeiro quadrimestre de 2012 foram contabilizados 434 pacientes atendidos em grupos e/ou oficinas. Porém ano de 2011, a produção referente aos atendimentos em grupos e oficinas não foi contabilizada. O CAPS GCC permanece sem cadastramento junto a MS, em função de não ter completa a equipe mínima exigida em portaria federal. Os procedimentos realizados correspondem às categorias profissionais: terapeuta ocupacional, psiquiatra, psicólogo clínico, enfermeiro, fisioterapeuta e clínico.

**Tabela 57 CAPS ad III GHC**

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	1870	2112	-242	-11,46
Não Intensivo	255	357	-102	-28,57
Semi Intensivo	1308	1611	-303	-18,81
<b>Total</b>	<b>3433</b>	<b>4080</b>	<b>-647</b>	<b>-15,86</b>

Fonte: SIA/SUS

O serviço informa a sua produção através de APAC, pois já tem cadastramento como modalidade II. Porém aguarda parecer do CMS quanto à qualificação para a modalidade III. O CAPS passa a atender com permanência noturna a partir de 2010. A equipe não está informando a totalidade de seus atendimentos. Discutem internamente indicadores de resultado que possam dar melhor visibilidade ao plano terapêutico proposto para o serviço. Atividades que não são contempladas em APACs vem sendo faturadas através de outros sistemas. Os procedimentos informados pelo serviço correspondem aos códigos: 301080070, 301080097 e 0301080135.

**Tabela 58 CAPS ad III IAPI**

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	174	431	-257	-59,63
Não Intensivo	313	106	207	195,28
Semi Intensivo	1137	1000	137	13,7
<b>Total</b>	<b>1624</b>	<b>1537</b>	<b>87</b>	<b>5,66</b>

Fonte: SAI/SUS

O serviço teve redução de carga horária nos meses de janeiro e fevereiro em função de férias programadas. Contudo há um aumento da produção total do quadrimestre de 2012 devido ao ingresso de novos profissionais e a mudança de modalidade II para III. O CAPS passou a atender com permanência noturna a partir de abril de 2012, recebendo a denominação CAPS ad III. A queda no atendimento relativo a modalidade intensivo se refere à impossibilidade que os usuários tem manifestado em se deslocar diariamente ao CAPS, uma vez que dependem de transporte público para se deslocar. Nesta gerência este fator é agravante em função da extensão do território, que inclui Ilhas e Navegantes. Para a elaboração desta tabela os procedimentos considerados correspondem aos códigos: 301080070,301080097 e 0301080135. Porém a equipe também

informa sua produção através de BPA, onde registra outros atendimentos aos quais não consegue vincular as APACs.

**Tabela 59 CAPS ad Vila Nova**

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Intensivo	812	102	710	696,08
Não Intensivo	209	18	191	1061,11
Semi Intensivo	841	483	358	74,12
<b>Total</b>	<b>1862</b>	<b>603</b>	<b>1259</b>	<b>208,79</b>

Fonte: SAI/SUS

O aumento que se verifica na produção total de 2012 se refere ao fato que em 2011 a equipe não estava informando adequadamente a sua produção. Parte dos atendimentos realizados não eram codificados e por isso não foram informados. Para a elaboração desta tabela os procedimentos considerados correspondem aos códigos: 301080070, 301080097 e 0301080135. Porém a equipe também informa sua produção através de BPA, onde registra outros atendimentos aos quais não consegue vincular as APACs

### **Ambulatórios Especializados de Saúde Mental Adulto**

Os ambulatórios de saúde mental foram cadastrados, com esta designação em iniciou no segundo semestre de 2011, atendendo a meta 87 do PAS que corresponde a formalização e cadastramento dos serviços de saúde mental nas oito regiões da cidade.

**Tabela 60-Ambulatório SM PLP**

Procedimentos	Período
	I Quadri 2012
	Nº
ATIV EDU / ORIENTAÇÃO EM GRUPO AT BÁSICA	4
ATIV EDU / ORIENTAÇÃO EM GRUPO AT ESPEC	59
CONSULTA NS AT BÁSICA (EXCETO MÉDICO)	255
CONSULTA MÉDICA AT ESPECIALIZADA	537
TERAPIA INDIVIDUAL	201
OFICINA TERAPÊUTICA II	219
<b>Total</b>	<b>1275</b>

Fonte: SAI/SUS

A partir dos dados informados através do seu arquivo de registros, a equipe acolheu **48 novos pacientes** no 1º quadrimestre de 2012 e **51** no mesmo período de 2011, além dos atendimentos registrados através do BPA (origem da tabela acima) realiza atividades na comunidade, festas e eventos, realiza interconsulta para os serviços da sua rede, participam da Comissão de Saúde Mental, junto ao CMS, Conselhos Distrital e plenárias do CMS, além de reuniões técnico administrativas junto a SMS e interinstitucionais. Nos meses de janeiro a março tiveram diminuição de carga horária justificada por férias programadas e licenças, e finalização de contrato de dois estagiários de nível médio, com reposição parcial em abril, fato que reduziu a produção. Através destes dados a equipe informa a produção referente aos meses de janeiro, fevereiro e março de 2012, considerando os seguintes procedimentos: 0101010010, 0101010028, 0301010030, 0301010072, 0301040044, 0301080151. Destacam como eventos realizados no período a realização em março de uma oficina para a equipe e usuários em homenagem ao mês da mulher intitulada: “Concertos e Consertos” quando recebeu a cantora Ana Maria Bolzoni e, em abril, o passeio com os usuários das oficinas ao Museu Santander para ver a Exposição de Arthur Bispo do Rosário.

**Tabela 61 Ambulatório SM SCS**

Procedimentos	Período
	I Quadri 2012
	Nº
ATIV EDU / ORIENTAÇÃO EM GRUPO AT BÁSICA	1
CONSULTA NS AT ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	1022
CONSULTA MÉDICA AT ESPECIALIZADA	1129
<b>Total</b>	<b>2152</b>

Fonte: SIA/SUS

Durante o quadrimestre o psiquiatra com 40h se demitiu sendo substituído no mês seguinte por outro de 20h, o que gerou impacto na produção. A produção informada pelo serviço corresponde aos seguintes procedimentos: 0101010010, 0301010048 e 0301010072

**Tabela 62-** Ambulatório SM Centro

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
CONSULTA NS AT ESPECIALIZADA	866	839	27	3,22
TERAPIA EM GRUPO	23	24	-1	-4,17
CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	985	824	161	19,54
<b>Total</b>	<b>1874</b>	<b>1687</b>	<b>187</b>	<b>11,08</b>

Fonte: Arquivo da equipe

Embora a equipe tenha informado a produção referente aos meses de março e abril de 2012 no SIA/SUS, consideramos, para fins deste relatório a produção informada pelo arquivo da equipe, uma vez que possibilita comparar os quadrimestres em análise. Informam os seguintes procedimentos: 0101010028, 0301010048, 0301010072 e 0301040036.

**Tabela 63-**Ambulatório SM LENO

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
ATENDIMENTO INDIVIDUAL	1463	2034	-571	-28,07
ATENDIMENTO EM GRUPO	740	1015	-275	-27,09
<b>Total</b>	<b>2203</b>	<b>3049</b>	<b>-846</b>	<b>-27,75</b>

Fonte: Arquivo do serviço

A equipe conta com profissionais da psicologia, serviço social, psiquiatria e nível médio. Em 2012 houve perda de 19h na carga horária total destes profissionais. Até 2011 contavam com 8 estagiários de nível superior e cinco monitores vinculados ao PET SAUDE PUC. Todos os procedimentos foram condensados

### **Produção - Núcleo de Atenção a Saúde da Criança e do Adolescente – NASCA**

**Tabela 64-** NASCA NEB

Procedimentos	Período
	I Quadri 2012
	Nº
TERAPIA EM GRUPO	3
ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	84
<b>Total</b>	<b>87</b>

Fonte: SAI/SUS

A produção informada corresponde aos meses de março e abril de 2012. Até o momento a equipe está composta por uma psicóloga e estagiários de graduação em psicologia. A equipe aguarda a nomeação de profissionais de nível superior para composição de equipe mínima. Utilizam os códigos de procedimentos 301040036 e 301080178.

**Tabela 65- NASCA SCS**

Procedimentos	Período
	I Quadri 2012
	Nº
CONSULTA NS AT ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	1429

Fonte: SIA/SUS

A produção informada corresponde a todo o quadrimestre de 2012. A equipe está composta por três psicólogas, uma terapeuta ocupacional e uma monitora, mas aguardam nomeações para composição de equipe mínima. No mesmo período houve redução de carga horária do psicólogo e monitora. Utilizam como registros de seus procedimentos o código 301010048.

**Tabela 66- NASCA Centro**

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
Atendimentos	2083	1784	299	16,76

Fonte: Arquivo do serviço

A equipe do NASCA Centro está organizada, funcionando de modo unificado desde o segundo semestre de 2011, porém sua produção ainda não foi informada através do novo CNES. Utilizam como procedimentos os códigos: 301010048 para consultas na área da fonoaudiologia e outras especialidades não médica; 301010072 para consultas na área da psiquiatria; 301010030 para consultas realizadas pela enfermagem psiquiátrica (referentes aos atendimentos realizados pela psicóloga que tem o cargo nesta área); 301040044 para consultas com as especialidades não médicas; 301010064 para consultas em pediatria; 301080178 para atendimentos individuais em psicoterapia. No caso de grupos (com mais de 10 pessoas) são lançados os códigos com final 160 para psicologia, e com final 036 para fonoaudiologia.

## NASCA HINI

A equipe do NASCA vem se constituindo de modo unificado a partir do segundo semestre de 2012. A partir dos arquivos da equipe se verifica um número **1860** atendimentos totais no ano de 2012 e **569** em 2011. A equipe informa como códigos utilizados: 0301010161, 0101010028, 0101030029, 0301010048, 0301010072, 0301040036, 0301040044, 0301080178. Nestes códigos estão inclusos reuniões, contatos interinstitucionais, produção de relatórios, busca ativa, atendimentos e contatos de rede.

## Equipes de Matriciamento

Tabela 67- Equipe de matriciamento PLP

Procedimentos	Período
	I Quadri 2012
	Nº
ATIV EDU / ORIENTAÇÃO EM GRUPO AT BÁSICA	18
PRÁTICA CORPORAL / ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO	14
VD/INSTITUCIONAL EM REABILITAÇÃO - NS	31
CONSULTA NS AT BÁSICA (EXCETO MÉDICO)	792
CONSULTA MÉDICA AT ESPECIALIZADA	158
CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA AT BASICA	1
TERAPIA INDIVIDUAL	57
ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO	7
Total	1078

Fonte: SAI/SUS

A equipe desta gerência é uma das mais antigas e contempla uma diversidade de procedimentos que foram incorporadas aos processos de trabalhos. Em conjunto com área técnica de saúde mental e integrantes de equipes de outras regiões compuseram a capacitação em apoio matricial a ser realizada no segundo semestre de 2012. A produção informada corresponde a todo o quadrimestre de 2012 e utiliza como procedimento aos códigos:0101010010,101010036,0101030029,0301010030,0301010072,0301010137,0301040044,0301080160.

**Tabela 68-** Equipe de matriciamento da NEB

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
MATRICIAMENTO	29	42	-13	-30,95
REUNIÕES	33	29	4	13,79
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>71</b>	<b>-9</b>	<b>-12,68</b>

Fonte: Arquivo da equipe

A equipe vem realizando trabalho de interconsulta e matriciamento em sua região, porém ainda não estão informados conforme o seu CNES correspondente. Os códigos utilizados são: 0301080178 para consultas conjuntas e 0301040036 para grupos. A produção relativa às visitas domiciliares não foi registrada no quadrimestre de 2012, embora tenham sido realizadas.

### Oficina de Geração de Renda

**Tabela 69-** Geração de Renda Poa

Procedimentos	Período		Variação	
	I Quadri 2012	I Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
VD/INSTITUCIONAL EM REABILITAÇÃO - NS	2		2	
TERAPIA EM GRUPO	161	85	76	89,41
TERAPIA INDIVIDUAL	291	149	142	95,3
OFICINA TERAPEUTICA II	180	148	32	21,62
<b>Total</b>	<b>634</b>	<b>382</b>	<b>252</b>	<b>65,97</b>

Fonte: SAI/SUS

Além dos procedimentos descritos a Geração Poa em 2012 a equipe recebeu mais um prêmio, referente ao Projeto Capacitar. Em conjunto com a Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul obtiveram o 1º lugar do Prêmio de Reabilitação Profissional, promovido pelo Centro Brasileiro de Segurança e saúde Industrial - CBSS. É o reconhecimento de um trabalho feito com muita pela equipe do projeto e que tem como resultado a melhoria de qualidade de vida dos alunos através de programa efetivo de reabilitação. As atividades realizadas pela equipe são amplas e diversificadas, mas foram utilizados para informação da produção os códigos: 0101030029, 101010036, 0301040044, 0301080151.

A produção da internações deste período será apresentada no próximo quadrimestre tendo em vista que as informações estarão disponíveis no sistema de informações SIH seis meses após o término do período isto é os dados referente ao mês de abril estarão disponibilizados no mês de outubro.

## Internações Hospitalares

No período de análise deste relatório o SIH/SUS registra até este momento a ocorrência de **uma única** internação hospitalar na faixa de 0 a 9 anos de idade. Sendo esta correspondente ao CID F51 que diz respeito a transtornos referentes ao sono. Nesta faixa etária, por ocorrência de transtornos psicóticos e uso abusivo de álcool e outras drogas, o município de Porto Alegre utiliza os leitos infantis do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

**Tabela 70- Internações de 10 a 19 anos por morador de Porto Alegre**

CID Principal	Período		Variação	
	1º Quadri 2012	1º Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
F02 Demência em outras doenças COP	1	0	1	100
F10 Transt mentais comport dev uso álcool	1	2	-1	-50
F13 Transt mentais comport dev uso sedat hipnot	1	1	0	0
F14 Transt mentais e comport dev uso da cocaína	21	34	-13	-38,2
F16 Transt mentais comport dev uso alucinógenos	1	0	1	100
F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	30	15	15	100
F20 Esquizofrenia	6	9	-3	-30
F23 Transt psicóticos agudos e transitórios	3	3	0	0
F29 Psicose não - orgânica NE	2	4	-2	-50
F31 Transt afetivo bipolar	13	10	3	30
F32 Episódios depressivos	7	4	3	75
F33 Transt depressivo recorrente	1	0	1	100
F43 Reações ao stress grave e transt adaptação	0	1	-1	-100
F44 Transt dissociativos	0	1	-1	-100
F50 Transt da alimentação	0	1	-1	-100
F70 Retardo mental leve	0	4	-4	-100
F71 Retardo mental moderado	0	1	-1	-100
F84 Transt globais do desenvolv	2	1	1	100
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>81</b>	<b>8</b>	<b>9,87</b>

Fonte: SIH/SUS

Verificou-se que os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F 10, F13, F14, F16, F19) são as maiores causas de internações, correspondendo a 60% das internações em adolescentes. Dentre esses transtornos o consumo de múltiplas drogas, como cocaína e seus derivados (crack), são os principais diagnósticos associados a esse índice comparado ao primeiro quadrimestre de 2011. Houve uma redução de 4,1% no

total de internações por álcool e outras drogas, em relação ao total de internações desta faixa e taxa (em 2011 foram 64% das internações).

As internações devido a transtornos específicos, corresponderam a 12,3% das internações em adolescentes e tiveram uma redução no comparativo de 31,2%, com 2011. As internações nos transtornos de homens são a terceira maior prevalência de internação nesta faixa e taxa, com 23,6%, e elevação de 50% na comparação com 2011.

**Tabela 71** Internações acima de 19 anos por morador de Porto Alegre

CID Principal	Período		Variação	
	1º Quadri 2012	1º Quadri 2011	2012/2011	
	Nº	Nº	Nº	%
F01 Demencia vascular	1	0	1	100
F02 Demencia em outr doenc COP	1	0	1	100
F03 Demencia NE	2	1	1	100
F05 Delirium nao induz alcool outr subst psicoat	1	0	1	100
F06 Outr transt ment lesao disf cereb doenc fis	18	8	10	125
F07 Transt pers comport dev doen lesao disf cer	1	2	-1	-100
F10 Transt mentais comport dev uso alcool	210	156	54	34,61
F11 Transt mentais e comport dev uso de opiaceos	1	0	1	100
F12 Transt mentais comport dev uso canabinoides	2	0	2	200
F13 Transt mentais comport dev uso sedat hipnot	5	2	3	150
F14 Transt mentais e comport dev uso da cocaina	355	306	49	16
F16 Transt mentais comport dev uso alucinogenos	0	0	0	0
F18 Transt mentais comport dev uso solv volateis	1	0	1	100
F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	270	182	88	48,35
F20 Esquizofrenia	317	217	100	46
F22 Transt delirantes persistentes	3	4	-1	-25
F23 Transt psicoticos agudos e transitorios	18	20	-2	-10
F25 Transt esquizoafetivos	68	41	27	65,85
F28 Outr transt psicoticos nao-organicos	7	1	6	600
F29 Psicose nao-organica NE	59	38	21	55,26
F30 Episodio maniaco	3	1	2	200
F31 Transt afetivo bipolar	381	333	48	14,41
F32 Episodios depressivos	157	129	28	21,7
F33 Transt depressivo recorrente	69	61	8	13,11
F34 Transt de humor persistentes	6	1	5	500
F41 Outr transt ansiosos	2	1	1	100
F42 Transt obsessivo-compulsivo	0	1	-1	-100
F43 Reacoes ao stress grave e transt adaptacao	4	3	1	33
F44 Transt dissociativos	1	0	1	100
F50 Transt da alimentacao	1	0	1	
F51 Transt nao-organicos sono dev fat emocionais	0	0	0	0
F60 Transt especificos da personalidade	5	3	2	66,6

F64 Transt da identidade sexual	2	1	1	100
F70 Retardo mental leve	1	5	-4	-80
F71 Retardo mental moderado	17	16	1	6,25
F72 Retardo mental grave	3	3	0	0
F79 Retardo mental NE	0	2	-2	-100
F84 Transt globais do desenvolv	2	0	2	200
F99 Transt mental NE em outr parte	0	1	-1	-100
<b>Total</b>	<b>1994</b>	<b>1539</b>	<b>445</b>	<b>28,91</b>

Fonte: SIH/SUS

Nas internações de população adulta se observa aumento no volume de internações por causas neurológicas, apesar de corresponderem somente a 1,2% das internações desta faixa etária, tiveram aumento de 118%. Os transtornos comportamentais devido ao consumo de álcool, crack e múltiplas substâncias foram responsáveis por 31,8% das internações em adultos, correspondendo no comparativo do período a um aumento de 29,4%. Os transtornos do humor corresponderam a 30,9% das internações na idade adulta e corresponderam a um aumento de 16%. Os transtornos esquizofrênicos foram responsáveis por 23% das internações de adultos e tiveram no quadrimestre uma elevação de 44%. Pode-se atribuir a isto o agravamento do consumo, que se verifica em nível nacional e da mesma forma o uso cruzado de substâncias. Neste sentido, as ações empreendidas vão na direção, principalmente, da expansão e qualificação da rede de atendimento em álcool e outras drogas, e no estudo para efetivação, em 2012, de ações intersetoriais (tuberculose, HIV/AIDS, população negra, população indígena e saúde prisional) e intersecretarias (SMED e FASC, inicialmente) e interestaduais através do Comitê de Gestão Estadual de Enfrentamento ao Crack. O agravamento de sintomas psicóticos em pacientes com transtornos mentais esquizofrênicos devido a não adesão, ou dificuldade de acompanhamento regular, são as causas mais comuns para internações. Ações de busca identificação na atenção básica e qualificação do acompanhamento com respectivos encaminhamentos destes pacientes (por exemplo, PMAQ) são necessários.

## **Acompanhamento das Metas do PAS**

### **Meta 72 – Programa de Redução de Danos**

- A equipe do Programa de Redução de Danos realizou ações de campo nos espaços do Acampamento da Juventude – Fórum Social Temático 2012 (24 a 28 de janeiro de 2012) a partir de conversas com os participantes, distribuição de preservativos e material informativo sobre o cuidado à saúde, em relação ao uso de álcool e outras drogas e a prevenção do HIV/aids e hepatites virais. Durante os cinco dias do evento foram distribuídos: Preservativos masculinos: 6528 unidades; Gel lubrificante: 3200 unidades; Material informativo sobre o cuidado a saúde: 3000 unidades;

- Realizada a contratação de uma redutora de danos, que exercerá a função de supervisora de campo;

- Realizada a inclusão de dois redutores de danos no ESF sem domicílio, que iniciou o processo de qualificação para Consultório na Rua, visando a atenção para usuários de crack, álcool e outras drogas, na região centro.

### **Meta 87 – Implantação do Plano Municipal de Saúde Mental:**

- A área técnica de saúde mental segue o processo de avaliação dos serviços da rede de saúde mental, através das entrevistas com usuários, trabalhadores, familiares e coordenadores dos serviços;

- Realização de visitas de avaliação dos serviços conveniados: Marta e Maria, CAPS AD IAPI, Clínica Gramado, CAPS II e CAPSi do Hospital de Clínicas;

- Realização de visitas de avaliação dos serviços próprios: NASCA SCS, NASCA Centro, NASCA GCC, ESF sem domicílio;

- Elaboração do Relatório de Levantamento de Necessidades, conforme dados apontados nos Seminários de Alinhamento da Política de Saúde Mental;

- Todos os serviços de saúde mental foram cadastrados e identificados com CNES;

- Equipes de saúde mental e NASCAS em processo de reestruturação. Estão sendo realizadas reuniões mensais com os representantes dos serviços da infância, das oito gerências distritais, para alinhamento das ações;

- Iniciado o processo de construção e pactuação dos fluxos de atendimento em saúde mental, com a rede de serviços;
- Realizadas reuniões de articulação de proposta para ação intersetorial para prevenção do uso de drogas com SMED e CUFA;
- Realizadas reuniões de articulação para consolidar plano de desinstitucionalização dos moradores do abrigo Neita Ramos, da FPE;
- Realizado Seminário de Capacitação em Saúde Mental para os Conselheiros Tutelares;
- Iniciada a Capacitação em “Tratamento à pessoas com agravos decorrentes das Violências”, para os servidores da rede de saúde, com seminários mensais, às terças-feiras;
- Realizados os encontros mensais do fórum de coordenadores de serviços de saúde mental, onde se iniciou o processo de discussão da “Linha de Cuidado em Saúde Mental”;
- Realizadas reuniões mensais com a rede de serviços para atendimento de álcool e outras drogas, visando a construção de fluxos e qualificação da atenção.

**Meta 88 – Ampliação da Rede de Atenção aos usuários de Álcool e Drogas:**

- CAPS AD III, Consultório na Rua e CAPS i do GHC - aguardando o parecer do CMS;
- Elaborados os Projetos de criação dos serviços: CAPS AD III LENO, CAPS AD III Restinga, CAPS AD III Centro, CAPS AD III PLP;
- Elaborados os Projetos de Qualificação dos serviços AD: CAPS AD III IAPI e CAPS AD III Vila Nova;
- Inaugurado o CAPS AD III IAPI, após a qualificação;
- Elaboração do Projeto de Qualificação do ESF sem Domicílio para Consultório na Rua Centro – 2 Equipes: Tipo II e Tipo III;
- Inauguração do Consultório na Rua Centro Tipo III – cadastramento junto ao MS realizado;
- Elaborados os Projetos de criação das Unidades de Acolhimento (UA) para as regiões Centro, Sul e Restinga;
- Encaminhados os processos de locação de imóveis para sediar os CAPS AD III LENO, PLP, Centro e para as UA s;

- 

**Meta 89: Criação de Leitos AD para crianças e adolescentes:**

- Inaugurado 8 leitos para adolescentes masculinos, de 12 a 14 anos, no Hospital Porto Alegre. Realizada vistoria técnica;

- Realizado contato com hospital Parque Belém para criação de leitos para adolescentes. Possibilidade prevista para junho de 2012.

- 

**Meta 90: Matriciamento:**

- Criada equipe de Matriciamento na região LENO, que conta com 1 psiquiatra e 1 psicóloga;

- Realizado levantamento de necessidades de RH para compor as equipes.

**Meta 91: Emergência para crianças e adolescentes:**

- Em processo de discussão a criação do local para atendimentos de urgências e emergências para crianças e adolescentes, no GT Linha de Cuidado em Emergências;

- Discussão dos fluxos para saúde mental, contemplando protocolos de avaliação de risco.

## **10 AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

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

Nas tabelas abaixo segue demonstrativos de ações pactuadas e de produção do primeiro quadrimestre de 2011 e do primeiro quadrimestre do ano de 2012, analisando a variação das ações e serviços dentro do mesmo período sazonal, e a evolução das metas pactuadas.

Vigilância, prevenção e controle de Doenças Transmissíveis e outros agravos (EVDT)

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

### 10.1.2 Doenças Sexualmente transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais

Quadro 22 - Metas Constantes na PAS-2012

Previsto 2012	Realizado no primeiro quadrimestre	Observações específicas
5. Investigar 100% das notificações de casos suspeitos de hepatite viral. (EVDT)	100% das notificações de casos suspeitos de hepatite viral investigados.	
93. Criar um Serviço de Atendimento especializado em AIDS - SAE	Em andamento a reforma da área física do Centro de Saúde Santa Marta.	O início das atividades está previsto para o início de Outubro de 2012.

Fonte: EVDT/CGVS/SMS Area técnica DST/AIDS Hepatites Virais

Tabela 72: Relação de notificações, investigações e confirmações dos casos de Hepatites Virais.

<b>Notificar casos suspeitos de Hepatites Virais no SINAN e com diagnóstico laboratorial por sorologia. PAVS 38 e PAS 6 Pacto pela Vida – Prior IV -13</b>		<b>Meta PAVS/ SISPACTO/ PAS</b>		<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>Variação %</b>
<b>B</b>	<b>Notificado</b>	80% notificação (PAVS) e	PAS: Manter a descentralização do exame de biologia molecular para hepatite C em 100% dos serviços de atenção primária em saúde	41	59	- 30,51
	<b>Investigado</b>			41	59	- 30,51
	<b>Confirmado</b>	90 % diagnóstico laboratorial (SISPACTO)		41	59	- 30,51
	<b>% da meta atingida</b>			100	100	
<b>C</b>	<b>Notificado</b>	80% notificação		360	354	1,69
	<b>Investigado</b>			360	354	1,69
	<b>Confirmado</b>			360	354	1,69
	<b>% da meta atingida</b>			100%	100%	-

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

A Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais dá-se através da busca ativa dos casos junto aos hospitais, laboratórios e da Rede de Atenção Primária de Saúde. A EVDT estabeleceu, junto aos laboratórios, a notificação compulsória de todos os resultados reagentes e, com isto, é hoje a capital de maior taxa de detecção para Hepatites Virais, conforme publicado no Boletim Epidemiológico ano II, Nº 01/MS.

O Processo de descentralização do exame de biologia molecular para as hepatites C possibilitou o aumento do exame da biologia molecular de 300 exames mês para 500 exames /mês.

Em fevereiro foi inaugurado o Serviço Assistência Especializada em Hepatites Virais – SAE Hepatites Virais, que após zerada a demanda de primeiras consultas, represada desde 2008, oferece , atualmente cerca de mil atendimentos médicos por mês, com cerca de 300 primeiras consultas e quase 700 retornos. Além disto, oferece a realização de endoscopia digestiva e biópsias hepáticas, que a partir de junho aumentará de cerca de 10 por mês para 32 por mês.

## Produção dos serviços municipais

Tabela 73: Produção dos Serviços Especializados – SAE – IAPI

Serviços	Indicador	Período			
		I QUADRI 2012	I QUADRI 2011	Variação	
SAE	Consultas médicas	disponibilizadas	1.058	2332	-54,63
		agendadas	1.058	2092	-49,42
		Realizadas	844	1.490	-43,35
	Consultas enfermagem realizadas (1)		756	770	-1,81
	Atendimentos do Serviço Social realizados		568	602	-5,64
	Distribuição preservativos		18.000	16608	8,38
	Distribuição gel lubrificante		3000	1000	200
	Outros	P.P.E.S*	52	8	500

Fonte: Informação dos serviços.

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

No período de 2012 o SAE IAPI esteve sem pediatra e ginecologista, ambos em licença. A redução das consultas disponibilizadas e agendadas foi devido à pediatra estar de licença maternidade e não ter ginecologista no serviço.

**Tabela 74- Produção dos Serviços Especializados – SAE – CSVC**

Serviços	Indicador		Período	
			I QUADRI 2012	I TRI 2011
SAE	Consultas médicas	disponibilizadas	5.622	5.702
		agendadas	5.238	5.171
		Realizadas	5.011	3.719
	Consultas enfermagem realizadas (1)		2.848	1351
	Atendimentos do Serviço Social realizados		1.311	974
	Distribuição preservativos		13.104	12522
	Distribuição gel lubrificante		560	834
	Outros	P.P.E.S*	10	10

Fonte: Informação dos serviços.

OBS : Não foi possível apresentar os dados do primeiro quadrimestre de 2011.

**Tabela 75 Produção do CTA/COAS**

Serviço	Indicador	Período	
		IV QUADRI 2012	III TRIM 2011
COAS	Consultas disponibilizadas para Aconselhamento	1244	804
	Aconselhamento pré-teste	580	412
	Aconselhamento pós-teste	454	364
	Consultas disponibilizadas para Psicoterapia	124	76
	Psicoterapias realizadas	112	59
	Atividades educativas	0	01
	Grupo de autocuidado	08	08

Fonte: Relatório CTA/COAS

Não foi possível apresentar os dados do primeiro quadrimestre de 2011.

**Tabela 76: Exames contagem de Linfócitos de CD4/ CD8 Carga Viral**

Exames	Período		
	I QUADRI 2012	I QUADRI 2011	Varição
<b>Contagem de Linfócitos CD4/CD8 realizados</b>	7943	7613	4,33
<b>Carga Viral realizados</b>	3.641	3.683	-1,14

Fonte: Tabwin

O número de exames de CD4 e Carga Viral não variou significativamente refletindo na manutenção do mesmo nível da assistência laboratorial em pacientes vivendo com HIV dentro do Município.

**Tabela 77 Número absoluto de dispensas de antirretrovirais na UDM IAPI**

	I QUADRI 2012	I QUADRI 2011	Varição %
<b>Adulto</b>	2058	1.663	23,75
<b>Gestante</b>	02	15	- 86,66
<b>Criança</b>	12	13	-7,69

Fonte: Informação do serviço

O número de gestantes em atendimento foi reduzido devido não ter ginecologista no serviço. As gestantes que estavam sendo atendidas no SAE IAPI foram encaminhadas para pré-natal no Grupo Hospitalar Conceição.

**Tabela 78 Número absoluto de dispensas de antirretrovirais na UDM CSV**

Dispensação de Antirretrovirais	Período		
	I QUADRI 2012	I QUADRI 2011	Varição %
<b>Adulto</b>	7572	7244	4,52
<b>Gestante</b>	128	76	68,4
<b>Criança</b>	75	48	56,25

Fonte: Dados extraídos do Sistema de Controle e Logística de medicamentos (SICLOM)

**Tabela 79: Exames Anti-HIV e confirmatórios**

Exames	Período		
	I QUADRI 2012	I QUADRI 2011	Variação
<b>Total de Exames Elisa realizados</b>	30391	29906	1,62
<b>Anti-HIV Imunofluorescência</b>	484	607	-20,26

Fonte: Tabwin

### **Teste rápido para detecção de Infecção pelo HIV**

A implantação do teste rápido nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família, tendo ocorrido com projeto piloto na Gerência Distrital Partenon/ Lomba do Pinheiro – GD PLP, voltado principalmente para o atendimento às gestantes.

O Centro de Saúde Santa Marta é uma referência de agenda aberta para população para a realização de teste rápido para detecção de infecção pelo HIV. A GD PLP também está com agenda aberta para realização do teste.

Considerando o início recente da implantação do teste rápido nas UBS e ESF, salientamos que as equipes encontraram algumas dificuldades no preenchimento de relatórios e conseqüente registro no sistema SIA/tabwin.. Estamos qualificando este processo junto às equipes para que tenhamos um registro fidedigno quanto ao número de testes realizados.

O número de teste rápido diagnóstico dispensado neste quadrimestre foi de 18.352 testes.

A capacitação para implantação do teste rápido/aconselhamento acontece desde outubro de 2011 através da plataforma do Ministério. Já foram capacitados 78 profissionais da gerência Partenon/ Lomba do Pinheiro e 142 profissionais das gerências Glória/Cruzeiro/Cristal, Norte/ Eixo Baltazar e Restinga/Extremo Sul. A capacitação está tendo continuidade, com objetivo de contemplar os profissionais faltosos. Além desta estratégia, a Área Técnica de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais solidificou a parceria com o Centro de Saúde Santa Marta e COAS para educação continuada dos profissionais que necessitarem de ajuda durante o processo de testagem rápida e aconselhamento. Após a implantação de todas as UBS e ESF, estas serão apreciadas com o matriciamento, tendo como enfoque central, a clínica ampliada.

Estas estratégias estão sendo constituídas com capacitações para as lideranças comunitárias e para os agentes comunitários para integrá-los no processo de territorialização sanitária. Além destas ações com enfoque nas UBS e ESF, a Área Técnica visualizou a necessidade de capacitar os médicos, enfermeiros e bioquímicos dos Prontos Atendimentos de Porto Alegre, com objetivo de realizar testagem/ aconselhamento e linhas de cuidado em pacientes que apresentam sinais e sintomas de co-infecção de HIV/ AIDS. O término desta capacitação aconteceu em maio, tendo capacitado 101 profissionais de 5 PAS do Município de Porto Alegre.

O objetivo da Área Técnica de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais é expandir esta estratégia para todas as gerências, após estas serem capacitadas e matriciadas.

Criação da Nota Técnica nº01/2012/GAB/SMS-CGRAPS-D ST/AIDS e Hepatites Virais. Esta Norma Técnica institui a realização de testes rápidos na rede de atenção primária em saúde, para detecção do vírus da imunodeficiência humana - HIV e Sífilis.

## **LEPTOSPIROSE**

**Tabela 80-** Casos de leptospirose notificados e investigados

Notificar e investigar casos de Leptospirose PAS 10		Meta PAS	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
<b>Casos</b>	<b>Notificado</b>	Investigar 100% dos casos	38	70	-45,71
	<b>Investigado</b>		38	70	-45,71
	<b>% Investigado</b>		100%	100%	-
	<b>Confirmado</b>		9	25	-64,00
	<b>% meta atingida</b>		100%	100%	

**Fonte: EVDT/CGVS/SINAN NET**

Embora a meta tenha sido atendida, é importante ressaltar que nem todos os casos de abril estão encerrados (a coleta de sorologia se dá a partir do 7º dia após o início dos sintomas e deve ser repetida, em alguns casos). Da mesma forma, os casos positivos somente são encerrados após a ação de desratização feita pela Equipe de Zoonoses.

## **SARAMPO/ RUBÉOLA**

**Tabela 81:** Investigação oportuna dos casos notificados de Sarampo e Rubéola

Metas anuais constantes na PAS			Observações específicas			
Previsto 2012	1º quadrimestre 2012		1º quadrimestre 2011			
1. Encerrar 100% das notificações de casos suspeitos e investigados doenças exantemáticas (EVDT)	Notifica dos	9	Notifica dos	2	A vigilância deste agravo é constante, pois o Brasil assinou certificado de erradicação do sarampo do seu território. A dificuldade encontrada é a importação de casos, uma vez que há surtos na Europa.	
	Investiga dos	9	Investig ado	2		
	Descarta dos	9	Descart ados	2		
<b>PAVS 95 e PAVS 96</b> (Investigar em até 48h e encerrar por diagnóstico laboratorial)	100%		100%		Todos os casos notificados e investigados necessitam, imediatamente, de coleta laboratorial para identificação viral; este percentual mede a atuação da vigilância epidemiológica nas medidas de controle deste agravo.	

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET

## VÍRUS INFLUENZA

**Tabela 82 -** Número de coletas preconizadas e realizadas na rede sentinela para influenza

Realizar avaliação de desempenho da rede sentinela de INFLUENZA PAVS 35		Meta PAVS	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Coletas	Nº coletas preconizadas	5/coletas por semana	160	160	100
	Nº coletas realizadas		66	5	1.220

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

No segundo semestre de 2011, iniciaram as coletas na sentinela no Grupo Hospitalar Conceição.

O número de coletas realizadas pela unidade sentinela da influenza do Hospital Mãe de Deus é abaixo do preconizado.

**TÉTANO, ACIDENTAL E NEONATAL** Não foram apresentados casos de tétano acidental e neonatal.

## **MENINGITE**

**Tabela 83** Relação dos casos notificados e investigados em relação ao diagnóstico laboratorial

Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningites bacteriana por meio das técnicas de cultura contra imunoeletroforese e látex PAVS 100		Meta PAVS	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Meningite Bacteriana	Notificados e investigados	40% com diagnóstico laboratorial	111	176	-36,93
	Casos confirmados de Meningite Bacteriana		25	42	-40,47
	Nº. absoluto Diag. Lab. (cultura, CIE látex)		16	25	-36,00
	<b>Percentil atingido(diag.laboratorial/ casos confirmados x 100)</b>		64,00%	59,52%	4,48
	<b>% da meta atingida</b>		160,00%	148,80%	Meta atingida

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

O número de casos de meningites notificados no ano de 2011 foi maior que o ano vigente, porém em ambos os quadrimestres o valor pactuado de encerramento laboratorial (cultura, CIEE e látex) para meningite bacteriana foi superior aos 40% pactuado na PAVS.

## **TUBERCULOSE**

Segue tabela com as metas anuais da Programação Anual de Saúde 2012 referentes a tuberculose

**Quadro 23 Metas anuais constantes na PAS**

Metas anuais constantes na PAS		Observações Específicas
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	
19. Diagnosticar 80 % dos casos estimados de tuberculose.	83,2%	A meta de diagnóstico de casos do Ministério da Saúde para o Programa de Controle da Tuberculose é de 70% dos casos previstos. Ver considerações.
20. Iniciar tratamento em 100% dos casos diagnosticados de tuberculose em 2012.	--	Anual
21. Aumentar a taxa de cura de casos novos bacilíferos de 64% para 68%	--	Anual
22. Reduzir a taxa de abandono para TB de 17% para 15%, em pacientes que iniciarem tratamento até dezembro de 2012.	--	Anual
23. Reduzir a taxa de óbito de tuberculose de 8% para 7%, para pacientes que iniciarem tratamento até dezembro de 2012.	--	Anual
24. Reduzir o nº de casos de meningites tuberculosas para zero casos entre menores de 4 anos.	--	Anual

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET / CAPSES

**META 19: Diagnosticar 80% dos casos estimados de tuberculose a cada ano.**

A meta de diagnóstico de casos novos de tuberculose é de 80% dos casos estimados a cada trimestre.

Para cálculo da estimativa de casos para cada Gerência Distrital da SMS/Porto Alegre utiliza-se o método de incremento de casos do Ministério da Saúde. Este método leva em consideração o maior coeficiente de incidência de tuberculose de cada Gerência Distrital dos últimos três anos.

Na tabela abaixo é apresentado o desempenho de cada Gerência Distrital na descoberta de casos no 1º quadrimestre de 2012. O resultado geral do Município foi de 83,2%.

**Tabela 84** - Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre, 1º quadrimestre de 2012.

GD	1º quadrim. 2012	1º quadrim. 2011	Var %	Meta*	% Meta
CENTRO	34	74	-54	70	48,3
LENO	38	74	-49	66	57,9
NEB	52	59	-12	54	97,0
NHNI	37	46	-20	38	96,4
GCC	45	56	-20	48	93,8
RES	31	24	29	28	110,7
SCS	58	54	7	54	108,2
PLP	101	126	-20	141	71,7
TOTAL	396	513	-23	476	83,2

**Fonte:** EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Base de dados de 08/05/2012. Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN. \* 80% dos casos esperados para o quadrimestre

Existe diferença de resultados entre as Gerências Distritais em relação à meta de descoberta de casos. Ressalta-se que há um retardo natural no envio e/ou alimentação do banco de dados tendo em vista que a consulta foi realizada sobre a base de dados de 08/maio/12. Duas Gerências Distritais apresentaram queda significativa no nº de casos registrados, GD Centro e GD Leste Nordeste, que, em parte, se deve ao retardo natural na alimentação do banco de dados. Em contrapartida, destacam-se as Gerências Restinga, Extremos Sul e Sul / Centro Sul com o registro da totalidade de casos estimados para o período.

Na Tabela 85 apresentamos os dados sobre diagnóstico de casos de tuberculose pulmonar bacilífera, com exame de escarro positivo, portanto, disseminadores da doença.

**Tabela 85-** Número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, entre residentes em Porto Alegre, 1º quadrimestre de 2012.

GD	2012	2011	Var %	Meta	% Meta
CENTRO	13	36	-64	33	39,6
LENO	22	33	-33	31	70,5
NEB	24	36	-33	26	93,8
NHNI	10	24	-58	18	54,3
GCC	24	34	-29	22	107,1
RES	17	10	70	14	125,0
SCS	28	35	-20	25	112,9
PLP	59	67	-12	66	88,9
TOTAL	197	275	-28	224	87,9

**Fonte:** EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Base de dados de 08/05/2012. Dados sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN. \* 80% dos casos esperados para o quadrimestre

Chama atenção o baixo desempenho na descoberta de casos pulmonares bacilíferos das Gerências Centro e Noroeste/Navegantes/Humaitá/Ilhas, 39,6% e 54,3% respectivamente. Será dada atenção especial a estas regiões na tentativa de identificar os principais fatores responsáveis por este resultado. Por outro lado, as Gerências Glória/Cruzeiro/Cristal, Restinga/Extremo Sul e Sul/Centro Sul diagnosticaram 100% dos casos previstos para o período.

Uma avaliação dos dados de incidência a partir do mês de junho/12 refletiria melhor a realidade dos casos do 1º quadrimestre/12 devido ao retardo natural no fluxo de informações e alimentação do banco de dados do SINAN.

## ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PERÍODO

1. No mês de março, foram abertos mais 27 postos de coleta de escarro para diagnóstico de tuberculose. Destes, 22 são Equipes de Saúde da Família. Desta forma a ação de diagnóstico ficou muito mais acessível à população.

Na tabela abaixo se apresenta os novos postos de coleta criados em ESF com transporte por motoboy, 2 x na semana. O material coletado é entregue diretamente no laboratório do C.S. Vila dos Comerciantes, exceto para as unidades da GD PLP que são entregues no laboratório do Hospital Sanatório Partenon.

**Quadro 24- Relação de ESF que passam a contar com posto de coleta de escarro para baciloscopia, 2x/semana:**

<b>NNHI</b>
USF Ilha dos Marinheiros
USF Mário Quintana
<b>NEB</b>
USF Passo das Pedras
USF Asa Branca
USF Nova Gleba
USF Santo Agostinho
<b>LENO</b>
USF Jd Carvalho
USF Milta Rodrigues
USF Jd Protásio Alves
USF Timbaúva
<b>GCC</b>
USF Jd Cascata
USF Sta Tereza
USF N <sup>a</sup> Sr <sup>a</sup> das Graças
<b>SCS</b>
USF Alto Erechim
USF Vila Nova Ipanema
USF 5 <sup>a</sup> Unidade
USF Paulo Viaro
<b>PLP</b>
USF Esmeralda
USF Lomba do Pinheiro
USF Maria da Conceição
USF Ernesto de Araújo

A rede especializada de atenção à tuberculose já contava com coleta diária do material coletado. Foram abertos mais cinco postos de coleta com busca diária de material. (Quadro 21)

**Quadro 25- Relação de Unidades que passam a contar com posto de coleta de escarro para baciloscopia, diariamente:**

<b><i>Unidade</i></b>
CS Santa Marta
UBS Passo das Pedras
UBS Glória
UBS Nonoai

Foram mantidos os postos de coleta de material para baciloscopia com busca diária de material, totalizando 35 postos de coleta.

**Quadro 26- Relação de Unidades que passam a contar com posto de coleta de escarro para baciloscopia, diariamente:**

<b><i>Local da busca</i></b>
CS Modelo
CS Navegantes
CS IAPI
UBS Assis Brasil
CS Bom Jesus
UBS Chácara da Fumaça
UBS Camaquã
UBS Restinga

Neste quadrimestre foi capacitado 01 profissional, do Centro de Referência em Tuberculose da GD Glória/Cruzeiro/Cristal, no C.S. Vila dos Comerciários, na Prova Tuberculínica (Teste de Mantoux).

## **VIGILÂNCIA E CONTROLE DO VETOR DA DENGUE (*Aedes*)**

### ***aegypti***

**Quadro 27** Relação dos casos notificados, investigados e confirmados de dengue

Notificar e investigar imediatamente casos de dengue clássico, suas formas graves, óbitos e taxa de letalidade por dengue. PAVS 21 Pacto pela Vida – prior IV – 8 PAS 9		Meta PAVS/ SISPACTO / PAS	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Casos	Notificado	NP	80	189	-57,67
	Investigado		80	189	-57,67
	Confirmado		13	38	-65,79
	% da meta atingida		100%	100%	-
Casos Graves PAVS 21	Notificado	100%	0	0	-
	Investigado		0	0	-
	Confirmado		0	0	-
	% da meta atingida		-	-	-

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

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

A Pesquisa Vetorial Especial é realizada quando é repassada ao NVRV a notificação de um caso suspeito de dengue pela EVDT. Em períodos não-epidêmicos, a PVE é realizada rotineiramente nos casos suspeitos de dengue. Consiste em visita domiciliar em um raio de 150 metros da residência e local de trabalho ou estudo do paciente com suspeita da doença, para eliminação de criadouros do mosquito. É, também, realizada investigação com o paciente, para identificar possível local de contaminação e outras pessoas com sintomas (busca ativa). Em períodos epidêmicos, a PVE é realizada quando se trata de caso importado ou que está em área sem circulação viral. Em 2012, foram registradas menos notificações do que em 2011. O número de PVEs em 2012 foi relativamente menor, pela maior utilização do teste de dengue NS1, que redundou em rápida definição da positividade ou não dos casos suspeitos. □

Tabela 86: Acompanhamento de casos notificados e PVEs realizadas

Casos	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
-------	----------------------	----------------------	------------

<b>Notificados</b>	80	175	- 54,29%
<b>Com PVE</b>	12	86	- 86,05%
<b>Sem PVE</b>	68	89	- 23,60%

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

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

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

**Tabela 87** Produção do Laboratório de Entomologia Médica – Dengue

Laboratório de Entomologia Médica	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Número total de amostras	2.178	1.625	34,03
Número de espécimes de <i>Ae. aegypti</i>	10.136	4.463	127,11
Número de espécimes de <i>Ae. albopictus</i>	878	917	-4,25
Número de espécimes de outras espécies	4.523	2.981	51,73

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

**Tabela 88** Visitas domiciliares – controle de vetores – Somente dengue

Imóveis inspecionados	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Residenciais	68.101	49.322	38,07
Comerciais/outros	18.111	11.837	53,00
Terrenos baldios	1.298	824	57,52
Total (PAVS 340.000 imóveis no ano)	87.513	62.551	39,91
Fechados/recusados	53.542	41.334	29,54
Depósitos eliminados	25.854	34.147	-24,29
Bairros visitados*	29	22	31,82

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

Além das visitas domiciliares de rotina, são realizadas também visitas domiciliares na Pesquisa Vetorial Especial (PVE), que ocorrem quando são notificados casos suspeitos de dengue (dados das PVEs realizadas estão apresentados no Quadro 87). Houve um incremento no número de imóveis inspecionados em relação ao mesmo período no ano anterior. Apesar disso, o número de imóveis fechados ou recusados é ainda representativo. Além de ser uma situação em que não foi viável o contato do agente de combate a endemias com o morador, com a oportunidade de vistoria e repasse de orientações, houve o esforço de tempo e deslocamento dos agentes para esses endereços, o que representa um custo financeiro e de recursos humanos e materiais para a Secretaria da Saúde.

### **Realização do Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti* (LIRAA)**

Neste primeiro quadrimestre, foram realizados, ainda, dois Levantamentos de Índice Rápido de *Aedes aegypti* (LIRAA), nos meses de janeiro e março, atendendo a recomendação do Programa Nacional de Combate a Dengue. Com os resultados do LIRAA de janeiro foi elaborado o mapa de vulnerabilidade, de acordo com metodologia proposta pelo Ministério da Saúde, com a definição dos bairros prioritários para atuação nos próximos meses, em função do maior risco de transmissão de dengue.

O LIRAA é a metodologia de referência para o monitoramento da densidade de infestação do mosquito vetor da dengue pelo Ministério da Saúde. Esse levantamento permite determinar, em cerca de cinco dias úteis, a presença do mosquito em toda a área da cidade, sendo, portanto, um importante elemento para gerar informações para o controle do vetor.

Os resultados dos LIRAA de janeiro e março mostraram um incremento significativo na densidade de mosquitos. No mês de março registrou-se o Índice de Infestação Predial (IIP) mais elevado desde 2007 na cidade (4,7%), o que é uma condição de alto risco para a transmissão da dengue. A realização do LIRAA nessa data foi de grande importância para registrar a elevação do número de larvas de *Aedes aegypti* e alertar a população e gestores para o risco de epidemia na cidade.

**Tabela 89** - Relação das atividades de vigilância ambiental realizadas com vistas a prevenção e controle da dengue

Indicador	Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012 (dados Liraa março)	1º quadrimestre 2011 (dados Liraa janeiro)	Variação %
Realizar levantamento de Índice Rápido para <i>Aedes aegypti</i> ( LIRAA) PAVS 17	PAVS 4 LIRAS por ano/ PAS 3 LIRAS por ano	2	1	100,00
% da meta atingida				
Bairros com presença de <i>A. aegypti</i>		76	72	5,56
Bairros com IIP < 1%		4	20	-80,00
Bairros com IIP > 1% e < 3,9%		41	35	17,14
Bairros com IIP > 3,9%		31	17	82,35
Bairros sem <i>A. aegypti</i>		0	9	-100,00
Número de estratos positivos		29	28	3,57
Número de estratos com IIP < 1%		1	7	-85,71
Número de estratos com IIP > 1% e < 3,9%		12	13	-7,69
Número de estratos com		16	8	100,00

IIP > 3,9%				
Número de estratos sem <i>A. aegypti</i>		0	2	-100,00
Índice de infestação máximo registrado (%)		12,3	6,8	80,88
Número de imóveis positivos para <i>A. aegypti</i>		667	283	135,69
Número de criadouros positivos para <i>A. aegypti</i>		884	329	168,69
IIP médio do município (%)		4,7	2,1	123,81
Índice de Breteau do município		6,2	2,5	148,00

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

### Controle Químico

As ações de controle químico são empregadas quando há risco de transmissão, ou seja, presença de um caso confirmado importado e do mosquito vetor em uma mesma área, ou quando a transmissão viral já está ocorrendo, com casos autóctones. Estas aplicações podem ser peridomiciliares como nos Bloqueios de Transmissão (em área com raio de 150 metros a partir do imóvel do caso confirmado) e no Bloqueio Expedito (raio de 50 metros), assim como podem ser feitas a partir da via pública nas Operações de Emergência (raio de 500 metros, a partir da maior concentração de casos autóctones).

Tabela 90- Aplicações de Inseticida

Aplicações de Inseticida	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %	Observações específicas
Peridomiciliar	1.719	4.473	-61,57%	Menor número casos importados
A partir da via pública	0	5.226	- 100%	Ausência casos autóctones

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

## **10.2 AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

### **10.2.1 Prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços**

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

#### **Núcleo de Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde – NVPIS**

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

Os estabelecimentos envolvidos são Farmácias, Drogarias, Distribuidoras de Medicamentos/ Insumos Farmacêuticos, Distribuidora/ Importadora/ Exportadora de Produtos para a Saúde (Correlatos), Indústria/ Distribuidora / Importadora/ Exportadora de Cosméticos e Produtos de Higiene, Indústria/ Distribuidora/ Importadora/ Exportadora de Saneantes, Transportadoras, Comércio Varejista de Produtos para a Saúde (Correlatos) e Empresas Controladoras de Pragas Urbanas.

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

**Tabela 91 Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas no NVPIS**

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta PAVS/ SISPACTO/ CIB	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	28	15*	86,67%
	Atendidas		32	13	146,15%
	% atendidas em relação às recebidas		114,28%	86,67%	31,86%
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		20	11	81,82%

Fonte: Banco de dados do NVPIS/CGVS

\*Dados a partir do segundo trimestre de 2011

### Fiscalizações e atendimento a denúncias

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

Em cumprimento a Resolução CIB 250-07, a partir do 2º semestre de 2011 iniciou-se o acompanhamento com o CEVS nas indústrias de saneantes e cosméticos, realizando inspeções para liberação do alvará de saúde, que no Estado tinham todos o vencimento para 31 de março de 2012. Além disso, foram encaminhados a CGVS, processos de renovação de alvará em andamento no Estado que estavam aguardando o cumprimento de adequações físicas ou documentais. A partir de janeiro de 2012 retornamos estes processos ao Estado e as empresas foram orientadas a iniciar sua regularização junto ao município.

**Tabela 92** Dados de fiscalização

Indicador	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Número de vistorias / inspeções realizadas	208	72	188,89%
Nº Notificações Lavradas	75	31	141,94%
Nº Autos de Infração Exarados	14	20	-30,00%
Interdições / suspensão de Atividades	3	4	-25,00%

FONTE: Banco de dados NVPIS/ CGVS/ SMS

Não houve nenhuma apreensão de produtos nesse quadrimestre.

**Quadro 28-** Meta constante na PAS da Equipe de Serviços de Interesse à Saúde - EVPIS

Cadastrar, inspecionar e licenciar as indústrias de cosméticos e saneantes reembaladoras. N 11 PAS 30		Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011
Nº indústrias	Fiscalizadas	Licenciar 100% das empresas que solicitarem autorização de funcionamento de Empresa, de acordo com o protocolo de fiscalização.	11	*
	Licenciadas		4	*

Fonte: Banco de dados do NVPIS/CGVS

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

As empresas estão com dificuldade em se adequarem documental e estruturalmente. Somente as que estão totalmente adequadas à legislação estão recebendo o alvará sanitário.

A partir de 2010, iniciou-se o licenciamento e a fiscalização das empresas controladoras de Pragas Urbanas, buscando a adequação dessas empresas a RDC 52/09 ANVISA. Este tipo de empresa faz parte de um universo informal de prestação de serviço, o que tem tornado a fiscalização das mesmas um processo gradual de orientação e regularização.

Além dessas atividades, são realizadas ações como o recebimento mensal do RMNRA (Relatório Mensal de Notificação de Receita A) que se destina ao registro das Notificações de Receita "A" retidas em farmácias e drogarias quando da dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes) e "A3" (psicotrópicas);

Anualmente, se faz a inspeção em 100% das farmácias hospitalares e, junto ao CEVS, nas Indústrias de Saneantes e Cosméticos, a fim de iniciar o licenciamento e a fiscalização desta atividade pelo município.

Neste ano iniciou-se também o credenciamento e cadastro das Unidades Públicas Dispensadoras do medicamento a base de Talidomida conforme RDC 11/2011 ANVISA.

**Quadro 29** Cadastro, inspeção e licenciamento de indústrias

Cadastrar, inspecionar e licenciar as indústrias de cosméticos e saneantes e reembaladoras. N 11 CIB 250/07		Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011
Nº indústrias	Fiscalizadas	Licenciamento e fiscalização de 100% da indústria de Saneantes e cosméticos (que solicitarem alvará sanitário e se que houver denúncia.	12	*
	Licenciadas		01	*

Fonte: Banco de dados do NVPIS/CGVS

\*Esta atividade foi repassada ao município em 2012.

**Quadro 30-** Cadastro, inspeção, monitoramento e licenciamento das drogarias

		Meta CIB	1ºquadrim estre 2012	1º quadrim stre 2011	<b>Varição %</b>
Nº drogarias	Inspecionadas	Inspeccionar 20% das drogarias.	35	28	25,00
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		108	108	-
	% meta atingida		32,41	25,92	25,04
Nº reclamações/ denúncias	Recebidas	Atender 70% das reclamações recebidas	16	3	433,33
	Atendidas		18	2	800,00
	% atendidas em relação às recebidas		112,50	66,67	68,74
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		1	2	450,00

Fonte: Banco de dados do NVPIS/CGVS

As empresas estão com dificuldade em se adequar documental e estruturalmente. Somente as que estão totalmente adequadas a legislação estão recebendo o alvará sanitário.

**Tabela 93** Cadastro, inspeção, monitoramento e licenciamento das farmácias de manipulação

Cadastrar, inspecionar, monitorar e licenciar as farmácias de manipulação. N 150 CIB 250/07		Meta CIB	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Nº farmácias de manipulação	Inspecionadas	Inspeccionar 30% os das Farmácias de Manipulação	13	14	-7,14
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		45	45	-
	% meta atingida		28,89	31,11	-7,14
Nº reclamações/denúncias	Recebidas	Atender 100% das reclamações.	3	NA	-
	Atendidas		0	NA	-
	% atendidas em relação às recebidas		0	NA	-
	% meta atingida		0	NA	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		3	-	-

Fonte: Banco de dados do NVPIS/CGVS

**Quadro 31** Cadastro, inspeção e licenciamento dos Serviços de Nutrição Parental  
(Farmácia Hospitalar com preparo de nutrição)

Cadastrar, inspecionar e licenciar - Serviços de Nutrição Parenteral (farmácia hospitalar com preparo de nutrição) N 2 CIB 250/07		Meta CIB	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011
Nº Serviços	Inspecionadas	Inspeccionar 100% os serviços de nutrição parenteral (farmácia hospitalar).	0	2
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		2	2
	% meta atingida		0	100,00
Nº reclamações/ denúncias	Recebidas	Atender 100% das reclamações.	0	0
	Atendidas		0	0
	% atendidas em relação às recebidas		-	-
	% meta atingida		-	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		-	-

Fonte: Banco de dados do NVPIS/CGVS

**Quadro 32** Cadastro, inspeção e licenciamento de Serviços de Nutrição Parental (Farmácia Hospitalar)

Cadastrar, inspecionar e licenciar – Serviços de Nutrição Parenteral (farmácia hospitalar) N 21 CIB 250/07		Meta CIB	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011
Nº drogarias	Inspecionadas	Inspeccionar 100% os serviços de nutrição parenteral (farmácia hospitalar).	3	0
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		21	21
	% meta atingida		14,29	0
Nº reclamações/ denúncias	Recebidas	Atender 100% das reclamações	0	*
	Atendidas		0	*
	% atendidas em relação às recebidas		-	-
	% meta atingida		-	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		-	-

Fonte: Banco de dados do NVPIS/CGVS

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

**Quadro 33** Cadastro, inspeção e licenciamento de distribuidoras

Cadastrar, inspecionar e licenciar as distribuidoras e transportadoras de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos. N 76 CIB 250/07		Meta CIB	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Nº distribuidoras e transportadoras	Inspecionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas que chegam.	11	5	120,00
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		53	53	-
	% meta atingida		20,75	9,43	120,04

Fonte: Banco de dados do NVPIS/CGVS

**Quadro 34** Cadastro, inspeção e licenciamento de importadoras e fracionadoras

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

Fonte: Banco de dados do NVPIS/CGVS

ND: dado não disponível \* Inspeção conjunta CEVS \*\* Esta atividade foi repassada ao município em 2012

**Quadro 35-** Cadastro, inspeção e licenciamento de empresas controladoras de pragas

Cadastrar, inspecionar e licenciar as empresas controladoras de pragas N 2 CIB 250/07		Meta CIB	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011
Nº empresas	Inspeccionadas	Atender 70% dos processos e solicitações recebidas que chegam.	15	**
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta (anual)		2	**
	% meta atingida			

Fonte: Banco de dados do NVPIIS/CGVS \*\* Esta atividade foi repassada ao município em 2012

As empresas estão com dificuldade em se adequar documental e estruturalmente. Somente as que estão totalmente adequadas à legislação estão recebendo o alvará sanitário.

Há cadastrados com alvará emitido apenas 2 empresas controladoras de pragas. As inspeções realizadas referem-se além das empresas já licenciadas (cadastradas), a outras que estão em processo de regularização sanitária, sendo necessárias inspeções iniciais e reinspeções.

### 10.2.2 Núcleo de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde – NVSIS

A Equipe de Vigilância de Serviços de Saúde realiza ações de regulação e fiscalização nos estabelecimentos assistenciais de saúde localizados em Porto Alegre. Busca a adequação destes estabelecimentos às normas sanitárias municipais, estaduais e federais, visando à proteção e manutenção da saúde da população. Estão contidos no universo de ação desta equipe os seguintes estabelecimentos: Hospitais gerais e especializados, com atenção especial às áreas críticas como UTI's (adulto e pediátrico), Central de Material e Esterilização (CME), Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, clínicas com e sem procedimentos, consultórios com e sem procedimentos, hemodiálise, hemoterapia,

Oxigenoterapia Hiperbárica, laboratórios de análises clínicas e citopatológicos, lavanderias hospitalares intra e extra-hospitalar, Escolas de Educação Infantil, Instituições de Longa Permanência para Idosos, serviços de embelezamento, piercing, tatuagem, serviços de remoção, etc.

**Quadro 36-** Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas na EVSIS

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. (CIB 250)		Meta PAVS/ SISPACTO/ CIB	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas na CGVS	70% de atendimento das reclamações	89	107	-16,82
	Recebidas por processo/ofício		45	NA	-
	Total recebidas		134	107	25,23-
	Atendidas		145	65	123,08
	% atendidas em relação às recebidas		108,21	-	-
	% meta atingida		Meta atingida	-	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta			94	-

Fonte: Banco de Dados EVSIS/CGVS

## Fiscalizações e atendimento a denúncias

O recebimento de denúncias e demais solicitações de fiscalização é realizado através de denúncia direta na CGVS, do Ministério Público, da Delegacia de Polícia de Proteção ao Idoso e do Sistema Fala Porto Alegre (telefone 156).

Neste quadrimestre, o número de reclamações atendidas supera o de recebidas, pois foram reclamações recebidas no final de 2011 que foram atendidas neste 1º quadrimestre.

**Quadro 37** Dados de fiscalização

<b>Indicador</b>	<b>1º quadrimestre 2012</b>	<b>1º quadrimestre 2011</b>	<b>Variação %</b>
<b>Número de vistorias / inspeções realizadas</b>	659	404	63,12
<b>Nº Notificações Lavradas</b>	279	208	34,13
<b>Nº Autos de Infração Exarados</b>	43	29	48,28
<b>Interdições / suspensão de Atividades</b>	7	1	600,00

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

O número de vistorias realizadas refere-se, além de atendimento a denúncias, a solicitações de alvará de saúde e ao atendimento das pactuações. Neste número estão incluídas todas as vistorias, incluindo as de retorno (para inspecionar as adequações à legislação sanitária para as quais os estabelecimentos foram notificados) e as de acompanhamento dos serviços.

**Quadro 38** Metas constantes na PAS da Equipe de Serviços de Saúde - EVSIS

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	1º quadrimestre 2012	
<p>33. Inspeccionar 100 % de serviços de quimioterapia que solicitem alvará inicial de saúde. (EVSIS) N 27 PAVS 34 E SANITÁRIA CIB 250/07</p>	<p>18,52% N 05</p>	<p>A terapia antineoplásica é o uso de compostos químicos sintéticos contra os cânceres. É um procedimento médico que pode ocorrer no ambiente hospitalar ou em ambulatório, dependendo da saúde do paciente e do tipo de quimioterapia do seu tratamento. Este procedimento envolve riscos biológicos e principalmente químicos ao paciente submetido a esta terapia, e, também, aos profissionais que a administram, aos que preparam o quimioterápico, aos que higienizam os ambientes e gerenciam os resíduos e, por fim, ao meio ambiente. O quimioterápico é um composto que interfere no ciclo celular a fim de atingir a cinética dos tumores. Por esta razão, são substâncias mutagênicas, teratogênicas e até carcinogênicas.</p> <p>A vigilância destes serviços tem por objetivo verificar as condições sanitárias destes estabelecimentos, assim como as boas práticas de administração, de preparação da terapia antineoplásica e até de transporte do quimioterápico (intra institucional ou em vias urbanas) , visando à prevenção, a redução e o monitoramento, tanto dos riscos como dos seus fatores desencadeantes</p>
<p>34. Inspeccionar 100% de laboratórios clínicos hospitalares. (EVSIS) N 25 PAVS SANITÁRIA CIB 250/07</p>	<p>20% N 05</p>	<p>A Equipe fiscaliza todas as atividades realizadas pelos laboratórios clínicos (análises clínicas, citologia e anatomia patológica, biologia molecular, radioimunoensaio) intra e extra hospitalar e os postos de coleta (não pactuados). Verificam-se os processos e procedimentos realizados de acordo com a legislação da ANVISA (RDC nº. 302/05) e da PMPA/SMS/CGVS (Resolução nº. 03/06). Esta última elaborada para ter critérios mais rígidos, principalmente no setor de microbiologia, extremamente exigido devido ao crescente número de microorganismos resistentes e multirresistentes (KPC, MCR, entre outros) encontrados em nossos ambientes hospitalares e comunidade.</p> <p>A equipe técnica realiza relatórios com indicadores de qualidade para que o serviço possa adequar os itens</p>

		imprescindíveis, necessários e recomendáveis apontados no relatório, facilitando assim, a melhora continuada dos estabelecimentos.
35. Inspeccionar 100% de hospitais gerais, inclusive com unidades de internação pediátrica e obstetra, inspecionados. (EVSIS) N 13 PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	53,85% N 07	<p>Conforme Terminologia Básica em Saúde – MS – 1983 – série B – Textos Básicos de Saúde, 4, conceitua-se:</p> <p>Hospital Geral: hospital destinado a prestar assistência a paciente, primordialmente, nas quatro especialidades médicas básicas (clínica médica, cirurgia geral, ginecologia-obstetrícia e pediatria);</p> <p>Hospital Especializado: hospital destinado a prestar assistência a pacientes, em uma ou mais especialidades.</p>

Fonte: Banco de Dados EVSIS/CGVS

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

Quadro 39: Hospitais de Porto Alegre

HOSPITAIS GERAIS	HOSPITAIS ESPECIALIZADOS
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre	HCR – Hospital Cristo Redentor
HSL/PUCRS – Hospital São Lucas da PUC/RS	ICFUC – Instituto de Cardiologia
HMV – Hospital Moinhos de Vento	HE – Hospital Espírita
HMD – Hospital Mãe de Deus	HP – Hospital Petrópolis
HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição	HBO – Hospital Banco de Olhos
ISCOMPA – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	HPS – Hospital Pronto Socorro
HDP – Hospital Divina Providência	HSP – Hospital São Pedro
HED – Hospital Ernesto Dornelles	HBP – Hospital Beneficência Portuguesa
HVN – Hospital Vila Nova	HF – Hospital Fêmeina
HBM – Hospital Brigada Militar	HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
HPB – Hospital Parque Belém	
HPA – Hospital Porto Alegre	
HGE – Hospital Geral do Exército	

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

Quadro 40: Metas constantes na PAS da Equipe (continuação)

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	1º quadrimestre 2012	
36. Inspeccionar 100% dos hospitais infantis com e sem UTI neonatal e pediátrica. (EVSIS) N 3 PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	66,7% N 02	A cidade de Porto Alegre tem três Serviços de Hospital Infantil: HMIPV, HCC (Hospital da Criança Conceição) e HCSA (Hospital da Criança Santo Antônio), sendo que o HMIPV também é contemplado no indicador Serviço Hospitalar de Atenção ao Parto e a Criança.
37. Inspeccionar 100% de hospitais maternidade com e sem UTI materna inspeccionados. (EVSIS) PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	NA	Porto Alegre não possui hospital exclusivamente maternidade, sendo que muitos Serviços Hospitalares Gerais prestam esse serviço. Portanto, não é possível realizar essa medição, uma vez que não existe estabelecimento com essas características.  Em anos anteriores, foram contemplados nesse indicador o HMIPV e Hospital Fêmeina, mas entendeu-se que os mesmos exercem outros serviços de atenção à saúde, não exclusivos ao que o indicador preconiza.
38. Inspeccionar 100% de serviços de hemocentro. (EVSIS) N 1 PAVS 36 e SANITÁRIA CIB 250/07	0	O Hemocentro Coordenador (HEMORGS) situa-se em Porto Alegre e fornece hemocomponentes para várias Agências Transfusionais da capital e interior do RS, tendo também a atividade de coordenar os Hemocentros Regionais do Estado. Este serviço é fiscalizado, no mínimo, anualmente pela Equipe de Serviços. Neste ano iniciou-se um trabalho conjunto da Equipe e o Hemocentro Coordenador com as

		Agências Transfusionais da capital. A Equipe de Serviços identifica os pontos críticos e repassa ao HEMORGS que avalia com a Agência e traça um plano de ação que envolve o treinamento e monitoramento do serviço.
39. Inspeccionar 100% de serviços de núcleo de hemoterapia. (EVSIS) N 22 PAVS 36 e SANITÁRIA CIB 250/07	0	A fiscalização da Equipe de Serviços na atividade de hemoterapia é, no mínimo, anual em todos os serviços (Núcleo de Hemoterapia, Unidade de Coleta e transfusão, Agência Transfusional, Central laboratorial de triagem de Doadores e Hemocentro) e compreende desde a coleta de sangue, processamento, armazenamento, provas imuno-hematológicas e sorológicas até a transfusão de sangue e as reações transfusionais adversas que podem ocorrer. A ANVISA (Gerência de Sangue e Componentes-GESAC/GGSTO), neste ano, está realizando um Projeto de Monitoramento e Intervenção no Risco Sanitário de Agências Transfusionais. Serão fiscalizadas as Agências Transfusionais e avaliadas conforme o Risco Sanitário. Este projeto vem ao encontro daquele
40. Inspeccionar 100% de serviços de unidade de coleta e transfusão. (EVSIS) N 1 PAVS 36 e SANITÁRIA CIB 250/07	0	citado acima com o HEMORGS e a Equipe de Serviços, visando à qualidade dos hemocomponentes a serem transfundidos. Também, neste ano, iniciaram-se as avaliações do HEMOPROD e NOTIVISA por ter sido disponibilizada na equipe uma servidora para trabalhar nestes relatórios. O NOTIVISA relaciona-se às notificações de reações transfusionais que devem ser avaliados pela Equipe de Serviços
41. Inspeccionar 100 % de serviços de Centro de triagem laboratorial de doadores. (EVSIS) N1 PAVS 36 e SANITÁRIA CIB 250/07	0	periodicamente para fins de acompanhamento e segurança das transfusões. Através do HEMOPROD os serviços encaminham dados para que seja avaliado todo o processamento do sangue desde a coleta até a transfusão.
47. Inspeccionar 100% de serviços de Agência transfusional de doadores. (EVSIS) N 12 PAVS 36 e SANITÁRIA CIB 250/07	41,7% N 05	

Fonte: Banco de Dados EVSS/CGVS NA: Não se aplica

**Quadro 41** Outras metas pactuadas pela EVSIS não contempladas plenamente na PAS

Indicador	Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Observações específicas
Inspecionar os Estabelecimentos de Longa Permanência para Idosos. (ILPI) N 114 (EVSIS) PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	Cadastrar, Inspeccionar e licenciar 70% das solicitações que entrarem no ano.	43,86% N 50	18,42% N 21	São vistoriadas, prioritariamente, as demandas encaminhadas pelo MP que possuem Inquérito Civil, porque os riscos já foram levantados em inspeção própria. As inadequações referem-se a deficiências na equipe de trabalho, ausência de controle da medicação, da verificação da validade dos alimentos, de higienização e de responsável técnico. Neste quadrimestre a rotina de inspeções foi reorganizada, pois houve o ingresso de um servidor para o grupo de ILPI.
Inspecionar os serviços de alimentação em creches/escolas infantis. N 600 (EVSIS) PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	Atender 70% das solicitações recebidas que entrarem na equipe e inspecionar 20% das já cadastra das anualmente	14,36% N 86	5,17% N 31	Em relação às escolas de educação infantil, as áreas vistoriadas referem-se à totalidade dos ambientes, incluindo cozinha, berçário, salas de recreação, despensa, lavanderia, setor administrativo e área externa. Os riscos relacionados a esses estabelecimentos referem-se, prioritariamente, à toxiinfecção alimentar e traumas relacionados com quedas.

<p>Inspecionar os serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança no mínimo 1x ao ano.</p> <p>N 2 (EVSIS) PAVS 9 e SANITÁRIA CIB 250/07</p>	<p>Inspecionar 100% dos hospitais anualmente (UTI Neo, UTI Ped. e CO)</p> <p>Atender 100% das reclamações recebidas</p>	<p>100% N 02</p>	<p>100% N 02</p>	<p>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.</p> <p>Conforme pactuação devem ser vistoriadas as seguintes áreas: Centro Obstétrico, UTI Neonatal e UTI Pediátrica.</p> <p>Neste indicador, o número corresponde ao total de vistorias realizadas nessas áreas referidas.</p>
<p>Inspecionar os serviços de especializa dos</p> <p>N 8 (EVSS) PAVS SANITÁRIA CIB 250/07</p>	<p>Inspecionar 70 % dos serviços de hospitalares especializados anualmente (CME, BC, UTI)</p>	<p>62,5% N 05</p>	<p>50% N 04</p>	<p>Excluem-se os hospitais especializados no atendimento materno-infantil do quadro 4 (HMIPV e HF).</p> <p>Considera-se neste indicador a 1ª vistoria do ano realizada nas áreas de maior risco: UTI, Bloco Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização.</p>
<p>Inspecionar 100% dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva (Diálise) SATÉLITE.</p> <p>N 5 (EVSS) PAVS 37 e SANITÁRIA CIB 250/07</p>	<p>Inspecionar anualmente 100% dos já cadastrados e que solicitem alvará inicial.</p>	<p>60% N 03</p>	<p>*</p>	<p>No início do verão, todos os serviços de terapia renal substitutiva são visitados e notificados para realizarem troca dos filtros de carvão ativado do sistema de tratamento de água da diálise por razão da proliferação das algas e toxinas, na água do manancial fonte do abastecimento da cidade de Porto Alegre, o Lago Guaíba. Este ano, em 22/03/12,</p>

<p>Inspeccionar 100% dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva (Diálise) INTRAHOSPITALARES. N 4 . (EVSS) PAVS 37 e SANITÁRIA CIB 250/07</p>		<p>25% N 01</p>		<p>recebemos alerta provindo do Setor de Vigilância da Qualidade da Água e do DMAE, da presença de cianobactérias do gênero Planktothrix, no manancial Lago Guaíba, em contagem de células superior a 20.000 células/ml. A partir desse alerta, todos os 15 serviços de diálise foram notificados e receberam orientação técnica e normas para manutenção/ controle dos Sistemas de Tratamento de água para Diálise.</p> <p>Mensalmente, são analisadas as planilhas de indicadores de diálise de cada um dos 15 serviços, e traçadas prioridades de ação fiscal e de programação de vistorias técnicas.</p> <p>O número de serviços total cadastrados é de 15, incluindo os SATÉLITES, INTRA E HOSPITALARES.</p>
<p>Inspeccionar 100% dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva (Diálise) HOSPITALARES N 6 (EVSS) PAVS 37 e SANITÁRIA CIB 250/07</p>		<p>33,33% N 02</p>		

Fonte: Banco de Dados NVSIS/CGVS

\* No ano de 2011, foram considerados em conjunto, totalizando 04 serviços no primeiro quadrimestre.

## 10.2.3 Núcleo de Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde – NVESES

### Fiscalizações e atendimento a denúncias

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

**Tabela 94---**Dados de fiscalização

Indicador	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Número de vistorias / inspeções realizadas	43	ND	-
Nº Notificações Lavradas	28	ND	-
Nº Autos de Infração Exarados	02	ND	-
Interdições / Suspensão de Atividades	0	ND	-

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

**ND:** dado não disponível

**Tabela 95:** Inspeção de Serviços de Mamografia

Inspeção de serviços mamografia. PAVS SANITÁRIA PAS 31 CIB 250/07		Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Nº serviços SUS N 11	Inspeccionadas	Inspeccionar 100% de serviços mamografia SUS	4	2	100
	% meta atingida		36,36	18,18	100
Nº serviços PARTICULAR N 43	Inspeccionadas	Inspeccionar 50% de serviços de mamografia PARTICULAR.	16	10	60
	% meta atingida		37,21	23,81	56,28

**Fonte:** Banco de Dados NVESES/CGVS

**ND:** dado não disponível

As vistorias são realizadas para atendimento de denúncias, rotina anual ou para liberação de alvará de saúde. Nas inspeções, verifica-se o cumprimento das legislações vigentes, como a RDC 050/02, Portaria 453/98, Portaria 3.523/98, dentre outras, que incluem itens como: testes de qualidade da imagem, laudo radiométrico e de fuga de cabeçote e procedimentos operacionais, adequação da área física, controle de infecção, ventilação e qualidade do ar, lixo infectante, prevenção de incêndio, acessibilidade, entre outros.

**Tabela 96** Inspeção de serviços de radioterapia.

Inspeção de serviços de radioterapia. N 5 PAS 32 PAVS SANITÁRIA CIB 250/07		Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Varição %
<b>Nº serviços</b>	Inspecionados	Inspecionar 100%	0	3	-
	% meta atingida	de serviços de Radioterapia	0	60	-

Fonte: Banco de Dados NVESIS/CGVS

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

**Tabela 97** Inspeção de Serviços de Medicina Nuclear

Inspeccionar os serviços de Medicina Nuclear no mínimo 1x ao ano. N 11 (Engenharia) PAVS SANITÁRIA CIB 250/07		Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Nº serviços	Inspeccionados	Inspeccionar 100% das solicitações de alvará inicial/renovação e 50% das demais solicitações	1	7	-85,71
	% meta atingida		9,10	63,64	-85,71

Fonte: Banco de Dados NVESIS/CGVS

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

**Tabela 98** Inspeção e licenciamento de Serviços de Radiodiagnóstico

Inspeccionar e licenciar serviços de radiodiagnóstico médico N 79 CIB 250/07		Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011
Nº serviços	Fiscalizados	Inspeccionar 100% das solicitações de alvará inicial e 20% das demais solicitações.	24	ND
	Licenciados		7	ND
	% meta atingida		54,43	-

Fonte: Banco de Dados NVESIS/CGVS ND: dado não disponível por falta de banco de dados

## Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe de Vigilância de Alimentos – EVA

**Tabela 99** Dados de fiscalização

Indicador	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Número de vistorias / inspeções realizadas	3.385 <sup>a</sup>	1.169 <sup>b</sup>	189,56
Nº Notificações Lavradas	316	211	49,76
Nº Autos de Infração Exarados	190	126	50,79
Interdições / suspensão de Atividades	27	16	68,75

**FONTE:** Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS –

**a:** Neste valor está acrescentado as vistorias realizadas nas bancas da feira do peixe que ocorreu em abril de 2012, perfazendo um total de: 1.359 vistorias;

**b:** Neste valor está acrescentado as vistorias realizadas nas bancas da feira do peixe que ocorreu em abril de 2011, perfazendo um total de 144 vistorias.

As denúncias vinculadas a Equipe de Alimentos são recebidas via e-mail, pelo 156 Fala Porto Alegre, pessoalmente na sede da CGVS. Alguns equívocos na qualificação quando do recebimento da denúncia ainda são um complicador para o atendimento da meta, por exemplo, endereços equivocados e ou incompletos, com identificação que não possibilitem a localização do estabelecimento ou da irregularidade, levando a dificuldade de consulta no nosso banco de dados e muitas vezes a dupla fiscalização no mesmo local, com perda de tempo e deslocamento desnecessário de agentes fiscais, associado ao número de servidores que é insuficiente, colaborando para que a meta de atendimento das reclamações não fosse atingida.

Atualmente, a EVA considera que a denúncia é atendida quando o estabelecimento está adequado sanitariamente e cumpriu todas as determinações higiênico-sanitárias solicitadas pela fiscalização. Dentre as diversas ocorrências atendidas, pode-se citar os estabelecimentos que não possuem alvará de saúde ou de localização, irregularidades sanitárias, como, por exemplo, armazenamento inadequado de matérias-primas, venda de produtos

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

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

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

**Tabela 100** Quantidades de alimentos apreendidos e inutilizados / quadrimestre

<b>1º quadrimestre 2012</b>	<b>1º quadrimestre 2011</b>
7.552 Kg	2.537,92 Kg
2.896 unidades	8.892 unidades
39,5 litros	0 litros

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

Os alimentos podem ser ovos, salgados, doces, isto ocorre quando no local da apreensão não há balança.

**Tabela 101 Metas constantes na PAS da EVA**

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	1º quadrimestre 2012	
42. Inspeccionar 100% de cozinhas hospitalares. Nº 25 PAVS SANITÁRIA CIB 250/07 (EVA)	16% N 4	Em Porto Alegre, atualmente, existem 25 cozinhas hospitalares funcionando, a Equipe colocou como meta de 100%, porque o público para qual se destina a alimentação produzida por este segmento é extremamente vulnerável, pois já está doente, e a alimentação deve ser segura sanitariamente.
43. Investigar 100% dos surtos alimentares notificados (DTA). CIB 250/07 (EVA)	100%	<p>O surto por DTA é uma síndrome caracterizada quando duas ou mais pessoas, após a ingestão dos mesmos alimentos e/ou água, manifestam o mesmo sintoma. Sendo os mais comuns: náuseas, vômitos cólicas, diarreia, dores de cabeça e febre, os quais são decorrentes de bactérias patogênicas ou suas toxinas.</p> <p>A EVA tem por objetivo investigar 100% dos surtos notificados, pois as bactérias patogênicas responsáveis pelos sintomas acima relatados têm tropismo por produtos de origem animal, ou que tenha ingrediente de origem animal, pois esses produtos possuem atividade de água alta e proteína nobre, que são substratos essenciais para a sua multiplicação.</p> <p>No quadrimestre ocorreram 22 surtos.</p>

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

Tabela 102 **Inspeção de restaurantes**

Inspecionar 20% (600) de Restaurantes e Similares no mínimo 1x ao ano. N 3.000 (estimado) PAVS 43 e SANITÁRIA CIB 250/07	Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Estabelecimentos Vistoriados	20% dos estabelecimentos cadastrados/ estimados	510	363	40,50

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

Apesar das dificuldades normais enfrentadas no dia a dia da equipe conseguimos uma cobertura satisfatória deste segmento regulado diminuindo a possibilidade do aumento de surtos de DTAs e conseqüentemente diminuindo um pouco o número de leitos ocupados na rede por pessoas afetadas por este agravo.

**Tabela 103** Inspeção de cozinhas industriais

Inspecionar 50% (50) de cozinhas industriais no mínimo 1x ao ano. N: 100 PAVS SANITÁRIA CIB 250/07	Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Estabelecimentos Vistoriados	50% das cozinhas industriais cadastradas/ estimadas	18	12	50,00

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

Devido à importância que ocupa no panorama da cidade, temos priorizado ações no segmento de cozinhas industriais, uma vez que tem impacto direto tanto no número de pessoas afetadas e conseqüentemente na capacidade de atendimento da rede como na produção e economia do município, uma vez que atinge tanto o trabalhador do setor como os comensais.

Tabela 104 Inspeção em super e hipermercados

Inspeccionar as áreas consideradas de risco – de supermercados e hipermercados. N 84 CIB 250/07	Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Estabelecimentos Vistoriados	30% dos super/hipermercados estimados/cadastrados	113	70	61,43

FONTE: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS

O segmento de super e hipermercado também merecem ação mais efetiva, uma vez que em um mesmo lugar temos peixaria, açougue, rotisseria, padaria e cozinha industrial, com grande circulação de pessoas. Verificar se estão aplicando e conhecendo as boas praticas, evita-se que a população assim como os funcionários fiquem expostos a surtos de DTAs e tenham acesso a produtos seguros sanitariamente.

Tabela 105 : Inspeção em escolas

Inspeccionar 20% Escolas de Ensino Fundamental Municipal e Estadual que manipulam e servem alimentos. N Municipal 56 N Estadual 160 CIB 250/07	Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011
Estabelecimentos Vistoriados	20% dos Escolas de Ensino Fundamental estimados/ / cadastrados.	1	NA

FONTE: Banco de dados EVA/ CGVS/ SMS **NA:** Não se Aplica

A equipe, no final de 2011, avaliou que era de máxima importância que passasse a conhecer e vistoriar as escolas da rede municipal e estadual que trabalham com alimentação escolar, pois se entende que o alimento, além da função de nutrir o indivíduo, deve não ser veículo de doença. O público

beneficiado com a alimentação são crianças e adolescentes, os quais são mais vulneráveis as bactérias patogênicas.

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

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

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

Entre as ações desenvolvidas, pode-se destacar: a investigação neste quadrimestre de 21 surtos de DTAs, fiscalizações em eventos de grande público como o Fórum Social, a Muamba, Carnaval, Baile da Cidade e Feira do Peixe (na oportunidade são dadas orientações antes da implantação das praças de alimentação e tendo atuação pró-ativa no local, visando à prevenção de riscos) e eventos, que ocorrem com certa frequência (por ocasião da vistoria, são observadas as condições higiênicossanitárias e fornecidas orientações).

Como desde 2008 a Equipe não realiza a Palestra sobre Boas Práticas de Alimentação, são freqüentes as solicitações de capacitações por instituições e algumas empresas, as quais são realizadas, com o objetivo de orientar, revisar e conscientizar sobre a importância das boas práticas em serviço de alimentação. Foram ministradas 05 palestras no período.

São atividades da Equipe de Vigilância de Alimentos: inspeções para comprovação de denúncias encaminhadas pelo consumidor (todas as reclamações com retorno ao reclamante das ações efetuadas); liberação de Alvarás Sanitários solicitados pelos proprietários de comércio e distribuição de alimentos, assim como serviços de alimentação do Município de Porto Alegre; apreensões e inutilizações de alimentos impróprios para o consumo humano, bem como suspensões de atividades de estabelecimentos cujas condições higiênico-sanitárias estavam péssimas e o seu funcionamento comprometeria à saúde do consumidor; participação, junto a ANVISA, da elaboração de

Resoluções, visando melhorar a qualidade de diversos serviços, como as praças de alimentação em eventos de massa e comércio ambulante de alimentos; participação junto a ANVISA de reuniões para a preparação das ações de forma integrada com o resto dos estados da União visando a Copa 2014; Interface com outros órgãos (Participação de grupo de trabalho sobre agrotóxicos em hortigranjeiros juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde/Alimentos, Emater e Ministério Público para atuação com palestras educativas junto aos produtores da CEASA), participação em grupo de trabalho que visa criar um regulamento e organizar as feiras ecológicas no município, ações fiscalizatórias em conjunto com o DECON em estabelecimentos que oferecem risco a saúde pública e ferem o Código de Defesa do Consumidor na área de alimentos.

## **SURTOS DE DTAS**

DTA é uma síndrome caracterizada quando duas ou mais pessoas, após a ingestão dos mesmos, manifestam o mesmo sintoma. Sendo os mais comuns: náuseas, vômitos, cólicas, diarreia, dores de cabeça e febre.

Nossa Equipe tem por objetivo investigar 100% dos surtos notificados, pois os microorganismos, principalmente as bactérias patogênicas, são responsáveis pelos sintomas acima relatados tem tropismo por produtos de origem animal, ou que tenha ingrediente de origem animal, pois esses produtos possuem atividade de água alta e proteína nobre, que são substratos essenciais na multiplicação bacteriana.

Segue um relato com análise sobre as notificações de surtos de origem alimentar no 1º quadrimestre de 2011 e 1º quadrimestre 2012.

**No 1º quadrimestre de 2011:** foram notificados cinco surtos, sendo um em refeitório de empresa, um em residência com produto de tele entrega e três em restaurantes. O número total de pessoas envolvidas foi de duzentos e vinte e um. Dois dos surtos não foram possíveis isolar o agente causal. Em dois surtos o agente foi identificado como sendo a bactéria *Escherichia coli*, e os alimentos envolvidos foram ovo picado, beterraba e cenoura, Outro o agente foi identificado como sendo a bactéria *Bacillus cereus*, e o alimento envolvido foi bife recheado com molho de queijo.

**No 1º quadrimestre de 2012:** foram notificados vinte e dois surtos, mas foram investigados dezenove, em função que uma pessoa comprou o alimento

em estabelecimento localizado em outro município, outro não foi possível entrar em contato com o notificado e outro a pessoa informou que se equivocou na informação do endereço, o local onde comeu já estava sob investigação. Sendo onze em restaurante, dois em residência, três em lancheria, um em minimercado e um em supermercado. O número total de pessoas envolvidas foi de trezentos e vinte e dois. Até o presente momento os surtos não foram fechados. Tal motivo se deve ao fato que aumentou o número de notificações de surtos, as análises bromatológicas enviadas ao Laboratório LACEN levam cerca de trinta dias para serem informadas, e o recebimento dos laudos clínicos dos manipuladores em média de quarenta e cinco dias. Além do que o surto tem interface com outra equipe, que é responsável pela parte epidemiológica, pois a equipe realiza a parte da vigilância sanitária e o fechamento depende de todos os dados.

A grande diferença do número de notificação de surtos de 2012, quando comparada com 2011, deve-se ao fato de um dos surtos ter sido uma grande magnitude, (duzentos e trinta e um envolvidos), ter sido amplamente divulgado nos meios de comunicação, favoreceu com que as pessoas ficassem mais atentas e cautelosas.

Também é importante colocar que em todo o estabelecimento que ocorreu um surto é realizada vistoria para verificar se está adequado às normas sanitárias, ficando sob monitoração pela equipe por três meses, ou por quanto tempo for necessário até a adequação do mesmo.

**Outras Atividades:** A Equipe de Vigilância de Alimentos tem o papel de fiscalizar a qualidade e segurança dos alimentos produzidos, distribuídos e consumidos no município de Porto Alegre, além de realizar um serviço de orientação ao segmento de comércio de alimentos, seja por meio do correio eletrônico, por telefone ou mesmo nas dependências da própria equipe na CGVS.

Também participa do GT-PAS da CGVS cujo objetivo é uniformizar os procedimentos de fiscalização bem como os instrumentos legais. A equipe participa, também, do GT-Integração, em que foi criado o Cine Vigilância Retro, com o objetivo de aproximar os servidores de seus colegas e também ter um tempo para ficar com a mente livre, com isso é um momento de relaxamento e convivência, que possibilita ao servidor fortalecer os laços de coleguismos e melhorar suas atividades.

## 10.2.4-Ações e Serviços em Vigilância Ambiental

### Demonstrativo das ações desenvolvidas pela Equipe de Vigilância de Zoonoses – EVZ

#### Núcleo de Vigilância de População Animal – NVPA

Quadro 42 : Metas contempladas na PAS para o NVPA

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	1º quadrimestre 2012	
<p><b>12.</b> Investigar 100% de <b>casos suspeitos de raiva em razão de morcegos caídos ou adentrados</b> em residências.</p> <p><b>PAVS 84</b> (NVPA)</p>	<p>Foi um total de 12 casos investigados, que representa 100% das amostras de morcegos recebidas e/ou recolhidas e foram encaminhadas para diagnóstico.</p>	<p>Todas as amostras de morcegos recebidas pelo o NVPA foram encaminhadas ao laboratório para diagnóstico de raiva. 50% das amostras foram procedentes do Centro, 25% da Lomba do Pinheiro e 25% da Zona Sul (Serraria, Hípica e Menino Deus)</p>
<p><b>13.</b> Realizar <b>Bloqueio vacinal antirrábico em cães e gatos</b> em 100% dos casos de positividade de raiva em morcegos, herbívoros, cães ou gatos.</p> <p>(NVPA)</p>	<p>Foi realizado um bloqueio vacinal, único caso em que se obteve resultado positivo.</p>	<p>Das amostras de morcegos encaminhadas para diagnóstico de raiva, duas foram positivas, sendo ambas do mesmo endereço (bairro Centro) que originou bloqueio vacinal antirrábico de cães e gatos num raio de 300m, conforme orientação CEVS/SES e MS.</p> <p>A ação foi realizada por cinco equipes, tendo colaboração de técnicos e funcionários da CEVS/SES.</p>
<p><b>46.</b> Implantar Vigilância em saúde e ambiental em 33% das</p>	<p>Foram atendidas duas comunidades indígenas.</p>	<p>Foram realizados tratamentos de antiparasitário em duas aldeias indígenas (Kaingang e Charruas da Lomba do Pinheiro), além de vistorias e orientações técnicas e reuniões para formação de</p>

comunidades indígenas. (NVPA)		grupo de trabalho para atendimento das demandas indígenas, respeitando sua cultura.  Existem em Porto Alegre nove aldeias indígenas, sendo seis Kaingang, duas Guarani e uma Charrua.
----------------------------------	--	---

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

**Quadro 43: Metas não contempladas na PAS pelo NVPA**

Metas não contempladas na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	1º quadrimestre 2012	
Nº de amostras caninas e felinas enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva NP LE 13193-09 (NVPA) <i>PAVS 81</i>	Tiveram quatro amostras felinas e quarenta e seis amostras caninas.	As amostras caninas foram procedentes das gerências: RES 06; PLP 21; GCC 03; LENO 01; C 04; NEB 07; NHNI 03; não identificado 01. As amostras felinas foram procedentes das gerências: PLP 02; LENO 02; GCC 01 Todos os resultados foram negativos para raiva.

**FONTE:** Banco de dados NVPA/CGVS

**Quadro 44: Relação das atividades realizadas pelo NVPA sem metas pactuadas.**

Atividade	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %	Observações específicas
Nº de Inquéritos de mordeduras	77	140	-45,00	56 animais foram observados no domicílio
Nº de cães vacinados para RAIVA – NVPA	28	0	-	As vacinas realizadas pelo NVPA foram realizadas durante bloqueio vacinal antirrábico
Nº de cães vacinados para RAIVA – SEDA	86			

Nº de gatos vacinados para RAIVA – NVPA	23			As vacinas realizadas pelo NVPA foram realizadas durante bloqueio vacinal antirrábico
Nº de gatos vacinados para RAIVA – SEDA	0	0	-	
Ações comunitárias realizadas	121	50	142,00	As ações são referentes a reuniões comunitárias e palestras, ação comunitária com antiparasitário e visitas domiciliares realizadas por técnicos.
Nº de aplicações de antiparasitário em cães e gatos (controle parasitário) – NVPA	171	1.281	-24,98	As Ações de controle parasitário desenvolvidas pelo NVPA são realizadas durante trabalhos comunitários executados pelo setor. A SEDA passou a realizar esta atividade desde setembro/2012
Nº de aplicações de antiparasitário em cães e gatos (controle parasitário) – SEDA	790			
Microchipagens realizadas – SEDA	841	156*	439,10	
No de amostras de animais enviadas para exame sorológico de LEPTOSPIROSE	-	-	-	Esta atividade não está implementada no setor.
No de amostras enviadas para exame sorológico de LVC	5	111	-95,50	Foram encaminhadas amostras de todos os animais notificados como suspeitos
Nº de Orientações dadas para LVC	2	-	-	Orientações aos proprietários dos

				animais coletados
Tungíase – Orientações sanitárias dadas	2*	-	-	Comunidades trabalhadas
Tungíase – Controle Parasitários nos animais específico.	279	-	-	Aplicação de antiparasitário (ivermectina) para controle do parasito nos cães.
Vistorias técnicas zoossanitárias	27	17	58,82	
Ações fiscais zoossanitárias	630	631	-0,16	
Ações fiscais Estabelecimento Veterinários – liberação alvará	6	-	-	Ação de vistoria para fornecimento de alvará sanitário
Nº Notificações Lavradas	32	57	-43,86	
Nº Autos de Infração Exarados	7	14	-50,00	
Interdições / suspensão de Atividades	---	---	-	
Castração de cães e gatos realizadas – SEDA	980	79*		Esta atividade é de competência da SEDA desde setembro/2011

Fonte: Banco de dados NVPA/EVZ/CGVS

\*Realizado pelo NVPA

Nenhum alimento/ produto foi apreendido pela equipe nesse quadrimestre.

### Inquéritos de Mordedura

São informações referentes a acidentes/ agravos causados por mamíferos: espécie envolvida, condição de saúde e de domicílio do animal, gravidade do acidente. Tem como objetivo garantir a observação de cães e gatos mordedores; encaminhar cães e gatos agressores que tenham vindo a óbito para exame laboratorial de raiva e orientação de pacientes quanto a condutas referentes aos

animais. Em caso de cães agressivos mal domiciliados, é realizada ação de fiscalização no local.

### **Ações comunitárias**

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

As ações são realizadas, frequentemente, em parceria com os profissionais de saúde das Unidades Básicas; em alguns casos – de maior complexidade – há o envolvimento de outras instituições (UFRGS, Secretaria Estadual de Saúde). Estão incluídas neste item as atividades de reuniões e palestras realizadas nas comunidades; ações comunitárias com aplicação de antiparasitário e visitas domiciliares realizadas por técnicos do setor.

### **Ações Fiscais Zoossanitárias**

Possui caráter orientativo/ fiscalizatório, atua em situações de criações irregulares de animais domésticos, condições de segurança de residências que possuem animais de potencial agressivo entre outras situações que possam causar risco à saúde.

### **Microchipagem em cães**

Atividade que vinha sendo realizada pelo NVPA, associada principalmente à ação de esterilização de cães e gatos, adoção de animais no canil municipal e colheita de material para diagnóstico de Leishmaniose. A partir de setembro de 2011, os procedimentos de esterilização e adoção de animais foram repassados à SEDA. Esta secretaria passou a utilizar o espaço físico anteriormente ocupado pelo NVPA absorvendo a maioria das ações referentes a microchipagem de animais.

## **Leishmaniose Visceral Canina (LVC)**

A atividade do NVPA continua sendo vinculados à notificação por médicos veterinários de casos suspeitos ou confirmados que serão comprovados através de novo exame em laboratório oficial para desencadear medidas de controle. No último quadrimestre de 2011, um novo caso, procedente de Brasília, foi coletado e confirmado no laboratório oficial. Foram implementadas as ações de controle (encoleiramento do animal) e orientação da família. O referido cão foi encaminhado à eutanásia pelos proprietários.

Em 2012, houve colheita de material de animais considerados suspeitos em dois locais do município. Nenhum dos animais coletados apresentou resultado positivo.

### **Raiva**

Tendo em vista a situação epidemiológica da Raiva no RS, onde o último caso canino (variante 1/2) ocorreu em 1981, o NVPA vem procurando ampliar e qualificar a vigilância desta zoonose aumentando o número de amostras de morcegos enviadas para diagnóstico de raiva e realizando bloqueio vacinal antirrábico em todos os casos positivos. Além disso, o Núcleo tem trabalhado em parceria com outras instituições (SMAM, CEVS) para orientar adequadamente as demandas referentes a estes mamíferos.

### **Tungíase**

A vigilância e controle da tungíase foram realizados durante muito tempo pelo Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores, tendo esta atividade sido suspensa quando aumentou o risco de Dengue autóctone no município. Diante disto, o NVPA tem buscado implementar algumas ações de vigilância da tungíase, buscando atender as demandas das comunidades e atuando principalmente na orientação de manejo ambiental e controle do parasito no hospedeiro canino. Esta atividade vem sendo desenvolvida em parceria com a comunidade e com a Unidade de Saúde local.

## 10.2.5. Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores – NVRV

**Tabela 106:** Pesquisa de Triatomíneos

Realizar pesquisa de Triatomíneos. (NVRV) PAVS 85	Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Nº de visitas	1 visita PIT/ mês	16	16	-

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

**Tabela 107:** Vigilância de Flebotomíneos

Realizar vigilância e estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose (LTA e LV) .(NVRV) PAVS 80	Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Nº de casos	Em 100 % dos casos confirmados	4	13	-69,23

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

### **Vigilância do Vetor da Doença de Chagas – Realizar pesquisa de Triatomíneos.**

Atualmente, existem quatro Postos de Informação de Triatomíneos (PITs) em Porto Alegre instalados estrategicamente, em áreas de mata nativa: na UBS Belém Novo, na ESF Ponta Grossa, na ESF Paulo Viaro e na ESF Pitinga. A meta pactuada foi a visita mensal de cada PIT.

Visando divulgar a possibilidade de ocorrência de barbeiros nas residências próximas das áreas de mata e orientar medidas de prevenção da doença de Chagas, visitas domiciliares foram realizadas, no período de janeiro a abril, pelos agentes de saúde das ESFs supracitadas, nessas áreas de risco.

Em janeiro, foram recebidos três exemplares de *Panstrongylus megistus*, provenientes dos bairros Campo Novo, Ponta Grossa e Ipanema. As fezes do barbeiro, proveniente deste último bairro, foram analisadas e as mesmas não

estavam infectadas com *Trypanosoma cruzi*. Nas três residências, onde foram encontrados os barbeiros, foram realizadas inspeções e efetuadas orientações aos moradores.

### **Vigilância e estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose (LTA e LV).**

Em relação à LTA, no primeiro quadrimestre de 2012, não houve notificação de casos humanos da LTA. Por isso, não foram realizadas coletas de flebotomíneos para corroboração de casos.

No que diz respeito à Leishmaniose Visceral Canina, foram realizadas quatro capturas de flebotomíneos, com três armadilhas luminosas, tipo CDC, (desenvolvida pelo Centro de Controle de Doenças de Atlanta), em duas noites consecutivas dos meses de fevereiro e de abril de 2012, objetivando monitorar área com comprovação de casos em 2010 e incriminar as espécies vetoras. Até o presente momento, no município de Porto Alegre, não foi encontrada a espécie de flebotomíneo *Lutzomyia longipalpis*, principal vetor da LV no Brasil.

### **Fiscalizações e atendimento a denúncias**

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

**Tabela 108-** Dados de fiscalização

<b>Fiscalizações</b>	<b>1º quadrimestre 2012</b>	<b>1º quadrimestre 2011</b>	<b>Variação %</b>
<b>Número de Vistorias Técnicas</b>	1.251	1.333	-6,15
<b>Nº de Notificações</b>	155	177	-12,43
Nº de Autos de Infração	14	10	40,00

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

## Vigilância da Leptospirose e Controle de Roedores

**Tabela 109** Dados da vigilância de leptospirose e controle de roedores

<b>Leptospirose e Controle de Roedores</b>	<b>1º quadrimestre 2012</b>	<b>1º quadrimestre 2011</b>	<b>Variação %</b>
<b>Vigilância da Leptospirose - Inquéritos</b>	12	18	- 33,33
<b>Vigilância Mordedura de Rato</b>	2	5	-60,00
<b>Desratizações</b>	907	758	19,66
<b>Desratizações Comunitárias</b>	7	8	-12,50
<b>Visitas Domiciliares</b>	563	733	-23,19

FONTE: Banco de dados NVRV/ CGVS/ SMS

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

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

**Tabela 110:** Relação das reclamações recebidas e atendidas pela EVQA

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta CIB	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
N de Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	348	332	4,82
	Atendidas		380	357	6,44
	% atendidas em relação às recebidas		111,11	107,53	3,33
	% meta atingida		100	100	-
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		244	232	-

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

### Reclamações atendidas

Entendem-se as reclamações atendidas e finalizadas no período, mas que podem ter ingressado (recebidas) na equipe em períodos anteriores, uma vez que as demandas, conforme sua complexidade, possuem diferentes tempos e processos no seu atendimento. Por isso, os números destes indicadores não são iguais, podendo preponderar um ou outro em cada período. Cada reclamação exige em média duas vistorias com prazo de 15 dias cada.

A equipe também realiza atendimentos prestando orientações técnicas e informações via e-mail, telefone ou pessoalmente.

O dado referente à variação não é válido para avaliar a produtividade da equipe, já que a demanda é imprevisível e tem origem na população.

**Tabela 111** Dados de fiscalização

Indicador	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Número de vistorias/inspeções realizadas	669	507	31,95
Nº Notificações Lavradas	227	198	14,65
Nº Autos de Infração Exarados	16	6	166,67

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

### Notificações

No total de notificações lavradas foram incluídas as orientações técnicas, que somam 98 no 1º quadrimestre de 2012 e 87 no mesmo período de 2011.

#### Quadro 45- Inspeção das ETAS do DMAE

Inspeção das Estações de Tratamento de Água do DMAE N 7 PAS 44 CIB 250/07		Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Nº ETAS	Inspeccionadas	Inspeção de 100% das Estações de Tratamento de Água do DMAE, por ano.	0	0	-
	% meta atingida		0	0	-

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

No cronograma municipal do SISÁGUA as inspeções nas sete ETAs ocorrem no segundo semestre.

**Quadro 46** Outras metas pactuadas pela EVQA não contempladas plenamente na PAS

<b>Indicador</b>	<b>Meta Pactuada</b>	<b>1º quadrimestre 2012</b>	<b>Observações específicas</b>
<p>Nº. de análises de cloro residual livre, turbidez e bacteriológicas para fins de vigilância e monitoramento da qualidade da água realizada.</p> <p>(EVQA) SISPACTO – PACTO DE GESTÃO 33</p>	<p>1908/ano - 50% (954) de realização de análises</p>	<p>636</p>	<p>Estas análises respondem à exigências da Portaria MS/GM - 2914/2011, que prevê análise sistemática de diversos parâmetros físico-químicos e microbiológicos, para verificar e garantir a potabilidade da água.</p>
<p>Envio de relatório semestral (2 ao ano) com informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIAGUA, conforme modelo padronizado pela CGVAM e adaptado pela DVAS/CEVS/SE S/RS</p> <p>(EVQA) PAVS 64</p>	<p>1 relatório semestral (2 anuais)</p>	<p>1 relatório em janeiro</p>	<p>Os relatórios semestrais do Vigiágua são enviados nos meses de Janeiro e Julho de cada ano.</p>
<p>Nº de relatórios mensais de controle da qualidade da água dos SAA cadastrados,</p>	<p>Alimentar em 50 % os dados no SISÀGUA</p>		<p>O número de relatórios mensais de controle da qualidade da água não está associado a uma atividade da equipe de águas, a responsabilidade do envio desses relatórios à Vigilância é do DMAE. O DMAE costuma enviar todos os relatórios conforme</p>

recebidos e digitados no SISAGUA conforme Portaria nº 518/2004 (EVQA) PAVS 65		28	preconizado no Vigiágua.
---	--	----	--------------------------

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

**Floração de algas no lago Guaíba** - Desde meados do mês de março, o gosto e o cheiro da água consumida na cidade está alterada em função da proliferação de cianobactérias no Lago Guaíba. Trata-se de um problema ambiental que afeta também grande parte das águas superficiais do estado, dentre elas a bacia do Guaíba.

A Vigilância da Qualidade da Água/CGVS/SMS monitora regularmente a água distribuída pelo DMAE à população de Porto Alegre e diante da atual situação, esclarece o que segue.

Conforme a Portaria 2914/2011-MS/GM as análises de cianotoxinas somente devem ser realizadas quando a densidade de cianobactérias estiver acima de 20.000 cél./ml. As coletas de vigilância dos dias 27/02/2012 e 13/03/2012 apresentaram índices de cianobactérias abaixo desta densidade, por isso não foi necessária a análise de cianotoxinas. Somente após o dia 04 de abril é que foi detectado pelo DMAE número superior a 20.000 células/ml.

O DMAE, por sua vez, realizou coleta para análise de cianofíceas nos dias 04; 12 e 18/04/2012; em cujos resultados se verifica que **não foi detectada** a presença de microcistina e outras cianotoxinas na água.

É importante ressaltar para segurança da população que nunca foi observada a presença de cianotoxinas na água tratada de Porto Alegre.

Neste ano as ETAs que estão apresentando maior problema são Menino Deus e Tristeza. Conforme o DMAE, as ETAs São João, Moinhos de Vento e Belém Novo não tem processo de floração significativo, contrariando o histórico.

A coleta de vigilância do dia 10/05 terá resultados em 15 ou 20 dias. Em anexo resultados das análises do DMAE das datas acima referidas.

## Demonstrativo das ações desenvolvidas pela Vigilância Ambiental

**Quadro 47** Relação das reclamações recebidas e atendidas pela EVSA

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. CIB 250		Meta CIB	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Reclamações e Denúncias	Recebidas	70% de atendimento das reclamações	27	18	50,00%
	Atendidas		20	18	11,11%
	% atendidas em relação às recebidas		74,07%	100%	-25,93%
	% meta atingida		100%	100%	0
	N – nº. atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		19	13	46,15%

Fonte: Banco de dados EVSA/ CGVS/ SMS

**Quadro 48** Dados de fiscalização

Indicador	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	Variação %
Número de vistorias/inspeções realizadas	23	13	76,92%
Nº Notificações Lavradas	2	0	-
Nº Autos de Infração Exarados	0	0	0
Nº Processos de licenciamento analisados	11	5	120,00%

Fonte: Banco de dados EVSA/ CGVS/ SMS

Quadro 49 Metas da Programação Anual de Saúde de ações e serviços realizados pela EVSA

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	1º quadrimestre 2012	
45. Fiscalizar 100% das solicitações de licença para funcionamento das estações de Rádio base. (EVSA)	3	100% das viabilidades de ERB'S analisadas
48. Manter a fiscalização dos ambientes livres de tabaco em 100% das inspeções nos ambientes de interesse à saúde. (EVSA)	2	100% denúncias atendidas.

Fonte: Banco de dados EVSAT/ CGVS/ SMS

**Tabela 112-** Outras notificações SINAN

Indicador	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011
Casos de outras doenças e agravos notificados SINAN*	7	7

Fonte: Banco de dados EVSAT/ CGVS/ SMS

Os hospitais sentinelas (Pavilhão Pereira Filho e HCPA) estão apresentando dificuldades para notificar. Já foram realizados vários contatos com os responsáveis na tentativa de resolução desses problemas.

**Tabela 113** Outras atividades desenvolvidas pela EVSAT

Indicador	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011
Nº de fichas de notificação / VIGIAR	19	46
Participação em reuniões do conselho de Ética	8	3
Participação em reuniões técnicas em saúde do trabalhador	0	6

Fonte: Banco de dados EVSAT/ CGVS/ SMS

## 10.3 DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

### Programa de Controle de Tabagismo

A prevalência de Tabagismo em Porto Alegre é de **22,6** (Vigitel 2011), considerado um percentual alto comparado com as demais capitais.

O Programa de Controle do Tabagismo da Secretaria de Saúde de Porto Alegre(SMS) visa à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco relacionadas.

**Tratamento:** visa prevenção de doenças na população através de ações que estimulem os fumantes a deixarem de fumar, adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas.

Oferece tratamento para os pacientes tabagistas que desejam parar de fumar. O tratamento é realizado através de grupos de “**Abordagem Cognitivo Comportamental**” e este é constituído de quatro encontros sendo um por semana durante quatro semanas. No decorrer destes encontros é feita a avaliação clínica do paciente e verificado o grau de dependência do tabaco, dependendo desta avaliação, será prescrito o medicamento mais adequado, entre eles o cloridrato de bupropiona 150mg, Adesivos de 21mg, 14mg, 7mg , goma e pastilha de nicotina. A medicação só será fornecida para quem **for tabagista** e que deseja parar de fumar, morador de Porto Alegre, participante dos quatro encontros do grupo

As medicações **não** são compradas pela Secretaria Municipal de Saúde e sim, fornecida pelo Ministério da Saúde que distribui para os municípios que realizam as ações do programa de controle do tabagismo, conforme portaria N° 442 de 13 de agosto de 2004.

Alertamos que monitoramento do consumo desta medicação é realizado pela coordenação municipal do Controle do Tabagismo por meio relatórios trimestrais que são encaminhados para o INCA (Instituto Nacional do Câncer). Nele consta dados referentes aos pacientes do programa de controle do tabagismo, consumo de medicamento, quantitativo, assiduidade , abstinência e outros.

O Programa de controle do tabagismo da Secretaria Municipal de Saúde está descentralizado com 86 unidades cadastradas para atender o usuário da rede de saúde que deseja parar de fumar.

**Tabela 114- Atendimento realizado no 1º trimestre de 2012.**

Descrição do item	Período 1º trimestre				Variação	
	Ano 2012		Ano 2011		2012/2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pacientes atendidos	304		274		30	11%
Pacientes sem fumar	103	34%	145	52%	-42	-28%

Fonte CGRAPs/Coordenação do Programa de Controle do Tabagismo

**OBS. O relatório do Programa de Controle do Tabagismo continua sendo trimestral, pois o INCA (Instituto Nacional do Câncer), não mudou o cronograma dos relatórios.**

Dos 304 pacientes atendidos em 2012, 103 (34%) deixaram de fumar.

Dos 274 pacientes atendidos em 2011, 145 (52%) deixaram de fumar.

No 1º trimestre de 2012 participaram dos grupos 304 pacientes fumantes.

Historicamente este trimestre é o período de pouca demanda, pois a maioria dos usuários assim como os profissionais encontram-se em férias.

Algumas unidades não enviaram os dados conforme cronograma. A falta desses dados compromete o recebimento de medicamentos do Ministério da Saúde.

**Quadro 50 Metas anuais constantes na PAS.**

<b>Metas anuais constantes na PAS</b>		<b>Observações específicas</b>
Previsto 2012	Realizado 1º *quadrimestre	
60. Manter 100% dos Serviços de Saúde da SMS com o programa "Unidades Livres do Tabaco" implantado, seguindo os moldes do INCA, até 2013. Manter 100% dos serviços de Saúde da SMS com o programa "Unidades Livre do Tabaco" implantado.	Unidades de saúde monitoradas. As Unidades estão livres do tabaco.	Usuários e servidores fazem uso do tabaco ao redor da unidade de saúde, inclusive na frente da unidade. Precisa manter um processo educativo com os usuários e servidores para não fazer uso do tabaco próximo da unidade de saúde. <b>A legislação proíbe o uso do tabaco apenas em recinto fechado.</b>
61. Ampliar o número de unidades cadastradas (no serviço 119 do CNES) com Programa de Controle do Tabagismo ativo aos moldes do INCA, de 24 para 70 (66%) até 2013.	*O número de serviços cadastradas ativos, ou seja, realizando grupos foram 25 unidades.	O número de 25 unidades foi referente ao 1º trimestre de 2012, pois o INCA (Instituto Nacional do Câncer) solicita relatório trimestrais.

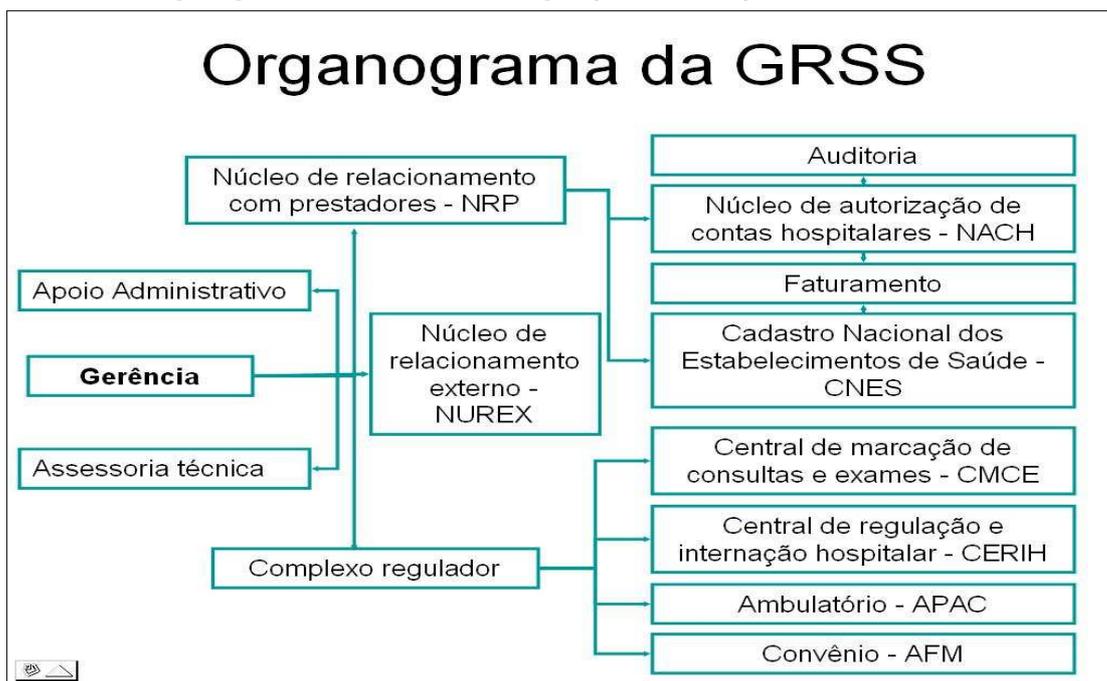
**FONTE:** Programa de Controle do Tabagismo/ CAPSES/SMS Esses dados são referentes ao primeiro trimestre de 2012.

\*

## 11. REGULAÇÃO DO SUS

A Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde é a unidade, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, responsável por regular os fluxos dos usuários nos serviços de saúde disponíveis, tanto para a população municipal como também para a população referenciada de outros municípios para Porto Alegre. Conta, atualmente, com os serviços de regulação hospitalar (CERIH), regulação ambulatorial e exames especializados (CMCE), Comissão de Saúde, Núcleo de Relacionamento e Contratos com os Prestadores (NRP), Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Núcleo de Avaliação e Controle Hospitalar (NACH), Núcleo de Relacionamento Externo (NUREX), Núcleo de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APACS), Setor de Auditoria, Faturamento e Apoio Administrativo.

**Quadro 51** Organograma da Gerência de Regulação de Serviços da SMS/POA.



As principais estratégias da GRSS destacadas no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 estão sendo acompanhadas conforme o proposto na Programação Anual de Saúde 2012 (PAS 2012). Veja, a seguir, o quadro que analisa as metas da nona (9ª) diretriz - Regulação e suficiência na contratação para a rede de serviços do SUS:

**Quadro 52** Metas PAS 2012

<b>Metas PAS 2012</b>	<b>Realizado no 1º Quadrimestre</b>	<b>Observação Específica</b>
121. Regular, através de um Sistema Informatizado, 90% das internações em leitos de UTI – SUS.	46% dos prestadores que possuem leitos de UTI estão regulados no sistema informatizado.	<p>O Sistema Informatizado para a regulação das internações dos leitos de UTI foi implantado na SMS;</p> <p>Os reguladores e demais profissionais (internos e externos) envolvidos neste processo foram capacitados para atender a este formato de regulação;</p> <p>Os prestadores que ainda não possuem os leitos de UTI regulados no SI (Tabela 1) estão aguardando a integração entre os sistemas próprios e o utilizado pela SMS;</p> <p>Ingressaram três novos médicos reguladores e saiu uma enfermeira da central de regulação de internações hospitalares neste quadrimestre, mas ainda aguarda-se o ingresso de mais servidores para realizar a regulação dos hospitais que ainda não estão no SI.</p>
122. Regular, através de um Sistema Informatizado, 90% das internações hospitalares oriundas das emergências.	46% dos prestadores que possuem emergência SUS estão informatizados.	<p>O Sistema Informatizado para a regulação das internações oriundas das emergências foi implantado na SMS;</p> <p>Os reguladores e demais profissionais (internos e externos) envolvidos neste processo foram capacitados para atender a este formato de regulação;</p> <p>Os prestadores que ainda não possuem as internações oriundas das emergências regulados no SI (Tabela 1) estão aguardando a integração entre os sistemas próprios e o utilizado pela SMS;</p> <p>Ingressaram três novos médicos reguladores e saiu uma enfermeira da central de regulação de</p>

		<p>internações hospitalares neste quadrimestre, mas ainda aguarda-se o ingresso de mais servidores para realizar a regulação dos hospitais que ainda não estão no SI;</p> <p>Neste momento estudam-se os critérios que serão estabelecidos para o ingresso de pacientes nos leitos de retaguarda das emergências.</p>
<p>123. Regular, através de um Sistema Informatizado, 90% das internações hospitalares.</p>	<p>53% dos prestadores hospitalares que possuem leitos SUS estão regulados por SI.</p>	<p>O Sistema Informatizado para a regulação das internações hospitalares foi implantado na SMS;</p> <p>Os reguladores e demais profissionais (internos e externos) envolvidos neste processo foram capacitados para atender a este formato de regulação;</p> <p>Os prestadores que ainda não possuem as internações hospitalares regulados no SI (Tabela 1) estão aguardando a integração entre os sistemas próprios e o utilizado pela SMS;</p> <p>Os prestadores que não possuem sistemas próprios de regulação interna estão utilizando o sistema adotado pela SMS, não necessitando neste caso de integração;</p> <p>Ingressaram três novos médicos reguladores e saiu uma enfermeira da central de regulação de internações hospitalares neste quadrimestre, mas ainda aguarda-se o ingresso de mais servidores para realizar a regulação dos hospitais que ainda não estão no SI;</p> <p>Os fluxos de internação hospitalar já foram definidos pela SMS e a medida que inicia-se a regulação hospitalar num novo prestador ocorrem reuniões para o alinhamento dos mesmos.</p>
<p>124. Alcançar a proporção de 50% de internações de caráter eletivo.</p>	<p>20 % de internações com caráter eletivo.</p>	<p>Estima-se que com o avanço da regulação nas consultas especializadas, bem como nas emergências, ocorrerá ampliação do acesso da população ao atendimento desejado, aumentando a proporção de internações de caráter eletivo e diminuindo a procura pelas emergências;</p> <p>Estamos discutindo critérios mais rígidos para o</p>

		<p>bloqueio de agendas de consultas especializadas ofertadas pelos prestadores hospitalares e centros de saúde, resultando no aumento da oferta para a população;</p> <p>Na apresentação das contas hospitalares com caráter eletivo ao NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) exige-se o número da regulação gerado através da consulta especializada;</p> <p>Na apresentação das contas hospitalares com caráter de urgência, quando não justificado o acesso por este critério ocorre o bloqueio do pagamento.</p>
125. Regular, através de um Sistema Informatizado, 95% das primeiras consultas especializadas.	100% da oferta de consultas médicas especializadas estão reguladas no SI.	<p>Neste momento realiza-se o planejamento para a regulação da oferta de primeiras consultas especializadas não médicas (multidisciplinar);</p> <p>Na solicitação de internação com caráter eletivo ao CERIH (Central de regulação de internação hospitalar) exige-se o número da regulação gerado através da consulta especializada para que seja autorizada;</p> <p>Na apresentação das contas hospitalares com caráter eletivo ao NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) exige-se o número da regulação gerado através da consulta especializada;</p> <p>Aguarda-se a integração entre os sistemas próprios dos prestadores e o sistema utilizado pela SMS para que se possa controlar a efetividade das consultas realizadas e a ociosidade das mesmas.</p>
126. Controlar 100% das transferências de consultas de consultas.	100% das transferências de consultas controladas.	Através do sistema informatizado, inviabilizaram-se as transferências de consultas (documento de substituição), tendo em vista que a consulta que não será utilizada pelo paciente, quando comunicado em tempo hábil retornará ao SI para ser beneficiado o próximo da fila de espera.
127. Regular, através de um Sistema	0% das interconsultas e reconsultas hospitalares reguladas no SI.	A regulação das interconsultas e reconsultas hospitalares somente será possível após a integração entre os sistemas próprios dos

<p>Informatizado, 50% das interconsultas e reconsultas hospitalares.</p>		<p>prestadores e o sistema utilizado pela SMS. Estima-se que após a conclusão da integração no âmbito da internação, iniciarão os testes para o módulo das consultas até o final de 2012;</p> <p>Na apresentação das contas hospitalares com caráter eletivo ao NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) exige-se o número da regulação gerado através da consulta especializada.</p>
<p>128. Reduzir para 5% os bloqueios de agendas pelos prestadores conforme estabelecido na contratualização.</p>	<p>7,6% de bloqueios de agendas pelos prestadores</p>	<p>Esta estabelecido em contrato com os prestadores a meta de no máximo 5%/ano de bloqueio das agendas;</p> <p>Mensalmente os bloqueios solicitados são analisados pela CMCE (Central de marcação de consultas e exames);</p> <p>Foram definidos critérios para a autorização ou recusa dos bloqueios solicitados pelos prestadores;</p> <p>Quando ocorre a autorização de um bloqueio, exige-se que o prestador remaneje a oferta para o</p> <p>Prioriza-se junto aos prestadores a distribuição dos bloqueios por motivos de férias ao longo do ano, evitando-se a redução da oferta nos períodos de Janeiro, Fevereiro e Julho.</p>
<p>129. Contratualizar 95% dos prestadores de serviços hospitalares não próprios.</p>	<p>93% de prestadores de serviços hospitalares não próprios contratualizados.</p>	<p>Somente não esta contratualizado o Hospital Parque Belém, mas negociações estão sendo realizadas para a conclusão do mesmo;</p> <p>Realizam-se reuniões com a presença dos segmentos necessários para o estabelecimento de planos operativos dos prestadores;</p> <p>Discuti-se com o gestor a necessidade do aumento dos recursos financeiros para a renovação e contratualização dos prestadores;</p> <p>Aguarda-se o ingresso de novos servidores para compor o quadro do NRP (Núcleo de relacionamento com os prestadores), afim de que possa ser agilizado os processos de renovação dos contratos não vigentes.</p>
<p>130. Contratualizar</p>	<p>29% dos prestadores de serviços ambulatoriais</p>	<p>Somente os prestadores de serviços ambulatoriais não próprios vinculados aos</p>

<p>90% dos prestadores de serviços ambulatoriais não próprios.</p>	<p>riais não próprios estão contratualizados</p>	<p>prestadores hospitalares contratualizados possuem contrato;</p> <p>Atualmente, os serviços ambulatoriais não próprios e não vinculados aos prestadores hospitalares aguardam a conclusão do processo de chamamento público que viabilizará a contratação;</p> <p>Aguarda-se o ingresso de novos servidores para compor o quadro do NRP (Núcleo de relacionamento com os prestadores).</p>
<p>131. Reduzir em 20% o tempo médio de espera para o agendamento das primeiras consultas especializadas da rede primária de saúde através da CMCE.</p>	<p>Não mensurável.</p>	<p>Neste momento o SI não possibilita a mensuração deste dado. Já foi solicitada a empresa a inclusão deste relatório, mas ainda não foi implementado. Mesmo existindo a possibilidade de mensuração, o dado não seria real, tendo em vista que ainda existe demanda reprimida nos centros de saúde que ainda não foram incluídas no SI, devido ao volume e a falta de servidores nestes locais. Mutirões para esta finalidade já foram organizados pela CAPSES;</p> <p>Estamos realizando reuniões de negociação com os prestadores para que os mesmos tenham conhecimento da necessidade do aumento da oferta de consultas em determinadas especialidades com demanda reprimida;</p> <p>Atua-se na redução do número de bloqueio das agendas ofertadas pelos prestadores;</p> <p>Estamos participando juntamente com o estado da elaboração da PPI (Programação pactuada e integrada), para que sejam estabelecidas as referências estaduais para Porto Alegre.</p>
<p>132. Reduzir o tempo médio de espera para igual ou menor que 45 dias no agendamento dos exames</p>	<p>Não mensurável.</p>	<p>Neste momento o SISREG não possibilita mensurar o tempo médio de espera para o agendamento dos exames especializados;</p> <p>Estamos realizando o planejamento da transição dos agendamentos de exames do SISREG para o SI da SMS, o que possibilitará a mensuração deste dado e a criação de estratégias para a redução do mesmo;</p>

<p>especializados de pacientes atendidos na rede de atenção primária de saúde</p>		<p>Estamos realizando reuniões de negociação com os prestadores para que os mesmos tenham conhecimento da necessidade do aumento da oferta de exames especializados que possuem maior demanda;</p> <p>Protocolos clínicos estão sendo pensados para a priorização do agendamento de exames que possuem maior demanda pela atenção primária.</p>
<p>133. Revisar 95% das contas hospitalares de alto custo no NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) dentro do mês de competência.</p>	<p>100% das contas de alta complexidade de foram avaliadas sob o ponto de vista médico e administrativo.</p>	<p>As contas são encaminhadas ao NACH e inicialmente são classificadas sob o ponto de vista de complexidade (avaliação administrativa). Após, são conferidos os dados informados para a CERIH no momento do ingresso do paciente no prestador e confrontados com a prova documental enviada (avaliação médica);</p> <p>Aguarda-se o ingresso de novos servidores no NACH, para que possa ser realizada uma análise mais detalhada das contas recebidas, tanto da média como da alta complexidade;</p> <p>Reuniões semanais são realizadas para definir as estratégias de implantação do SI da SMS no NACH, o que viabilizará a pré-autorização dos procedimentos eletivos principais e secundários solicitados pelos prestadores.</p>
<p>134. Bloquear 80% do pagamento das contas hospitalares sem a devida regulação.</p>	<p>100% de bloqueio de pagamento de contas hospitalares sem a devida regulação</p>	<p>As contas de caráter eletivo sem a devida regulação têm o seu pagamento bloqueado pelo NACH no momento da apresentação da conta;</p> <p>O CERIH realiza o cancelamento das solicitações de internações eletivas sem a devida regulação dos prestadores que possuem seus leitos hospitalares no SI;</p> <p>Reuniões semanais são realizadas para definir as estratégias de implantação do SI da SMS no NACH, o que viabilizará a autorização prévia dos procedimentos eletivos principais e secundários solicitados pelos prestadores;</p> <p>Os autorizadores e demais profissionais (internos e externos) envolvidos neste processo serão capacitados para atender a este formato de regulação quando iniciar a implantação do SI</p>

		da SMS no NACH.
135. Acompanhar 100% dos contratos com prestadores, através da Comissão de acompanhamento.	44% dos contratos com prestadores acompanhados conforme portaria que define as CPACs.	As CPACs (Comissão permanente de acompanhamento de contratos) já foram nomeadas; Os prestadores que não estão contemplados nos 44% de acompanhamento ainda não tiveram as suas reuniões agendadas, porém os membros nomeados do segmento da SMS já realizaram os relatórios necessários; Os contratos deverão ser acompanhados trimestralmente pelas CPACs através de reuniões com os componentes nomeados (Segmentos SMS, SES, corpo docente, corpo discente, representante hospitalar e usuário) em datas pré-definidas pelos mesmos.
136. Atualizar regularmente 100% a base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde – CNES.	100% de estabelecimentos e de profissionais cadastrados e atualizados no CNES e exportados ao MS.	Base atualizada e exportada ao MS mensalmente dentro do prazo das competências; A base do CNES é importada para o SI da SMS mensalmente, afim de atualizar os dados referentes aos estabelecimentos de saúde e profissionais; A base referente aos estabelecimentos hospitalares é atualizada pelos próprios estabelecimentos e enviada mensalmente a SMS através de fluxo pré-estabelecido. Quando solicitado pelo gestor, vistorias são realizadas para aferir os dados informados.
137. Reduzir o absentismo das consultas e exames especializados em 10%.	Não mensurável.	Este dado somente será mensurável após a integração dos sistemas de regulação próprios dos prestadores hospitalares com o SI da SMS, o qual deverá ocorrer até o final de 2012; Através desta informação será possível atuar na redução do absentismo utilizando recursos de comunicação da consulta agendada através de torpedo SMS; Para reduzir o absentismo pensa-se em estratégias como solicitar a confirmação do comparecimento na consulta, afim de aproveitá-las para outros pacientes

		em caso de desistências.
--	--	--------------------------

Fonte: GRSS/SMS/POA, maio de 2012.

A tabela abaixo descreve os resultados informados nas metas 121, 122 e 123 por prestador hospitalar de Porto Alegre.

**Tabela 115**Regulação nos prestadores hospitalares de Porto Alegre.

<b>Prestadores</b>	<b>UTI regulada no SI</b>	<b>Emergência regulada no SI</b>	<b>Internações hospitalares no SI</b>
Hospital Vila Nova	Sim	Sim	Sim
Hospital Espírita	Não possui UTI SUS	Sim	Sim
Hospital Banco de Olhos	Não possui UTI SUS	Sim	Sim
Hospital Beneficência Portuguesa	Sim	Não possui emergência SUS	Sim
Hospital Cristo Redentor	Não	Não	Não
Hospital de Clínicas	Não	Não	Não
Hospital Fêmeina	Não	Não	Não
Hospital Presidente Vargas	Sim	Sim	Sim
Hospital Conceição	Não	Não	Não
Hospital Parque Belém	Sim	Não possui emergência SUS	Sim
Hospital Porto Alegre	Não possui UTI SUS	Não possui emergência SUS	Sim
Hospital São Pedro	Não possui UTI SUS	Não	Não
Sanatório Partenon	Não	Não possui emergência SUS	Não
Hospital São Lucas da PUCRS	Não	Não	Não
Hospital de Pronto Socorro	Sim	Sim	Sim
Instituto de Cardiologia	Não	Não	Não
Irmandade Santa Casa	Sim	Sim	Sim

Fonte: Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde.

### **11.1 Auditorias, Vistorias e Supervisões Realizadas:**

Análise mensal dos relatórios de homônimos, de divergências, e bloqueio das AIHs de todos os prestadores hospitalares que possuem faturamento SUS.

Auditoria das AIHs de todos os prestadores hospitalares que possuem faturamento SUS bloqueadas por esta equipe.

Auditoria semanal de todas as contas de pacientes internados em leitos complementares por falta de vagas na rede SUS.

Auditoria diária das contas demandadas pelo NACH e NRP de todos os prestadores hospitalares que possuem faturamento SUS.

Auditoria das queixas oriundas da Ouvidoria da SMS relacionadas a todos os prestadores SUS de Porto Alegre.

Auditoria Analítica no Hospital Cristo Redentor – Traumatologia/Rx (constatadas inconsistências no que se refere ao correto armazenamento de dados referentes a OPMs).

Comparativamente ao levantado pelo DENASUS em 2009, pode-se constatar uma sensível melhora no correto armazenamento de dados nos prontuários dos pacientes daquele hospital no que se refere ao tipo de procedimento analisado. Essa melhora demonstra a eficácia do tipo de controle realizado por aquele órgão. É, no entanto, mister que haja ainda um maior rigor no sentido de fiscalizar, quando da autorização da AIH, a correta apresentação dos laudos pré-operatórios nos casos de politraumatizados.

Auditoria Operativa AACD – Denúncia de cobrança de órteses e próteses ambulatoriais de pacientes atendidos no estabelecimento.

Na amostra analisada, não foram encontrados casos que fundamentassem a denúncia. Caso haja a indicação precisa do fato que originou aquela representação, será realizada nova auditoria.

Auditoria Operativa Parque Belém – Cobrança Administrativa.

Foi realizada, inicialmente, a Auditoria Analítica de todas as contas relacionadas e enviadas pelo prestador. Usou-se como referência a listagem enviada pelo hospital, espelho da AIH anexado junto aos prontuários, mesmo daqueles em que não havia ainda numeração de AIH, dados do ACH e do banco de dados do SIHD. Conclusão: Do valor total de R\$ 339.662,54 que está sendo cobrado pelo prestador, o valor auditado foi de R\$ 236.809,80.

Auditoria Analítica/Operativa APACs (em andamento) – Óbitos.

Auditoria Operativa LMC (Leucemia Mielóide Crônica) – em planejamento.

Procedimentos de quimioterapia da Leucemia Mielóide Crônica. Tem como resultados esperados a frequência e valor dos nove procedimentos de quimioterapia da LMC e quer calcular o volume de recursos financeiros que migrou mês a mês com a compra de *Mesilato de imatinibe* pelo Ministério da Saúde.

Auditoria Operativa Oncologia – em planejamento.

Tem como objetivo verificar a veracidade dos dados das APACS oncológicas nos principais serviços do Município, bem como comprovar a realização dos procedimentos cobrados e sua qualidade no atendimento.

### **11.2 Regulação de Serviços Ambulatoriais Especializados de Média e Alta Complexidade:**

Regulação de serviços especializados.

Regulação de serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade (informar a produtividade de consultas e exames especializados regulados pela central de regulação).

**Tabela 116** Oferta de consultas iniciais reguladas pela CMCE.

Descrição	Período	
	1º quadrimestre/2012	1º quadrimestre/2011
Oferta total (sem bloqueios realizados)	35.763 em Centros de Saúde	Dado Indisponível
	98.890 em Hospitais	96.272 em Hospitais
Total	134.653	--
Oferta real (com bloqueios realizados)	26.212 em Centros de Saúde	Dado Indisponível
	91.414 em Hospitais (7,6% Bloqueio)	88.042 em Hospitais (8,5% Bloqueio)
Total	117.626	--

Fonte: Sistema Informatizado SMS/POA.

No 1º quadrimestre de 2011 a Central de Marcação de Consultas ainda não estava integrada ao Sistema Informatizado da SMS e o programa até então utilizado não emitia resultados compilados, tendo que ser feito manualmente, o

que deixaria margens para erros, portanto não há como informar estes dados neste período.

Do total da oferta de consultas especializadas, 100% das consultas dos Centros de Saúde e 55% da oferta hospitalar de consultas são para Porto Alegre. Mesmo com a oferta exclusiva dos Centros de Especialidades para os municípios, um problema evidenciado neste quadrimestre foi o importante percentual de bloqueio de agendas dos especialistas destes Centros (Tabela 113).

**Tabela 117** Bloqueio de agendas dos Centros de Especialidades.

<b>Prestador</b>	<b>Oferta</b>	<b>Bloqueado</b>	<b>Agendado</b>	<b>% Bloqueio</b>
CS IAPI	8439	2531	2691	29,99
CS Santa Marta	17377	4826	10314	27,77
CS Vila dos Comerciários	6153	1313	2796	21,34
CS Murialdo	453	36	189	7,95
CS Bom Jesus	1376	214	1038	15,55
CS Modelo	1743	572	531	32,82
UBS Camaquã	132	48	70	36,36
SAE IAPI	16	1	13	6,25
SAE Vila dos Comerciários	74	10	46	13,51
<b>Total</b>	<b>35763</b>	<b>9551</b>	<b>17688</b>	<b>26,71</b>

Fonte: Sistema Informatizado da SMS/POA.

**Tabela 118** Oferta de exames.

<b>Descrição</b>	<b>Período</b>	
	<b>1º Quadrimestre 2012</b>	<b>1º Quadrimestre 2011</b>
<b>Oferta de exames</b>	9.464	Dado Indisponível

Fonte: SISREG.

Os exames que compõem a oferta disponibilizada através do SISREG (Sistema de Regulação fornecido pelo MS) regulados através da CMCE são arteriografia, audiometria, cateterismo cardíaco, cintilografia, colonoscopia, densitometria óssea, ecocardiograma, ecografia, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, endoscopia digestiva alta, estudo eletro fisiológico, ressonância magnética, holter, mamografia, potencial evocado auditivo e tomografia.

O programa utilizado para a regulação dos exames (SISREG), não permitiu a visualização do histórico da oferta de exames de 2011. Esse programa tem

apresentado nos últimos meses muitas falhas, por isso intensifica-se o planejamento de regulação dos exames que estão no SISREG (inicialmente) no sistema informatizado adotado pela SMS, afim de que possa ocorrer uma regulação mais efetiva e transparente.

### **Regulação da Produção Hospitalar**

A regulação da produção hospitalar inclui a descrição e análise da produção hospitalar conforme definido em contratualização, bem como as internações hospitalares realizadas no período analisado. Neste primeiro quadrimestre, além da produção hospitalar analisada, a GRSS qualificou a capacidade instalada da CERIH (Central de Regulação das Internações Hospitalares), ampliando o quadro de servidores com mais três médicos reguladores.

Desde o 2º semestre de 2011 iniciou-se, de forma rigorosa, a regulação dos serviços de saúde pela GRSS. Com a regulação, pacientes que consultavam irregularmente nos hospitais e geravam internações, bem como os pacientes de outros municípios e de outros Estados que internavam em Porto Alegre, aumentando a produção dos hospitais, deixaram de fazê-lo. Logo, houve um impacto óbvio na produção das instituições que levarão algum tempo para normalizarem sua produção. Também em 2012 implantou-se o novo sistema informatizado de regulação, ao qual os hospitais estão se adequando, o que também contribui para a diminuição temporária da produção. Apesar disso, se a produção do 1º quadrimestre de 2011 for comparada a do 1º quadrimestre de 2012, identificar-se-á um aumento na produção de hospitais como o HCPA, Presidente Vargas, São Lucas da PUCRS, Beneficência Portuguesa, Parque Belém, Espírita, Vila Nova, Instituto de Cardiologia e a Unidade São Rafael.

**Tabela 119 Faturamento hospitalar dos prestadores próprios e não próprios de Porto Alegre.**

Hospitais	Período					
	1º quadrimestre/2011			1º quadrimestre/2012		
	R\$	Quantidade de proced.	Nº de proced. Contratado	R\$	Quantidade de proced.	Nº de proced. Contratado
Hospital Conceição	15.986.563,39	13.347	12.232	13.741.409,14	10.801	12.232
Hospital Fêmina	3.169.145,47	3.893	4.795	3.169.541,06	3.713	4.795
Hospital Cristo Redentor	4.090.306,53	2.604	3.227	2.712.646,85	1.642	3.227
Hospital de Clínicas	6.747.923,40	2.438	9426	16.280.990,64	6.913	10.400
Sanatório Partenon	736.197,01	369	Estadual	582.397,78	318	Estadual
Hospital São Pedro	389.309,21	345	Estadual	341.247,09	314	Estadual
Hospital de Pronto Socorro	2.732.072,10	2.332	Próprio	2.557.124,98	2.179	Próprio
Hospital Presidente Vargas	1.065.722,83	1.052	Próprio	1.608.322,28	1.657	Próprio
Hospital São Lucas da PUCRS	11.823.841,35	5.344	5.491	13.463.501,07	5.933	5.491
Hospital Banco de Olhos	556.142,77	203	1.552	83.990,25	44	1.552
Hospital Divina Providência	40.665,00	75	-	5.110,17	6	-
Hospital Benef. Portuguesa	694.578,56	409	1660	1.564.158,45	913	1612
Hospital Parque Belém	2.014.059,11	361	-	1.671.876,10	708	-
Hospital Espírita	859.955,89	970	-	1.065.399,09	1.196	1.280
Irmandade Santa Casa	18.971.835,26	7.505	7.959	17.393.060,54	6.932	7.959

Hospital Vila Nova	2.245.601,04	3.823	4586	2.915.640,07	5.004	6.319
Instituto Cardiologia	9.582.058,13	1.725	1.948	10.503.449,19	1.810	1.948
Unidade São Rafael	154.340,41	151	-	191.669,25	192	200
Total	81.860.317,46	47.845	50.928	89.851.534,00	50.275	57.173

Fonte: TABWIN e Plano Operativo dos prestadores

Justifica-se a baixa produção do HCPA no primeiro quadrimestre de 2011 pela resistência do prestador em se adequar a um controle e avaliação das contas hospitalares mais eficiente por parte do gestor, baseado no manual de avaliação de contas hospitalares preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em relação à diminuição da produção do 1º quadrimestre de 2012 em relação aos Planos Operativos (PO), além dos já citados, deve-se atentar que as internações, de um modo geral, diminuem neste período do ano, devido ao absenteísmo em consultas e em cirurgias, pelo período de férias. Mesmo assim, hospitais como o São Lucas da PUC e a Unidade São Rafael, mantiveram sua produção conforme os seus respectivos PO.

Embora se visualize uma produção abaixo do contratualizado, considerando os fatores que provavelmente influenciaram estes números, há de se observar que apesar disso o Hospital São Lucas da PUCRS ultrapassou em 8% a meta do contrato, o Hospital Conceição atingiu 88,3%, o Instituto de Cardiologia 93%, a Santa Casa 87 %, o Espírita 93,4 % e a Unidade São Rafael alcançou 96% da produção acordada. A média de cumprimento dos PO no 1º quadrimestre de 2012 dos hospitais contratualizados foi de 79%. O objetivo da GRSS é que até o último trimestre de 2012 a média de produção hospitalar seja de pelo menos 95% com os todos os hospitais devidamente regulados.

### **Internações Hospitalares por Grupos de Especialidades**

O conjunto de internações realizadas no primeiro quadrimestre de 2012 sofreu decréscimo se comparado com o mesmo período do ano anterior. Esse fato justifica-se pelo período de menor incidência de internações por causas respiratórias, se comparado com outros períodos do ano.

O aumento do número de internações de UTI Neonatal, UTI Adulto e por Trauma sugerem um aumento da gravidade dos casos que necessitam de internação. De maneira inversa, a diminuição de internações em UTI Pediátrica, em Pediatria, em Clínica Médica, Psiquiatria e por Ordens Judiciais, bem como o aumento nulo de internações em infectologia, podem sugerir a diminuição no agravamento dos casos específicos destinados a esses tipos de leitos.

**Tabela 120-** Regulação de internações hospitalares

Descrição	Período				Varição
	1° Quadrimestre 2012		1° Quadrimestre 2011		2012/2011
	Nº	%	Nº	%	Nº
UTI Neonatal	517	5,2	419	3,4	1,8
UTI Pediátrica	274	2,8	505	4,1	-1,2
UTI Adulto	1233	12,4	1115	9,2	3,2
Infectologia	239	2,4	291	2,4	0
Psiquiatria	2892	29,2	3734	30,9	-1,7
Clínica Médica	2931	29,6	3713	30,8	-1,2
Pediatria	716	7,2	1125	9,3	-2,1
Traumatologia	1003	10,2	956	7,9	2,2
Ordens Judiciais	100	1,0	190	1,5	-0,5
Total	9905	100	12048	100	- 17,8

**Fonte:** CERIH/SMS e Sistema Informatizado da SMS/POA.

Conclui-se que o incremento na regulação de serviços de saúde, por meio do processo de informatização do Sistema Municipal de Saúde, ampliou consideravelmente a capacidade de regulação e conseqüente gestão dos processos que envolvem a oferta de consultas e internações pela SMS. Estes resultados tendem a ser reproduzidos ainda no segundo quadrimestre do ano corrente, tendo em vista que o processo de integração dos Sistemas Informatizados da SMS e dos demais prestadores, bem como a informatização das unidades de saúde municipais.

## 12 HOSPITAIS PRÓPRIOS

### 12.1 Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

O Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) é uma instituição municipal, 100% SUS, voltada para a área materno-infantil, com atendimento ambulatorial e de internação na média e alta complexidade. Atende nas áreas de Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Psiquiatria feminina, onde desenvolve programas especiais nesse perfil de atendimento:

- PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO E HOSPITAL-DIA - para gestantes hipertensas e diabéticas
- PROGRAMA DE MEDICINA FETAL
- CRAI – Centro de Referência em Atendimento Infante Juvenil
- SRTN – Serviço de Referência em Triagem Neonatal
- PAIGA – Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente
- Programa de Acompanhamento dos Distúrbios da Deglutição
- Atendimento às Vítimas da Violência
- CMIPF - Centro Municipal Integrado de Planejamento Familiar
- Distúrbios da Eliminação
- CRIE – Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
- TANU – Triagem Auditiva Neonatal
- CAMMI - Centro de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis

Alguns destes programas foram destacados na PAS 2012, conforme a necessidade de qualificação e aperfeiçoamento do Hospital identificados na elaboração do Plano Municipal de Saúde 2012-2013. O monitoramento das metas da PAS 2012 para o HMIPV está descrito abaixo (**Quadro 53**) .

**Quadro 53–** Programação Anual de Saúde 2012, 1º quadrimestre.

<b>Metas anuais constantes no PAS</b>		<b>Observações específicas</b>
<b>Previsto 2012</b>	<b>Realizado 1º quadrimestre</b>	
84. Realizar os exames da fase III do SRTN- Sistema de Referência em Triagem Neonatal	12 Credenciamento do MS para Fase III do Serviço de Triagem Neonatal realizado.  13 Exames sendo realizados em amostragem inicial, para testagem.	Foi realizada a adequação de área física realizada, bem como os fluxos definidos. Houve a contratação de empresa para os testes de biologia molecular . Iniciado a realização do exame IRT. Realização do Teste do Suor – com previsão de início dia 18.06.2012.
85. Realizar 120 atendimentos para diagnóstico e tratamento ao paciente disfágico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviço de diagnóstico e tratamento fonoaudiológico ao paciente disfágico implantado.</li> <li>• Realizados 180 atendimentos para diagnóstico e tratamento ao paciente disfágico.</li> <li>• Meta atingida.</li> </ul>	
96. Implantar a Rede Cegonha para atendimento de 100% das gestantes de alto risco.	<p>2. Projetos em validação interna.</p> <p>3. Posterior submissão ao GS, CMS, CGVS e SMA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projeto arquitetônico de reforma de área física do CO/HMIPV – em fase final.</li> <li>• Projeto arquitetônico para criação da UTI Adulto Nível II – em fase final.</li> <li>• Submetida proposta de Reforma da UTI Neo ao Projeto Rede Cegonha do MS, para recurso financeiro.</li> <li>• Submetida proposta de Ambiência do Alojamento Conjunto ao projeto Rede Cegonha do MS, para recurso financeiro.</li> <li>• Levantamento de necessidades de RH.</li> <li>• Levantamento de materiais e equipamentos.</li> </ul>
97. Adequar 6 leitos da UTI Pediátrica do HMIPV.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projeto em elaboração e em validação interna.</li> <li>• Posterior submissão ao GS, CMS, CGVS e SMA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levantamento de necessidades de RH</li> <li>• Levantamento de materiais e equipamentos</li> </ul>
98. Reformar a área física do ambulatório do HMIPV, para manter 100% dos atendimentos a crianças vítimas de violência em espaço adequado e humanizado ao perfil do Centro de Referência em Atendimento Infante Juvenil (CRAI). Meta a ser atingida até 2013.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validação interna e submissão ao controle social tão logo finalize o projeto;</li> <li>• Posterior submissão ao GS, CMS, CGVS e SMA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levantamento de necessidades de RH.</li> <li>- Levantamento de materiais e equipamentos.</li> <li>- Projeto arquitetônico e memorial descritivo para reforma do CRAI em fase final.</li> </ul>

99. Aumentar de 97 para 125 leitos em 2012.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projetos em desenvolvimento e, após concluídos, será solicitado ingresso de pessoal e encaminhada aquisições e substituição de mobiliário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração do projeto de modernização do parque tecnológico e mobiliário - em elaboração.</li> <li>- Unidade de Internação Psiquiátrica – obra concluída em funcionamento.</li> <li>- Unidade de Internação Pediátrica realizado pintura para receber operação inverno e aguardando projeto arquitetônico para reforma.</li> <li>- Unidade de Alojamento Conjunto – pintura e reforma hidráulica em fase de conclusão.</li> <li>- Unidade Internação da Mulher – aguarda intervenção (pintura e reforma).</li> <li>- Levantamento de necessidades de RH.</li> <li>- Levantamento de mobiliário e equipamentos – em elaboração.</li> </ul>
100. Implantar um Centro de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis – CAMMI – no HMIPV.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta atingida.</li> </ul>	
101. Ampliar e implantar o atendimento em 4 especialidades no HMIPV:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Otorrino cirúrgica</u> – adquirido microscópio cirúrgico, nomeado profissional</li> <li>• <u>Reconstituição mamária</u>: adquiridas próteses, profissional habilitado</li> <li>• <u>Oncologia Clínica</u>: nomeado profissional</li> </ul>	<p>Dificuldades e empecilhos à consecução dessa meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aguardamos nomeação e contratação de empresa terceirizada de profissionais anestesistas.</li> <li>• otorrinolaringologista nomeada encontra-se em fase final de gestação, deverá ausentar-se por alguns meses;</li> <li>• oncologia: deverá ser construído projeto; prever área física, contratação enfermeiro e farmacêutico habilitados e especializados.</li> </ul> <p>Após projeto, submeter ao controle social, a seguir ao GS, CMS e CGVS.</p>

### 12.1.1 Produção

Tabela 121- Procedência dos atendimentos ambulatoriais no HMIPV

		I QUADRIM 2012		I QUADRIM 2011		Variação
		Nº	%	Nº	%	
Procedência	Município de POA	20.145	65,3	19.792	66,49	+2
	Outros municípios	10.705	34,7	9.973	33,51	+7
<b>Total</b>		<b>30.850</b>	<b>100</b>	<b>29.765</b>	<b>100</b>	<b>+4</b>

Fontes: Programa Procedência do AMB/SIHO.

**Tabela 122-** Procedência das internações no HMIPV

		I QUADRIM 2012		I QUADRIM 2011		Variação
		Nº	%	Nº	%	
Procedência	Município de POA	1.334	65,6	1.184	66,16	+13
	Outros municípios	700	34,4	605	33,84	+16
<b>Total</b>		<b>2.034</b>	<b>100</b>	<b>1.789</b>	<b>100</b>	<b>+14</b>

**Fontes:** Programa Procedência do AMB/SIHO .

**Tabela 123-** Demonstrativo do nº de atendimentos\* realizados, por atividade assistencial.

Unidades		I QUADRIM 2012	I QUADRIM 2011	Variação
		Nº	Nº	
Ambulatório	Nº de atendimentos	<b>23.447</b>	<b>22.051</b>	<b>+6</b>
Bloco Cirúrgico**	Nº de atendimentos	<b>459</b>	<b>468</b>	<b>-2</b>
Internações	Nº de atendimentos	<b>2.034</b>	<b>1.789</b>	<b>+14</b>
Emergência Pediátrica	Nº de atendimentos	<b>4.861</b>	<b>5.447</b>	<b>-11</b>
Triagem Obstétrica	Nº de atendimentos	<b>1.842</b>	<b>1.484</b>	<b>+24</b>
Serviços Apoio Diagnóstico	Nº de atendimentos	<b>116.263</b>	<b>89.753</b>	<b>+30</b>
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>148.906</b>	<b>120.992</b>	<b>+23</b>

**Fontes:** Programa Estatística Geral AMB/SIHO Tabwin – grupo 02 – procedimentos com a finalidade de diagnóstico\*.

\* atendimentos - considerar exames radiodiagnósticos, laboratoriais e outros, consultas médicas, procedimentos médicos e de enfermagem e outros. A diminuição ocorreu em decorrência da demissão coletiva dos funcionários FUGAST, parcialmente reposta, por servidores temporários ou inexperientes, em treinamento.

\*\* Considerados todos os procedimentos cirúrgicos realizados em Bloco Cirúrgico: obstétricos, pediátricos, ginecológicos, odontológicos, gerais, eletroconvulsoterapia, colonoscopia.

**Tabela 124** Demonstrativo de atendimentos hospitalares realizados, por serviço

Serviços		I QUADRIM 2012	I QUADRIM 2011	Variação
		Nº	Nº	
Centro Obstétrico	Partos normais	265	113	+135
	Cesarianas	154	110	+40
Bloco Cirúrgico- cirurgias/	Ginecológicas *	205	173	+18
	Pediátricas (0 a 12 anos)*	79	80	-1
Procedimentos	Outras*	175	215	-19

Internações	UTI Neonatal	131	126	+4
	UTI Pediátrica (até 12 anos)	35	39	-10
	Alojamento conjunto**	1.032	870	+19
	Interação Pediátrica (até 12 anos)	0	158	-100
	Interação psiquiátrica	68	67	+1
	Interação adulto mulheres***	385	340	+13
	Sala de Observação Pediátrica	403	329	+22
Outros	Exames laboratoriais	103.983	74.338	+40
	Exames radiodiagnósticos	2.622	2.547	+3
	Diagnóstico por Imagem (Ecografia)	2.677	2.264	+18
	Hemoterapia	Transfusões = 83	Transfusões = 101	-18
		Reservas cirúrg = 152	Reservas cirúrg = 126	+21
		Exs. hosp = 677	Exs.hosp = 675	+0,3
		Exs.Amb = 407	Exs. Amb = 348	+17
Total = 1319		Total = 1250	+5,5	
Exames diagnósticos em Especialidades	2.317	3.66		

**Fontes:** Programa Estatística Hospitalar AMB/SIHO, Boletim de movimentação hospitalar(BMH) e TABWIN.

\* O nº de procedimentos cirúrgicos, continua abaixo do desejado, em virtude das dificuldades nas escalas de anestesistas para o Bloco Cirúrgico.

\*\* Somados mães e respectivos recém nascidos

\*\*\* Incluídas internações na ginecologia, cirurgia geral e casa da gestante.

## Serviços Especializados

Tabela 125- CRAI - CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA INFANTO JUVENIL

CRAI	I QUADRIM 2012		I QUADRIM 2011		Variação
	N	%	N	%	
Acolhimento POA	193	36,7	224	43,3	-14
Acolhimento Interior	333	63,3	293	56,7	+14
Total *	526	100	517	100	+1,7
Consulta em Psicologia	644	30	607	30,3	+6
Consultas em Serviço Social	526	24,5	517	25,8	+2
Pacientes Periciados (DML)	414	19,3	403	20,1	+3
Consultas em Pediatria	564	26,2	476	23,8	+18
Total de Atendimentos	2148	100	2003	100	+7

Fonte: CRAI – HMIPV

\* Cada acolhimento compreende 2 consultas: de Psicologia e de Serviço Social

**Tabela 126– TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL – TANU**

<b>TANU</b>			
<b>Nº exames</b>	<b>1º QUADRIM 2012</b>	<b>1º QUADRIM 2011</b>	<b>Varição</b>
UTI Neonatal	83	93	-11
Alojamento Conjunto	402	361	11
Ambulatório	59	84	-30
Consultorias pediatria	0	3	-100
TOTAL	544	541	0,5
TANU X nascimentos	84,43%	94,73%	-11

**Fonte:** Equipe da TANU – HMIPV

## Indicadores de Desempenho Pactuados

Tabela 127– Indicadores Gerais de Produtividade

Indicadores	Unidade de medida	I QUADRIM 2012			I QUADRIM 2011			Variação
		Nº	Meta Pactuada	% da meta	Nº	Meta Pactuada	% da meta	
Boletins de Atendimentos /Dia	Nº boletins atendimentos efetivamente atendidos /dia	<b>25.481/121dias</b> <b>=210,58</b>	<b>280</b>	<b>75,2</b>	<b>23.840/120 dias</b> <b>=198,66</b>	<b>280</b>	<b>70,9</b>	<b>+6</b>
Produção Geral/Dia	Número de atendimento geral efetivo/dia	<b>31.250/121 dias</b> <b>=258,26</b>	<b>250</b>	<b>103,3</b>	<b>31.011/120 dias</b> <b>=258,42</b>	<b>250</b>	<b>103,3</b>	<b>0</b>
Procedimentos Ambulatoriais	Número de Procedimentos Ambulatoriais Realizados	<b>160.665</b>	<b>122.600</b>	<b>131</b>	<b>143.760</b>	<b>122.600</b>	<b>117,2</b>	<b>+12</b>
Absenteísmo	Percentual de absenteísmo nas consultas ambulatoriais	<b>18,3</b>	<b>24</b>	<b>131,4</b>	<b>18,1</b>	<b>24</b>	<b>132,5</b>	<b>+1</b>

Atendimentos Sala Emergência/Dia (Em.Ped + T.O.)	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	<b>6.703/121 dias</b> <b>=55,39</b>	<b>60</b>	<b>92,3</b>	<b>6.931/120 dias</b> <b>=57,75</b>	<b>60</b>	<b>96,2</b>	<b>-4</b>
Cirurgias/Dia	Número de cirurgias realizadas/dia	<b>459/80 dias úteis</b> <b>=5,74</b>	<b>18</b>	<b>31,8</b>	<b>468/79 dias úteis</b> <b>=5,93</b>	<b>18</b>	<b>32,9</b>	<b>-3</b>
Taxa de Ocupação Geral	Indica o grau de utilização do leito (%)	<b>83,6</b>	<b>70</b>	<b>119,4</b>	<b>63,1</b>	<b>70</b>	<b>90,1</b>	<b>+32</b>
Taxa de Ocupação UTI Pediátrica	Indica o grau de utilização do leito (%)	<b>89,2</b>	<b>70</b>	<b>127,42</b>	<b>56</b>	<b>70</b>	<b>80</b>	<b>+59</b>
Taxa de Ocupação UTI NEO	Indica o grau de utilização do leito (%)	<b>134,2</b>	<b>70</b>	<b>191,7</b>	<b>88,4</b>	<b>70</b>	<b>126,2</b>	<b>+52</b>

Interna ções Hospitalares	Número de Internações hospitalares realizadas	<b>2.034</b>	<b>2.360</b>	<b>114,9</b>	<b>1.789</b>	<b>2.360</b>	<b>101</b>	<b>+14</b>
Exames Radiodiagnósticos /Dia	Número de exames radiodiagnósticos realizados/ dia	<b>2.622/121 dias =21,66</b>	<b>25</b>	<b>86,6</b>	<b>2.547/120 dias =21,22</b>	<b>25</b>	<b>84,8</b>	<b>+2</b>
Aleitamento Materno	Índice percentual de crianças que receberam LM na primeira hora de vida.	<b>82,9</b>	<b>60</b>	<b>138,2</b>	<b>57,4</b>	<b>60</b>	<b>- 4,3</b>	44,4

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

**Tabela 128-** Indicadores Gerais de Qualidade

Indicadores	Unidade de medida	I QUADRIM 2012			I QUADRIM 2011			Variação
		Nº	Meta Pactuada	% da meta	Nº	Meta Pactuada	% da meta	
Média de Permanência	Tempo médio de permanência das internações hospitalares	5,69	3,5	61,5	6,28	3,5	55,73	-9
Taxa de Ocupação	Indica o grau de utilização do leito (%)	83,6	70	119,4	63,1	70	90,1	+32
Mortalidade Institucional	Nº óbitos ocorridos em pacientes atendidos em unidades de internações e emergência	10	13	130	8	13	162,5	-25
Infecção Hospitalar	Nº de infecções ocorridas em pacientes	49	80	61,2	34	80	42,5	+44
Consultas ambulatoriais	nº de consultas realizadas nos ambulatorios	23.593	30.600	77,1	22.226	30.600	72,6	+6
Média de Dietas Distribuídas	nº de dietas distribuídas	11.461	17.300	66,2	10.519	17.300	60,8	+9
Média de Refeições Distribuídas	nº de refeições distribuídas	4.901	8.000	61,2	4.672	8.000	58,4	+5

**Fontes:** TABWIN e BMH, CCIH, Serviço de Nutrição do HMIPV, Comitê de Aleitamento Materno do HMIPV

**Tabela 129-** CAPACIDADE INSTALADA ATUAL DO HOSPITAL – COMPARATIVA

ENFERMARIA	Nº Potencial de Leitos	1º QUADRIMES TRE		Variação relativa ao potencial	Variação Relativa Ao I Quadrimestre 2011
		2012	2011		
Alojamento Conjunto – 8º andar	28	22	28	-7	-7
Casa da Gestante – 7º andar	11	9	11	-18	-18
Centro Obstétrico – 10º andar	8	8	8	0	0
Ginecologia Internação – 7º andar	18	18	14	0	+29
Pediatria – 4º andar	38	0	14	-100	-100
Psiquiatria – 5º andar	24	17	19	-29	-11
Sala de Observação Pediátrica – SOP	20	10	20	-50	-50
Sala de Recuperação – 11º andar	11	11	10	0	+10
UTI Neonatal – 9º andar	24	13	24	-46	-46
UTI Pediátrica – 3º andar	12	4	10	-67	-60
<b>TOTAL DE LEITOS</b>	<b>194</b>	<b>116</b>	<b>158</b>	<b>-40</b>	<b>-27</b>

**Fonte:** AMB - HMIPV

No 1º quadrimestre de 2012, houve diminuição de leitos disponíveis no conjunto das enfermarias do hospital, com exceção do Centro Obstétrico, que manteve o número de leitos, e da Ginecologia Internação e da Sala de Recuperação, que ampliaram seus leitos. Na variação, foram menos 42 leitos entre o mesmo período de 2012 e 2011. A diminuição de leitos da Psiquiatria foi em decorrência das reformas de área física. A diminuição de leitos na Internação Pediátrica e SOP foi pela decorrência de reformas da área física e diminuição de recursos humanos. Por fim, a diminuição de leitos da UTI Neonatal e da UTI Pediátrica foi pela diminuição de recursos humanos.(Tabela 130.

Nesse primeiro quadrimestre constatamos que estão em andamento as reformas iniciadas: reforma elétrica do hospital, e reforma das fachadas do Bloco A. Em decorrência disso, continuam ocorrendo bloqueios temporários de leitos, em várias unidades, bem como transferência de Unidades para outros setores do hospital, como é o caso das Unidades de Internação Psiquiátrica e da Internação Pediátrica, que tiveram que ser remanejadas e tiveram alguns leitos bloqueados. A Unidade de Internação Psiquiátrica foi remodelada e reativada no seu local original, sendo reinaugurada em abril de 2012.

Estamos em processo de substituição gradativa dos profissionais, ocorreram muitas nomeações, e cargos permaneceram cobertos por processo seletivo emergencial até 31 de março de 2012. Estamos aguardando ingresso dos Técnicos de Enfermagem que irão completar o quadro dos postos da UTI Neonatal, Centro Obstétrico e Emergência Pediátrica, bem como a nomeação e ingresso dos médicos aprovados em concurso, para as diversas especialidades.

A solução parcial encontrada quanto profissionais anestesistas foi a terceirização, em vigência na instituição, tendo em vista que esse grupo de profissionais não tem aderido aos concursos e nomeações realizados. Existe um novo projeto tramitando junto a SMS e PMPA, para nova contratação.

## 12.2 HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO

Como monitoramento e avaliação do funcionamento e produtividade do Hospital de Pronto Socorro (HPS) Municipal, serão descritos e analisados o quadro das metas da PAS 2012, referentes às metas 74 a 78, bem como a tabela de indicadores de desempenho, produtividade e equipamentos adquiridos no período. As metas da PAS 2012 e os indicadores de desempenho têm como objetivo acompanhar o alinhamento do Hospital ao seu perfil de estabelecimento de saúde – hospital especializado em trauma agudo.

Abaixo, o Quadro 54 apresenta a meta 75, atingida, as metas 77 e 78, parcialmente atingidas, e as metas 74 e 76, não atingidas. Todas estas metas referem-se à 5ª Diretriz da PAS 2012 - “Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial especializada, das urgências e hospitalar”.

**Quadro 54- Acompanhamento das metas 74 a 78 da PAS 2012, específicas do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre/RS, período do 1º quadrimestre de 2012.**

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	
74. Reduzir em 10% o atendimento de pacientes de baixa complexidade e de pacientes crônicos no HPS	- Meta não alcançada	- Em processo de reorganização de processos envolvidos no acolhimento no Hospital, com vistas à implantação do acolhimento com classificação de risco conforme Protocolo de Manchester
75. Reduzir em 10% o total de pacientes de unidade de internação cuja permanência exceda 20 dias	- A taxa de permanência diminuiu em 12,39%.	Meta acompanhada junto aos indicadores de desempenho da tabela 131
76. Concluir 80% a obra da sala de recuperação e bloco cirúrgico	- Meta não alcançada	- Em processo de reajuste de planilha orçamentária
77. Concluir 20% da obra da urgência e emergência	- Concluído 18,5% da obra da urgência e emergência	-
78. Adquirir 02 casas na Av. José Bonifácio para qualificação e adequação do HPS	- Meta alcançada parcialmente	- Realizado depósito judicial para aquisição do imóvel da Av. José Bonifácio 745

**FONTE:** PAS 2012 e Hospital de Pronto Socorro. Maio/2012.

As metas não atingidas referem-se à necessidades de redefinição de processo de trabalho (instituição do acolhimento com classificação de risco

conforme Protocolo de Manchester) e reajuste orçamentária, sendo estes dois processos em ajustes para implantação nos próximos quadrimestres de 2012.

A meta parcialmente alcançada para o ano dependem de negociações e trâmites legais para a aquisição de imóveis lindeiros ao HPS – Meta 78. Já as metas alcançadas na proporção 1/3 da meta anual, metas 75 e 77, devem ter seu desenvolvimento acompanhado para atingir o esperado e, se possível, além disso.

Entre essas metas, a número 75 versa sobre a redução de 10% do total de pacientes de unidade de internação com permanência maior que 20 dias e pode ser melhor compreendida na Tabela 131, na primeira e segunda linhas – Taxa de ocupação de leitos/dia e Média de permanência.

**Tabela 130 Monitoramento dos Indicadores de Desempenho, comparativo 1º Quadrimestre de 2012 e 2011.**

Indicador	Unidade de medida	Período		Variação 2012/2011	
		1º quadrimestre		Nº	%
		2012	2011		
		Nº	Nº		
Taxa de ocupação leitos / dia	Nº pacientes internados pelo nº de leitos. Total 140 leitos	91,58	98,78	-7,20	-7,29
Média de Permanência	Dias de Permanência	6,22	7,1	-0,88	-12,39
Boletins de atendimentos efetivamente atendidos/ dia	Nº boletins atendimentos efetivamente atendidos /dia	536,94	549,76	-12,82	-2,33
Cobertura do atendimento para Porto Alegre	Índice percentual de atendimentos oriundos de Porto Alegre	84,51	86,85	-2,34	-2,69
Produção Geral/ dia	Número de atendimentos gerais efetivos/ dia	845,05	849,83	-4,78	-0,56
Atendimentos Sala Emergência/dia	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	517,69	529,94	-12,25	-2,31
Cirurgias/dia	Número de cirurgias realizadas /dia	4,24	4,88	-0,64	-13,11
Pacientes na UTI/dia <sup>1</sup>	Número de Pacientes UTI/dia	30,28	31,7	-1,42	-4,48
Exames Radiodiagnósticos/dia	Número de exames radiod. realizados / dia	275,06	269,94	5,12	1,90
Exames patologia clinica/dia	Número de exames patologia clinica realizados /dia	439,49	416,96	22,53	5,40
Média de dietas enterais	Número de dietas distribuídas/pacientes/dia	182	184	-2,00	-1,09
Média de dietas distribuídas/pacientes	Número de dietas distribuídas/pacientes/dia	490	524	-34,00	-6,49

Média de refeições distribuídas/ Comensais	Número de refeições distribuídas por comensais	1359	1261	98,00	7,77
Repasse financeiros PMPA <sup>2</sup>	Índice percentual repassado ao hospital	34,39	28,35	6,04	21,31
Repasse financeiros FMS	Índice percentual repassado ao hospital	49,23	8,55	40,68	475,79
Execução de projetos do plano diretor do HPS	Número de projetos implantados - valor inteiro.	1	0	1	100
Ensino e pesquisa	Nº de publicações em meios de divulgação-valor Inteiro	1	0	1	100

**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares – SIHO. <sup>1</sup>UTIs de Trauma, Clínica, Pediátrica, Queimados e Cardiológica; <sup>2</sup>Valores empenhados com referência no Orçamento Anual. Maio/2012.

De forma geral, a Tabela 131 mostra que houve diminuição geral de produtividade hospitalar, com aumento apenas no número de exames realizados/dia (Radiodiagnósticos e patologia clínica).

As tabelas seguintes contêm indicadores em números absolutos e percentuais, acerca da proveniência dos usuários atendidos (Tabela 132), total de boletins emitidos e atendidos (Tabela 133) e a produtividade em atendimentos realizados por unidade/setor do Hospital (Tabela 134).

A procedência de usuários atendidos no Hospital aponta para uma diminuição dos atendimentos para residentes em Porto Alegre e aumento de atendimentos aos residentes em outros municípios. Evidencia uma diminuição de mil e um atendimentos no período analisado, no comparativo com o período anterior.

**Tabela 131- Procedência do paciente atendido no HPS, período 2012.**

Procedência	Período		Variação 2012/2011	
	1º quadrimestre		Nº	%
	2012	2011		
	Nº	Nº		
município	54908	57298	-2390	-4,30
outros municípios	10062	8673	1389	13,80
Total	64970	65971	-1001	-1,52

**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares – SIHO. Maio/2012.

Esses dados podem estar apontando para o atendimento conforme o perfil da instituição, que é referência em trauma agudo para todo o Estado, ao mesmo tempo em que pode estar sendo menos demandados pelos residentes de Porto Alegre, que podem estar acessando outros serviços de emergência para suprir suas necessidades de saúde nesta Esfera de Atenção.

Corroborando com tal afirmação a Tabela 133 que apresenta o total de boletins emitidos e efetivamente atendidos. Observa-se que a taxa de desistência se mantém no período analisado de 2012 e 2011, mas houve diminuição real de atendimento de 1956 e não de 1001 atendimentos, se considerada também a diminuição de boletins emitidos e efetivamente atendidos.

**Tabela 132- Total de pacientes atendidos, período 2012.**

	Período		Variação 2012/2011	
	1º quadrimestre			
	2012	2011	Nº	%
Total de boletins emitidos	64970	65971	-1001	-1,52
Total de boletins efetivamente atendidos	57782	58737	-955	-1,63
Total	122752	124708	-1956	-1,57

**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares – SIHO. Maio/2012.

Em uma instituição como o HPS, a implantação da Classificação de Risco com Protocolo de Manchester qualificará a análise sobre os motivos de desistência de atendimentos, bem como os motivos do aumento de usuários não residentes de Porto Alegre atendidos no Hospital. Justifica-se, neste caso, a adequação que está sendo realizada nos processos de trabalho para atender à meta 74 da PAS 2012.

Tabela 133- Demonstrativo dos atendimentos realizados por unidades, período 2012.

Setor1	Período		Variação 2012/2011	
	1º quadrimestre		Nº	%
	2012	2011		
	Nº	Nº	Nº	%
BUCO	2058	2012	46	2,29
CARDIO	366	403	-37	-10,10
CIRURGIA	1660	1520	140	9,21
GESSO	20343	19064	1279	6,71
NEURO	1523	1722	-199	-11,56
OFTALMO	6866	7440	-574	-8,30
OTORRINO	5069	5095	-26	-0,51
PLAS	1211	1144	67	5,86
POLI	806	792	14	1,77
SAE2	15815	16506	-691	-4,19
SAE6	17649	17580	69	0,39
Outros	492	594	-102	-20,73
Sub Total	73858	73872	-14	-0,02
<b>Procedimentos Apoio Diagnóstico</b>				
ECG	305	298	7	2,34
ECO	557	548	9	1,64
LAB	1780	2086	-306	-14,66
RADIOLOGIA	23480	22097	1383	6,25
TOMO	1901	2589	-688	-26,57
Sub Total	28023	27618	405	1,44
Total	101881	101490	391	0,39

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO. <sup>†</sup>  
Atendimentos Ambulatoriais. Maio/2012.

### **13. ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E TRANSPORTE DE PACIENTES**

A Coordenadoria Geral do Sistema Municipal das Urgências, comumente chamada de Coordenação Municipal de Urgências (CMU), tem como visão ser o referencial público na coordenação e operação do Sistema Municipal das Urgências, em suas diferentes complexidades a partir de valores de comprometimento com as políticas públicas e os princípios do SUS, respeito ao ser humano, trabalho em rede e competência técnica.

Coordena o Sistema Municipal de Urgências, com os seus componentes hospitalares, Pronto Atendimentos, SAMU e Atenção Domiciliar, das redes próprias, públicas ou conveniadas. Apresenta gestão direta em relação aos Pronto-Atendimentos: Cruzeiro do Sul (PACS), Bom Jesus (PABJ), Lomba do Pinheiro (PALP), Restinga (PAR), Plantão de Emergência em Saúde Mental do IAPI (PESM-IAPI) e, ainda, o SAMU - 192.

Em 2011, foi criada a Secretaria Executiva do Comitê Gestor de Urgência com objetivo de pactuar um trabalho em rede estabelecendo fluxos, planejamento de ações e identificando soluções com representantes das Emergências dos maiores hospitais de Porto Alegre (Nossa Senhora da Conceição, Santa Casa, Hospital de Clínicas, PUC, Cristo Redentor, HPS, ICFUC).

Da mesma forma, foi constituído o Grupo de trabalho para Rede de Integrada e Hierarquizada de Atenção às Urgências, que tem como fio norteador à definição de linhas de cuidado de acordo com as necessidades dos pacientes e as especificidades dos serviços de saúde, organizando os fluxos de atenção e a grade de referências de forma otimizada, qualificando o cuidado aos pacientes e os serviços, gerando também economia de escala e otimizando a transição do cuidado do usuário entre os diferentes pontos de atenção.

As metas pactuadas para o 1º quadrimestre de 2012 foram em grande parte atingidas como mostra o quadro 55. Em algumas situações foram alcançadas além da pactuação como no caso da criação dos Núcleos de Educação Permanente que estão ativos em todos os PAs de responsabilidade da CMU.

**Quadro 55** Metas anuais da CMU pactuadas para o 1º quadrimestre de 2012.

<b>Metas anuais constantes na PAS</b>		<b>Observações específicas</b>																										
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre																											
79.Reduzir o tempo médio de Atendimento Pré-hospitalar móvel primário (APH primário) das bases com atendimento com tempo resposta acima de 12 minutos em 10% o tempo resposta.	<p>No 1º quadrimestre de 2011 o TMR era de 20 minutos. No 1º quadrimestre de 2012 passou para 16 minutos –</p> <table border="0"> <tr><td>SB04 Belém</td><td>26 min</td></tr> <tr><td>SB09 Restinga</td><td>25 min</td></tr> <tr><td>SB16 Serraria</td><td>21 min</td></tr> <tr><td>SB15 Lomba</td><td>21 min</td></tr> <tr><td>SB06 Bom Jesus</td><td>17 min</td></tr> <tr><td>SB05 HPS</td><td>17 min</td></tr> <tr><td>SB12</td><td></td></tr> <tr><td>Navegantes</td><td>16 min</td></tr> <tr><td>SB14 Pacs</td><td>16 min</td></tr> <tr><td>SB08 HPS</td><td>16 min</td></tr> <tr><td>SB13 Partenon</td><td>16 min</td></tr> <tr><td>SB10 Centro</td><td></td></tr> <tr><td>Vida</td><td>13 min</td></tr> </table>	SB04 Belém	26 min	SB09 Restinga	25 min	SB16 Serraria	21 min	SB15 Lomba	21 min	SB06 Bom Jesus	17 min	SB05 HPS	17 min	SB12		Navegantes	16 min	SB14 Pacs	16 min	SB08 HPS	16 min	SB13 Partenon	16 min	SB10 Centro		Vida	13 min	Devido à amplitude de variação dos TMR entre bases do SAMU, sugerimos alterar o indicador para tempo mediano para análise mais precisa das informações.
SB04 Belém	26 min																											
SB09 Restinga	25 min																											
SB16 Serraria	21 min																											
SB15 Lomba	21 min																											
SB06 Bom Jesus	17 min																											
SB05 HPS	17 min																											
SB12																												
Navegantes	16 min																											
SB14 Pacs	16 min																											
SB08 HPS	16 min																											
SB13 Partenon	16 min																											
SB10 Centro																												
Vida	13 min																											
80.Ampliar uma equipe de suporte básico do SAMU	Previsão de inauguração da base no Morro Santana em maio de 2012	Inaugurada a base Morro Santana em Maio de 2012.																										
81.Iniciar a construção de mais uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).	A construção do prédio da UPA Zona Norte está em fase de conclusão (iniciou em 2011)	<p><b><u>UPA Farrapos</u></b> - Terrenos em processo de desapropriação pela SMF. Previsão de início das obras em 2012.</p> <p><b><u>UPA Azenha Partenon</u></b> - Aguarda liberação do terreno pelo Governo do Estado e pelo governo Federal. Previsão de início das obras em 2012.</p> <p><b><u>UPA Zona Sul</u></b> - Terrenos em avaliação técnica para encaminhamento a desapropriação. Previsão de início das obras em 2013.</p>																										

82. Ampliar o serviço de transporte de baixa complexidade, como unidade de apoio para a central de regulação de urgência (SAMU), para 5 (cinco) ambulâncias em pleno funcionamento.	Quatro (4) ambulâncias em pleno funcionamento. - 2 no PACS (1/24h, 2/12-24h)* - 1 no PA Restinga (12h) - 1 no HPS (24h) - 1 na Lomba Pinheiro (24h)	* até abril: falta adequação de recursos humanos para funcionamento pleno.
83. Ampliar de 4 para 6 as equipes de atenção domiciliar.	O GHC já dispõe de 6 equipes de Atenção domiciliar – norteadas por portaria anterior.	As equipes de atenção domiciliar do GHC ainda não recebem o incentivo do Ministério da Saúde. O serviço é pago a partir das AIH.
164. Ampliar de 1 para 3 os Núcleos de Educação Permanente (NEP) nos serviços de urgência da SMS.	Foram implantados 5 NEPs nos serviços de urgência.	Estão ativos os NEPs nos PAs Bom Jesus, Cruzeiro do Sul, Lomba do Pinheiro, Restinga e Plantão de Emergência em Saúde Mental do IAPI, além do NEP do SAMU que já estava em atividade. Aguardam oficialização por portaria.

### 13.1 Unidades de Pronto - Atendimento

As tabelas 135, 136 e 137 representam os atendimentos e desistências nos PAs no 1º quadrimestre dos anos de 2012 e 2011 e permitem a análise comparativa nas modalidades relacionadas ao total de atendimentos, clínica médica e pediatria.

Tabela 134– Distribuição do número de TOTAL de atendimentos e desistências nas Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo do 1º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Atendimento Geral	1º Quadrimestre						Variação	
	2012			Ano 2011			2012/2011	
	Nº At	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist (%)	Nº	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist (%)	At	Desist
<b>PACS</b>	28825	8280	21,8	32103	3759	10,8	-10,2%	102,8%
<b>PA Bom Jesus</b>	28306	3975	14,0	26422	2963	10,1	7,1%	39,3%
<b>PA Lomba do Pinheiro</b>	22987	1744	7,1	24080	3165	11,6	-4,5%	-39,3%
<b>PA Restinga</b>	25184	1015	3,9	25971	1195	4,4	-3,0%	-11,9%
<b>Total</b>	<b>105302</b>	<b>15014</b>	<b>14,3</b>	<b>108576</b>	<b>11082</b>	<b>10,2</b>	<b>-3,0%</b>	<b>39,7%</b>

Fonte: SIHO/AMB

<sup>1</sup> *Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.*

A tabela 135 mostra que o percentual de desistências do somatório dos PAs foi de 14%, evidenciando um aumento de 40% no comparativo com o 1º quadrimestre de 2011. Verifica-se que este aumento de desistências ocorreu principalmente no PACS e PA Bom Jesus (103% e 39%, respectivamente). Em contrapartida, o PA Lomba do Pinheiro teve a maior queda de desistências no comparativo com o 1º quadrimestre de 2011 (-39%). Os atendimentos em clínica médica (tabela 136) respondem pelo maior percentual de desistências, apresentando aumento de 45% em relação ao quadrimestre de 2011. No entanto, os atendimentos pediátricos (tabela 137) mantiveram a tendência de redução de desistências, -22% em relação ao quadrimestre de 2011.

No PA da Bom Jesus, a implantação de protocolo de classificação de risco de 5 níveis, para gestão das filas de espera para consultas no serviço, trouxe a necessidade de readequação do dimensionamento de recursos humanos no serviço. A qualificação da atenção às urgências tem motivado a rediscussão do modelo de atenção vigente nos serviços de urgência/emergência e apontado para organização destes serviços dentro de lógica de sítios assistenciais. Contrapondo-se a este novo cenário, historicamente, os serviços de urgência/emergência têm operado com escassez de recursos humanos que, com

a qualificação dos processos de atendimento e implantação de novos modelos de atenção, precisa ser revisado e gradualmente corrigido.

Para melhor análise dos fatores que impactam na desistência dos atendimentos, a implantação da informatização do atendimento nos PAs, até o final deste ano, fornecerá uma informação muito importante para a gestão das portas destes serviços: o tempo médio de espera para o primeiro atendimento médico. Este indicador poderá mostrar se o tempo de espera é um fator determinante para desistência de atendimento e se pode estar repercutindo na segurança do usuário. Ainda, quando implantarmos protocolos de classificação de risco em 5 níveis no PACS, Lomba do Pinheiro e Restinga, a monitorização das desistências por categoria (cor) da classificação de risco será fundamental para que possamos analisar qual o perfil do paciente que está desistindo. A repercussão assistencial e os motivos da desistência de pacientes com perfil azul e verde são diferentes daqueles dos amarelos ou laranjas.

**Tabela 135**– Distribuição do número de atendimentos e desistências em CLÍNICA MÉDICA das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e comparativo do 1º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Atendimento Clínica	1º Quadrimestre						Variação	
	2012			Ano 2011			2012/2011	
	Nº At	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist (%)	Nº	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist (%)	At	Desist
PACS	19188	8017	28,8	21282	3376	13,8	-9,8%	108,2%
PA Bom Jesus	17779	3830	17,7	15685	2826	15,3	13,4%	16,1%
PA Lomba do Pinheiro	14676	1456	9,0	15328	2713	15,0	-4,3%	-40,0%
PA Restinga	15727	714	4,3	15026	769	4,9	4,7%	-10,8%
<b>Total</b>	<b>67370</b>	<b>14017</b>	<b>20,8</b>	<b>67321</b>	<b>9684</b>	<b>14,4</b>	<b>0,1%</b>	<b>44,6%</b>

Fonte: SIHO/AMB

<sup>1</sup>Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

**Tabela 136**– Distribuição do número de atendimentos e desistências em PEDIATRIA das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo do 1º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Atendimento	1º Quadrimestre						Variação	
	Ano 2012			Ano 2011			2012/2011	
	Nº At	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist (%)	Nº At	Nº Desist	<sup>1</sup> Desist (%)	At	Desist
<b>PACS</b>	9637	263	2,7	10821	383	3,6	-10,9%	-24,7%
<b>PA Bom Jesus</b>	10527	145	1,4	10737	137	1,3	-2,0%	9,3%
<b>PA Lomba do Pinheiro</b>	8311	288	3,3	8752	452	4,9	-5,0%	-31,8%
<b>PA Restinga</b>	9457	301	3,1	10945	426	3,7	-13,6%	-17,7%
<b>Total</b>	37932	997	2,6	41255	1398	3,4	-8,1%	-22,4%

Fonte: SIHO/AMB

<sup>1</sup> *Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.*

## Perfil de Classificação de Risco nos Prontos-Atendimentos

No mês de junho de 2011, foi implantado o Protocolo de Manchester no PA Bom Jesus. Esse protocolo utiliza um sistema diferente de classificação de risco, constituído de cinco cores para definir a gravidade dos pacientes. A nomenclatura é definida da seguinte forma:

- Emergência, cor vermelha, atendimento imediato;
- Muito urgente, cor laranja, atendimento em 10 minutos;
- Urgente, cor amarela, atendimento em 1 hora;
- Pouco urgente, cor verde, atendimento até 2 horas;
- Não urgente cor azul, atendimento até 4 horas.

Diversas evidências demonstram que a classificação de risco em 5 níveis apresenta vantagens em relação à de 4 níveis no que tange a organização do atendimento em dois eixos assistenciais: um baixa gravidade (maioria dos atendimentos) e outro, de média e alta gravidade (minoridade dos atendimentos). Ainda, a incorporação da quinta categoria de classificação de risco impacta positivamente no estabelecimento de prioridade de atendimento e de segurança dos usuários. O poder discriminatório com a inclusão de mais uma classificação

de cor – o laranja – qualifica a separação entre os pacientes de alta e média gravidade. Dessa forma, a cor laranja passou a compor a tabela sobre classificação de risco do PA da Bom Jesus. Em 2012, com a previsão de aporte de recursos humanos, existe programação para implantação do protocolo de 5 níveis, nos PAs da Cruzeiro do Sul e Lomba do Pinheiro.

**Tabela 137**– Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), segundo Classificação de Risco (CR) do 1º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – PACS	1º quadrimestre				variação
	2012		2011		2012/2011
	nº	%	nº	%	nº
Emergência - Vermelho	24	0,1	34	0,2	-50,0%
Muito Urgente - Laranja	**	**	**	**	**
Urgente - Amarelo	1897	8,5	1689	9,4	-9,6%
Pouco Urgente - Verde	20013	90,1	16142	89,9	0,2%
Não Urgente -Azul	484	2,2	91	0,5	340,0%
<b>Total com CR</b>	<b>22.218</b>	<b>100,0</b>	<b>17948</b>	<b>100,0</b>	<b>23,8%</b>

Fonte: SIHO/AMB

\*\*O PACS ainda não implantou o protocolo de Classificação de Risco em 5 cores

Em março a rede municipal de saúde recebeu, mais nove leitos para tratamento de dependência química em jovens de 12 a 14 anos, inteiramente pelo SUS. As novas vagas foram abertas na Unidade Viva Jovem, do Hospital Porto Alegre, como resultado de nova parceria da prefeitura com a Associação dos Funcionários Municipais (AFM), entidade mantenedora do hospital.

**Tabela 138**– Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Bom Jesus (PABJ), segundo Classificação de Risco (CR) do 1º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – PA Bom Jesus	1º quadrimestre				variação
	2012		2011		2012/2011
	nº	%	nº	%	nº
Emergência – Vermelho	63	0,3	29	0,1	200,0%
Muito Urgente – Laranja	1473	6,4	**	**	
Urgente – Amarelo	3213	13,9	1635	7,2	93,9%
Pouco Urgente – Verde	17117	74,1	20568	90,3	-17,9%
Não Urgente –Azul	1228	5,3	553	2,4	119,1%
<b>Total com CR</b>	<b>23094</b>	<b>100,0</b>	<b>22785</b>	<b>100,0</b>	<b>1,4%</b>

Fonte: SIHO/AMB

\*\*No 1º quadrimestre de 2011 não era utilizado o protocolo de Classificação de Risco do Manchester

No PA Bom Jesus, onde foi efetivamente implantado o protocolo de Manchester, não foi possível fazer a comparação da variação da CR de cor laranja do 1º quadrimestre, entre os anos de 2012 e 2011, por que nos critérios da CR anterior esta cor não fazia parte. De qualquer forma, verifica-se o impacto da implantação do protocolo de Manchester, neste PA, pelo aumento de 200% de pacientes classificados na cor vermelha e 94% na cor amarela, em 2012 quando comparado ao 1º quadrimestre de 2011. Este perfil de classificação de risco é atribuída ao método mais criterioso do Protocolo de Manchester na identificação de casos graves, na redução de julgamentos prioritariamente intuitivos de gravidade, e se aproxima mais ao perfil de distribuição, por cor, da classificação de risco encontrado na literatura nacional e internacional.

**Tabela 139** - Classificação de Risco (CR) – PALP

Classificação de Risco (CR) – PALP	1º quadrimestre				variação
	2012		2011		2012/2011
	nº	%	nº	%	nº
<b>Emergência – Vermelho</b>	25	0,2	9	0,1	100,0%
<b>Muito Urgente – Laranja</b>	**	**	**	**	**
<b>Urgente – Amarelo</b>	1741	10,9	591	3,5	211,4%
<b>Pouco Urgente – Verde</b>	13972	88,1	15986	95,5	-7,7%
<b>Não Urgente –Azul</b>	127	0,8	158	0,9	-11,1%
<b>Total com CR</b>	15865	100,0	16744	100,0	-5,2%

Fonte: SIHO/AMB

\*O PALP ainda não implantou o protocolo de Classificação de Risco em 5 cores

É importante destacar que, também no PA Lomba (tabela 6), houve aumento significativo de atendimentos nas cores vermelhas e amarelas (100% e 211%, respectivamente) ao contrário dos pacientes menos graves (cores verdes e azuis), onde houve discreta redução na proporção de atendimentos. Essa situação pode ser atribuída a mudanças no processo de trabalho relacionadas à qualificação dos registros da classificação de risco.

**Tabela 140**– Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Restinga (PAR), segundo Classificação de Risco (CR) do 1º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR) – PAR	1º quadrimestre				variação
	2012		2011		2012/2011
	nº	%	nº	%	nº
<b>Emergência – Vermelho</b>	257	1,0	268	1,0	0,0%
<b>Muito Urgente – Laranja</b>	-	-	-	-	
<b>Urgente – Amarelo</b>	2996	11,9	3400	13,1	-9,2%
<b>Pouco Urgente – Verde</b>	20152	80,0	20298	78,2	2,3%
<b>Não Urgente –Azul</b>	1779	7,1	2005	7,7	-7,8%
<b>Total com CR</b>	25184	100,0	25971	100,0	-3,0%

Fonte: SIHO/AMB

- O PA Restinga não utiliza classificação de risco do Protocolo de Manchester

O PA Restinga manteve perfil de classificação de risco similar ao quadrimestre correspondente em 2011.

**Tabela 141**- Distribuição da Classificação de Risco (CR) segundo o Grau de Risco Global (GRG) por Pronto Atendimento (PA) do 1º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

GRAU DE RISCO GLOBAL*	2012	2011
<b>PACS</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>
<b>PA Bom Jesus</b>	<b>2,2</b>	<b>2,1</b>
<b>PA Lomba do Pinheiro</b>	<b>2.1</b>	<b>2.0</b>

\*Grau de Risco Global (GRG) =  $\Sigma$  das pontuações na Classificação de Risco (1 a 5) x nº de pacientes em cada categoria / total de pacientes classificados.

## 13.2 Pronto-Atendimentos de Saúde Mental

Em relação aos atendimentos de urgência/emergência de Psiquiatria, foram analisados os dados referentes aos Pronto-Atendimentos de Saúde Mental do PACS e IAPI e comparados o 1º quadrimestre dos anos de 2012 e 2011.

**Tabela 142**– Distribuição do número do total de atendimentos e desistências em Psiquiatria, menores de 18 anos, temas específicos da Sala de Observação e comparativo no PACS do 1º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Psiquiatria PACS	Período		Variação
	Ano 2012	Ano 2011	2012/2011
Total de boletins emitidos	5742	5048	13,7%
<sup>1</sup> Desistências (%)	7,1	6,5	9,1%
Total Paciente Atendidos	4957	4720	5,0%
% de Pacientes < 18 anos atendidos	10,5	4,4	138,0%
Total Paciente em SO	1394	1289	8,1%
% de Pacientes atendidos que permanecem em SO	28,1	27,3	3,0%
Tempo Médio de Permanência SO/ dias	2,2	2,1	2,4%
<sup>2</sup> % Dependência Química em SO	52,5	47,2	11,3%
<sup>2</sup> % de Esquizofrenia em SO	23,5	24,8	-5,2%
<sup>2</sup> % Transtorno de Humor Bipolar (THB) em SO	18,2	21,1	-13,7%
% de Transferências para Internação Hospitalar	75,3	80,5	-6,6%

Fonte: SIHO/AMB

<sup>1</sup> **Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.**

<sup>2</sup> **Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia / Total de pacientes atendidos na SO PESH/PACS**

No Plantão de Emergência em Saúde Mental do PACS (PESH-PACS) houve aumento dos atendimentos em 5% no 1º quadrimestre de 2012, quando comparado com 2011 (tabela 142) e, também, das desistências, em 9%. Os menores de 18 anos contribuíram significativamente (138%) para o aumento dos atendimentos, na comparação do 1º quadrimestre de 2012 e 2011. O tempo médio de permanência na sala de observação se manteve com pequena variação e a principal causa de atendimento foi por dependência química, havendo incremento de 11% no número de atendimentos na comparação entre

quadrimestres. As três principais causas de atendimento foram: dependência química, esquizofrenia e transtorno de humor bipolar.

**Tabela 143-** Distribuição do número do total de atendimentos e desistências em Psiquiatria, menores de 18 anos, Sala de Observação, principais causas de atendimento e comparativo no PESM-IAPI, do 1º quadrimestre dos anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

PESM-IAPI	Período		Variação
	Ano 2012	Ano 2011	2012/2011
<b>Total de boletins emitidos</b>	3544	2971	19,3%
<sup>1</sup> <b>Desistências (%)</b>	1,7	1,8	-5,1%
<b>Total Paciente Atendidos</b>	3544	2918	21,5%
<b>% de Pacientes &lt; 18 anos atendidos</b>	8,5	8,0	6,7%
<b>Total Paciente em SO</b>	1049	901	16,4%
<b>% de Pacientes atendidos que permanecem em SO</b>	29,6	30,9	-4,1%
<b>Tempo Médio de Permanência SO / dias</b>	1,5	1	50,0%
<sup>2</sup> <b>%Depressão/ total atendimentos</b>	18,0	21,8	-17,7%
<sup>2</sup> <b>% DQ / total atendimentos</b>	15,0	34,5	-56,7%
<sup>2</sup> <b>% THB/ total atendimentos</b>	15,0	*	*
<b>% de Transferências para Internação Hospitalar</b>	100,0	99,1	0,9%

Fonte: Hospital Mãe de Deus

<sup>1</sup> *Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.*

<sup>2</sup> *Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Depressão = Total de pacientes atendidos por DQ, THB e Depressão/ Total de pacientes atendidos no PESM/IAPI*

\*No ano de 2011 o THB não configurava entre as três primeiras causas de atendimento

No Plantão de Emergência em Saúde Mental do IAPI (PESM –IAPI), o número de atendimentos aumentou em 21,5% havendo discreta redução do percentual de desistências em 5%. A proporção de pacientes menores de 18 anos atendidos teve discreto acréscimo de 7%. O tempo médio de permanência na sala de observação teve aumento em 12 horas e as três principais causas de atendimento foram: dependência química, depressão e transtorno de humor bipolar.

Verificamos aumento do quantitativo de atendimentos de usuários menores de 18 anos, principalmente no PACS. Este aumento pode ter relação com o aumento dos casos de dependência química nesta faixa etária, ressaltando que a

DP foi a principal causa de atendimento, tanto no PACS quanto no IAPI. Ainda, a ausência de retaguarda de observação clínica 24 horas no IAPI e, em contraposição, a presença de retaguarda clínica no PACS, podem influenciar nas diferenças de perfil por causas de atendimento psiquiátrico entre o PACS e IAPI.

Apesar do número de atendimentos psiquiátricos ter aumentado, verificamos tendência de redução do percentual de pacientes mantidos em Observação, podendo refletir maior articulação na transição do cuidado na Rede. No item a seguir, ao analisarmos os dados do SAMU, verificamos aumento significativo de atendimentos psiquiátricos pelo SAMU, o que pode ter impactado no aumento destes atendimentos nos PESM.

### **I13.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU**

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

Para análise dos serviços prestados pelo SAMU 192, foram avaliados a proporção dos atendimentos realizados, segundo o perfil das ligações recebidas, o tipo de agravo dos pacientes e o tipo de resposta do regulador, comparando o 1º quadrimestre dos anos de 2012 e 2011.

**Tabela 144-** Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações e comparativo do 1º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Perfil atendimentos do SAMU	1º quadrimestre				Variação
	2012		2011		2012/2011
	nº	%	nº	%	%
Total de Ligações	143447	100,0	130092	100,0	10,3%
Trotes	41244	28,8	41607	32,0	-10,0%
Regulação	25883	18,0	24208	18,6	-3,2%
Interrompida	19812	13,8	19860	15,3	-9,8%
Engano	23873	16,6	17885	13,7	21,1%
Atendida	12309	8,6	13705	10,5	-18,5%
Informações	16736	11,7	11486	8,8	32,1%
Fora Abrangência	861	0,6	615	0,5	27,0%
Chamando	1801	1,3	389	0,3	319,9%
Repetida	928	0,6	337	0,3	149,7%

Fonte: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH): 1º trimestre 2010 versão 1 e 1º trimestre 2011 versão 2

A **tabela 144** mostra o perfil de ligações ocorridas no 1º quadrimestre dos anos de 2012 e 2011. No ano de 2012 houve aumento de 10,3% no total de ligações ao SAMU. No entanto, os trotes permanecem como a principal causa de ligações apresentando redução de 10% entre os anos de 2012 e 2011 no 1º quadrimestre. A variável “chamando” foi incluída, no mês de abril de 2011, com a mudança da versão do Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH), portanto os dados registrados não correspondem ao mesmo total quantificado do 1º quadrimestre desse ano. Chama atenção o aumento das ligações relacionadas as variáveis: “engano” (21%), “informações” (32%), “fora de abrangência” (20%) e “repetida” (100%). O aumento de “informações” pode, talvez, refletir uma tendência positiva de busca de informações acerca do acesso a rede SUS, seja por maior divulgação de reestruturação de serviços, seja pela implementação gradual da regulação informatizada de acesso na Rede.

**Tabela 145-** Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a causa, e comparativos do 1º quadrimestre entre os anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Tipo atendimento - SAMU	1º quadrimestre				Varição
	2012		2011		2012/2011
	nº	%	nº	%	%
<b>Total de APHr</b>	11160	100,0	10570	100,0	5,6%
<b>Caso Clínico</b>	4899	43,9	4527	42,8	2,5%
<b>Traumático</b>	4137	37,1	3843	36,4	2,0%
<b>Transporte</b>	831	7,4	885	8,4	-11,1%
<b>Psiquiátrico</b>	1087	9,7	648	6,1	58,9%
<b>Obstétrico</b>	206	1,8	340	3,2	-42,6%
<b>Não Registrado</b>	0	0,0	323	3,1	-100,0%
<b>Orientação</b>	0	0,0	4	0,0	-100,0%

Fonte: Sistema de Informação Pre Hospitalar (SAPH): 1º trimestre 2010 versão 1 e 1º trimestre 2011 versão 2

A Tabela 145 mostra o atendimento do SAMU estratificado pelas causas de atendimento. O atendimento clínico foi a principal causa de atendimento, seguido de trauma, e não houve variação importante no período. Houve redução do número de transportes, refletindo o impacto positivo da implantação do transporte de baixa complexidade. Houve aumento significativo (59%) dos atendimentos psiquiátricos, demonstrando qualificação do serviço no acolhimento das demandas em saúde mental. Houve redução de 43% nos atendimentos obstétricos, provavelmente relacionada à Rede Cegonha, refletindo uma melhor articulação do cuidado à gestante e reduzindo a necessidade de atendimento pré-hospitalar de urgência para esta população.

**Quadro 56**– Distribuição dos coeficientes de mortalidade dos Atendimentos Pré Hospitalares (APH) realizados pelo SAMU no 1º quadrimestre dos anos de 2012 e 2011, Porto Alegre, RS.

Ano	APH	Óbitos	*Coeficiente
	n	n	‰
2012	11160	330	29,6
2011	10570	281	26,6

Fonte: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH): 1º trimestre 2010 versão 1 e 1º trimestre 2011 versão 2

**\*Óbitos para cada 1000 atendimentos**

O coeficiente de mortalidade dos atendimentos pré-hospitalares (quadro 2) realizados pelo SAMU apresentou discreto acréscimo (11%) de 26,6 óbitos para cada 1000 atendimentos no 1º quadrimestre de 2011, para 29,6 óbitos para cada 1000 atendimentos, no mesmo período, em 2012. Este aumento de 11% neste indicador reflete o aumento no número de óbitos atendidos pelo SAMU, podendo refletir tanto pacientes em óbito no local, quanto aqueles que evoluíram para óbito durante o atendimento. Esta tendência a aumento do número de óbitos atendidos pelo SAMU, pode estar relacionada à implantação do transporte de baixa complexidade, que ao assumir a assistência a uma parte dos pacientes menos graves possibilitou, ao SAMU, aumentar a disponibilidade de acesso para atendimento a pacientes mais graves, haja vista a redução dos chamados para transporte em 11%. Ainda, este dado poderia estar associado a chamados de socorro de maior gravidade, ou de pacientes já em óbito para verificação de óbito no local. Neste sentido, pode ser interessante monitorar o quantitativo de chamados estratificados por gravidade.

**Propostas para inclusão de novos dados para acompanhamento pela CMU a partir do próximo relatório quadrimestral:**

***I – Acompanhamento do Componente Hospitalar:***

- monitoramento de indicadores pelas Emergências dos hospitais: média do número de atendimentos diários; tempo de espera até o atendimento médico; número de pacientes em observação há menos de 24 horas; número de pacientes há mais de 24 horas na Emergência; número diário de novas internações via emergência; mortalidade.

## ***II – Acompanhamento da Implementação da Regulação de Acesso aos Serviços de Urgência***

- número diário de pacientes inscritos para solicitação de leitos de retaguarda pelas emergências para a Central de Regulação de Leitos do Município;

- número diário de leitos disponibilizados pela Central de Regulação de Leitos do Município para retaguarda das emergências hospitalares;

- número diário de cancelamento de solicitações de leitos pelas emergências.

III – Acompanhamento da Implementação da Linha de Cuidado Municipal para Atenção às Doenças Cardiocerebrovasculares com definição do conjunto de indicadores a serem monitorados.

IV – Revisão dos indicadores monitorados pelo SAMU, em vista de nova portaria do Ministério da Saúde que padroniza conjunto de indicadores a serem monitorados pelo SAMU.

## **14 FINANCIAMENTO DO SUS**

Com a implantação do SARGSUS, o MGS (monitoramento gestão em Saúde), o relatório de gestão, anexo II, seria também quadrimestral. Porém, a PROCERGS, não conseguiu implantar todas as alterações necessárias realizando apenas algumas adequações. O setor financeiro ficou aguardando a conclusão dos ajustes que não ocorreu. Tendo em vista estes fatores o relatório financeiro o será entregue com atraso. A SES entende o atraso, e que este deve ser entregue tão logo fosse concluído.

Conforme orientação de Fundo Estadual de Saúde o relatório de gestão " anexo II", neste ano, será trimestral.

## 15 DESEMPENHO DOS INDICADORES NO CICLO DE VIDA

### 15.1 Desempenho dos indicadores por Ciclo de Vida

**Tabela 146-** Meta 68 PAS 2012 –Proporção de coleta de teste de triagem neonatal no período de 3 a 7 dias (%).

Gerência Distrital	1ºQuadrimestre 2012	1ºTrimestre 2011*	Varição %
Centro	58,3	43,2	+35,0
NHNI	60,4	45,0	+34,2
NEB	59,5	62,6	-5,0
LENO	63,7	58,8	+8,3
GCC	61,1	54,6	+11,9
SCS	57,8	61,4	-5,9
PLP	67,7	51,8	+30,7
RES	63,3	56,4	+12,2
<b>Porto Alegre</b>	<b>62,7</b>	<b>54,8</b>	<b>+14,4</b>

Fonte: SRTN/HMIPV/SMS/PMPA.

\* Dados dos primeiro trimestre de 2011.

A proporção de coleta do teste do pezinho (triagem neonatal) no período considerado ideal (3 a 7 dias de vida) apresentou elevação superior a 14% no primeiro quadrimestre de 2012 em relação a primeiro trimestre de 2011. Todas as GDs atingiram mais de 57% de coleta entre 3 e 7 dias. Essa taxa reflete o momento do início do acompanhamento do recém-nascido nas Unidades de Saúde e pode refletir o grau de acesso à atenção primária e a sensibilidade das famílias à questão da importância do acompanhamento precoce das crianças. Houve aumento na proporção .+2011(48,5%).

**Tabela 147-** Meta 64 PAS 2012 -Taxa de cobertura da triagem auditiva neonatal (número de Emissões Otoacústicas Evocadas -Procedimento: 02.11.07.014-9 e de Potencial Evocado Auditivo – 02.11.07.027-0) dividido pelo número de AIH de partos ocorridos em Porto Alegre.

	1ºQuadrimestre 2012	1ºQuadrimestre 2011	Varição %
<b>Porto Alegre</b>	<b>109,1</b>	<b>75,6</b>	<b>+44,2</b>

Fonte: SIA e SIH/Datasus.

Em 24/05/2012, data da consulta ao SIH, havia um número reduzido de AIH de partos do mês de abril de 2012 tabulados no sistema, muito inferior ao número de Emissões Otoacústicas Evocadas encontradas no SIA no mesmo período. Como resultado, a cobertura de triagem auditiva neonatal no primeiro quadrimestre foi de 109%.

**Tabela 148-** Meta 57 PAS 2012 -Taxa de aleitamento materno exclusivo na primeira consulta do recém-nascido (%).

Gerência Distrital	1ºQuadrimestre 2012	1ºQuadrimestre 2011	Varição %
<b>Porto Alegre</b>	79,3	79,1	+0,25

Fonte: PPN/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

**Tabela 149-** Meta 58 PAS 2012 -Taxa de aleitamento materno exclusivo e misto em crianças menores de 4 meses acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família (%).

	1ºQuadrimestre 2012	1ºQuadrimestre 2011	Varição %
<b>Aleitamento materno exclusivo</b>			
Janeiro	76,0	74,4	2,1
Fevereiro	75,5	76,3	-0,9
Março	77,5	75,5	2,7
Abril	76,7	73,1	4,9
<b>Aleitamento materno misto</b>			
Janeiro	24,0	25,6	-6,3
Fevereiro	24,5	23,7	3,0
Março	22,5	24,5	-8,3
Abril	23,3	26,9	-13,2

Fonte: SIAB.

A proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo na primeira consulta do recém-nascido no Programa Pra-Nenê manteve-se estável de 2011 a 2012, próxima de 80%. Os dados do 1º quadrimestre de 2012 são parciais. Em relação às crianças menores de 4 meses acompanhadas pelas Equipes da Estratégia de Saúde da Família houve um pequeno no ao aleitamento exclusivo 2012.

**Tabela 150- Cobertura Vacinal da tríplice viral a partir de 1 ano**

Gerência Distrital	1ºQuadrimestre 2012	1ºQuadrimestre 2011	Varição %
<b>Porto Alegre</b>	85,2	80,8	+5,4

Fonte: NI/ECE/CGVS/SMS/PMPA.

**Tabela 151- Meta 2 PAS 2012 – Cobertura da vacina Sabin (3ª dose) de 86,43% para 90% em crianças menores de um de ano.**

Gerência Distrital	1ºQuadrimestre 2012	1ºQuadrimestre 2011	Varição %
<b>Porto Alegre</b>	85,37	86,01	-0,7

Fonte: NI/ECE/CGVS/SMS/PMPA.

**Tabela 152- Meta 3 PAS 2012 - Cobertura da terceira dose da vacina contra Hepatite B (%).**

Gerência Distrital	1ºQuadrimestre 2012	1ºQuadrimestre 2011	Variação %
<b>Porto Alegre</b>	86,9	85,3	+1,9

Fonte: NI/ECE/CGVS/SMS/PMPA.

**TABELA 153- Meta 4 PAS 2012 - Cobertura da terceira dose da vacina Tetravalente (%).**

Gerência Distrital	1ºQuadrimestre 2012	1ºQuadrimestre 2011	Variação %
<b>Porto Alegre</b>	80,6	82,7	-2,5

Fonte: NI/ECE/CGVS/SMS/PMPA.

**Tabela 154- Cobertura vacinal BCG (%).**

Gerência Distrital	1ºQuadrimestre 2012	1ºQuadrimestre 2011	Variação %
<b>Porto Alegre</b>	107,2	101,5	+5,6

Fonte: NI/ECE/CGVS/SMS/PMPA.

As coberturas vacinais em menores de um ano não apresentaram alteração em relação a 2012. As baixas coberturas vacinais após os seis meses de vida refletem a existência de problemas estruturais como a insuficiência e a rotatividade dos recursos humanos, e de redução da prioridade da prevenção das doenças infecciosas pelos serviços de saúde e pela sociedade. Esses aspectos se evidenciam nas perdas de oportunidades de vacinação por não avaliação da carteira de vacina nos atendimentos, nas falsas contra-indicações à vacina, no estabelecimento de horários para vacinação, na territorialização da vacinação, no sub-registro nas planilhas do sistema de informação. A ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família deverá facilitar o acesso à vacinação, reduzir a perda de oportunidade e proporcionar a busca de faltosos.

**Tabela 155- Meta 14 PAS 2012 - Número de casos de sífilis congênita.**

Gerência Distrital	1ºQuadrimestre 2012	1ºQuadrimestre 2011	Variação %
<b>Porto Alegre</b>	254	209	+21,5

Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMPA.

A ocorrência de sífilis congênita pode ser utilizada como indicador de qualidade da atenção ao pré-natal e a situação atual no município mostra um

número de casos do esperado para o período. Houve elevação nos casos em 2012 em relação ao 1º quadrimestre de 2011. O aumento do número de casos pode refletir o aprimoramento do processo de vigilância epidemiológica da Sífilis Congênita ocorrido no último ano. A realização do detalhamento dos casos por GD e por raça/cor, bem como o cálculo da Taxa de Incidência, não têm sido possível para os relatórios trimestrais.

**Tabela 156-** Taxa de internações por asma (CID J45 e J46) em menores de 5 anos de idade (/1.000).

	1º Quadrimestre 2012	1º Quadrimestre 2011	Variação %
<b>Porto Alegre</b>	1,0	3,7	-72,1

Fonte: SIH/Datasus e IBGE.

**Tabela 157-** Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (CID J00 a J 22) em menores de 5 anos de idade (/1.000).

	1º Quadrimestre 2012	1º Quadrimestre 2011	Variação %
<b>Porto Alegre</b>	2,3	4,9	-53

Fonte: SIH/Datasus e IBGE

As grandes diferenças nas taxas de internação hospitalar por asma e por Infecção Respiratória Aguda em menores de cinco anos entre 2012 e 2011 refletem o atraso na alimentação da base de dados de 2012 do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e número incompleto de AIHs no momento da consulta para a elaboração desse relatório. Por esse motivo, e devido a sazonalidade das doenças respiratórias ao longo do ano, esses indicadores deveriam ser apresentados e analisados anualmente.

**Tabela 158-** Meta 67 PAS 2012 - Aumentar para 30% a taxa de primeira consulta do acompanhamento de recém-nascido em até sete dias de vida

Gerência Distrital	1º Quadrimestre 2012	1º Quadrimestre 2011	Variação %
<b>Porto Alegre</b>	16,3	19,2	-15,1

Fonte: PPN/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

Os dados do 1º quadrimestre de 2012 do Programa Prá-Nenê são parciais, o que pode interferir no resultado desse ano.

## 15.2 Ciclo de vida do Adolescente por região da cidade 10-19 anos

**Tabela 159-** Número de consultas de profissionais de nível superior e em saúde mental (psicólogo e psiquiatra) de adolescentes (10 a 19 anos).

<i>Profissional</i>	<i>1ºQuadrimestre 2012</i>	<i>1ºQuadrimestre 2011</i>	<i>Varição %</i>
Nutricionista	3.559	2.585	37,7
Enfermeiro	24.907	22.976	8,4
Psicólogo	2.412	2.724	-11,5
Assistente social	1.714	1.574	8,9
Médico	63.267	71.604	-11,6
Psiquiatra	3.407	3.955	-13,9

Fonte: SIA/Datasus

Procedimentos: 0301010030, 0301010048, 0301010064, 0301010072, 0301010056.

As variações nos números de consultas por profissional de nível superior entre 2012 e 2011 podem demonstrar que os dados de 2012 do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), particularmente no mês de abril não estavam completos no momento da consulta para a elaboração desse relatório.

Análise não anual de internação em qualquer faixa etária resultará em dados distorcidos porque os bancos de AIH estão em alimentação. A apresentação desses dados deve ser anual tal qual o é **Nº de internações por causas externas por sexo e faixa etária de 10 a 19 anos.**

No quadro abaixo foram apresentados os resultados parciais das metas anuais relacionadas à Área Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente.

**Tabela 160: Metas anuais constantes na PAS**

<b>Metas anuais constantes na PAS</b>		<b>Observações específicas</b>
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	
26. Investigar em todos os serviços saúde da atenção primária 100% dos óbitos infantis.	100% dos óbitos infantis	
56. Reduzir a mortalidade infantil em 0,2 por 1.000 NV, com equidade segundo raça/cor,	Taxa de Mortalidade Infantil: 9,4 Branca: 9,3 Negra: 8,7	Dados provisórios -banco de dos em elaboração.
69. Aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré natal de 73,2% para 74% no município.	69,5%	Dados provisórios -banco de dos em elaboração.
120. Reduzir índices abaixo de 14,8% a proporção de	14,5%	Dados provisórios -banco de dos em elaboração.

nascidos vivos de mães com idade menor de 19 anos, com equidade segundo raça/cor.		
---	--	--

FONTE: Vitais/EEV/CGVS/SMS/PMPA

## 15.2 ADULTO

### 15.2.1 SAÚDE DO TRABALHADOR – CEREST E EVSAT/CGVS

Tabela 161- Metas pactuadas pela EVSAT não contempladas plenamente na PAS

Descrição do Item	Período			Variação
	Meta Pactuada	1º quadrimestre 2012	1º quadrimestre 2011	
		Nº	Nº	
Notificar os <b>agravos à saúde do trabalhador</b> constantes na portaria GM/MS 777/04 para SINAN (EVSAT) <b>PAC PACTO PELA VIDA – Prior. VII ST 23</b>	150	161	96	65
Ampliar a <b>rede de unidades sentinelas para notificação</b> e investigação dos agravos à saúde do trabalhador. (EVSAT) <b>PAVS 49 PAS 29</b>	3 sentinelas	0	1	-1
Nº de <b>notificações dos agravos à saúde do trabalhador</b> constantes no SIST-RS. (EVSAT) <b>SISPACTO INDICADORES – RS 15</b>	400/ano	289	64	225

FONTE: EVSAT/CGVS/SMS

Em relação às notificações compulsórias de agravos relacionados com a Saúde do Trabalhador, temos dois sistemas de informação funcionando concomitantemente: SINAN (proposto pelo Ministério da Saúde) e SIST (proposto pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul).

Os hospitais-sentinelas têm notificado pelo SINAN e os outros serviços de saúde têm utilizado as fichas do SINAN somente para os casos de material biológico, violência (trabalho infantil) e intoxicações exógenas. Todos os outros agravos ou doenças têm sido notificados pela ficha do SIST, quando em formato manual. Isso ficou definido após várias reuniões entre a Equipe de Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador e pelo CEREST, em função de que o SINAN tem uma ficha bastante complexa. Durante o ano de 2011, foram capacitados vários serviços: SESMTs dos hospitais de Porto Alegre e unidades básicas de saúde pertencentes a duas Gerências Distritais: Glória, Cruzeiro, Cristal e Leste-Nordeste. Como esses serviços ainda estão se familiarizando com o tema saúde do trabalhador, se entendeu ser prudente iniciar as notificações com uma ficha de mais simples preenchimento. Porém, é previsto na implantação da informatização da saúde, a notificação de todos os agravos pelo SINAN, já que é notificação compulsória. Observa-se nos dados comparativos do quadrimestre de 2011 e 2012 um aumento significativo das notificações, que se deve às notificações de acidentes com material biológico, em prestadores de serviço.

**Unidades municipais com notificação positiva no primeiro quadrimestre de 2012**

CEREST, PA Bom Jesus, PA Cruzeiro do Sul, Hospital de Pronto Socorro

**Unidades não municipais:**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Ernesto Dorneles, Hospital Divina Providência, Santa Casa Misericórdia, Hospital da Brigada Militar, Hospital Moinhos de Vento, Hospital são Lucas da PUC, Hospital Cristo Redentor, Hospital Mãe de Deus, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Ambulatório GKN.

**Quadro 57-** Metas anuais constantes na PAS 2012

<b>Metas anuais constantes na PAS</b>		<b>Observações específicas</b>
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	
<b>29.</b> Implantar 1 unidade sentinela notificadora de agravos de saúde do trabalhador no HPS.	-	Para 2012, tem-se como meta a implantação da notificação no HPS/SMS/PMPA. Porém, seu início está na dependência da implantação da informatização dos serviços municipais. Neste momento, com o sistema existente, não há como se obter os dados necessários.
<b>70.</b> Implantar o fluxo de notificações e ações em	-	No 1º quadrimestre 2012 ocorreram as reuniões de planejamento e estratégia para efetivar o

Saúde do Trabalhador em 2 Gerências Distritais de Saúde.		fluxo na rede.
119. Implantar o fluxo de notificações e ações para crianças e adolescentes em situação de trabalho 3 Gerências Distritais de Saúde.	-	Para 2012 a previsão é de implantar o fluxo em 03 GDs.

FONTE:EVSTAT/CGVS/SMS; CEREST/SMS

## 15.2.2 SAÚDE DA MULHER

**Quadro 58-** Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (10-49 anos), mortalidade materna, nascidos vivos período 1ºQ 2011/2012.

INDICADORES	1ºQuadrim/ 2012	1ºQuadrim/ 2011	Variação
Nº absoluto de óbitos de mulheres em idade fértil	125	173	-48
Nº absoluto de morte materna	3	1	2
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	100%	100%	0
Nº absoluto de nascidos vivos	5.128	6.629	-1501

Fonte: SIM/CGVS/CMM

Os dados acima, relativos ao 1º quadrimestre de 2012, são parciais, dessa forma não é possível estabelecer comparativo.

Com relação à morte materna, a análise do número de óbitos não é possível, pois ainda estão sendo investigados pelo Comitê de Morte Materna.

São investigados 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil, atingindo a meta pactuada

**Quadro 59** -Proporção de Recém Nascidos Vivos (RNV) e o N° de Consultas do PN, período 2012-2011

Ano					
1ºQ 2012			1ºQ 2011		
Nº RNV	RNV de mães que realizaram 7 ou + consultas pré-natal (6 consultas de pré-natal + 1 consulta de puerpério)	%	Nº RNV	RNV de mães que realizaram 7 ou consultas pré-natal (6 consultas de pré-natal + 1 consulta de puerpério)	%
	3.563	<b>70</b>		4.692	<b>71</b>

Fontes: SISPRENATAL E SINASC

Com relação ao número de gestantes que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal obteve-se uma redução de 1%, mas os números do 1º quadrimestre de 2012 ainda são parciais o que impossibilita fechar a análise. Até 2011 esse dado era abastecido pelo SISPRENATAL, mas a partir do início de 2012, como o SISPRENATAL está sofrendo reformulações o dado será buscado no SINASC, até a implantação da nova versão do SISPRENATAL WEB.

O pactuado na PAS 2012 é uma cobertura de 74% das gestantes com consultas de pré-natal realizadas. Nesse quadrimestre, com dado parcial, estamos com 70% de cobertura.

**Tabela 162-** RNV de mães que realizaram sete ou consultas de pré-natal

Gerências Distritais	Indicador	2012		2011	
		1º Quadrimestre	1º Quadrimestre	Varição %	
<b>CENTRO</b>	Gestantes com = ou + 7 consultas	562	709	-21%	
	RNN Vivos	665	849	-22%	
	Normal	183	246	-26%	
	Cesarianas	481	603	-20%	
<b>LENO</b>	Gestantes com = ou + 7 consultas	297	472	-37%	
	RNN Vivos	426	711	-40%	
	Normal	217	396	-45%	
	Cesarianas	209	315	-33,6%	
<b>GCC</b>	Gestantes com = ou + 7 consultas	265	525	-49%	
	RNN Vivos	389	783	-50%	
	Normal	193	418	-54%	
	Cesarianas	195	365	-47%	
<b>NEB</b>	Gestantes com = ou + 7 consultas	541	565	-4%	
	RNN Vivos	727	796	-9%	
	Normal	289	394	-27%	
	Cesarianas	434	402	8%	
<b>PLP</b>	Gestantes com = ou + 7 consultas	358	661	-46%	
	RNN Vivos	551	954	-42%	
	Normal	287	522	-45%	

	Cesarianas	264	432	-39%
<b>HNI</b>	Gestantes com = ou + 7 consultas	137	577	-76%
	RNN Vivos	220	735	-70%
	Normal	129	288	-55%
	Cesarianas	91	447	-80%
<b>RES</b>	Gestantes com = ou + 7 consultas	461	282	63%
	RNN Vivos	625	438	43%
	Normal	256	244	5%
	Cesarianas	369	195	89%
<b>SCS</b>	Gestantes com = ou + 7 consultas	303	619	-51%
	RNN Vivos	465	865	-46%
	Normal	266	354	-25%
	Cesarianas	198	511	-61%

Fonte: SINASC/CGVS/SMS

Os números do 1º quadrimestre de 2012 ainda são parciais o que impossibilita fechar a análise.

**Tabela 163-** Demonstrativo do nº de partos realizados, período 2012/ 2011

Indicador	1ºQ 2012	1ºQ 2011	
	Total	Total	
Nº de Partos*	5.128	6.592	-22%
Normal	2.470 (48%)	3.142 (48%)	-21%
Cesarianas	2.650 (52%)	3.450 (52%)	-23%

Fonte: SINASC

Apesar de ser uma análise parcial tem-se mantido a mesma proporção de partos e cesarianas que no 1º Quadrimestre de 2011.

O que se observa analisando estes dados mais detalhadamente é que os hospitais privados têm um índice de cesariana entre 70 e 80%, puxando para cima este indicador, já os hospitais públicos mantêm seu índice entre 30% e 40%, bem semelhante ao preconizado pelo Ministério da Saúde, em torno de 27% para hospitais de baixo risco e de aproximadamente 35% para os que atendem alto risco, que é o caso de todas nossas maternidades SUS de POA.

## **Mortalidade Materna em Porto Alegre 2011**

No Município de Porto Alegre, em 2011, morreram 494 mulheres em idade fértil, sendo que 12 destas se encontravam no ciclo gravídico puerperal.

A Razão de Mortalidade Materna no ano 2011 ficou em 32,05% e o número de nascidos vivos estimado, em 18.721.

### **Mortes Obstétricas Direta: 5**

- \* Hipertensão Arterial: 1
- \* Indeterminada: 1
- \* Síndrome de Hellp: 1
- \* Puerpério Precoce: 2

### **Mortes Obstétricas Indireta: 1**

- HIV

### **Mortes Obstétrica Tardia: 4**

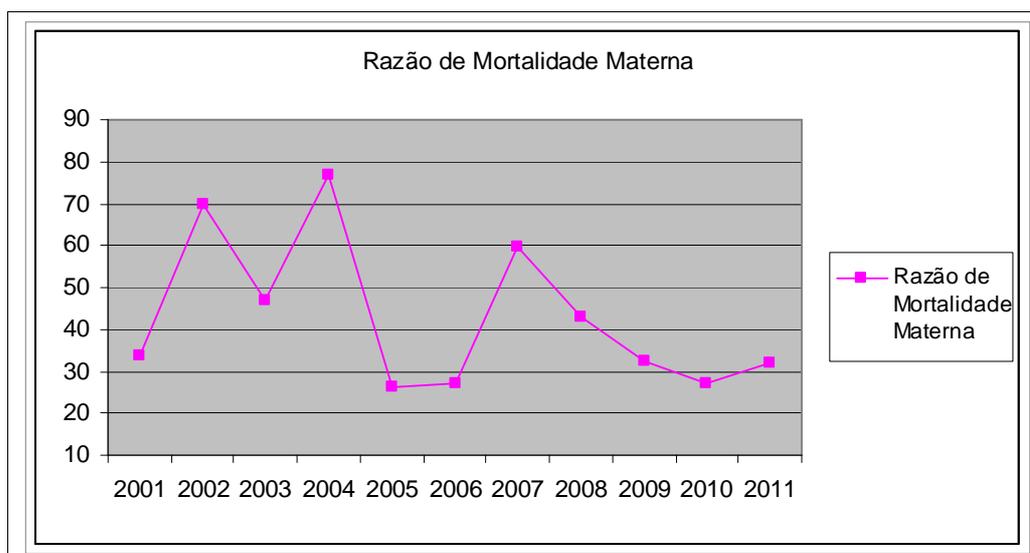
- \* Colangiocarcinoma
- \* Neo Mama
- \* Ca Pulmão
- \* Embolia Pulmonar

### **Morte Obstétrica por causa Externa: 2**

- \* TCE:
- \* Arma de Fogo

A **Razão de Mortalidade Materna** para o ano de 2011 ficou em **32,05%** , sendo que o número de nascidos vivos na cidade foi de **18.721**.

Grafico 9– Série Histórica da Razão de Mortalidade Materna de 2001 a 2011



Fonte: CMM e SIM/CGVS/SMS/PMPA

Houve uma redução na razão da mortalidade materna em 2010 de 32,9 para 27,3 em função da exclusão de um óbito materno por intoxicação por cocaína na gestação. O Comitê de Morte Materna inicialmente considerou o caso como morte materna, mas posteriormente esse óbito não foi classificado como tal pelo Ministério da Saúde, sendo retirado do cálculo da razão.

Com relação à mortalidade materna de 2011, tivemos um aumento da razão de 27,3 para 32,05. Considerando que nos últimos quatro anos a redução da mortalidade tem sido acentuada, acreditamos que 2011 seja um ano atípico necessitando de avaliações dos anos subsequentes para identificar uma possível tendência de aumento. De qualquer forma, Porto Alegre continua com índices de Mortalidade Materna considerados de magnitude média, conforme a Organização Mundial da Saúde (RMM de 20 a 49 óbitos/ 100.000 NV).

## Saúde Sexual e Reprodutiva

**Tabela 164-** Procedimentos realizados e contraceptivos utilizados – 2012/2011

Método	Período		Variação
	1ºQ 2012	1ºQ 2011 Qtd	
<b>Anticoncepcional Oral</b>			
Noretisterona 0,35 mg (minipilula)	7.913	2.383	232%
Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg	47.489	65.673	-28%
Levonorgestrel 0,75mg (contracepção de emergência)	66	130	-49%
<b>Anticoncepcional injetável</b>			
Anticoncepcional injetável (uso trimestral)	23.024	865	2562%
Anticoncepcional injetável (uso mensal)	24.297	12.477	95%
DIU (dispositivo intra-uterino)	203	297	-32%
Ligadura de Trompas – código 0409060186	293	412	-29%
Vasectomia - código – 0409040240 e 040904024-0 -	219	204	7%

**Fonte:** Assistência Farmacêutica e TABWIN

É observada uma redução de 28% na distribuição dos contraceptivos orais combinados em relação ao mesmo período do ano anterior, isso provavelmente se justifica pela regularização da distribuição dos contraceptivos injetáveis mensais e trimestrais que tiveram um aumento de 95% e 2562% respectivamente.

O número de laqueaduras tubárias apresentou uma redução de 29%, mas o número de procedimentos deste quadrimestre ainda é parcial não permitindo a análise. Quanto às vasectomias tiveram um aumento de 7% em relação ao quadrimestre do ano anterior (dados parciais).

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

**Tabela 165**-Total de insumos adquiridos/ recebidos em 2011/2012.

Método	Período	
	1ºQ 2012	1ºQ 2011
	Qtd	
Anticoncepcional Oral		
Noretisterona 0,35 mg (minipilula)	6.765 (MS)	0
Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg	0	64.408 (MS)
Anticoncepcional Injetável Trimestral	25.000(SMS)	
Medroxiprogesterona (acetato) 150mg /ml,inj	3.850 (MS)	875 (MS)
Anticoncepcional Injetável Mensal		
Estradiol+Noretisterona 50mg	29.228 (SMS)	1.250 (MS)
Levonorgestrel 0,75mg (contracepção de emergência)	720 (MS)	1000 (MS)

Fonte: Assistência Farmacêutica

Conforme tabela acima a SMS continua comprando regularmente métodos contraceptivos para completar o repasse do Ministério quanto esse é inferior a demanda da rede.

### Câncer de Colo do Útero

**Tabela 166**- Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Colo do Útero.

	1º Quadrimestre 2012	1º Quadrimestre 2011	Varição
Total de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária 25 a 64 anos	18.081	18.561	-2,5%
Razão da coleta CP na faixa etária 25 a 64 anos	0,13	0,13	
Total de exames realizados na população de 15 a 69 anos	23.210	24.250	- 4,3%
Razão de exames realizados na população de 15 a 69 anos	0,12	0,13	
Colposcopia	4.068	4.088	0,5%

Fonte: SISCOLO e TABWIN

Avaliando a tabela acima se verifica que no total de exames citopatológicos realizados a faixa etária de 25 a 64 anos que é a priorizada para coleta, continua persistindo com o maior número de exames realizados.

A meta pactuada pela PAS 2012 para coleta de CP em mulheres de 25 a 64 anos é a razão de 0,16. No 1º quadrimestre de 2012 foi atingida a razão de 0,13, mas devemos considerar que esse quadrimestre rotineiramente apresenta

uma menor coleta de exames em relação aos demais quadrimestre por incluir período de férias.

A fórmula utilizada para calcular a razão de coleta de citopatológico é:

$$\text{Razão} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de exames coletados em mulheres de 25 a 64 anos}}{1/3 \text{ das mulheres na faixa etária}}$$

No geral observa-se uma redução de 2,5% do número de exames de citopatológicos coletados no I quadrimestre de 2012 em relação a 2011.

O número de exames de colposcopia teve um pequeno aumento de 0,5%. Considerando que este exame deve ser realizado preferencialmente quando o exame de citopatológico está alterado (3-4% dos exames) e em casos com inspeção visual alterada (não mensurável), verifica-se que 25% dos exames citopatológicos estão gerando colposcopia, uma porcentagem adequada, considerando o exposto acima.

## Câncer de Mama

**Tabela 167-** N° de ecografias mamárias e mamografias realizadas período 2012/2011

Exames Realizados	1ºQ 2012	1ºQ 2011	Varição
Ecografias mamárias	5.283	4.388	20%
Mamografias	14.786	14.158	4%
Razão	0,14	0,13	
Mamografias 50-69 anos	8.272	7.882	5%
Razão 50-69 anos	0,15	0,14	

Fonte: TABWIN e SISMAMA

É observado um aumento de 4% no número de MMG realizadas e de 20% no número de ecografias mamárias. A população de maior risco, na faixa etária entre 50-69 anos, continua fazendo o maior número de MMG, também com um aumento de 5% dos exames nessa faixa etária.

A meta pactuada pela PAS 2012 para mamografia realizada em mulheres de 50 a 69 anos é a razão de 0,18. No I quadrimestre de 2012 foi atingida a razão de 0,15, mas devemos considerar que esse quadrimestre rotineiramente

apresenta uma menor solicitação de exames em relação aos demais quadrimestre por incluir período de férias.

A fórmula utilizada para calcular a razão de mamografias realizadas é:

Razão= Nº de exames mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos

1/3 das mulheres na faixa etária

**Quadro 60 Metas anuais constantes na PAS (Saúde da Mulher)**

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	
27. Reduzir a razão de mortalidade materna abaixo de 32,1/ 100 mil / NV.		Dado é apresentado e analisado anualmente.
28. Implantar a rotina de rastreamento cardiovascular na rotina de atenção a mulher em 20% da US.		Implantação prevista para o 2º semestre
62. Aumentar razão de 0,17 para 0,18 de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos.	0,15	No I quadrimestre de 2012 foi atingida a razão de 0,15, mas devemos considerar que esse quadrimestre rotineiramente apresenta uma menor solicitação de exames em relação aos demais quadrimestre por incluir período de férias
63. Aumentar a razão entre exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos em relação a população alvo de 0,14 para 0,16.	0,13	No I quadrimestre de 2012 foi atingida a razão de 0,13, mas devemos considerar que esse quadrimestre rotineiramente apresenta uma menor coleta de exames em relação aos demais quadrimestre por incluir período de férias.
69. Aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal de 73,2% para 74% no município	70%	Anteriormente esse dado era buscado no SISPRENATAL m como o Sistema está sofrendo reformulações o dado será buscado no SINASC, até a implantação da nova versão do

		SISPRENATAL WEB.  Os dados do I quadrimestre de 2012, buscados no SINASC ainda são parciais, o que impossibilita fechar a análise.
115. Implementar diretrizes clínicas para 100% das equipes que atendem especificamente mulheres em situação de vulnerabilidades afrodescendentes.		Diretrizes em fase elaboração

Fonte: SISCOLO/ SISMAMA/ SINASC.

### Atividades Desenvolvidas:

Implantação Teste Rápido de Gravidez na Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal.

- Planejamento das reuniões da Regionalização da Assistência Obstétrica.
- Planejamento e participação em ações alusivas ao Dia Internacional da Mulher.
- Lançamento da Campanha de Prevenção ao Câncer de Mama na Cidade de Porto Alegre.
- Conclusão junto com a SES do Plano de Ação Municipal Rede Cegonha.
- Participação no GT Câncer de Mama, GT Colo de Útero.
- Manutenção das reuniões regulares mensais do Comitê de Mortalidade Materna.

## **15.3 SAÚDE DO IDOSO**

### **O IDOSO EM PORTO ALEGRE**

O envelhecimento é um fenômeno universal e uma aspiração natural de qualquer sociedade. No nosso país vivemos uma revolução demográfica marcada pela desigualdade social e o novo perfil de morbidade e mortalidade.

O censo 2010 nos surpreendeu pelo aumento significativo da população idosa em Porto Alegre, que passou de 11,8% em 2000 para 15% (211.896) em 2010. Chamando-nos atenção a existência de uma população cada vez mais longeva onde 2,3% dos idosos (4832) estavam com 90 ou mais anos à época do censo.

Esse bônus demográfico, secundário ao declínio das taxas de fecundidade e mortalidade, obtidas pelos investimentos público em saúde, saneamento e educação, entre outros e das conquistas médico-tecnológicas, nos desafia a responder de maneira ágil a nova realidade epidemiológica. Torna-se necessária uma política de saúde cuidadosamente planejada de modo que os recursos sejam usados com a máxima eficiência. Pois, além do cuidado primário, secundário e terciário, serão crescentes os gastos com cuidados sociais impostos pela incapacidade física e cognitiva que esta faixa da população tende a desenvolver com o passar dos anos. Sendo importante almejar uma melhoria na qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão no processo de envelhecer.

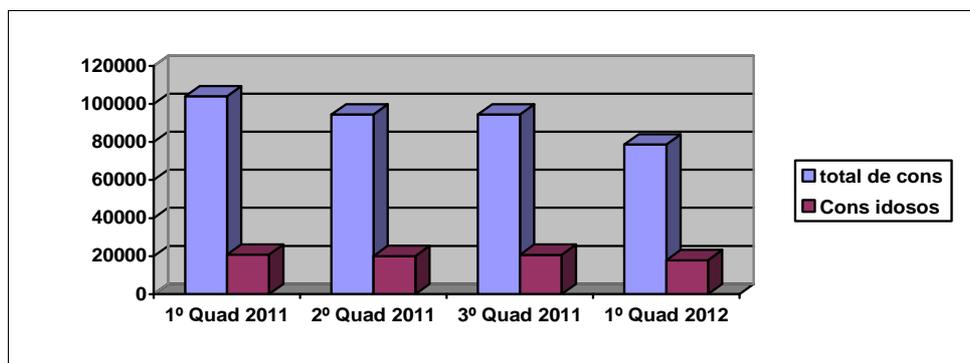
Talvez a tarefa mais complexa de nossa política seja a manutenção da autonomia e independência do idoso, incidindo diretamente nessa conquista social.

**Quadro 61: Metas PAS – Saúde do Idoso**

<b>PREVISTO 2012</b>	<b>REALIZADO</b>	<b>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA</b>
Meta 65 - Manter índices de internações hospitalares de pessoas idosas por fratura de fêmur menor de 29,6 /10.000 habitantes.	As unidades estão sendo contatadas e estimuladas ao uso da caderneta do idoso, para identificar riscos e intervir. As cadernetas estão sendo distribuídas. Seu uso está sendo ampliado para as UBS.	Construir parceria com o idoso, sua família/cuidador para gestão do cuidado (adoção de hábitos saudáveis, adesão ao tratamento, uso racional de medicamentos, prevenção de osteoporose, prevenção de quedas).
Meta 66 - Reduzir os índices de internações por AVC para menos de 85,3/10.000 habitantes em população com mais de 60 anos.	As unidades estão sendo contatadas e estimuladas ao uso da caderneta do idoso, para identificar riscos e intervir. As cadernetas estão sendo distribuídas. Seu uso está sendo ampliado para as UBS.	Essa faixa etária será a grande beneficiária da política de enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis. Sendo imperativo que os serviços, com as parcerias necessárias, promovam atividades físicas, capacitem os cuidadores na comunidade e atue em prol de um envelhecimento ativo.
Meta 86 - Criar um Centro de Atendimento à Pessoa Idosa na região central da cidade.	As obras do serviço estão em andamento. O novo projeto será apresentado ao CMS	As ações na área do idoso devem realizadas em toda rede, um Centro de Atendimento à Pessoa Idosa servirá, no primeiro momento, como uma incubadora da política do idoso, pólo formador (execução e matriciamento) e interlocutor social (capacitação de cuidadores).

Fonte: CAPSES/ Área Técnica Saúde do Idoso.

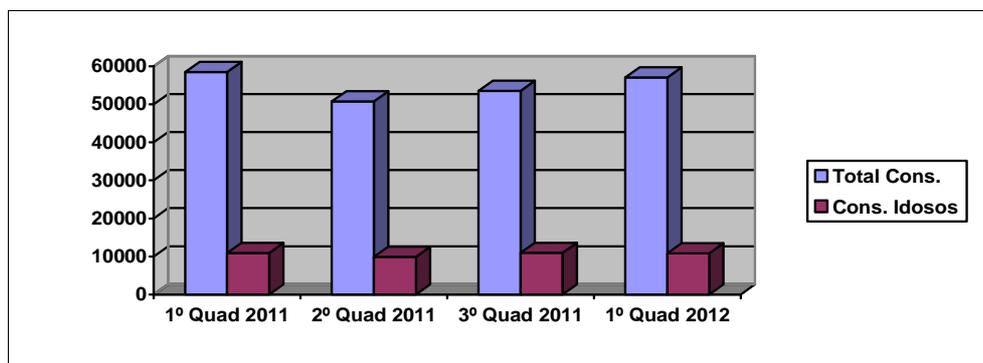
**Grafico 10- Consultas médicas básicas nos serviços próprios da SMS por quadrimestre de janeiro/2011 a abril/2012**



Fonte: TABWIN 01/06/2012

Com relação ao acesso às consultas médicas da rede básica, o idoso vem ocupando em torno de 20% das agendas disponíveis, apresentando um aumento progressivo de 1% por quadrimestre. O acesso a essa clientela já está garantido e facilitado em toda rede.

**Grafico 11-Consultas médicas especializadas nos serviços próprios da SMS por quadrimestre de janeiro/2011 a abril/2012**



Fonte: TABWIN 01/06/2012

O acesso às consultas especializadas demonstra-se semelhante às consultas básicas, o idoso tem ocupado entre 19 e 20% do conjunto das mesmas.

Os dados do SIAB, para as consultas médicas, demonstram a mesma tendência da ocupação das ofertas pelos idosos.

As primeiras consultas odontológicas ofertadas pelos serviços próprios da SMS para idosos ainda se mostram tímidas em números. Do total de 26.531 consultas realizadas no primeiro quadrimestre de 2011, os idosos ocuparam 1231 (4,6%). No primeiro quadrimestre de 2012, houve queda nas ofertas para 18.497 e os idosos ocuparam 1137 consultas (6,1%). A meta anual de cobertura para a população em geral é de 5% ao ano. Os dados parciais já demonstram a

cobertura de 0,5% dos idosos, No que se refere ao idoso, face ao número reduzido de dentes, suas demandas são de outra ordem. A política de Saúde bucal já prevê para o futuro próximo a instituição de um programa de protetização.

Os dados de internação hospitalar por fratura de fêmur para idosos neste primeiro quadrimestre apresentam-se inferiores (94 casos) ao mesmo período de 2011 (140 casos).

Os dados de internação por AVC neste quadrimestre foram de 342 casos, ao passo que no mesmo período do ano passado foi de 352. Esses dois últimos dados são muito preliminares e não possibilitam avaliar o impacto das medidas instituídas para área.

## **16 POPULAÇÕES VULNERÁVEIS**

### **16.1 Saúde da População Negra**

No primeiro quadrimestre do ano de 2012 a área técnica manteve suas estratégias para o alcance das metas previstas no plano, buscando fortalecer a intersetorialidade com os diferentes setores e em especial com as áreas técnicas. Vale a pena salientar que a área técnica de saúde da população negra tem como base de sua intervenção a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que tem como marco o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Este marco leva-nos a conduzir ações de cunho cultural, para romper com a inércia, com o censo comum dos gestores, trabalhadores e usuários de uma “democracia racial”, frente às evidências epidemiológicas.

Para tanto tem sido necessário um tensionamento em diferentes campos desta secretária para a sensibilização e responsabilização com a redução das iniquidades em saúde relativas a população negra.

O Racismo institucional é determinante para o agravamento na condição de saúde da população negra. As vulnerabilidades a que esta população está posta devem-se a diferentes fatores, que muitas vezes apresentam-se em conjunto, como no exemplo da Mortalidade Materna, que implica em uma vulnerabilidade programática, neste sentido, as necessidades específicas/biológicas

(hipertensão), não são consideradas para o pré-natal, (parto e puerpério), como também a vulnerabilidade social (as condições econômicas e sociais, espaço que ocupa na sociedade - emprego) e a vulnerabilidade individual (a necessidade infundável de se proteger dos efeitos da discriminação).

A análise epidemiológica tem sido uma estratégia importante para a reflexão e proposição de ações. Ela não está apresentada aqui neste relatório, será analisada por cada área técnica responsável pela temática (Criança e adolescente, mulher, idoso, DST e Aids e Tuberculose), no relatório anual.

Segue quadro com as metas específicas da Saúde da População Negra da PAS 2012.

**Quadro 62** Metas anuais constantes na PAS (Saúde da População Negra)

<b>Metas anuais constantes na PAS</b>		<b>Observações específicas</b>
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	
107. Analisar a coleta, processamento e análise dos dados com enfoque raça, cor e etnia em 100% dos sistemas de informação.	A análise sobre a coleta foi realizada no RAG anual 2011. Entretanto ainda serão publicizadas no Boletim Epidemiológico e no Livro Olhares sobre a Equidade: Saúde da População Negra em 2012.	O campo ignorado tem ainda sido uma escolha constante no preenchimento do quesito raça/cor, que pode ser pela falta de capacitação dos trabalhadores ou pela falta de interesse destes de realizar um preenchimento com qualidade. Nas capacitações de saúde da população negra, previstas para o segundo semestre, o quesito raça/cor é um dos temas a ser trabalhado. Também está previsto na capacitação do sistema informatizado da Secretaria a capacitação do quesito raça/ cor. As ações de campanha para o quesito raça/ cor e também o boletim epidemiológico, estão ainda na pauta para o ano de 2012.
108. Implantar ações informativas referente às doenças mais prevalentes na população das etnias da raça negra e indígenas em 100% dos serviços do SUS.	Esta meta ainda não foi atingida.	A elaboração destes materiais esta em andamento, e a impressão e divulgação esta prevista para o 2ª semestre de 2012.
109. Tratar e acompanhar 100% dos paciente diagnosticados com Doença Falciforme( DF).	A rede de saúde esta sendo organizada para suprir as necessidades relativas a esta demanda.	Um dos exemplos é a organização do encaminhamento no sistema de informatização de consultas especializadas. A primeira consulta para os bebês que nascem com a DF em todo o município de Porto Alegre e dentro do Estado ocorre no Serviço de Triagem Neonatal (STN) do HMIPV. Após a Triagem Neonatal, a necessidade de continuidade de tratamento é ofertada em agenda de consultas dos Hospitais de Referência, por meio do sistema informatizado da

		<p>SMS de Porto Alegre.</p> <p>O fluxo descrito acima não estava sendo realizado de forma qualificada, pois todas as consultas de hematologia estavam sendo disponibilizadas para diferentes Serviços de Hematologia da rede SUS de Porto Alegre de forma não específica. Este fato foi corrigido e as consultas para hematologistas especialistas em doença falciforme estão disponíveis nos Hospitais de Referência do SUS. Outro exemplo é a organização de pontos focais na área da enfermagem, nutrição, odontologia, medicina (obstetrícia e pediatria).</p>
<p>111. Ampliar um Quilombo atendido pela ESF.</p>	<p>Esta meta ainda não foi atingida.</p>	<p>O processo está em andamento, sendo que a comunidade do Quilombo da Família Silva, ainda não está sendo atendido pela ESF do IAPI, que ampliou sua área de atuação para a inclusão deste Quilombo, porque ainda não tem certeza se desejam ou não serem incluídos em uma ESF. Em relação ao Quilombo dos Alpes, desejam ser atendidos por uma Estratégia de Saúde da Família, entretanto os moradores da região a que pertencem, não desejam transformar a Unidade de Saúde em ESF. Entretanto esforços para qualificar o atendimento de saúde as comunidades Quilombolas, têm sido feito como é o caso do Seminário de Saúde Quilombola, que foi realizado no mês de março. O Seminário teve como objetivo de realizar o planejamento para ações de saúde específicas para os Quilombos de Porto Alegre para o ano de 2012, junto com os trabalhadores de saúde dos serviços de referência dos Quilombos Silva, Areal, Alpes e Fidelix. Este seminário ainda contou com a participação de representantes da comissão de saúde da população negra do CMS.</p>
<p>115. Implantar diretrizes clínicas para 100% das equipes que atendem especificamente mulheres em situação de vulnerabilidade: afrodescendentes.</p>	<p>Esta meta esta em andamento.</p>	<p>Salienta-se que as vulnerabilidades na maioria das situações não são devidas às condições biológicas, e sim as relações com o racismo institucional. Em relação às vulnerabilidades devidas as condições biológicas, que é o caso da Mortalidade Materna a Área Técnica de Saúde da Mulher organizou um grupo de trabalho, na qual esta construindo o Protocolo de Saúde da Mulher Negra.</p>

## 16.2 Saúde da População Indígena

**Quadro 63- Metas anuais constantes na PAS**

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	
108. Implantar ações informativas referentes às doenças mais prevalentes na população das etnias da raça negra e indígenas em 100% dos serviços do SUS.	Realizado o Seminário Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: construindo novos olhares.	A população indígena não tem doença típica, como a anemia falciforme. A população indígena é mais suscetível às doenças transmissíveis, como a tuberculose.
110. Implantar a Equipe Multidisciplinar de Saúde da Família Indígena.	Elaborada a proposta de edital e encaminhada ao IMESF	IMESF não publicou o edital para seleção dos profissionais da EMSI.
112. Reduzir para 10 /ano, eventos diarreicos em criança indígena menores de 5 anos relacionados com deficiência em saneamento.	Elaborado instrumento de vigilância dos eventos diarreicos.	No instrumento utilizado pelo CGVS não há o campo raça/cor.
113. Atender integralmente os portadores de diabetes e de hipertensão em 100% das comunidades indígenas.	Iniciado o levantamento dos portadores de diabetes e hipertensão na Aldeia Kaingang Lomba do Pinheiro	Os dados estão contidos no total das ESF que atendem indígenas.

**FONTE:** CAPSES/ Área Técnica Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Ao Instituto Municipal de Estratégia Saúde da Família – IMESF foi encaminhada em janeiro de 2012, a proposta de edital para seleção dos profissionais da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena. Esta proposta foi discutida e aprovada na Comissão de Saúde Indígena composta por representantes da SMS, SES, SESAI, FUNAI e lideranças indígenas das três etnias (Meta 110 da PAS 2012).

Em fevereiro, criou-se o Grupo de Trabalho Vigilância em Saúde dos Povos Indígenas com o objetivo de implementar as ações de promoção e prevenção à saúde dos povos indígenas residentes no município. O GT é composto por técnicos do CGVS, Área Técnica Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Agentes Indígenas de Saúde. Este projeto é coordenado pela Área Técnica (Meta 47 do PMS 2010-2013).

As cadernetas de Saúde do Jovem e da Jovem Kaingang foram concluídas em março. As Cadernetas são bilíngues: português e língua Kaingang. Este projeto foi uma ação conjunta das Áreas Técnicas Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente com consultores indígenas. Foi financiado com recurso do ParticipaSUS.

Em março, realizou-se teste de Mantoux em 100% da população da Aldeia Mbyá Guarani da Lomba do Pinheiro. Esta foi uma ação conjunta das Áreas Técnicas Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Tuberculose e SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena do MS).

Dando-se continuidade ao Diagnóstico de Tuberculose na comunidade da Aldeia Mbyá Guarani da Lomba do Pinheiro, em abril iniciaram-se os exames de RX de todos os moradores da aldeia.

Em abril, realizou-se o seminário “Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: construído novos olhares” com o objetivo de sensibilizar os trabalhadores da saúde sobre as diferenças culturais, cosmologia e ontologia dos coletivos indígenas de Porto Alegre (Meta 108 da PAS 2012).

A vacinação das populações indígenas, nas aldeias, sempre iniciam em maio. Isso ocorre porque no verão os indígenas costumam ir ao litoral para comercializar seu artesanato. Em abril também saem das aldeias para comercializar cestas de páscoa.

Quanto ao número de visitas do Agente Indígena de Saúde, não temos esta informação porque ainda não estamos registrando as ações do Agente.

Em relação à implementação das Metas 112 e 113, em final de abril, iniciou-se um diálogo com as unidades de saúde de referência às duas maiores Aldeias Kaingang e à Aldeia Charrua.

### 16.3 Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

**Metas:** Atender 100% dos ingressados no Presídio Central de Porto Alegre - PCPA e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier - PFMP, até 2013.

**Quadro 64 Metas anuais constantes na PAS**

Metas anuais constantes na PAS		Observações específicas
Previsto 2012	Realizado 1º quadrimestre	
114. Atender 100% dos ingressados no Presídio Central de Porto Alegre e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier.	Meta atingida.	O principal objetivo foi dar continuidade aos processos de implantação/ implementação das ações desenvolvidas pelas equipes destes estabelecimentos.

FONTE: CAPSES.

O primeiro quadrimestre de 2012 nas unidades de saúde prisional, PCPA e PFMP, teve por principal objetivo dar continuidade aos processos de implantação/

implementação das ações desenvolvidas pelas equipes destes estabelecimentos. Cabe ressaltar, no entanto, que os dados apresentados neste relatório indicam as atividades realizadas no ano vigente, frente que no mesmo período em 2011 as referidas unidades não estavam sob a responsabilidade da gestão municipal.

**Quadro 65- PRESÍDIO CENTRAL DE PORTO ALEGRE**

ÁREAS	Atendimento/ Situação	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
<b>ODONTOLOGIA</b>		192	165	186	201	<b>744</b>
<b>CLÍNICO</b>		1069	853	994	1028	<b>3994</b>
<b>MENTAL</b>	<b>Psicossocial</b>	9	0	0	0	<b>9</b>
	<b>Psiquiátrico</b>	0	0	165	178	<b>343</b>
<b>TUBERCULOSE</b>	<b>Em tratamento</b>	106	96	96	101	<b>101</b>
	<b>Novos</b>	15	12	12	20	<b>59</b>
	<b>Alta</b>	0	0	19	6	<b>25</b>
<b>DST/AIDS</b>	<b>Em tratamento</b>	73	73	72	72	<b>72</b>
	<b>Novos</b>	2	2	9	8	<b>21</b>
<b>HEPATITES</b>	<b>Novos</b>	44	44	31	32	<b>151</b>
<b>HIPERTENSÃO</b>	<b>Em tratamento</b>	231	247	253	270	<b>270</b>
	<b>Novos</b>	22	16	6	17	<b>61</b>
<b>DIABETES</b>	<b>Em tratamento</b>	173	181	207	215	<b>215</b>
	<b>Novos</b>	5	8	26	8	<b>47</b>
<b>TOTAL</b>		<b>1064</b>	<b>964</b>	<b>2076</b>	<b>2156</b>	<b>6260</b>

FONTE: CAPSES.

Como principais atividades realizadas no Presídio Central no período destacamos a disponibilização do sistema de informatização AGHOS, a implantação do teste rápido AIDS e sífilis, sob a orientação da área técnica responsável. E ainda, ressaltamos a capacitação e orientação dos profissionais dentistas sobre processos de trabalho, realizado conjuntamente com a coordenação da área técnica de Odontologia da CAPSES. Para o funcionamento da unidade continuam sendo fornecidos todos materiais e insumos para realização de exames e outros necessidades, conforme fluxo estabelecidos.

Em relação as informações da tabela destaca-se que os dados sobre hepatite tem sido acompanhado e identificado pela equipe de enfermagem este ano, com os presos ingressantes, e há somente registro de hepatite tipo C.

Os atendimentos Clínicos referem-se aos ingressantes no sistema prisional, as consultas remarcadas e ou as solicitadas pelos próprios usuários.

As informações da saúde mental retratam ausência de registro de atendimentos e atividades, isto se deve ao fato de que tais profissionais são vinculados a Susepe e suas atribuições ainda não estão voltadas a ações de saúde e sim ao âmbito pericial destes presos e sua situação judicial. Atualmente, uma psicóloga, uma assistente social e um psiquiatra (Susepe), por força de ação impetrada pelo Ministério Público, fazem o atendimento a presos, em ala específica para usuários de drogas. Para alterar este quadro, efetivando ações na unidade de saúde, estão ocorrendo reuniões promovidas pelas áreas técnicas prisional e mental da CAPSES, junto a Susepe, Hospital Vila Nova. Outro fator importante para tentar qualificar esta ação, é que se efetive a terceira equipe, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde no dia 09/02/2012, que se encontra na CIB/RS para análise e aprovação. É importante ressaltar que neste primeiro quadrimestre não há registro de nenhum óbito de presos.

**Quadro 66- PENITENCIÁRIA FEMININA MADRE PELLETIER**

ÁREAS	Atendimento/ Situação	JAN	FEV	MAR	ABR	SOMA
<b>ODONTOLOGIA</b>		173	99	164	124	<b>560</b>
<b>MENTAL</b>	<b>Clínicos</b>	16	11	11	20	<b>58</b>
	<b>Psicossocial</b>	47	16	45	21	<b>129</b>
	<b>Grupos</b>	6	3	4	4	<b>17</b>
<b>TUBERCULOSE</b>	<b>Em Tratamento</b>	3	2	3	3	<b>3</b>
	<b>Novos</b>	1	0	1	0	<b>2</b>
<b>DST/AIDS</b>	<b>Em Tratamento</b>	21	25	18	22	<b>22</b>
	<b>Novos</b>	2	4	2	3	<b>11</b>
	<b>ARV</b>	8	12	9	11	<b>40</b>
<b>HEPATITES</b>		5	5	5	5	<b>5</b>
<b>HIPERTENSÃO</b>	<b>Em Tratamento</b>	3	20	18	17	<b>17</b>
	<b>Novos</b>	1	3	2	2	<b>8</b>

<b>DIABETES</b>	<b>Em Tratamento</b>	8	9	8	8	<b>33</b>
	<b>Novos</b>	1	3	1	1	<b>6</b>
<b>ECOGRAFIA OBSTÉTRICA</b>		20	25	10	10	<b>65</b>
<b>MAMOGRAFIAS</b>		3	2	2	2	<b>9</b>
<b>PAPANICOLAU</b>		22	83	65	61	<b>231</b>
<b>ECOGRAFIA MAMÁRIA</b>		1	2	1	3	<b>7</b>
<b>PRÉ-NATAL</b>		29	39	21	25	<b>114</b>
<b>ECOGRAFIAS TRANSVAGINAIS</b>		2	0	0	1	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>		<b>372</b>	<b>363</b>	<b>390</b>	<b>343</b>	<b>1468</b>

FONTE: CAPSES.

Ressaltam-se como ações realizadas na Penitenciária Feminina Madre Pelletier no primeiro quadrimestre do ano vigente, a implantação do teste rápido para AIDS e sífilis, a disponibilização do sistema de marcação de consultas, via AGHOS, o acompanhamento da área técnica de saúde prisional da CAPSES na implementação dos processos de organização do trabalho junto a equipe de saúde desta unidade. E ainda, a realização de capacitação sobre aleitamento materno, promovido pelo HMPV para as equipes técnicas da unidade materno infantil, existente no estabelecimento e da unidade de saúde.

O número de presas, já em cumprimento de pena na penitenciária no quadrimestre variou de 278, nos meses de janeiro, fevereiro ao número atual de 300 presas, capacidade total do estabelecimento.

Não há registro de óbitos de presas no quadrimestre. Enfatiza-se a integração da unidade materno infantil com a unidade de saúde prisional, que realiza atendimento a gestantes e crianças de até seis meses.

A unidade vem sendo orientada e acompanhada para implantação do Planejamento Familiar. O Hospital Materno Infantil Presidente Vargas é a referência para realização de laqueadura tubária, com equipe credenciada deste hospital em consonância com a equipe da unidade. No quadrimestre foram realizadas duas, atendendo todos requisitos necessários. Estam em análise e acompanhamento cinco presas, tais demonstraram interesse na realização do procedimento.

## 17 CONTROLE SOCIAL

Até o período analisado, a rede descentralizada de conselhos de saúde em Porto Alegre conta com 13 Conselhos Distritais instituídos, 72 Conselhos Locais.

O *Conselho Gestor do HMIPV* se reúne mensalmente, na primeira segunda-feira de cada mês, com a presença de representantes dos gestores, trabalhadores e usuários, para discutir e votar assuntos de relevância, tanto na área assistencial quanto na área administrativa, para o hospital e para a comunidade usuária.

Das plenárias, ocorreram 8 reuniões ordinárias e 2 extraordinárias, com as seguintes principais pautas: 1) posse do novo Núcleo de Coordenação do CMS; 2) definição de Regimento Interno Padrão para os Conselhos Distritais de Saúde; 3) modelo de matriciamento para Atenção Primária em Saúde e implantação dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família; 4) programa de controle da Tuberculose e Serviço de Apoio Especializado em Hepatites Virais; 5) Projetos do Pró-Saúde; 6) Rede de atenção em Saúde Mental para Crianças e adolescentes; 7) Relatório de Gestão do 3º trimestre de 2011; 8) Programação Anual de Saúde 2012; 9) Regionalização e Telessaúde; 10) Projeto de alteração da Lei Complementar 277/92.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Relatório de Gestão do Primeiro Quadrimestre de 2012 seguiu o roteiro da resolução 36 /2011 do Conselho Municipal de Saúde aprovada em 2011 contendo a prestação de contas da Programação Anual de Saúde 2012 e das demais pactuações federativas, oportunizando uma avaliação quali - quantitativa dos serviços ofertados e do cumprimento das metas pactuadas no Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

O ano de 2012 iniciou com projetos em andamento, elaborados durante todo o ano de 2010 e 2011 e que envolvem a articulação de todas as áreas da SMS. Para a continuidade dos mesmos, a vinculação dos servidores aos projetos estratégicos é ponto crítico e também definidor.

Modificações na estrutura de tomada de decisão ocorreram no período, como a mudança do Secretário de Saúde e Adjunto, dos coordenadores da Coordenação Municipal de Urgências e da Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores da Saúde.

É fundamental a continuidade das atividades com trabalhadores identificados estrategicamente, buscando garantir a sequência dos projetos no período analisado, a concretização dos resultados esperados, conforme a PAS 2012 e demais projetos estratégicos.

Com relação à Gestão do Trabalho em Saúde, ocorreu a ampliação de 44 servidores ingressantes através de nomeação neste quadrimestre. Enfoca-se, também a criação de 51 cargos de enfermeiros.

No eixo da integração ensino e serviço, a Equipe de Desenvolvimento (ED/CGADSS) da SMS tem desempenhado um importante papel junto à Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES) na construção e implementação desta política. A iniciativa conjunta da Secretária, Controle Social e Universidades na construção, credenciamento dos projetos PRÓ/PETs- Saúde com a aprovação pelo Ministério da Saúde.

A reorganização da Área de Humanização, ocorrida a partir do primeiro semestre de 2011, está apresentando resultados com a visibilidade das ações com enfoque humanizado que ocorrem em toda a rede de serviços próprios da SMS. Com os Grupos de Trabalho de Humanização e Comitê Municipal de Humanização constituídos e atuantes, as próximas etapas previstas serão a

ampliação do monitoramento e proposição de ações de humanização também nas instituições parceiras da SMS, ampliando a forma humanizadora de trabalho, na gestão e na atenção à saúde, para toda a rede SUS de Porto Alegre. Ressalta-se, no quadrimestre em análise, início do monitoramento das ações de acolhimento e ambiência, bem como a continuidade do monitoramento da realização de reuniões de equipe e dos Conselhos Locais de Saúde.

Na infraestrutura de apoio técnico-administrativo, que inclui a equipe de projetos da SMS, destaca-se o alcance das metas em reforma e de novos prédios, repetindo os resultados de 2011 e atendendo a demandas do Orçamento Participativo desde 2005. O suprimento de demandas de manutenção predial 350% maior que o mesmo período de 2011, e também o suprimento em materiais de consumo e permanentes, auxiliaram na qualificação das estruturas necessárias aos profissionais para a prestação de serviços à população, com destaque para os bens de informática, 499% a mais que no mesmo período de 2011.

No quadrimestre em análise, a gestão da SMS destaca o projeto InfoRede, ainda em desenvolvimento e com a aquisição dos novos servidores, que são equipamentos de TI que ampliam a capacidade dos bancos de dados da SMS para atender às suas necessidades. Enfatiza-se a reorganização da regulação de serviços de saúde, em constante avaliação sobre a produtividade e fluxos dos serviços para atender às demandas dos usuários. No setor, todas as equipes estão em processo de reorganização dos seus processos de trabalho para atuar com a regulação 100% informatizada.

É possível destacar como avanço o acréscimo na cobertura da saúde da família de 7%, bem como o aumento de vinte e três equipes de saúde bucal, ou seja, 67% das equipes de saúde da família estão cobertas por saúde bucal comparados com os 48% de cobertura das equipes de saúde da família por equipe de saúde bucal específicas em comparação ao quadrimestre anterior.

Na atenção às urgências, destaca-se a diminuição do tempo de resposta do SAMU, bem como o aumento dos óbitos do paciente atendidos, justificado pelo aumento da gravidade dos casos atendidos devida inclusão do transporte de baixa complexidade, que diminuiu o número de casos menos graves para o SAMU. Da mesma forma, é sugerido que o aumento da gravidade dos casos (vermelhos e amarelos) no Pronto-Atendimento Bom Jesus está relacionado à incorporação da classificação de risco por meio do Protocolo de Manchester

como recurso de gestão da atenção à saúde nos serviços analisados. Por isso, a proposta da CMU é de ampliação da atuação com Acolhimento por meio do protocolo de Manchester para todos os Pronto Atendimentos e Emergências Hospitalares SUS de Porto Alegre, com vistas a qualificar o perfil deste tipo de estabelecimento de saúde e os serviços associados na rede de atenção à saúde.

A continuidade da descentralização da atenção pré hospitalar de urgência depende, ainda, de tramites burocráticos e de demais atores envolvidos nos processos, conforme descrito no quadro de metas da CMU. De forma geral, a descentralização dos atendimentos SUS no município, bem como a compreensão da população sobre a função os diferentes equipamentos de saúde na rede de serviços, pode estar corroborando para a reorientação do uso dos mesmos. No Hospital de Pronto Socorro, por exemplo, a ampliação do número de usuários não residentes e a diminuição de atendimentos aos usuários residentes pode ser um retrato desta reorientação para atender ao trauma agudo, conforme o perfil da instituição.

Sobre os agravos crônicos, ressalta-se a constituição da Portaria 802 de 14 de Novembro de 2011, publicada em 1º de março de 2012, que define os critérios de concessão e o elenco de insumos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre aos usuários portadores de Diabetes Mellitus. Esta Portaria estabelece, de forma mais abrangente, o acesso ao recebimento dos insumos, uma vez que redefine os critérios para concessão, como também proporciona a ampliação dos insumos ofertados a comunidade residente no município.

Outra Portaria que merece destaque é a 289, publicada em março 2012, referente ao Teste Rápido. O município de Porto Alegre desponta como a primeira cidade do Brasil em incidência de casos de AIDS. O uso da terapia antirretroviral em tempo hábil na gestação pode diminuir acentuadamente a transmissão vertical. Objetivando a celeridade, esta portaria institui a realização de testes rápidos na rede de atenção primária em saúde, para detecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da sífilis.

Harmonicamente, a Portaria 289 a, 288, publicada em março de 2012, trata da busca consentida. Esta é crucial, pois o número de óbitos por complicações de doenças oportunistas é substancial. Alguns fatores são decisivos nesta realidade, entre eles, a ausência de diagnóstico ou diagnóstico tardios, sendo fundamental a busca desses pacientes. A portaria regulamenta os procedimentos e condutas para abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde, se mostrando basilar, para a promoção do direito fundamental à saúde.

Neste quadrimestre, é importante salientar, a transformação do CAPS AD do Centro de Saúde IAPI em CAPS AD III, bem como a ampliação de um Consultório na Rua. A Área da Saúde Mental é um desafio. Neste sentido, medidas de construção do Plano Municipal em Saúde Mental estão sendo adotadas, visando a qualificação e ampliação do acesso aos usuários.

Neste período foram evidenciados avanços e também dificuldades existentes, tanto nos agravos mais prevalentes como nos problemas estruturais do próprio sistema. O monitoramento do cumprimento das metas, a avaliação, a consequente tomada de decisões e o aperfeiçoamento dos processos de trabalho, levam ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde ao direcionar as ações estratégicas e cotidianas às necessidades apontadas no Relatório de Gestão.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. **Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142.** Brasília, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**, 2ª edição. Brasília, 2009.

Brasil. Ministério da Educação – MEC; Ministério do Trabalho e Emprego – **Lei Federal Nº 11.788.** Brasília, 2008.

BRASIL - Ministério da Saúde. **VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** BRASIL, 2010.

BRASIL, 2012 – <http://www.saude.rs.gov.br/dados/Brasil.pdf>.

\_\_\_\_\_ Conselho Nacional de Saúde Carta Nº 937 - CO NEP/ CNS/ MS e seus membros designados pelas portarias Nº 374, Nº 558 e Nº 711, e atual renovação junto à CONEP de 10 de junho de 2010 e Resolução CNS 240/9

\_\_\_\_\_ Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/RS nº 25/03,2006; Resolução CIB/RS nº 45/07.**

\_\_\_\_\_ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos e Estimativas 2009.** Brasil, 2009.

\_\_\_\_\_ **Ministério da Saúde.** Portarias de Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006; nº 699 de 30 de março de 2006; nº 3.085 de 1.º de dezembro de 2006; nº 204 de 29 de janeiro de 2007; e nº 1.229 de 24 de maio de 2007. Nº 204/GM de 29 De Janeiro de 2007. **Portaria de Nº 558, Brasília, 2010.**

\_\_\_\_\_ **Ministério da Saúde. Portarias de Nº 374.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde.2008

\_\_\_\_\_ **Ministério da Saúde** Portaria Nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto 2006.

\_\_\_\_\_ **Ministério da Saúde,** PORTARIA Nº 442 DE 13 DE AGOSTO DE 2004 que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal de Saúde.** Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Decreto Municipal 15.042**. Porto Alegre, 1996.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Decreto Municipal 16.127**, Porto Alegre, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Resolução nº 36/2004**, Conselho Municipal de Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_ **Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul** - Portaria SES nº 09/93. Gerenciamento do Processo de Descentralização no SUS. Rio Grande do Sul, 1993

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Programação Anual de Saúde 2012**.

## ANEXO 1

### Capacitações para Servidores da SMS – Informações qualitativas 1º Quadrimestre 2012

	Nome da Capacitação	Promoção	Nº Participantes	Carga Horária (H/A)	Nº Participantes X C.H.
1	Rede Amamenta para ACS	CAPSES	30	06	180
2	Rede Amamenta para Tutores	CAPSES	27	08	216
3	Hepatites Virais	CAPSES	70	04	280
4	Linha cuidado criança e adolescente vítima violência	CAPSES	70	08	560
5	Saúde dos povos indígenas - Sensibilização	CAPSES	40	02	80
6	ENPACS para ACS (2)	CAPSES	60	08	480
7	Seminário Saúde Quilombola	CAPSES	26	04	104
8	Capacitação das Hepatites Virais	CAPSES/AT HIV/ AIDS e Hepatites Virais	70	12	840
9	Capacitação de teste rápido/ Aconselhamento/ Linhas de cuidado em HIV/ AIDS nos Prontos Atendimentos de Urgência e Emergência.	CAPSES/A T HIV/ AIDS e Hepatites Virais	85	09	765
10	Capacitação da Liderança Comunitária da Restinga	CAPSES/A T HIV/ AIDS e Hepatites Virais	55	08	440
11	Seminário de tutores da Rede Amamenta Brasil	CAPSES/A T Saúde Nutricional	22	40	880
12	Manejo de anticoagulados em ambulatório	CAPSES/H CPA	70	02	140
13	PIM-PIA	CAPSES/S MED	80	04	320
14	Seminário de socialização de servidores ingressantes	CGADSS	148	02	296
15	Curso Básico de Vigilância em Saúde	CGVS/Coodenação	46	20	920
16	Revisão técnica do Protocolo de Manchester	CMU/NEU	42	04	168
17	Curso de qualificação em imobilizações ortopédicas para profissionais de enfermagem	CMU/NEU, NEPEnf/H PS, PACS	32	80	2560
18	Capacitação dos profissionais de enfermagem para realização da vacina BCG	GD GCC	63	04	252
19	Atualização em sala de vacina da GD NHNI	GD NHNI	36	3,5	126
20	Capacitação em sala de vacina da GD NHNI	GD NHNI	42	3,5	147
21	Revisão da saúde da mulher: patologia cervical e mamas	GD PLP	58	04	232

22	Seminário Psicologia – Matriciamento e NASF	HMIPV	12	02	24
23	Seminário Psicologia – Acolhimento, Atenção integral e Interdisciplinariedade	HMIPV	12	02	24
24	Seminário Psicologia – Humanização na atenção hospitalar	HMIPV	12	02	24
25	Seminário Psicologia – SUS – O lugar da saúde nas políticas públicas	HMIPV	12	02	24
26	Seminário Psicologia – Recepção	HMIPV	12	02	24
27	Seminário Psicologia – Apresentação do HMIPV e Serviço de Psicologia	HMIPV	12	02	24
28	1º Encontro Científico 2012 – A Cura da Mente	HMIPV	60	01	60
29	Curso de Aleitamento Materno	HMIPV	75	20	1500
30	Jornada de Sexualidade	HMIPV	72	08	576
31	Capacitação em Rotinas Operacionais em Triagem Neonatal	HMIPV	15	02	30
32	Revisão Técnicas Radiológicas	HPS/Direç ão Científica	10	03	30
33	Palestra Noções Básicas de Bloco Cirúrgico	HPS/Direç ão Científica	10	02	20
34	Discussão de óbito (mensal) – 4 no quadrimestre	HPS/Direç ão Científica	60	06	360
35	Curso Básico de Higienização	HPS/Direç ão Científica	10	02	20
36	Apresentação Sistema de Materiais	HPS/Direç ão Científica	20	03	60
37	Palestra Fisioterapia	HPS/Direç ão Científica	10	03	30
38	Inserção dos Servidores	HPS/NEPE nf	28	14	392
39	Palestra - LUTO NO TRAUMA	HPS/NEPE nf	25	1,5	37,5
40	Infecção Hospitalar: biosegurança	HPS/NEPE nf/Factum	05	01	05
41	Infecção hospitalar	HPS/NEPE nf/Lafayette	03	01	03
42	Qualificação em Imobilização Ortopédicas	HPS/NEPE nf/PACS/NE U	25	80	2000
43	Cuidados de Enf. ao Paciente com Diverticulite	HPS/NEPE nf/SENAC	03	01	03
44	Paciente com Ferimento por Arma de Fogo	HPS/NEP Enf/SENAC	06	01	06
45	Cuidados de enfermagem aos pacientes com Precauções de Contato	HPS/NEPE nf/SENAC	04	01	04
46	Estudo de Caso: cuidados de enfermagem a pacientes com TRM	HPS/NEPE nf/SENAC	04	01	04
47	Estudos de Casos: Encefalopatia Hepática Policitemia Vera	HPS/NEPE nf/UNISINOS	07	01	07

48	Caderno 17 – DAB/MS – Saúde Bucal	IC-FUC/Porto Alegre	28	04	112
49	ESF Sem Domicílio, famílias “Diferentes” e políticas de redução de dano.	IC-FUC/Porto Alegre	23	04	92
50	Periodontia e sua aplicação no SUS	IC-FUC/Porto Alegre	23	04	92
51	Gestão de Recursos Humanos. O que fazer? Como fazer?	IC-FUC/Porto Alegre	21	04	84
52	Imunização	IC-FUC/Porto Alegre	68	04	272
53	O Método Clínico Centrado na Pessoa	IC-FUC/Porto Alegre	59	04	236
54	Orientações e Recomendações Médicas para a Prática de Atividades Físicas do Idoso	IC-FUC/Porto Alegre	58	04	232
55	Elaboração e Programação do PEMC 2012	IC-FUC/Porto Alegre	51	04	204
56	Palestra Médicos SAMU	SAMU	25	03	75
57	Treinamento SAMU c TRME	SAMU	15	04	60
58	Treinamento Novos Motorista SAMU	SAMU	25	72	1800
59	Capacitação SAMU HAOC T. B. e C	SAMU	30	64	1920
60	Treinamento Ingressantes SAMU	SAMU	20	64	1280
61	Capacitação Técnicos Enfermagem SAMU	SAMU	36	06	2
62	Informática Básica	Inforede	70	02	140
63	Informática Básica*	Inforede	39	03	117
64	Módulo Internação	Inforede	11	04	44
65	Ambulatorial OP	Inforede	27	04	108
66	Reforço Ambulatorial OP	Inforede	76	04	304
67	APAC	Inforede	20	04	80
68	Reforço APAC	Inforede	05	3,5	17,5
69	Consultas Especializadas	Inforede	11	04	44
	<b>TOTAL</b>		<b>2437</b>	<b>674</b>	<b>22593</b>

**Fonte:** Registro da ED/CGADSS, CGVS, NEPEnf/HPS, Direção Científica/HPS, Assessoria de Ensino e Pesquisa do HMIPV, CAPSES, Inforede e Instituto de Cardiologia-Fundação Universitária de Cardiologia - IC-FUC

**Dados fornecidos pela Inforede, onde “Informática Básica” aparece com carga horária diferente.**

**ANEXO 2**  
**QUADRO DAS CAPACITAÇÕES DA SMS – 1º QUADRIMESTRE DE 2011**

	<b>CURSO</b>	<b>Nº de particip antes</b>	<b>Carga horária (horas)</b>	<b>Total de horas de capacitação X Servidor</b>	<b>Pro mo ção</b>
1	I Encontro de Saúde da Mulher	33	04	132	CAPSES
2	I Encontro de Inserção dos Residentes 2011	215	04	860	ED/CGA DSS
3	Capacitação para lavagem otológica	06	04	24	GD PLP
4	Curso para membros da comissão de saúde e segurança do trabalho CSST – DMLU, SMS, SMC, DEMHAB	33	20	660	GSSM
5	Dia 08 de março – Mulheres! Gestando práticas cuidadoras	30	05	150	PA Bom Jesus
6	Curso de Ventilação Mecânica- 1º (grupo)	38	10	380	HPS/NE PEnf
7	Palestra sobre Película Reconstutora da Epiderme	51	2	102	HPS/NE PEnf
8	1º Curso Multiprofissional de Atendimento do Trauma	65	36	2340	HPS/NE PEnf
9	(Educação Permanente-integração escola/hospital)Úlcera por Pressão	11	1	11	HPS/NE PEnf
10	(Educação Permanente-integração escola/hospital)Tipos de Anestesia	5	1	05	HPS/NE PEnf
11	Curso de Ventilação Mecânica- 2º grupo	38	10	380	HPS/NE PEnf
12	Imunização	68	4	272	IC-FUC
13	Caderno de Atenção Básica 17	28	4	112	IC-FUC
14	Caderneta do Adolescente	53	2	106	IC-FUC
15	Dengue. Manejos Clínicos	53	2	106	IC-FUC
16	Sífilis Congênita	69	2	138	IC-FUC
17	Sífilis. Estratégia de Adesão ao Tratamento do Parceiro	69	2	138	IC-FUC
18	Capacitação Risco Biológico	20	2	40	HPS/Dir Cient
19	Seminário de Técnicas Radiológicas	20	4	80	HPS/Dir Cient
20	CapacitaçãoTécnicos Enfermagem SAMU	20	6	120	HPS/Dir Cient
21	Capacitação Nutrição	20	8	160	HPS/Dir Cient
22	Apresentação Sistema Aghos de internação hospitalar	30	2	60	HPS/Dir Cient
23	Capacitação Motorista SAMU	30	4	120	HPS/Dir Cient
24	Encontro Coordenação de Urgências (mensal)	20	2	40	HPS/Dir Cient
25	Aula Enfermagem UTI do Trauma	15	2	30	HPS/Dir Cient
26	Inserção novos Residentes	30	2	60	HPS/Dir Cient
27	Inserção Internos Medicina	60	3	180	HPS/Dir Cient
28	Apresentação Sistema de Materiais	30	2	60	HPS/Dir Cient

29	Curso de Primeiros Socorros 30.04.11	50	6	300	HPS/Dir Cient
30	Discussão de óbito (mensal) – 4 no quadrimestre	20	2	40	HPS/Dir Cient
	Total	1230	158	7206	

**Fonte:** Registro da ED/CGADSS, NEPEnf/HPS, Direção Científica/HPS, CAPSES, e Instituto de Cardiologia-Fundação Universitária de Cardiologia - IC-FUC

OBS: As capacitações que envolvam residentes não estão mais sendo computadas pois não se trata de atividade de formação profissional para servidores.

### ANEXO 3

#### Capacitações pela EGP/SMA com a participação de servidores da SMS em 2012 – Informações qualitativas 1º quadrimestre/2012

Curso	Nº Participantes	Carga Horária	Part. X CH
Curso: Inclusão Digital	05	20	100
Palestra: Previdência Pública Municipal	09	04	36
Curso de Socialização de Serviços Ingressantes 2012	103	04	412
Programa de Preparação para a Aposentadoria	16	24	384
PASS fala sobre... Ser Mulher no Século XXI	07	02	14
Curso sobre Tramitação de Processos Administrativos	05	08	40
Seminário de Planejamento Estratégico da SEDA	01	16	16
Palestra; Afinal: o que é o Programa de Preparação para a Aposentadoria/	08	04	32
Porto Alegre Turística	04	08	32
PASS fala sobre... Segurança e Defesa Pessoal para Mulheres	15	02	30
Como administrar suas finanças pessoais	04	02	08
Curso sobre Coordenação de Reuniões 2012	03	08	24
Oficina de Capacitação e Inteligência Social	01	04	04
Gerenciamento de Processos Administrativos	02	04	08
Formação Continuada da EGP: A mulher no século XXI	13	04	52
Aula Inaugural EGP: Copa 2014	04	02	08
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>116</b>	<b>1200</b>

Fonte: Escola de Gestão Pública / SMA

## ANEXO 4

### Capacitações pela EGP/SMA com a participação de servidores da SMS em 2011 – Informações qualitativas

#### 1º QUADRIMESTRE/2011

Curso	Nº Participantes	Carga Horária	Pat.XCH
Curso: Inclusão Digital	05	20	100
Palestra: Previdência Pública Municipal	09	03	22,5
Curso de Socialização de Servidores Ingressantes 2011	112	08	896
Capacitação de Mesários para Eleição do Conselho Tutelar 2011-2014	127	04	508
Curso Redação Oficial segundo Manual de Procedimentos Administrativos 2011	41	12	492
Oficina para instalação de projetor multimídia 2011	03	04	12
Palestra Saúde da Mulher 2011	02	02	4
Curso Excel Básico 2011	07	12	84
Curso de Word 2011	05	20	100
Curso Power Point	02	16	32
Curso de Correio Eletrônico - Outlook 2011	02	12	24
Curso Excel Intermediário 2011	01	12	12
Capacitação Novo Portal de Gestão 2011	11	02	22
Palestra Bullying nas Escolas	03	02	6
Curso de produção de materiais multimídia	02	20	40
Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização - GesPública 2011	01	16	16
<b>Total</b>	<b>333</b>	<b>165</b>	<b>2370,5</b>

Fonte: Escola de Gestão Pública / SMA