



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

**RELATÓRIO DE GESTÃO 1º TRIMESTRE**

Porto Alegre, 31 de maio de 2011

AUTORIDADES MUNICIPAIS

JOSÉ FORTUNATTI

**Prefeito Municipal**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

CARLOS HENRIQUE CASARTELLI

**Secretário Municipal de Saúde**

MARCELO BÓSIO

**Secretário Adjunto**

CAROLINA SANTANNA

**Secretária Substituta**

JAMES MARTINS DA ROSA

**Coordenação Geral**

MARIA LETICIA DE OLIVEIRA GARCIA

**Conselho Municipal de Saúde**

MIRIAN GIZELE MEDEIROS WEBER

**Assessoria de Planejamento e Programação**

CHRISTIANE NUNES DE FREITAS

**Coordenadoria Geral da Rede de Atenção Primária em Saúde**

CARMEN JASPER

**Assessoria de Comunicação**

FABIANO BRUM BERESFORD

**Assessoria Jurídica**

ANDERSON ARAUJO DE LIMA

**Coordenadoria Geral da Vigilância em Saúde**

ELAINE TWEEDIE LUIZ

**Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde**

JORGE LUIZ SILVEIRA OSÓRIO

**Sistema Municipal de Urgência**

ANDRÉ LUIS BELLIO

**Coordenadoria Geral de Administração Financeira e Orçamentária**

MAGLIANE BREVES BACEDONI BRASIL LACATELLI

**Coordenação Geral de Apoio Técnico Administrativo**

ROBERTO SCALCO IZQUIERDO

**Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Serviços**

MÁRIO CÉSAR JERÔNIMO KURZ

**Gerência de Saúde do Servidor Municipal**

MARIA ISABEL BITTENCOURTT

**Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**

JULIO HENRIQUE G. FERREIRA

**Hospital de Pronto Socorro**

TANIA MARIA COUTO COELHO

**Assessoria Parlamentar**

**GERÊNCIAS DISTRITAIS**

CRISTINA KLAY

**Centro**

ANA LÚCIA DE LEÃO DAGORD

**Noroeste-Humaitá-Navegantes e Ilhas**

ANGELA REGINA GROFF NUNES

**Norte e Eixo Baltazar**

ROSANE TEREZINHA BALTAZAR

**Leste/ Nordeste**

VÂNIA MARIA FRANTZ

**Partenon /Lomba do Pinheiro**

DANIELLE CERQUEIRA

**Glória/Cruzeiro/ Cristal**

VANIA LOURENÇO PAULI

**Restinga/ Extremo Sul**

DÓRIS DE C.CAMPOS VIDAL

**Sul/Centro Sul**

**SISTEMATIZAÇÃO**

CLEDIMAR SOARES VEIGA

**Centro de Saúde Vila dos Comerciários**

HERAIDA CYRELI RAUPP

**Assessoria de Planejamento e Programação**

LURDES MARIA TOAZZA TURA

**Assessoria de Planejamento e Programação**

**SECRETARIA TECNICA DO CMS**

Christiane Nunes de Freitas

Danielly Silveira de Souza

Dianne Mara Vittorassi

Ernani T. Ramos

Elizabeth Eggrs Cassali

Heloisa Helena Rousselet de Alencar

Humberto Scorza

Luis Walter Jaques Dornelles

Maria Letícia de Oliveira Garcia

Mario P. França

Mirian Gizele Medeiros Weber

Moiseli Paz

Nei Carvalho

Oscar Paniz

Tânia Ledi da Luz Ruchinsque

Teresinha Albina Maraskin

Vanderlei Luiz Matiello Fornari

Vera Puerari

Walter Jeck

**LISTA DE SIGLAS**

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADOT - Assistência Domiciliar Terapêutica

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

ASSECOM - Assessoria de Comunicação

ASSEJUR - Assessoria Jurídica

ASSEPLA - Assessoria de Planejamento e Programação

ASSETEC - Assessoria Técnica

AVD - Atividades de Vida Diária

AZT - Azidethymidine

C - Centro

CA - Câncer

CAPS - Centro de Apoio Psicossocial

CAPSad - Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Apoio Psicossocial Infantil

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CD - Cirurgião Dentista

CE - Causas Externas

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CERIH - Central de Regulação de Internações Hospitalares

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

CGAFO - Coordenadoria-Geral de Administração Financeiro-Orçamentária

CGATA - Coordenadoria-Geral de Apoio Técnico- Administrativo

CGPAN/MS - Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do MS

CGRAPS – Coordenadoria Geral da Rede de Atenção Primária em Saúde

CGRSS – Comissão de Gerência de Resíduos dos Serviços de Saúde

CGSMU - Coordenação Geral do Sistema Municipal de Urgências

CGVS - Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

CH – Carga Horária

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CMCE – Central de marcação de Consultas e Exames

CME – Centro de Material e Esterilização

CMI – Comitê de Mortalidade Infantil

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNDSS – Comissão Nacional de Determinantes Sociais

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico

COMEN – Conselho Municipal de Entorpecentes

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CPF – Comissão de Padronização de Formulários

CRABS – Coordenação da Rede de Atenção Básica

CRAI – Centro de Referência no Atendimento Infanto-juvenil

CRIE – Centro de referência de Imunobiológicos Especiais

CS – Centro de Saúde

CTA – Centro de Triagem e Aconselhamento

DAC – Doenças do Aparelho Circulatório

DANT – Doenças e Agravos Não-Transmissíveis

DAR - Doenças do Aparelho Respiratório

DEM HAB – Departamento Municipal de Habitação

DEN – Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas

DIP – Doenças Infecto-Parasitárias

DIU – Dispositivo Intra Uterino

DM – Diabete Mellitus

DMLU – Departamento Municipal de Limpeza Urbana

DO – Declaração de óbito

DOPA – Diário Oficial de Porto Alegre

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EAP – Equipe de Administração de Pessoal

ED – Equipe de Desenvolvimento

EJA – Educação de Jovens e Adultos

EPTC – Empresa Pública de Transporte e Circulação

ERGR – Equipe de Registro Geral e Recepção

ESE – Estratégia Saúde Escolar

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania

FUGAST – Fundação de Gastroenterologia do Estado

GCC – Glória, Cruzeiro, Cristal

GD – Gerências Distritais

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

GM – Gabinete Ministerial

GPO – Gabinete de Programação Orçamentária

GRSS – Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde

GS – Gabinete de Saúde

GSSM – Gerência de Saúde do Servidor Municipal

GTH – Grupos de Trabalho de Humanização

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HCR – Hospital Cristo Redentor

HEPA – Hospital Espírita de Porto Alegre

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

HMV – Hospital Moinhos de Vento

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

HPB – Hospital Parque Belém

HPS – Hospital de Pronto Socorro

HSL PUC – Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

HTLV – Human T Cell Lymphotropic Vírus Type I

HVN – Hospital Vila Nova

IAPETC – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Trans Cargas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICV – Índice de Condições de Vida

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano- Municipal

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INEP – Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IUBAAM – Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação

Km – Kilômetros

LENO – Leste. Nordeste

LT I – Licença de Tratamento de Interesse

MOVA – Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos

MS – Ministério da Saúde

N – Total

NASCA – Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente

NEB – Norte Eixo Baltazar

NEO – Neoplasias

NEU – Núcleo de Ensino em Urgência

NHNI – Noroeste, Navegantes, Humaitá e Ilhas

NRP- Núcleo de Relacionamento e contrato com o Prestador

ODP – Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Pronto Atendimento da Cruzeiro do Sul

PAIGA – Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente

PESM – Plantão de Emergência em Saúde Mental

PLP – Partenon, Lomba do Pinheiro

PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre

PMS – Plano Municipal de Saúde

PMSH – Política Municipal de Saúde do Homem

PNH – Política Nacional de Humanização

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PPA – Programação Pluri Annual

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PPV – Programa de Prevenção à Violência

PRÁ-NENÊ – Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro Ano de Vida

PRD – Programa de Redução de Danos

PSF – Programa Saúde da Família

PUC – Pontifícia Universidade Católica

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RES – Restinga

RN – Recém-nascido

ROP – Região do Orçamento Participativo

RSNV – Relatório Semanal de Nascidos Vivos

SAE – Serviço de Apoio Especializado

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

SCS – Sul, Centro Sul

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

SIM – Sistema Nacional de Mortalidade Infantil

SINASC – Sistema de Notificação de Nascidos Vivos

SISPRÉNATAL – Sistema de Informação do Acompanhamento do Pré-Natal

SIST-

SISVAN – Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRTN – Serviço de Referência de Triagem Neonatal

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TBC – Tuberculose

THD – Técnico de Higiene Dental

TMI – Transmissão Materno-Infantil

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

UTC – Usina de Triagem e Compostagem

UT I- Unidade de Tratamento Intensivo

VD – Visitas Domiciliares

VDRL – Pesquisa Laboratorial de Doença Venérea

## SUMÁRIO

1. Apresentação .....	16
2. Organização e funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde.....	17
3. Legislação / Normas para implementação do SUS municipal: .....	17
4. Participação da SMS em instâncias colegiadas: .....	17
5. Habilitação do município ao recebimento de recursos: .....	19
6. Gestão na Saúde.....	19
6.1. Gestão do Trabalho em Saúde .....	19
6.2. Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde .....	28
6.3. Ouvidoria do SUS .....	29
6.4. Assessoria de Comunicação.....	31
6.5. Rede de serviços e referências.....	34
6.6. Infra-estrutura de apoio.....	37
7. Produção .....	42
7.1. Atenção ambulatorial .....	42
7.2. Assistência Farmacêutica .....	52
7.3. Transporte social .....	54
7.4. Ações e serviços de vigilância em saúde.....	56
7.5. Ações e serviços em vigilância sanitária.....	65
7.6. Doenças e agravos não transmissíveis.....	71
7.7. Gestão de indicadores em saúde.....	74
8. Gerência de regulação dos serviços de saúde.....	74
9. Hospitais próprios .....	79
9.1. Hospital de Pronto Socorro.....	79
9.2. Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.....	82
10. Atenção em Urgências e transporte de pacientes .....	89
11. Financiamento do SUS.....	102
12. Desempenho dos indicadores por Ciclo de Vida .....	103
12.1. Ciclo de vida da Criança .....	103
12.2. Ciclo vida do adolescente .....	108
12.3. Ciclo de vida do adulto.....	110
12.8. Ciclo de vida do Idoso.....	122
13. Populações Vulneráveis.....	123

14. Controle Social .....	124
Considerações finais.....	125
Referências.....	127
Anexos.....	

## **1 APRESENTAÇÃO**

O Relatório de Gestão do 1º trimestre de 2011 (janeiro, fevereiro e março), constitui-se na prestação de contas à sociedade, ao Conselho Municipal, na instância correspondente conforme prevê a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

O presente relatório sintetiza as atividades realizadas pelas diversas áreas que compõem a Secretaria Municipal de Saúde estabelecendo uma correlação entre as metas pactuadas, as alcançadas e a aplicação de recursos. Oportuniza, ainda, a avaliação qualitativa dos serviços ofertados e o acompanhamento da aplicação dos recursos de acordo com a programação aprovada.

O processo de construção deste relatório se deu a partir da proposta construída pelo Grupo de Trabalho (GT) composto por membros do Conselho Municipal de Saúde, Técnicos da ASSEPLA e da Coordenação da Rede de Atenção Primária em Saúde que constitui modelo padrão de apresentação de relatórios de gestão. A proposta foi discutida em reuniões das coordenações da Secretaria e em reuniões dos técnicos da ASSEPLA e de outros setores.

Conforme Resolução nº 36/2004 do CMS –POA é incumbência da ASSEPLA/SMS a elaboração do modelo consolidado de prestação de contas em que tenham maior visibilidade os programas executados, as ações desenvolvidas, o planejamento e a execução, bem como as fontes pagadoras.

A construção dos relatórios trimestrais e anuais de gestão constitui-se em uma importante ferramenta de acompanhamento da aplicação dos recursos e de avaliação contínua das ações implementadas, fornecendo subsídios para a tomada de decisões e a adoção de práticas de saúde que possam reduzir as desigualdades e impactar positivamente nos condicionantes de saúde e vida da população da cidade de Porto Alegre.

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

No trimestre não houve criação ou extinção de serviços, nem tampouco criação de novos Distritos Sanitários, Conselhos Distritais ou Locais de Saúde. Também não houve criação ou extinção de Comissões Gestoras ou Câmaras Técnicas em serviços hospitalares.

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

O Relatório de Gestão é um instrumento de planejamento, acompanhamento e avaliação da gestão do SUS previsto na Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 em seu artigo 4º inciso IV e Lei nº 8.689, de 27 de Julho de 1993 em seu artigo 12. Bem como, nos demais dispositivos legais do SUS editados nas portarias de n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006 (institui o Pacto pela Saúde), de n.º 699 de 30 de março de 2006 (regulamenta o Pacto pela Saúde e institui o Termo de Compromisso de Gestão), de n.º 3.085 de 1.º de dezembro de 2006 (Criação do Sistema de Planejamento do SUS – PLANEJASUS), de n.º 204 de 29 de janeiro de 2007 (regulamenta o financiamento e monitoramento do Pacto pela Saúde) e n.º 1.229 de 24 de maio de 2007 (institui fluxo do Relatório de Gestão).

A nível municipal o Conselho Municipal de Saúde aprovou Resolução de nº 36 em 15 de julho de 2004, que estabelece prazos de entrega para o CMS analisar.

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

### **4.1 Comissão Intergestores Bipartite Estadual e Colegiado de Gestão Regional**

A Comissão Intergestores Bipartite Estadual – CIB/RS é constituída paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, a ASSEDISA, sendo a instância privilegiada de negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais do SUS.

A CIB/RS foi instituída através da Portaria SES nº 09/93, publicada no DOE de 21/06/1993. Conta com Secretaria Técnica – SETEC e Secretaria Executiva para o assessoramento e encaminhamento das deliberações.

A Resolução CIB/RS nº 45/07 alterou a Resolução CIB/RS nº 25/03, para atender ao disposto na Portaria GM 399/06, trocando a denominação da CIB/REGIONAL

para Colegiado de Gestão Regional – COGERE, incorporando a totalidade dos municípios da área de abrangência de cada Coordenadoria Regional de Saúde (Porto Alegre, 16 de agosto de 2007).

*\* Integrantes da Comissão Intergestores Bipartite-CIB/RS - Titular: Carlos Henrique Casartelli; 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 Samir dos Santos Passos.*

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

*\* Integrantes da Secretaria Técnica (SETEC) COGERE - Titular: Samir dos Santos Passos; Suplente: Christiane Nunes de Freitas - Conforme indicação no COGERE.*

*\* Integrantes da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (AS-SEDISA)- Titular: Henrique Casartelli; Suplente: Carolina Santanna.*

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

Promove e consolida um novo modelo de gestão pública de saúde alicerçado nos conceitos de descentralização e municipalização.

Propõe fórmulas de gestão democrática para a saúde e auxilia os municípios na formulação de estratégias voltadas ao aperfeiçoamento dos seus sistemas de Saúde, primando pelo intercâmbio de informações e pela cooperação técnica.

*\* Integrantes do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)- Titular: Carlos Henrique Casartelli; Suplente: Carolina Santanna.*

#### **4.3 Conselho Municipal de Saúde**

Atua na formulação, deliberação e controle das políticas de saúde do Município de Porto Alegre acompanhando o desenvolvimento das ações e serviços do setor.

Estimula e propicia a participação comunitária propondo critérios para a programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde sem, entretanto, perder o caráter fiscalizatório, conforme preceituam as leis do SUS.

O assento da Secretaria Municipal de Saúde no Conselho Municipal de Saúde são os seguintes:

*\* 1ª Representação titular: Carlos Henrique Casartelli; Suplente: Marcelo Bosio - Conforme of. N°0817/10-GS em 11/06/2010.*

\* 1ª Representação titular: Mirian Gizele Medeiros Weber

\* 2ª Representação suplente : Christiane Nunes de Freitas;

\* Integrante do Serviço Técnico (SETEC): Titular: Mirian Gizele Medeiros Weber;  
Suplente: Christiane Nunes de Freitas - Conforme of. N°983/10-GS em 08/07/2010.

## 5 . HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO AO RECEBIMENTO DE RECURSOS

Houve uma habilitação de novos recursos federais para duas equipes de ESF e uma equipe ESB instaladas na Unidade de Saúde da Família Paulo Viário.

## 6 GESTÃO NA SAUDE

### 6.1 Gestão dos Trabalhadores em Saúde

Tabela 1. Servidores efetivos por categoria profissional- Nível Universitário

<i>Cargo</i>	<i>Nível</i>	<i>1ºtrim/ 2011</i>	<i>1ºtrim/ 2010</i>	<i>Variação</i>
Administrador	NS	21	23	-2
Arquiteto	NS	5	4	1
Arquivista	NS	1	1	0
Assessor para assuntos jurídicos	NS	4	2	2
Assistente social	NS	79	79	0
Bibliotecário	NS	2	2	0
Biólogo	NS	8	8	0
Cirurgião-dentista	NS	173	164	9
Contador	NS	1	1	0
Economista	NS	2	2	0
Enfermeiro	NS	399	345	54
Engenheiro	NS	15	16	-1
Engenheiro químico	NS	1	1	0
Especialista em educação	NS	1	2	-1
Farmacêutico	NS	66	70	-4
Físico	NS	2	2	0
Fisioterapeuta	NS	34	27	7
Fonoaudiólogo	NS	11	12	-1
Médico	NS	1393	1405	-12
Médico veterinário	NS	20	13	7
Nutricionista	NS	52	51	1
Professor	NS	8	8	0
Psicólogo	NS	95	103	-8
Sociólogo	NS	2	2	0

Técnico em comunicação social	NS	4	4	0
Terapeuta ocupacional	NS	22	22	0
<b>Total</b>		2421	2369	52

Fonte . Relatório Procempa

Tabela 2- Servidores efetivos por categoria profissional- Nível Médio

<u>Cargo</u>	<u>Nível</u>	<u>1ºtrim/ 2011</u>	<u>1ºtrim/ 2010</u>	<u>Varição</u>
Agente de fiscalização	NM	46	48	-2
Assistente administrativo	NM	436	413	23
Assistente administrativo hospitalar	NM	19	21	-2
Auxiliar de enfermagem	NM	1129	1175	-46
Auxiliar de fisioterapia	NM	1	1	0
Auxiliar de gabinete odontológico	NM	47	46	1
Auxiliar de laboratório e análises	NM	50	48	-2
Auxiliar de serviço social	NM	11	12	-1
Auxiliar de serviços técnicos	NM	3	3	0
Eletro -Técnico	NM	8	8	0
Monitor	NM	17	18	-1
Técnico de segurança de trabalho	NM	6	7	-1
Técnico em contabilidade	NM	2	2	0
Técnico em enfermagem	NM	424	305	19
Técnico em nutrição e dietética	NM	14	14	0
Técnico em radiologia	NM	95	91	4
Técnico em tratamento de água e esgoto	NM	0	3	-3
Visitador sanitário	NM	1	1	0
<b>Total</b>		2309	2216	83

Fonte : Relatório Procempa

Tabela 3- Servidores efetivos por categoria profissional - Nível Elementar

<u>Cargo</u>	<u>Nível</u>	<u>1ºtrim/ 2011</u>	<u>1ºtrim/ 2010</u>	<u>Varição</u>
Apontador	NE	30	29	1
Ascensorista	NE	3	3	0
Atendente	NE	85	93	-8
Aux elet mec	NE	0	1	-1
Auxiliar de cozinha	NE	29	32	-3
Auxiliar de serviços gerais	NE	85	83	2
Carpinteiro	NE	5	4	1
Contínuo	NE	46	45	1
Costureira	NE	4	5	-1
Cozinheiro	NE	15	15	0

Eletricista	NE	23	21	2
Gari	NE	0	3	-3
Guarda municipal	NE	3	4	-1
Instalador	NE	7	7	0
Maquinista	NE	4	4	0
Marceneiro	NE	2	3	-1
Mecânico	NE	1	2	-1
Motorista	NE	122	121	1
Motorista CLT	NE	1	1	0
Operador de estação de tratamento	NE	0	2	-2
Operador de maquinas	NE	0	1	-1
Operador de radio transceptor	NE	1	5	-4
Operário	NE	26	27	-1
Operário (CLT)	NE	27	26	1
Operário especializado	NE	14	13	1
Pedreiro	NE	4	5	-1
Pintor	NE	5	5	0
Porteiro	NE	1	1	1
Recepcionista	NE	29	31	-2
Soldador	NE	2	3	-1
Telefonista	NE	31	32	-1
<b>Total</b>		605	627	-22

Fonte; Relatório Procempa

Tabela 4 - Servidores de Cargos em Comissão, FUGAST e Lei 7770/95 - Contratos temporários

<i>Forma de contratação</i>	<i>1ºtrim/ 2011</i>	<i>1ºtrim/ 2010</i>	<i>Variação</i>
CCs	29	28	1
FUGAST	0	293	-293
Lei 7770	753	462	291
<b>Terceirizados</b>	803	823	-23

Fonte; Relatório Procempa

### 6.1.1 Estagiários remunerados

O preenchimento das vagas de estágio remunerado ocorre em consonância com a Lei Federal nº 11.788, e Decreto Municipal nº 16.127, que regulam as atividades de estágio, enquanto ato educativo supervisionado no ambiente de trabalho, de forma a não caracterizar vínculo empregatício e assegurar a compatibilidade das ações com o currículo de cada área de formação. Desta forma, o número de estagiários efetivos é variável, conforme situação do respectivo Termo de Compromisso de

Estágio, interesse e desempenho de alunos na ocupação das vagas existentes, bem como disponibilidade de profissionais para seleção e supervisão dos alunos em campo de prática.

Tabela 5- Quantitativo de estagiários remunerados da SMS, no primeiro trimestre dos anos de 2010/2011.

<b>Estagiários</b>	<b>Período</b>				<b>Varição</b>	
	<b>1º trimestre 2011</b>		<b>1º trimestre 2010</b>			
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Ensino Médio</b>	<b>201</b>	<b>38,06</b>	<b>187</b>	<b>38,08</b>	<b>14</b>	<b>7,48</b>
<b>Ensino Técnico</b>	<b>32</b>	<b>6,06</b>	<b>36</b>	<b>7,32</b>	<b>-4</b>	<b>-11,11</b>
<b>Ensino Superior</b>	<b>295</b>	<b>55,87</b>	<b>268</b>	<b>54,58</b>	<b>27</b>	<b>10,07</b>
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100</b>	<b>491</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>7,53</b>

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

Devido ao caráter não cumulativo das informações sobre estágios ao longo do ano, adotou-se como referência o quantitativo de ocupação de vagas de estágio por ocasião do fechamento da folha mensal de pagamento. A opção pelo sistema ERGON como fonte das informações, deve-se à necessidade de disponibilidade de informações padronizadas. As categorias apresentadas nas tabelas correspondem ao oferecido pelo sistema de informações da PROCEMPA.

Tabela 6-Quantitativo de estagiários por projeto/programa e local de atuação

<b>Projeto/Local de Atuação</b>	<b>1º trim 2011</b>		<b>Vagas</b>	<b>1º trim 2010</b>		<b>Varição</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>		<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
							<b>o</b>
Programa Rotativo <sup>1</sup> (nº918)	17	32,27	235	16	33,40	8	4,87
Rede básica e especializada	2			4			
Programa Rotativo HPS (nº901)	23	4,35	31	23	4,68	0	0
Programa Rotativo HMIPV (nº161)	91	17,23	113	93	18,94	-2	-2,15
Projeto <sup>2</sup> : Programa de Erradicação do Aedes Aegypti (nº114)	8	1,51	20	11	2,24	-3	-
Projeto: Atenção Integral à População de Porto Alegre (nº178)	50	9,46	80	38	7,73	12	31,57
Projeto: Vigilância do Estado Nutricional de Crianças e Gestantes (nº154)	3	0,56	5	5	1,00	-2	-
							40,00

<sup>1</sup> Vagas gerais da Secretaria (SMS) que não precisam ser renovadas. Um estagiário substitui o outro.

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

Projeto: Reorganização da Assistência Farmacêutica (n°116)	56	10,60	102	70	14,25	-	-
Projeto: PIM/ PIÁ – Primeira Infância Melhor (n°166)	63	11,93	105	27	5,49	14	20,00
Projeto: Atenção a Saúde em Creches Comunitárias (n°036)	15	2,84	36	11	2,24	36	133,33
Projeto: Programa de Saúde Escolar: Universidade / SUS (n°165)	17	3,21	30	12	2,44	4	36,36
Projeto de Prevenção a DST/ AIDS (n°035)	24	4,54	37	29	5,90	5	41,66
Projeto: Trabalho de Ações em Saúde Ambiental para o PIEC (n°171)	3	0,56	28	3	0,60	-5	-
Projeto: Telemedicina/ Informática/ CGRABS remanejo projeto 116 (n°181)	3	0,56	8	5	1,00	17,24	40,00
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>830</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>7,53</b>
	8	0		1	0		

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

Tabela 7- Concursos / contratações planejados ou em andamento, por categoria profissional

Cargo	1º Trim 2011	1º Trim 2010	Varição
Assistente Administrativo	14	-	14
Auxiliar de Gabinete Odontológico	3	-	3
Contínuo	-	1	-1
Enfermeiro	29	-	29
Farmacêutico Bioquímico	1	-	1
Fisioterapeuta	-	1	-1
Médico	19	59	14
Médico Veterinário	-	1	-1
Motorista	-	2	-2
Técnico em Enfermagem	93	2	91
Técnico em Radiologia	8	2	6
Terapeuta Ocupacional	-	-	1
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Fonte- Relatório da SMA

### 6.1.2 Educação Permanente em Saúde

Capacitações e outras atividades de educação permanente

Tabela 8- Capacitações para Servidores da SMS – Comparativo

1º TRI 2011		1º TRI 2010	
CAPACITAÇÕES	PARTICIPANTES	CAPACITAÇÕES	PARTICIPANTES
30	1142	15	570

Fonte: Registro da ED/CGADSS, CGVS/ EVDT, NEPEnf/HPS e Direção Científica/HPS.

No anexo I estão descritas as capacitações realizadas no 1º trimestre de 2011.

Tabela 9- Afastamentos temporários de servidores da SMS para qualificação profissional

Cargos	1º Trimestre 2011	1º Trimestre 2010	Variação
Professor	02	02	0
Coordenador	02		2
Enfermeiro	05	07	-2
Médico	08	06	-2
Médico Veterinário	01		1
Cirurgião Dentista	01		1
Terapeuta Ocupacional	01		1
Assessor Especialista	01		1
Agente de Fiscalização		03	-3
Biólogo		01	-1
Farmacêutico		01	-1
Engenheiro		01	-1
TOTAL	21	21	0

Fonte: Registro da ED/CGADSS

### 6.1.3 Ensino e pesquisa:

Tabela 10- Ações de formação ou especialização

INSTITUIÇÃO	DE	PROGRAMA	Nº DE RESIDENTES LOCAIS DE E DE ALUNOS DE PRÁTICA ESPECIALIZAÇÃO
UNISINOS		Especialização de Enfermagem em UTI	30
Escola de Saúde Pública		Residência Multiprofissional e Residência Mé-79 Ênfases: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção Básica em Saúde</li> <li>• Pneumologia Sanitária</li> <li>• Saúde Mental</li> <li>• Dermatologia Sanitária;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPS</li> </ul>
PUC		PREMUS – Saúde da Família e Comunidade	19

GD Parton/Lomba  

- Serviços especializados em Pneumo e Saúde Mental
- CGVS
- HMIPV

 GDLeno  
 (UBSs: Morro Santana, Jardim Carvalho, Jardim Protásio)

UFCSPA	Residência Médica e da Especialização em Dermatologia	06	Alves, Tijuca, CS Bom Jesus	USF Santa Marta
	Residência Méd. em Oftalmologia	02	CS	Santa Marta
	Resid. Médica em Psiquiatria	15	HMIPV	
HCPA	Residência Médica	13	GD	Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas – CS Navegantes
IPA	Enfermagem – Especialização com ênfase em Urgência e Emergência	08	HPS	
Hospital Ernesto Dorneles	Residência em Cirurgia Plástica	01		Cirurgia Plástica e Queimados
Hospital Ivo Correa Mello	Residência em Oftalmologia	01		Oftalmologia
HCPA	Residência em Cirurgião Geral	03		Cirurgia Geral
Hospital Ernesto Dorneles	Residência em Cirurgia Geral	01		
Hospital Geral de Caxias do Sul	Residência em Radiologia	01		Radiologia
Hospital São Lucas da PUCRS	Cirurgia Plástica	01		Queimados
Instituto de Cardiologia	Residência em Intensivismo	01		UTI de Queimados
Santa Casa de Rio Grande	Residência em Intensivismo	01		UTI do Trauma
HCPA	Residência em Intensivismo	01		UTI Pediátrica
Hospital Moinhos de Vento	Residência em Intensivismo	02		UTI Queimados
Hospital Universitário São Francisco de Paula	Residência em Intensivismo	01		UTI Queimados
<b>ESP</b>	Residência multiprofissional do Murialdo	02		CGVS/ EVSIS

Fonte: Registro da ED/CGADSS, CGVS/ EVDT, NEPEf/HPS, Direção Científica/HPS e Assessoria de Ensino e Pesquisa/ HMIPV.

Tabela 11- Ações de formação – residências próprias

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	PROGRAMA	Nº DE RESIDENTES	Nº DE ENCONTROS
HPS	Residência Médica em Cirurgia Geral	06	26

	Residência Médica em Cirurgia do Trauma	03	26
	Residência Médica em Medicina de Emergência	16	52
	Residência em Psicologia Hospitalar	8	26
HMIPV	Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia	21	20
	Residência Médica em Pediatria	12	20

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

#### 6.1.4 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP-SMS foi credenciado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP em 16/09/05, através da Carta N° 937 CONEP/ CNS/ MS e seus membros designados pelas portarias N° 374, N° 558 e N° 711, e atual renovação junto à CONEP sob nº 25000.097311/2010-94 de 10 de junho de 2010.

É um colegiado interdisciplinar e independente, criado para salvaguardar a integridade, dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do sujeito da pesquisa, e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, pode concluir pela aprovação ou não do protocolo, coincidindo ou não com a apreciação de outro CEP.

No município de Porto Alegre, o CEP está constituído por uma equipe multidisciplinar, multiprofissional, representantes da área da saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, conforme a portaria que o institui. A participação é voluntária; as formas de eleição pelos pares de metade de seus membros com experiência em pesquisa e a escolha de outros membros dependerão das normas da instituição. De todo modo, o processo deve ser transparente e claramente divulgado, visando a obter a legitimidade necessária ao CEP para que haja o devido respeito às suas decisões.

A presença de representantes dos usuários é essencial para que o CEP possa ter a manifestação (a opinião) daqueles que utilizam os serviços da instituição ou que

mais freqüentemente podem participar dos projetos como voluntários. Entre os métodos para escolha de representantes de usuários pode ser solicitada indicação ao Conselho Municipal de Saúde -CMS ou associações de usuários já estabelecidas e em contato com a instituição, além de outras associações da sociedade civil afins, como associações de portadores de patologias, associações de moradores, associações de mulheres, de idosos, etc. (ver Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 240/97).

Deve ser incentivada e viabilizada a formação continuada dos membros do CEP.

Tabela 12- Resultados Encontrados

<i>Projetos apreciados/acompanhados/aprovados / pendentes e arquivados</i>	<i>1º trim 2011</i>	<i>1º trim 2010</i>
Nº de Requerimentos para apreciação/período	61	43
Nº de projetos em acompanhamento/período	61	43
Nº de projetos aprovados/período	53	40
Nº de projetos com pendência /período	8	3
Nº de projetos arquivados /período	0	0

Fonte : CEP SMS

Houve um envolvimento melhor de atendimento de toda a equipe. As listas de todos os protocolos aprovados, pendentes e arquivados do ano de 2011, estão no site do CEP SMS, cujo acesso é o seguinte:

[www.portoalegre.rs.gov.br](http://www.portoalegre.rs.gov.br) Secretarias/ Saúde/Comitês e conselhos/Comitê de Ética em Pesquisa/ Andamentos dos processos

Tabela 13 Tipologia dos projetos/protocolos de pesquisa apresentados

	<i>Período</i>	
	<b>1º trim 2011</b>	<b>1º -trim 2010</b>
<b>Prontuário</b>	8	6
<b>Tcle – termo de consentimento livre e esclarecido</b>	53	37
Total	61	43

Fonte : CEP SMS

Houve um aumento considerado nos protocolos de pesquisa a qual é utilizado a metodologia de entrevista com o sujeito de pesquisa, onde antes de iniciar, tem de apresentar o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que o sujeito assine e possa iniciar a entrevista. Com relação à metodologia em que o protocolo de pesquisa vai utilizar os dados de prontuário, verifica-se redução, motivo férias no período . Os acadêmicos devem iniciar o processo de aprovação pelo CEP SMS para dar inicio no mês de março/ abril.

No período foram realizados quatro encontros ordinários, com media de 12 projetos avaliados por encontro.

Também houve participação nas reuniões ordinárias e extraordinárias na CONEP – em Brasília, através da Dra Maria Mercedes Bendatti a qual é membro neste CEP e na CONEP

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

No primeiro trimestre de 2010 o Comitê Municipal de Humanização não realizou ações pontuais em face da perspectiva de mudança na gestão. Soma-se a isso o advento da vacinação contra a gripe H1N1 que tornou prioritária uma grande demanda de recursos humanos para atendimento da população de Porto Alegre, dificultando a realização de reuniões e pensar e executar novas ações.

Em celebração ao Dia Internacional da Mulher muitas Unidades realizaram atividades, na UBS Tristeza com o tema “Cuidando de sua saúde naturalmente” foram realizadas duas palestras: “Qualidade de vida da mulher” e “Tratamentos Naturais, Geoterapia e Geocosmética”, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida; promover, manter e recuperar a saúde, e manter o equilíbrio do ser humano com o meio em que vive.

Na GD NEB, foi realizada a “Semana da Mulher”, com atividades educativas, com o apoio das alunas da Unisinos. No último dia foi instituído o “Dia da Beleza”, onde voluntárias de um salão de beleza estiveram na unidade e ofereceram cortes de cabelo, pinturas, serviços de manicure p/ as usuárias que participaram dos grupos.

No 1º trimestre de 2011, as ações realizadas referem ao reinício das reuniões com os representantes de cada serviço, com a continuidade dos trabalhos suspensos em janeiro e fevereiro, em face de período de férias.

Embora não há relato concreto das ações realizadas, as ações já desencadeadas tiveram continuidade.

No HPS foram retomadas as reuniões, com estabelecimento de agenda das mesmas, recontração de projetos já encaminhados e ainda não efetivados, como Fórum de RH, Voluntariado, Espaço inter-religioso, Biblioteca volante, rodas de conversa e uma oficina para sensibilização a todas as chefias, responsáveis técnicos e direções. Efetivamente foi iniciada a distribuição de folders sobre a “Rouparia – Um assunto que interessa a todos”.

### 6.3 Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre tem como objetivos a promoção da cidadania, o estabelecimento de canais democráticos entre o cidadão usuário do SUS e a Secretaria Municipal de Saúde, além de também ter um papel gerencial para que os gestores possam se pautar para realizar modificações a fim de proporcionar um melhor atendimento ao cidadão.

Salienta-se que toda a resposta fornecida pela Ouvidoria é a resposta que a Secretaria da Saúde esta fornecendo, ou seja, o tempo para responder as demandas, a qualidade das respostas, reflete para o cidadão, qual a sua importância dentro da instituição Secretaria Municipal de Saúde.

Tabela 14- Quantitativos das demandas protocoladas, período 2011-2010.

<b>Demandas</b>	<b>Período</b>		<b>Variação</b> <b>2011/</b> <b>2010</b> <b>+ 30%</b>
	<b>1 Trim 2011</b>	<b>1 Trim 2010</b>	
<b>Nº</b>	<b>Nº</b>	<b>Nº</b>	
<b>Demandas recebidas por período</b> <b>(incluindo demandas encaminhadas</b> <b>fora do sistema)</b>	<b>2685</b>	<b>2070</b>	<b>+ 30%</b>
<b>Total</b>	<b>2685</b>	<b>2070</b>	<b>+ 30%</b>

Fonte: Fala Porto Alegre

Ao analisar os dados quantitativos, observa-se que houve um aumento neste período de 30% no número de demandas recebidas pela Ouvidoria.

Tabela 15- Demandas com maior número de registro.

Tipologia da Informação	Período		Variação
	1 Trim	1 Trim	
	Nº	Nº	2011/ 2010
Reclamação Consultas Especializadas - Rede Básica	405	242	67 %
Reclamação Consultas - Rede Básica	357	226	58 %
Informações - Rede Básica	148	126	17 %
Reclamação de Cirurgias	119	45	164 %
Falta de Profissional - Rede Básica	99	163	- 39 %
Mau Atendimento - Rede Básica	82	134	- 39 %
Não Atendimento – Rede Básica	74	109	- 32 %
Solicitação Medicamento	60	66	- 9 %
Denúncia CGVS	52	33	57 %
Mudança do Serviço de Saúde de Referência	44	53	- 17 %

Outros	331	370	-10%
Total	1950	1722	13 %

Fonte: Fala Porto Alegre

Analisa-se neste relatório que as demandas encaminhadas para a Gerencia de Regulação de Serviços de Saúde (GRSS) aumentaram significativamente, com exceção das demandas de solicitações de exames especializados. A explicação que damos a isso, inicialmente é pela parceria que se estabeleceu entre a Ouvidoria e este setor, sendo possível à qualificação das respostas e também agilidade nas mesmas. O Hospital de Pronto Socorro (HPS) aumentou todas as demandas que se referem à qualidade do atendimento. Assim como o HPS, os Pronto Atendimentos também tiveram um aumento significativo com relação às demandas que tratam da qualidade do atendimento, as demandas de demora e não atendimento aumentaram substancialmente.

Com relação às demandas de Vacinas neste relatório vemos a confirmação do que foi tratado no relatório anterior, uma diminuição de demandas de vacinas registradas tanto para a CGVS, quanto para a atenção primária. As demandas direcionadas a atenção primária, tem chamado a atenção desta Ouvidoria o aumento de demandas de queixas no acesso as consultas na rede de atenção primária, tanto por falta de profissional, quanto pela demora no agendamento ou necessidade de chegar muito cedo na Unidade para realizar o mesmo. Com relação à falta de profissional nos PSF's as providencias estão sendo tomadas para a contratação dos médicos, porém o Instituto de Cardiologia tem encontrado dificuldade para a contratação dos mesmos.

Houve uma diminuição nas demandas solicitando reformas e consertos. Salientamos um aumento acima da média de demandas de mau atendimento do SAMU, será verificado se este tipo de demanda se repete ou se foi em um período determinado.

Quanto a Assistência Farmacêutica, verifica-se um aumento das demandas que se relacionam a Orientação das farmácias, sua forma de funcionamento, orientações adequadas, e etc, porém no mesmo período verifica-se uma diminuição nas demandas de solicitação de medicamento.

Uma questão que acredito ser importante destacar, é que observamos uma maior participação do cidadão neste ultimo trimestre, observado através do aumento de demandas de sugestões e também de solicitações de informação. Cabe a nós, empoderarmos cada vez mais este cidadão, para que ele possa se manifestar e se

tornar parte integrante da construção do SUS que tanto queremos. Um papel fundamental exercido pelo controle social, pela Ouvidoria e por todos os profissionais da área da saúde, fomentando-os a ser um agente ativo e não apenas um mero espectador. Através deste dado, a Ouvidoria também identifica a necessidade de qualificarmos o atendimento prestado pela Ouvidoria, tanto no atendimento presencial, como no atendimento telefônico. Muitas das demandas registradas e encaminhadas aos órgãos competentes poderiam já ser respondida no momento do atendimento. Para que isso seja possível, é fundamental um atendimento telefônico especializado na área da saúde, além do atendimento presencial ser realizado em parceria com a Coordenação desta Ouvidoria.

#### **6.4 Assessoria de Comunicação**

**Comunicação em saúde** - utilização de estratégias para informar e para influenciar as decisões das comunidades a fim de promoverem a sua saúde. *A comunicação é um tema transversal:*

- Na relação entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde
- Na disponibilização e uso de informação sobre saúde, quer nos serviços de saúde quer nas famílias, escolas, locais de trabalho e na comunidade
- Na construção de mensagens sobre educação para a saúde e de programas de promoção da saúde e de prevenção, que visam a promoção de comportamentos saudáveis
- Na transmissão de informação sobre riscos para a saúde em situações de crise
- No tratamento dos temas de saúde nos meios de comunicação social, na Internet e outras tecnologias digitais.
- Na educação da população com a finalidade de melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde.
- Nas relações interprofissionais em saúde.
- Nas intervenções e afirmações públicas dos técnicos de saúde.
- Na comunicação interna nas organizações de saúde.
- Na qualidade do atendimento dos usuários por parte de funcionários e serviços.

Baseada na Planilha de Dados e Eventos da Secretaria, elaborada em 2010 e no PMS, seguindo o prévio planejamento, a Assessoria, em parceria com os demais setores, realizou e divulgou ações de promoção da saúde nas datas comemorativas do período. Para o Carnaval, foram produzidos materiais com assuntos relacionados

à prevenção da AIDS, à saúde da população negra e ao alerta sobre a exploração infantil, além das atividades no desfile no Complexo do Porto Seco. Todos com cobertura de imprensa. No Dia Internacional da Mulher foi elaborada e confeccionada a carteira de saúde da mulher para ser distribuída nos serviços da Secretaria. Ainda neste trimestre foi desenvolvida campanha para à Semana de Prevenção à Tuberculose, por meio de materiais gráficos, carro de som, mídia de busdoor e eventos de divulgação, além de releases e freqüentes contatos com a imprensa por meio dos quais foi possível atingir uma boa cobertura dos veículos locais. Desta forma, mobilizando a sociedade para os cuidados, tratamento e prevenção da doença. Além das ações das principais datas comemorativas, foi iniciado o processo de organização da Campanha de Vacinação contra a Gripe, com busca de parcerias, elaboração e produção dos materiais gráficos e planejamento do Dia D Vacinação.

Tendo em vista que a 6ª Conferência Municipal de Saúde é um evento de grande importância estratégica para o levantamento de decisões relativas à saúde da população, a Assecom integrou os Grupos de Trabalho de Infra-estrutura e de Divulgação do evento. Considerando as decisões tomadas nos grupos, a assessoria elaborou o Projeto de Solicitação de Patrocínio encaminhado e aprovado pela Caixa Econômica Federal e o Projeto Básico para a execução dos serviços não incluídos no patrocínio, também foi feito o levantamento e a esquematização das necessidades das Pré-Conferências e a elaboração das artes de todos os materiais relacionados à Conferência.

Além das atividades ancoradas no PMS e da 6ª Conferência, foram realizados eventos de entrega de obras, inauguração de novos serviços, de transmissão de cargos e cerimoniais, além do evento de entrega das chaves do Hospital Independência. Com o intuito de agilizar e auxiliar na execução de projetos elencados como prioritários no PAS, a ASSECOM firmou parceria com a Escola Superior de Propaganda e Marketing (ESPM), através de contato prévio do Secretário. Com esta parceria, a ESPM, por meio da Agência CODE, passa a trabalhar na criação da identidade visual dos Projetos Institucional, Valorização do SUS e HPS, assim como, na elaboração de vídeo do Projeto Protocolo de Manchester e projeto jogo de prevenção à Dengue para ser trabalhado junto às escolas do município. Além da parceira com a Code, a ASSECOM vai elaborar e produzir, junto com o Curso de Jornalismo da ESPM, vídeos educativos e informativos, para serem transmitidos nas tvs de alguns serviços de saúde e, com a Coordenação de Responsabilidade Social, será feito um projeto

conjunto sobre Drogas/Violência. Desta maneira será possível otimizar campanhas e desenvolver outros canais de comunicação da Secretaria com seus públicos.

Visando colocar a Secretaria no mundo digital, a ASSECOM criou o Twitter da SMS, que vem sendo utilizado como um instrumento de informação imediata aos formadores de opinião. Todas as atividades visando à promoção da saúde da população foram trabalhadas junto à imprensa local, com releases e atendimento a dúvidas. Sempre esclarecendo e alertando sobre como as pessoas devem proceder para utilizar adequadamente os serviços prestados.

Foram realizadas as ações de utilidade pública, com comunicado a imprensa de serviços de fechamento de Unidades por desinsetização ou reforma, pacientes ignorados, doação de sangue, avisos de bloqueio de dengue, anúncio de ações da Vigilância em Saúde em geral. Além disso, divulgação de capacitações, encontros e seminários, editais de concursos, convocação de candidatos, entrega de obras, reformas e equipamentos, assinatura de convênios e parcerias ou na oferta de apoio no combate a dependências – como do tabagismo.

A ASSECOM, também, atendeu a demandas de pautas da imprensa; buscou fontes para entrevistas solicitadas pelos veículos de comunicação; realizou a clippagem de notícias e o monitoramento de informações divulgadas pelos veículos de comunicação; elaborou artigos e notas para respostas à imprensa; além de gerenciar crises com os veículos, sempre com o objetivo de propiciar informações coerentes e concretas para a população.

Das matérias trabalhadas com a imprensa local, no período, destacaram-se:

- Emergências hospitalares e ocupação de leitos (13 Publicações em jornais);
- Metas da Saúde para 2011 (7 publicações em jornais);
- Hospital Independência (16 publicações em jornais);
- Ampliação do atendimento da Estratégia de Saúde da Família (6 publicações em jornais);
- LIRAA (Levantamento de Índice Rápido de Aedes Aegypti) – (7 publicações em jornais);
- Ações para qualificar a Saúde - coletiva de imprensa (2 publicações em jornais);
- Ordem de início de construção do Hospital da Restinga (3 publicações em jornais)
- Processo seletivo para contratação de novos funcionários, inscrições e convocação de candidatos do concurso (2 publicações em jornais);



	1.400.501	Nº	Nº	406	Nº	Nº	100%
Centro	267.012	03	04	10	03	19	12,92%
LN	156.235	07	16	22	03	78	48,5%
SCS	178.903	10	07	10	01	33	19,28%
GCC	151.750	10	14	20	03	75	45,46%
NEB	181.673	16	13	16	01	52	30,38%
PLP	186.413	10	12	20	06	57	37,01%
NHNI	189.156	06	08	09	03	33	16,41%
RES	89.359	04	06	09	03	41	34,7%
Total	1.400.501	61	80	116	23	383	28,57

Fonte :

### 6.5.2 Estrutura administrativa - Serviços de saúde

Conforme análise comparativa entre as tabelas apresentadas que descreve as Redes de Serviços e Infra-Estrutura de Apoio/ Serviço de Saúde, pode-se observar que no ano presente (2011) houve um aumento de 9 Equipes – ESF nos serviços conveniados e contratados, sendo que todas as equipes de saúde acrescidas foram através do convênio com o ICFUC.

No que se refere a Unidades de Saúde da Família na Atenção Básica, foram realizados novos conveniados dos quais 5 pelo ICFUC e 1 HCPA.

Já no que se alude sob o aspecto de Unidades Básicas de Saúde, foi desvinculados 1 serviço de saúde do H MV, e substituído pela estratégia de saúde da família pelo ICFUC.

Destarte, ressaltamos que somente houve alterações entre as estruturas dos serviços de saúde no eixo da Atenção Básica, lembrando que sob o aspecto da Atenção Especializada tem se mantido o quantitativos de serviços próprios do município e os que estão conveniados e contratados pela rede.

### 6.5.3 Alterações no desenho da rede e seu funcionamento

Entre as relações de 2010 e 2011 do 1º Trimestre do ano, foram substituídas 2 Unidades Básicas de Saúde - UBS da Gerência Distrital PLP. Ao enfoque da Estratégia de Saúde da Família – ESF, foram acrescidas 5 ESF na gerência referida.

Nas demais, houve mudanças significativas na rede, sendo incluídas novas ESF nos distritos: Centro, SCS, GCC, NEB e PLP.

Quanto a avaliação da ESB nas Gerências: Centro, LN e PLP igualmente foram adicionadas novas equipes.

Desta forma, observa-se que houve aumento na cobertura das Gerências Distritais: Centro em 5,22%, SCS em 1,98%, GCC em 2,36%, NEB em 2,68%, PLP em 9,31%. O que se justifica por um aumento em 2 UBS, 3 ESF, 13 ESF da ESF, 6 ESB da ESF.

Descrevem-se a seguir as unidades de saúdes que foram substituídas pelo novo modelo de atenção em saúde e/ou redimensionadas:

Gerência Distrital:

- Centro: 4 ESF pelo HCPA e 2 ESB sendo 1 Santa Marta e 1 Modelo;
- LENO: 1 ESB Laranjeiras
- SCS: 1 ESF Alto Erechim
- GCC: 1 ESF Alto Embratel
- NEB: 2 ESF sendo 1 ESF Santa Maria, 1 ESF Beco dos Coqueiros
- PLP: 2 UBS foram substituídas pelo modelo USF, sendo elas Morro da Cruz e Santo Alfredo; sendo o total de 3 USF, as duas substituídas (Morro da Cruz e Santo Alfredo) e 1 Santa Helena.

Descrevendo as ESF, foram acrescentadas 5 novas equipes, sendo 1 Santa Helena, 2 Morro da Cruz e 2 Santo Alfredo. Quanto a ESB foram 3 novas equipes sendo 1 Morro da Cruz, 1 USB São Pedro e 1 USB Santo Alfredo.

- NHNI: sem alterações
- RES: sem alterações

## 6.6 Infra-estrutura de apoio

**EQUIPE DE PROGRAMAÇÃO E COMPRAS-EPC** - Responsável pelo encaminhamento de solicitações de compra de todos os materiais de consumo e permanentes, através de processos licitatórios ou dispensas de licitações, realizadas pela Área de Compras e Serviços (SMF).

A seguir, verifica-se o quantitativo aplicado referente a compra de materiais de consumo e permanente, consideramos apenas os materiais empenhados.

Salienta-se que as compras no primeiro trimestre estão diretamente ligadas às liberações de recursos, que normalmente ocorrem na segunda quinzena de janeiro.

<i>Materiais de Consumo/REDE</i>	<i>1ºTrim 2011 R\$</i>	<i>1ºTrim 2010 R\$</i>	<i>Variação %</i>
Alimentação	23.013,41	22.334,65	+3,03
Medicamentos	1.212.216,92	1.641.665,78	- 26,15
Enfermaria	340.449,02	358.585,43	-5,05
Saúde Bucal	26.624,70	144.938,78	-81,63
Laboratório	222.856,30	347.904,96	-35,94
Manutenção	164.549,48	121.453,31	+35,48
Informática	65.081,65	6.557,50	+892,47
Higiene e Limpeza	52.770,52	66.728,78	-20,92
Transporte (pneus/óleos/combustíveis)	55.223,00	52.696,00	+4,79
Gases Medicinais	31.513,70	2.493,75	+1.163,70
Gás Liquefeito	1.525,00	7.798,80	-80,44
Escritório	57.243,28	23.514,67	+143,43
<b>TOTAL</b>	<b>2.253.066,98</b>	<b>2.796.672,41</b>	<b>-19,43</b>
Material Permanente	1ºTrim 2011 R\$	1ºTrim 2010 R\$	Variação %
REDE,GCVS,CMS,COMEM	368.643,29	513.789,78	-28,25
<b>TOTAL</b>	<b>368.643,29</b>	<b>513.789,78</b>	<b>-28,25</b>

Fonte: EPC/CATA/SMS

### 6.6.1 ASSESSORIA DE PROJETOS – ASSEPRO

Tabela 19 - Obras realizadas no período

<i>1ºTrimestre 2011</i>	<i>1ºTrimestre 2010</i>
<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 Picc.</p> <p><b>VALOR:</b> R\$ 154.849,21</p> <p><b>FONTE DE RECURSO:</b> Convênio Ministério da Saúde 4607/2005 Qualisus (Recurso 4940), Municipalização Solidária (Recurso 4020), e contrapartida PMPA (Recurso 040).</p>	<p><b>UNIDADE:</b> USF Paulo Viaro</p> <p><b>OBRA:</b> Construção de nova unidade de saúde para 2(duas) Equipes de Saúde da Família e 1(uma) Equipe de Saúde Bucal</p> <p><b>VALOR:</b> R\$ 280.000,00</p> <p><b>FONTE DE RECURSO:</b> Recursos financeiros da Empresa Ecoclean (contrapartida pela instalação desta empresa na região)</p>

<p><b>DEMANDA DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO:</b> 2002/405</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 5ª Unidade e UBS Restinga)</p> <p><b>VALOR:</b> R\$ 291.973,71</p> <p><b>FONTE DE RECURSO:</b> Recursos do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci)- <b>DEMANDA DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO:</b> 2009/1188</p>	<p><b>DEMANDA INSTITUCIONAL</b></p> <p><b>UNIDADE:</b> Pensão Protegida Nova Vida</p> <p><b>OBRA:</b> Adaptações para uso de casa locada - Unidade funcionava em prédio em precárias condições de conservação predial cedido pelo Governo do Estado.</p> <p><b>VALOR:</b> R\$ 13.930,00</p> <p><b>FONTE DE RECURSO:</b> Fundo Municipal de Saúde</p> <p><b>DEMANDA INSTITUCIONAL</b></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 Pic.</p> <p><b>INÍCIO:</b> 12/04/10 - <b>TÉRMINO:</b> 07/02/11</p> <p><b>VALOR:</b> R\$ 154.849,21</p> <p><b>FONTE DE RECURSO:</b> Convênio Ministério da Saúde 4607/2005 Qualisus (Recurso 4940), Municipalização Solidária (Recurso 4020), e contrapartida PMPA (Recurso 040).</p> <p><b>DEMANDA DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO:</b> 2002/405</p>	

**Fonte:** ASSEPRO/CATA/SMS

**6.6.2 NÚCLEO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS – NLC** - O Núcleo de Licitações e Contratos administra contratos de serviços terceirizados e de locação de imóveis; auxilia na elaboração dos projetos básicos para a contratação de serviços diversos;

elabora editais de licitações e seu julgamento; elabora contratos de obras e serviços de engenharia e de dispensas e inexigibilidades de licitação.

**6.6.3 EQUIPE DE MANUTENÇÃO PREDIAL – EMP O** setor é responsável pela manutenção da estrutura predial de mais de 200 imóveis, onde funcionam centros de saúde, unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família, CAPS, pensões e casa de apoio, incluindo os prédios sede da SMS, CGVS, GM, EP e ainda os imóveis onde estão as bases do SAMU. Atualmente a EMP não atende os prédios de pronto atendimento, pois os mesmos possuem verba e equipe de manutenção própria.

Tabela 20 – Solicitações atendidas - 1º Trimestre 2010

Locais	Nº de solicitações atendidas	Nº de funcionários operacionais contratados
Prédio Sede, EPAT, GMAT, Arquivo	32	27
Rede Básica e Centros de Saúde e Gerências	152	
CGVS	6	
Bases SAMU	1	

**Fonte:** EQUIPE DE MANUTENÇÃO/CATA/SMS

Tabela 21- Solicitações atendidas 1º trimestre 2011

Locais	Nº de solicitações atendidas	Valor gasto em materiais	Nº de funcionários operacionais contratados
Prédio Sede, EPAT, GMAT, Arquivo	109	R\$ 13.748,00	30
Rede Básica e Centros de Saúde e Gerências	1063	R\$ 105.208,00	
CGVS	18	R\$ 2.678,00	
Bases SAMU	27	R\$ 2.085,00	

**Fonte:** EQUIPE DE MANUTENÇÃO/CATA/SMS

#### 6.6.4 EQUIPE DE PATRIMÔNIO – EP –

Tabela 22- Entrada de bens (gerais e informática)

	1º Trimestre 2011	1º Trimestre 2010	Varição %

Nº bens gerais	828	1065	- 22%
<b>Nº bens informática</b>	20	231	- 91%
<b>Valor bens gerais</b>	R\$ 782.635,80	R\$ 1.039.583,75	- 25%
Valor bens informática	R\$ 35.000,00	R\$ 315.358,49	- 89%

Fonte: EQUIPE DE PATRIMÔNIO/CATA/SMS

### 6.6.5 COMPRAS DE MATERIAIS EM ANDAMENTO- Período de 01/01/2011 a 31/03/2011.

#### **MATERIAIS PERMANENTES**

Na Situação 2 ( Pendente Vinculação Licitação) – Valor R\$	26.916,96
Na Situação 3 ( Em Cotação – Pregão) - Valor R\$	837.280,19
Na Situação 13 ( Pendente Vinculação ao PL) - Valor R\$	8.040,22
Na Situação 14 ( Pendente Aprovação do PL) - Valor R\$	8.578,77
<b>TOTAL Situação( 2; 3; 13 e 4 )</b>	<b>- Valor R\$ 880.816,14</b>

#### **MATERIAIS DE CONSUMO**

Na Situação 2(Pendente Vinculação Licitação) - Valor R\$	16.406,99
Na Situação 3(Em Cotação –Pregão) - Valor R\$	341.783,34
Na Situação 13( Pendente Vinculação ao PL) - Valor R\$	293.933,86
<b>TOTAL Situação(2; 3 e 13)</b>	<b>- Valor R\$ 652.124,19</b>

### 6.6.6 INFOREDE

As discussões a respeito da modernização da gestão e informatização da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre iniciaram-se em maio de 2010 e foram consolidadas com a criação do Projeto Inforede, através da constituição de um GT de Informatização da SMS.

A partir da constituição do grupo iniciou-se o planejamento do processo e etapas envolvidas, com a criação da infra-estrutura de TIC – Tecnologia de Informações e Telecomunicações necessária às implementações propostas.

A partir de setembro/2010, com o início das atividades, foram criados os indicadores abaixo explicitados. Cabe salientar também que o sucesso de implantação do Projeto Inforede não pode ser medido somente através dos seus indicadores, já que ele é uma atividade meio, mas também das atividades fim que são foco do projeto, tais como número de consultas e interações reguladas, controle financeiro sobre os prestadores, percentual de serviços informatizados, percentual de serviços integrados na rede de telecomunicações municipal, etc...

## ETAPAS ENVOLVIDAS

- Projeto Wireless – Executor Procempa.;
- Infra-estrutura de Equipamentos – Executor SMS. Recursos do Complexo Regulador/MS;
- Sistema de Informações – Convênio SES/RS-PMPA – Sem ônus de aquisição ao Município (exceto Módulo VISA e Customização)
- Implantação do SI – Convênio PMPA/SMS – PROCEMPA. Executor Procempa. Valor de implantação e customização–;
- Infra-estrutura de Gerência de Dados – Executor Procempa com Recursos do FMS;
- Capacitação dos Servidores da Rede de Saúde – inicial grupo de 300 líderes. Estimativa de 6.000 capacitados. (Inclusa na Implantação do Sistema de Informações.)

Tabela 23- **Etapas de Implantação**

<i>Atividade Planejada</i>	<i>Período de execução</i>	<i>Meta - % atingido</i>
Projeto Wireless	Setem/2010 a julho/2011	80
Infra-estrutura de Equipamentos	Novem/2010 a julho/2011	5
Sistema de Informações	Outub/2010 a Dezembro/2010	100
Implantação do SI na área de regulação	Outub/2010 a Março/2012	100
Infra-estrutura de Gerência de Dados	Outub/2010 a Outubro/2011	30
<b>Capacitação dos Servidores da Rede de Saúde</b>	Dezem/2010 a Março/2012	40

Fonte: Relatório de serviço.

A tabela acima explicita as etapas previstas, prazo de implantação e percentuais atingidos no ano de 2011. Ressaltamos que o projeto vem acontecendo conforme planejado, não havendo nesse momento nenhuma etapa com atraso significativo.

O componente de infraestrutura de rede (projeto wireless) e infraestrutura de dados (datacenter e funções auxiliares), que são a base do processo já estão com um avanço significativo e com previsão de encerramento antes do prazo previsto.

Em relação à meta Infra-estrutura de Equipamentos, atingiu-se somente 5% em função de que o MS não liberou a maior parte da verba que será utilizada para compra dos equipamentos destinados à rede de serviços da SMS. Aguarda-se a liberação dos recursos para o mês de maio/11, porém ressalta-se que a meta não será cumprida até julho/11 em função dos tempos de licitação da SMF, visto que os equipamentos a serem adquiridos não estão em registro de preços.

## 7 Produção

### 7.1 . Atenção ambulatorial

Tabela 24- Total de Procedimentos Comparativo entre os 1ºs trimestres de 2011/ 2010

<i>Procedimentos</i>	<i>2011</i>	<i>2010</i>	<i>Varição</i>
Consulta Médica ATB	278113	227720	50393
Consulta Acompanhamento Crescimento	8748	8437	311
Consulta Avaliação – C Fumante	0	19	-19
Consulta Pré-natal	13864	24604	-10740
Consulta Puerperal	1375	4457	-3082
Consulta Atendimento Domiciliar Familiar ATB	34582	4192	30390
Atendimento Clínico para Indicação e Fornecimento de diafragma	72	159	-87
Atendimento Clínico para Indicação e fornecimento de DIU	151	90	61
Atendimento Urgência - ATB	4262	4838	-576
Atendimento- Urgência ATB com observação até 8 horas	1131	734	397
Atendimento- Urgência - ATB com remoção	91	1741	-1650
Assistência- Domiciliar Por Profissional de Nível Médio	2195	3558	-1363
<b>TOTAL</b>	<b>344584</b>	<b>280549</b>	<b>64035</b>

Fonte : SIA – DATASUS /MS

Tabela 25- Procedimentos por Gerencia Distrital - 1º Trimestre 2011

Gerências Procedimento	Centro	SCS	PLP	LENO	GCC	NEB	NHIN	REST	TOTAL
Consulta Médica ATB	19307	25281	15939	27249	120899	31181	23313	14944	278113
Consulta Acompanhamento	0	1165	2571	1317	405	2380	109	831	8748

Crescimento									
Consulta Pré-natal	624	1366	2045	1750	2504	3403	835	1337	13864
Consulta Puerperal	80	175	152	139	167	390	140	162	1375
Consulta Atendimento Domiciliar Familiar ATB	10340	289	543	586	912	20740	956	216	34582
Atendimento Clínico para Indicação e Fornecimento DIU	9	14	23	10	1	67	17	10	151
Atendimento Clínico para Indicação Fornecimento DIAFRAGMA	0	72	0	0	0	0	0	0	72
Atendimento Urgência ATB	169	116	1650	322	336	1192	318	159	4262
Atendimento Urgência ATB com observação até 8 horas	0	0	430	696	0	0	0	5	1131
Atendimento Urgência ATB com remoção	1	0	46	40	0	0	3	1	91
Assistência Domiciliar Por Profissionais de Nível Médio	152	305	224	208	745	193	281	83	2195

Fonte : SIA – DATASUS /MS

Ao avaliar os dados da tabela 24 , comparando os primeiros trimestres dos anos de 2010 e 2011, e realizando um cálculo de avaliação de índice, conclui-se que no primeiro trimestre de 2010 chegou-se a média de 0,8 consultas de habitantes por ano e, no primeiro trimestre, projetando-se a média de 0,96 consultas de habitantes por ano.

Tabela 26- Desempenho Operacional - **Produção por GD 1º trimestre de 2011**

<i>Gerências</i>	<i>Centro</i>	<i>SCS</i>	<i>PLP</i>	<i>LENO</i>	<i>GCC</i>	<i>NEB</i>	<i>NHNI</i>	<i>RES</i>	<i>Total</i>
Consultas Médicas Geral	13.453	7.821	8.628	18.592	18.08	8.862	5.042	5.245	85.726

Total de Pessoas adas-tradas	10.057	23.218	32.051	63.381	52.73	34.833	14.23	27.00	257.51
					8		2	5	5
Atendimento Individual									
Enfermeiro	1.341	3.835	3.422	8.159	7.791	7.892	2.755	2.345	29.648
<b>ACS</b>	4.710	6.635	7.845	20.253	16.19	9.025	4.855	5.244	74.757
					0				

Fonte: – DATASUS /MS

Ao analisar a tabela 26 acima , encontramos um valor de 0,32 consulta hab cadastrado projeta-se à cobertura de 1,3 consultas por habitantes cadastrados. Hoje pactuados com PROESF II, 1,1 consulta hab cadastrado ano. Avaliando as visitas domiciliares pelos ACS, chegamos a 195,18 VD/tri/ACS, em um valor de 3,25 VD/DIA/ACS

### 7.1.1 Saude Bucal

O Relatório de Gestão Primeiro Trimestre 2011 da área técnica da saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre avalia o desempenho dos serviços públicos de saúde bucal segundo os cinco indicadores propostos pelo Ministério da Saúde. O detalhamento sobre os cinco indicadores, assim como as metas pactuadas foram descritas no RAG 2010. Informação adicional sobre conceitos, usos e limitações destes indicadores pode ser acessada na internet através do endereço:

<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=6862>

Primeiro indicador: “**Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática**”.

Através do número de primeiras consultas, se pode inferir o grau de acesso da população a tratamento odontológico.

Tabela 27- Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática por Gerencias Distritais nos primeiros trimestres de 2011 e 2010.

GD	2011		2010		Meta Anual
	1ª Cons realizadas	% Cobertura	1ª Cons ealizadas	% Cobertura	
Centro	773	0.33	929	0.27	12,5

NHNI	1851	0.59	1115	0.98	12,5
NEB	1540	0.45	862	0.80	12,5
LENO	1119	0.98	1534	0.72	12,5
GCC	1161	0.89	1339	0.77	12,5
PLP	904	0.51	956	0.48	12,5
RES	650	0.94	842	0.73	12,5
SCS	1020	1.08	2028	0.54	12,5
<b>Total</b>	<b>9018</b>	<b>0.67</b>	<b>9605</b>	<b>0.63</b>	<b>12,5</b>

Fonte: SIA (TabWin). IBGE

A tabela 27 discrimina a cobertura na diferentes regiões da cidade e na população de Porto Alegre como um todo no primeiro trimestre de 2011 e 2010. O percentual alcançado na cidade nestes dois trimestres não teve variação significativa. A exceção é a região SUS Centro Sul que comparativamente dobrou sua cobertura. No entanto, é muito grande a discrepância do percentual alcançado com relação à meta anual desejada. Significa que, para se cumprir à meta de atingir 12,5% da população com primeiras consultas odontológicas, seria necessário ter uma cobertura quase quatro vezes maior nos próximos três trimestres.

Verificou-se, contudo, que o desempenho das equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família para este indicador foi melhor, atingindo 1,80% da população adscrita.

#### Segundo indicador: **Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada.**

Este indicador contribui para o monitoramento do grau de acesso da população às ações coletivas de prevenção de doenças bucais. A meta é cobrir 3% da população com ações de prevenção em saúde bucal. É recomendável que estas ações estejam vinculadas a programas monitorados pelas equipes de saúde bucal.

A tabela abaixo descreve os resultados totais de Porto Alegre em relação à meta pactuada.

Tabela 28- Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada nos primeiros trimestres de 2011 e 2010 em Porto Alegre

Ano	Meta Anual Pactuada	% Alcançado no 1º Trimestre	Discrepância percentual em relação à meta
2011	3 %	0.16	94.52
<b>2010</b>		0.37	87.58

Fonte: SIA (TabWin)

A baixa cobertura descrita na acima, mostrando uma variação negativa com relação ao alcance da meta, leva à necessidade de uma análise mais detalhada a respeito do modo como os procedimentos preventivos em saúde bucal vem sendo registrados. Verificou-se que um número significativamente maior de registros em outros tipos de ações preventivas vem sendo feitos pelos diferentes grupos de serviços como pode ser visto na tabela .

Tabela 29- Numero de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal nos primeiros trimestres de 2011 e 2010.

		Atividades Educativas em Grupo na Atenção Básica	Ação Coletiva de Aplicação Tópica de Flúor	Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada	Ação Coletiva de Exame Bucal com Finalidade Epidemiológica
ESFs	2011	6572	224	1179	296
	2010	9049	436	2846	218
Unidades GHC	2011	572	2	1	0
	2010	618	0	1	0
UBSs e ESFs Próprias SMS	2011	9784	672	2363	703
	2010	14226	1256	5348	1429

Fonte: SIA (TabWin)

Os dados desta tabela demonstraram o pouco registro de ação de escovação supervisionada, levando-se a hipótese de que várias das ações de escovação supervisionada estariam sendo registradas dentro de outros códigos de ações preventivas.

Além disso, outras distorções de registro deste código podem estar contribuindo para os dados de baixa cobertura, como por exemplo, o registro feito por procedimentos realizados e não de pessoas cobertas pela ação.

Indicador complementar: **Média de procedimentos odontológicos básicos individuais.**

Refere-se ao número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em Porto Alegre nos primeiros trimestres de 2011 e 2010.

Considerando-se que esta média é anual, para este trimestre a população potencial para receber estes procedimentos é um quarto da população total de Porto Alegre.

Tabela 30 Média de procedimentos odontológicos básicos individuais realizados nos primeiros trimestres de 2011 e 2010, com relação à população do período.

<i>1º Trimestre</i>	<i>População no período</i>	<i>Nº de Procedimentos básicos Individuais</i>	<i>Média por Indivíduo</i>
2011	359.030	138684	0,39
<b>2010</b>	359.030	18506	0,33

Fonte: SIA (TabWin), IBGE

Os resultados deste indicador tomam significado se comparados com dados epidemiológicos da mesma população. Desta forma, é possível avaliar se o volume médio de procedimentos por indivíduo está respondendo às reais necessidades de assistência odontológica básica da população.

Espera-se que a partir da divulgação dos resultados do levantamento epidemiológico (SB 2010) referentes às capitais brasileiras, uma análise mais conclusiva possa ser obtida deste indicador ao longo de 2011.

Resultados gerais do SB2010 referentes aos Brasil como um todos em suas várias faixas etárias e agravos bucais já podem ser acessados através do endereço: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/>

Segundo indicador complementar: **Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais.**

Tabela 31-Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais serviços públicos de saúde bucal de Porto Alegre

<i>1º Trimestre</i>	<i>Nº de Proced Especializados</i>	<i>Nº de Proced Básicos Indiv</i>	<i>Proporção (%)</i>
2011	19.385	138.684	13,98
<b>2010</b>	25.146	118.506	21,22

Fonte: SIA (TabWin)

Ao se observar o resultado dos dois trimestres, verifica-se uma diminuição desta proporção em 2011. Esta tendência pode não se concretizar ao longo deste ano, tomando-se por base a evolução dos últimos anos, apontada no RAG 2010.

A oferta de serviços especializados de saúde bucal ampliou nos últimos anos em Porto Alegre e veio responder a uma necessidade acumulada nesta área. Contudo, é desejável que, para uma população mais saudável, a demanda e oferta de procedimentos básicos seja proporcionalmente maior que para procedimentos especializados.

Os resultados do SB2010, estão orientando quanto à necessidade de implantação dos serviços especializados de saúde bucal com grande demanda, como é o caso do tratamento ortodôntico. Esta modalidade de serviço está sendo estruturada no município de Porto Alegre.

#### O quinto indicador é' **Proporção de Exodontias em Relação às Ações Odontológicas Básicas Individuais**

Este é considerado pelo Ministério da Saúde um marcador da gestão dos municípios na área da saúde bucal, pois indica o modelo de prática de gestão em odontologia no atendimento individual, indicando se há uma tendência preventivo/conservadora de intervenção.

Tabela 32- Proporção de Exodontias em Relação às Ações Odontológicas Básicas Individuais no primeiro de 2011 e 2010.

		<i>Exodontias</i>	<i>Procedimentos Individuais</i>	<i>Indicador</i>	<i>Meta anual</i>	<i>Discrepância percentual em relação à meta</i>
2011	Porto Alegre	3377	138684	2.44	8	69.56
	Unidades GHC	174	10611	1.64	8	79.50
	ESF	412	33374	1.23	8	84.57
2010	Porto Alegre	3907	118506	3.30	8	58.79
	Unidades GHC	150	10125	1.48	8	81.48
	ESF	349	25450	1.37	8	82.86

Fonte: SIA (TabWin)

Seguindo a tendência de períodos anteriores (RAG 2010), os dados gerais de Porto Alegre mostram um número menor de extrações de dentes permanentes nos dois períodos analisados.

A tabela 32 também detalhou as tendências deste indicador em modalidades específicas de atenção primária como é o caso das áreas cobertas pelas unidades de saúde do GHC e áreas cobertas por Equipes de Saúde da Família. Os dados mostraram uma proporção menor de extrações nos serviços de saúde bucal da ESF.

Importante levar-se em conta quando se analisa a tendência deste indicador é analisar concomitantemente o percentual de acesso da população à rede de atenção primária a saúde demonstrada pela "Primeira Consulta Odontológica Programática",

ou seja: a abertura de novos serviços odontológicos ou a falta de acesso de novos usuários pode gerar uma falsa idéia de resultados positivos ou negativos para este indicador.

### **Proposições da Área Técnica de Saúde Bucal**

Considerando que os registros dos dados utilizados para calcular os cinco indicadores possuem várias inconsistências, levando a possíveis sobre ou sub-registro, foi definido um treinamento para a rede de atenção primária e especializada em saúde bucal, referente ao correto uso e preenchimento dos códigos SIA-SUS. Com a melhora no registro dos procedimentos, se poderá estimar com mais precisão a real necessidade de ampliação de coberturas em regiões específicas da cidade.

Visando a qualificação do acesso ao cuidado em saúde bucal na rede básica e rede especializada, a Área Técnica de Planejamento em Saúde Bucal iniciou a desenvolvimento de pesquisa em serviço sobre “Equidade no Acesso ao Cuidado em Saúde Bucal” e está promovendo discussões entre os profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas sobre a implantação de protocolos clínicos baseados em evidência.

#### **7.1.2 Saúde Nutricional**

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

Tabela 33- Procedimentos de Nutrição realizados -1º trim/2011 e 1º Trim/ 2010

<b>GERÊNCIAS DISTRITAIS</b>	<b>1º TRIM/ 2011</b>	<b>TRIM/ 2010</b>	<b>Variação</b>
CENTRO	4230	1821	123,0
GLORIA - CRUZEIRO - CRISTAL	3715	4649	-20,1
LESTE - NORDESTE	1154	1058	9,1
NOROESTE - HUMAITA - NAVEGAN-	1289	1295	-0,5

TES - ILHAS			
NORTE - EIXO - BALTAZAR	1160	1499	-22,6
PARTENON - LOMBA - PINHEIRO	517	969	-46,6
RESTINGA - EXTREMO SUL	1155	0	
SUL - CENTRO SUL	663	372	78,2
<b>Total</b>	<b>13883</b>	<b>11663</b>	<b>19,0</b>

Fonte: SIA/ DATASUS

Tabela 34- Atividades educativas realizadas - 1º trim/2011 e 1º Trim/ 2010

<b>GERÊNCIAS DISTRITAIS</b>	<b>1º TRIM/ 2011</b>	<b>TRIM/ 2010</b>	<b>Varição</b>
CENTRO	99	27	266,7
GLORIA - CRUZEIRO - CRISTAL	1	2	-50,0
LESTE - NORDESTE	12	21	-42,9
NOROESTE - HUMAITA - NAVEG AN- TES - ILHAS	60	15	300,0
NORTE - EIXO - BALTAZAR	50	109	-54,1
PARTENON - LOMBA - PINHEIRO	146	156	-6,4
RESTINGA - EXTREMO SUL	15	0	
SUL - CENTRO SUL	0	0	
<b>Total</b>	<b>383</b>	<b>330</b>	<b>16,1</b>

Fonte: SIA/ DATASUS

Tabela 35- Consultas Realizadas no período - 1º trim/2011 e 1º Trim/ 2010

<b>GERÊNCIAS DISTRITAIS</b>	<b>1º TRIM/ 2011</b>	<b>TRIM/ 2010</b>	<b>Varição</b>
CENTRO	3304	1794	84,2
GLORIA - CRUZEIRO - CRISTAL	3714	4647	20,1
LESTE - NORDESTE	1142	1037	10,1
NOROESTE - HUMAITA - NAVEG - ILHAS	1155	1199	3,7
NORTE - EIXO - BALTAZAR	1110	1390	20,1
PARTENON - LOMBA - PINHEIRO	371	805	53,9
RESTINGA - EXTREMO SUL	576	0	
SUL - CENTRO SUL	663	372	78,2
<b>Total</b>	<b>12035</b>	<b>11244</b>	<b>7,0</b>

Fonte: SIA/ DATASUS

Os resultados apresentam um incremento de 19% em 2011, nos procedimentos em geral e na totalidade das gerências em relação a 2010. Os procedimentos de nutrição avaliados são consultas, atividades educativas, antropometria e atendimento domiciliar. As atividades educativas, no ano de 2011, obtiveram um incremento de 16,1%, e as consultas de nutrição o incremento foi de 7,0% nos períodos avaliados.

Os procedimentos de atendimentos domiciliares registrados foram de 74 atendimentos em 2011 e 84 em 2010.

Em relação à avaliação antropométrica e atendimento domiciliar, a maioria das Gerências não apresentou registros em 2010 e 2011, embora a antropometria seja uma atividade de rotina do nutricionista. Apenas as Gerências Centro e Restinga / Extremo Sul registraram este procedimento no período, sendo respectivamente 728 e 564.

Em 2010, não houve registros dos procedimentos na GD Restinga, uma vez que não contava com o profissional.

Esses resultados indicam a necessidade de qualificar os registros realizados pelos profissionais de nutrição.

Tabela 36- Demonstrativo das ações realizadas pela Política Saúde Nutricional na rede de urgência e hospitalar, período 2011 / 2010

UNIDADES	Período 1º trim		Varição %
	2011	2010	2011/2010
HPS	185.810	182.282	1,9
HMIPV	42.714	28.872	47,9
PACS	40.533	32.350	25,3
CAVM	9.621	0	
CAIS 8	2.748	1.989	38,2
HARMONIA	1.772	1.662	6,6
PENSÃO NOVA VIDA	10.141	10.232	-0,9
TOTAL	293.339	257.387	14,0

Fonte – Relatório de serviço

A Casa Viva Maria não apresentou produção em 2010 pois estava em reforma.

Os resultados demonstram um incremento de 14% no número total de refeições servidas em 2011, em relação a 2010.

## 7.2 Assistência Farmacêutica

Tabela 37-Tabela de atendimentos por Gerência Distrital

Serviços	1º Trim. 2011	1º Trim. 2010	Varição
GERÊNCIA DISTRITAL CENTRO	9.100	10.980	-1.880

GERÊNCIA DISTRITAL NHNI	16.953	13.547	3.406
GERÊNCIA DISTRITAL NEB	42.055	52.324	-10.269
GERÊNCIA DISTRITAL GCC	43.053	37.606*	5.447
GERÊNCIA DISTRITAL LENO	52.132	45.003	7.129
GERÊNCIA DISTRITAL PLP	40.320	53.107	-12.787
GERÊNCIA DISTRITAL SCS	46.035	35.634	10.401
GERÊNCIA DISTRITAL RES	23.702	34.851	-11.149
<b>TOTAL</b>	<b>273.350</b>	<b>283.052</b>	<b>- 9.702</b>

\*Valor correto da Gerência Distrital GCC, o valor anterior apresentava a soma da Gerência e a Farmácia Distrital CSVC.

Tabela 38- Receitas atendidas por Farmácia Distrital (básicos + controle especial)

Serviços	1º Trim. 2011	1º Trim. 2010	Varição
FARMÁCIA DISTRITAL NAVEGANTES	15.700	12.307	3.393
FARMÁCIA DISTRITAL IAPI	33.333	28.675	4.658
FARMÁCIA DISTRITAL SARANDI	16.790	11.201	5.589
FARMÁCIA DISTRITAL CSVC	40.795	37.946	2.849
FARMÁCIA DISTRITAL FARROUPILHA	35.928	43.329	- 7.401
FARMÁCIA DISTRITAL SANTA MARTA	40.339	45.099	- 4.760
FARMÁCIA DISTRITAL BOM JESUS	27.797	25.936	1.861
FARMÁCIA DISTRITAL BANANEIRAS	20.572	13.170	7.402
FARMÁCIA DISTRITAL CAMAQUÃ	19.090	15.654	3.436
FARMÁCIA DISTRITAL MACEDÔNIA**	14.342	0	14.342
<b>TOTAL</b>	<b>225.178</b>	<b>233.317</b>	<b>- 8.139</b>

\*\* Farmácia Distrital Macedônia inaugurada em 16/06/2010

Não foram observadas variações discrepantes nos atendimentos.

Os valores negativos nas Farmácias da GD Centro sugerem usuários atendidos nas demais Farmácias Distritais.

Os Gastos com medicamentos, os recursos transferidos e utilizados do FNS Recursos transferidos e os recurso utilizados do FES estão informados no relatório financeiro em anexo

### Medicamentos recebidos

Tabela 39- Medicamentos recebidos do Ministério da Saúde e entregues 1º Trim /2011/2010

Medicamentos MS	2011 (Recebidos e	2010 (Recebidos e dis-	Varição
-----------------	-------------------	------------------------	---------

	<b>distribuídos</b>	<b>tribuídos</b>	
TABAGISMO	R\$ 0,00	R\$ 46.626,84	- R\$ 46.626,84
INSULINA	R\$ 139.445,07	R\$ 139.034,63	R\$ 410,44
TUBERCULOSE	R\$ 241.319,14	R\$ 34.081,32	R\$ 207.237,82
DST/AIDS	R\$ 3.411.811,66	R\$ 4.118.285,31	- R\$ 706.473,65
HANSENIASE	R\$ 2.333,00	R\$ 1.490,48	R\$ 842,52

Não foram recebidos medicamentos da SES/RS no período.

Quanto aos problemas relacionados a compras de medicamentos ocorridos no período verificou-se que alguns fornecedores não entregaram os medicamentos nos prazos estabelecidos, ocasionando desabastecimento. Justificativa apontada foi a falta do produto no mercado, em função da descontinuidade na fabricação dos mesmos, mencionamos o acetato de medroxiprogesterona 150 mg injetável e metoclopramida 10 mg comprimido que nos últimos pregões restaram desertos.

No período, as ações de relevância da Assistência Farmacêutica foram;

- Consolidação dos trabalhos realizados pela Comissão Técnica Multidisciplinar de Atualização da Remume - CTMAR para edição da REMUME;
- Aquisição dos novos medicamentos que passaram a integrar a REMUME;
- Aquisição dos medicamentos para a operação inverno;
- Continuidade na elaboração do planejamento de fluxos para as farmácias e dispensários;
- Nomeação e lotação de assistentes administrativos para as Farmácias Distritais;
- Subsidiar informações a ASSEJUR e PGM referente aos processos de medicamentos;
- Assistência no planejamento do Programa Tabagismo.

### **7.3 Transporte social**

O Transporte Social disponibilizado pela Secretaria de Saúde tem como objetivo principal oferecer a oportunidade a crianças e adolescentes portadores de algum tipo de necessidade especial e com precárias condições sócio-econômica para que as mesmas realizem seus programas de reabilitação, em clínicas especializadas.

Os registros cadastrais do atendimento nos apontam que neste primeiro trimestre foram atendidas 85 (oitenta e cinco) crianças e adolescentes na faixa etária de 01 a 18 anos e

que, com a remodelação do sistema de transporte, hoje por rotas, para atendimento por região vislumbra-se a possibilidade de um aumento da quantidade de crianças atendidas na ordem de 20 % para o próximo trimestre.

### 7.3.1 REMOÇÕES CLÍNICAS

Com o objetivo de oferecer um transporte a pacientes que necessitam de cuidados de saúde não urgentes, com incapacidade temporária ou permanente de locomoção, dependentes da utilização de macas para se deslocarem a consultas médicas, e que apresentam dificuldades financeiras para assumir tratamentos de reabilitação de saúde contínua a Prefeitura Municipal de Porto Alegre através da Secretaria Municipal de Saúde.

Os dados levantados para o período de janeiro a março de 2011 nos demonstram, conforme quadro abaixo, que foram realizados **872** remoções nas 08 Gerências Distritais, sendo atendidos **200 pacientes**, o que nos permite dizer que foram realizados em média 04 (quatro) remoções/paciente para o período supra citado.

Lembramos ainda que, as remoções efetuadas destinam-se a pacientes em tratamento de fisioterapias, quimioterapias, radioterapias e consultas médicas que são determinadas na forma de agendamentos realizadas pelas Gerências que compõem a estrutura da SMS.

**Tabela 40-** Remoções clínicas realizadas 1º Trimestre 2011 por GDS

<i>Gerência Distrital</i>	<i>Período</i>		<i>Varição do Período Quantitativo</i>	<i>Varição do Período Percentual (%)</i>
	<i>2010 (Jan. à Mar.)</i>	<i>2011 (Jan. à Mar.)</i>		
GDC	Usuários	9	15	6
	Atendimentos	112	91	-21

GDLN	Média atendimento/usuário	12	6		-50%
	Usuários	25	25	0	
	Atendimentos	110	113	3	
GDSCS	Média atendimento/usuário	4	5		25%
	Usuários	16	22	6	
	Atendimentos	113	115	2	
GDGCC	Média atendimento/usuário	7	5		-29%
	Usuários	24	46	22	
	Atendimentos	105	122	17	
GDNEB	Média atendimento/usuário	4	3		-25%
	Usuários	30	35	5	
	Atendimentos	99	108	9	
GDPLP	Média atendimento/usuário	3	3		0
	Usuários	9	27	18	
	Atendimentos	99	93	-6	
GDNHNI	Média atendimento/usuário	11	3		-73%
	Usuários	15	13	-2	
	Atendimentos	117	132	15	
GDRES	Média atendimento/usuário	8	10		25%
	Usuários	14	17	3	
	Atendimentos	100	98	-2	
	Média atendimento/usuário	7	6		-14%

Fonte: EQUIPE DE TRANSPORTES/CATA/SMS

Tabela 41 Transporte Social 1º trimestre 2011

Transporte Social	CENTRO		SCS		PLP		LENO		GCC		NEB		NHIN		RES		Total		
	Marc	Rep	Marc	Rep	Marc	Rep	Marc	Rep	Marc	Rep	Marc	Rep	Marc	Rep	Marc	Rep	Marc	Rep	
Demandas																			
Consultas	35	3	52	17	52	0	37	0	76	46	41	7	8	6	24	8	325	87	
Exames	1	0	6	1	5	0	3	0	41	3	6	1	0	3	4	4	66	12	

Fisioterapia	3	4	15	40	58	6	15	0	30	52	47	48	60	6	124	10	352	166
Quimioterapia	6	0	3	0	0	0	5	0	0	0	11	4	1	0	0	4	26	8
Radioterapia	0	0	1	0	3	0	18	0	0	0	28	24	43	0	2	3	95	27
Hemodiálise	8	0	28	8	0	0	37	0	0	0	1	1	19	0	0	0	93	9
Total	53	7	105	66	118	6	115	0	147	101	134	85	131	15	150	29	953	309

Fonte – Relatório de serviços

## 7.4 AÇÕES E SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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

Nas tabelas abaixo segue demonstrativos de ações pactuadas comparando o 1º trimestre de 2011 com o 1º trimestre de 2010, analisando a variação das ações dentro do mesmo período sazonal e a evolução das metas pactuadas.

### 7.4.1. VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E OUTROS AGRAVOS.

#### 7.4.1.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites virais.

Tabela 42: Exames Anti-HIV e Confirmatórios

Exames	Período		Variação	
	I TRI 2011	I TRI 2010		
Anti HIV	Exames Elisa realizados	21.201	19.028	10,2%
	Anti-HIV por Imunofluorescência	369	316	14,4%
	Anti-HIV Western Blot	108	64	40,7%

Fonte: DATASUS/Tabwin

Tabela 43: Exames contagem de linfócitos CD4/CD8 e Carga Viral

Exames	Período		Variação
	I TRIM 2011	I TRIM 2010	
Contagem de Linfócitos CD4/CD8 realizados	5753	5031	12,5%
Carga Viral realizados	5711	3424	40%

Fonte: Tabwin

Tabela 44: Número absoluto de dispensas de antirretrovirais nas UDM IAPI e CSVC

Dispensação de Antirretrovirais	Período		Variação 2011/2010
	I TRI 2011	I TRI 2010	
<b>Adulto</b>	<b>6160</b>	<b>5632</b>	<b>8,6%</b>
<b>Gestante</b>	<b>102</b>	<b>70</b>	<b>31,4%</b>
Criança	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>0</b>

Fonte: dados fornecidos pelas UDM

Tabela 45: Distribuição de Insumos de Prevenção Para a Rede Básica, ONG e Campanhas de Prevenção.

Distribuição de Insumos de Prevenção	Período		Variação
	I TRI 2011	I TRI 2010	
<b>Saches de Gel Lubrificante</b>	<b>69.100</b>	<b>53.400</b>	<b>22,7%</b>
<b>Preservativos Femininos</b>	<b>0</b>	<b>615</b>	
Preservativos	<b>1.038.446</b>	<b>867.196</b>	<b>16,4%</b>

Fonte: SICLON

A distribuição de preservativos femininos ficou zerada no primeiro trimestre de 2011 devido à falha no repasse desse insumo pelo Ministério da Saúde. O município de Porto Alegre encaminhou uma compra do insumo em questão e o processo licitatório está em tramitação.

Tabela 46: Produção dos Serviços Especializados

Serviços	Indicador	Período		Variação
		I TRI 2011	I TRI 2010	
<b>SAE</b>	<b>Consultas médi-</b>	<b>5.136</b>	<b>5.246</b>	<b>-2,14%</b>
	<b>cas</b>	<b>5.035</b>	<b>4.916</b>	<b>2,42%</b>
	<b>Realizadas</b>	<b>4.115</b>	<b>3.949</b>	<b>4,03%</b>

	<b>Consultas enfermagem realizadas</b>	<b>2.234</b>	<b>2.296</b>	<b>-2,77%</b>
	<b>Atendimentos do Serviço Social realizados</b>	<b>1.217</b>	<b>1.170</b>	<b>3,86%</b>
	<b>Distribuição preservativos</b>	<b>21.750</b>	<b>15.235</b>	<b>30%</b>
	<b>Distribuição gel lubrificante</b>	<b>914</b>	<b>4.600</b>	<b>- 403%</b>
	<b>Outros</b>	<b>P.P.E.S*</b>	<b>13</b>	<b>0</b>
				<b>100%</b>

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

Observa-se a baixa procura pelo gel lubrificante. O produto é oferecido junto com o preservativo, mas a maioria não leva, não gosta e alguns até desconhecem. A maioria dos usuários pede o preservativo, mas não pede o gel lubrificante. Quanto ao preservativo masculino houve um aumento de 30% na distribuição para os usuários dos SAE.

Tabela 47: **Produção do CTA/COAS**

Serviço	Indicador	Período		Variação
		I ºTrim/2011	Iº Trim /2010	
COAS	<b>Consultas disponibilizadas para A- conselhamento</b>	<b>862</b>	<b>840</b>	<b>2,5%</b>
	<b>Aconselhamento pré-teste</b>	<b>552</b>	<b>461</b>	<b>16,5%</b>
	<b>Aconselhamento pós-teste</b>	<b>328</b>	<b>350</b>	<b>-6,7%</b>
	<b>Consultas disponibilizadas para Psi- coterapia</b>	<b>53</b>	<b>98</b>	<b>-84,9%</b>
	<b>Psicoterapias realizadas</b>	<b>35</b>	<b>79</b>	<b>-125%</b>
	<b>Atividades educativas</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>0</b>
	<b>Grupo de autocuidado</b>	<b>09</b>	<b>13</b>	<b>- 44,4%</b>

Fonte : Relatório de serviço

A diminuição apresentada no número de grupos de auto cuidado com relação ao mesmo trimestre de 2010 deu-se devido à suspensão desta atividade no mês de Fevereiro/2011 quando das férias da servidora que coordena o grupo.

O número de aconselhamentos pré-teste é definido por uma demanda livre que não apresentou um número diferencial representativo em comparação ao I trimestre de 2010.

O número de aconselhamentos pós-teste segue um padrão de + ou - 75% dos aconselhamentos pré-teste realizados que geraram coleta de exame.

A diminuição do número de consultas disponibilizadas para psicoterapias apresentou redução, tendo em vista as férias dos servidores no período, e a prioriza-

ção do atendimento da demanda pela testagem. Novas triagens foram suspensas no período de Janeiro e Fevereiro. O CTA optou em otimizar mais a participação dos pacientes no grupo de auto cuidado que apresentou um incremento importante de 2010 para 2011 em termos de número de participantes e integração do grupo.

#### 7.4.1.2 Hepatites Virais

**Meta PAVS/ SISPACTO.** Notificar casos suspeitos de Hepatites Virais no SINAN e com diagnóstico laboratorial por sorologia (PAVS 38) e Pacto pela Vida

Tabela 48- Relação de notificações, investigações e confirmações dos casos de hepatites virais.

<i>Tipo de hepatite</i>		<i>Meta</i>	<i>1ºTrim/ 2011</i>	<i>1ºTrim/ 2010</i>	<i>Varição %</i>
Hepatite B	Notificado	80% notificação	7	60	-88,33
	Investigado	(PAVS) e	7	60	-88,33
	Confirmado	90 % diagnóstico laboratorial (SISPACTO)	7	60	-88,33
	% da meta		100 %	100%	Meta atingida
Hepatite C	Notificado		49	83	-40%
	Investigado	80% notificação	49	83	-40%
	Confirmado		49	83	-40%
	% da meta		100 %	100%	Meta atingida

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET

**Distribuição dos Casos de Hepatite Viral do tipo B e proporção dos confirmados com sorologia em Porto Alegre**

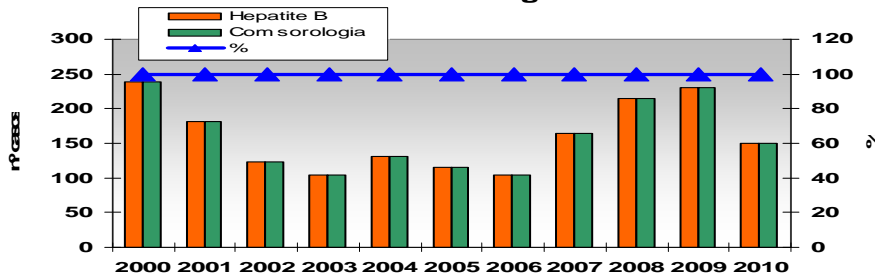


Figura 1- Serie histórica dos casos de hepatites virais com sorologia positiva em Porto Alegre. Fonte: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET

Esta meta é sempre atingida como se observa na série histórica. A vigilância das Hepatites Virais, implantada desde 1995 em Porto Alegre, tem a sorologia como critério de confirmação, em especial da Hepatite viral do tipo B e C.

A diferença do número de casos entre os 1ºs trimestres de 2010 e 2011 ocorre por uma questão operacional de não digitação dos casos no SINAN por questão de redução dos recursos humanos na equipe nesse período.

O que está sendo realizado – Manutenção da qualidade da vigilância epidemiológica das Hepatites Virais.

Descentralização da investigação epidemiológica para a Atenção Primária em Saúde e auxílio ao Programa de DST/Aids e Hepatites Virais da ASSEPLA.

### 7.4.2 LEPTOSPIROSE

Meta PAVS/SISPACTO- NP - Notificar e investigar casos de Leptospirose

Tabela 49: Relação dos casos notificados e investigados de leptospirose.

<b>Casos</b>	<b>1º trim 2011</b>	<b>1ºTrim 2010</b>	<b>Variação</b>
<b>Notificado</b>	<b>45</b>	<b>50</b>	-10,00
<b>Investigado</b>	<b>45</b>	<b>50</b>	-10,00
<b>Confirmado</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	+60,00
<b>% Investigados</b>	<b>100 %</b>	<b>100%</b>	

Fonte: EVDT/CGVS/SINAN NET

Com exceção dos anos com mais surtos de casos, que foram os anos 2000 e 2001, há uma tendência de estabilidade dos casos e incidência da Leptospirose em Porto Alegre.

### 7.4.3 SARAMPO E RUBÉOLA

**Meta PAVS/ SISPACTO** Investigar 90 % dos casos notificados de Sarampo e Rubéola em até 48 horas. (PAVS 95)

Tabela 50- Relação dos casos notificados e investigados em até 48 horas de sarampo e rubéola.

Casos	1ºTrim/ 2011	1ºTrim/ 2010	Varição %
<b>Notificado</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	+63%
<b>Investigado</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	+63%
<b>% Investigado em até 48 hrs</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	-
<b>% meta atingida</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	-

Fonte:EVDT/CGVS/ SMS/SINAN NET

**Meta PAVS/SISPACTO** - Encerrar 95 % dos casos notificados de doenças exantemáticas – sarampo e rubéola- por critério laboratorial (PAVS 96)

TABELA 51: Relação dos casos de doenças exantemáticas encerrados por critério laboratorial.

Casos	1ºTrim/ 2011	1ºTrim/ 2010	Varição %
<b>Nº absoluto casos</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	+63%
<b>% com diagnóstico laboratorial</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	+63%
<b>% meta atingida</b>	<b>100 %</b>	<b>100%</b>	Meta atingida

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

### 7.4.4 VÍRUS DA INFLUENZA

**Meta PAVS/SISPACTO** - Realizar avaliação de desempenho da rede sentinela de INFLUENZA PAVS 35 - 5/coletas por mês

Tabela 52- Número de coletas preconizadas e realizadas na rede sentinela para influenza.

Coletas	1ºTrim/ 2011	1ºTrim/2010	Varição %
<b>Nº coletas de amostras preconizadas</b>	<b>120</b>	<b>65</b>	*
<b>nº coletas realizadas</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	*
<b>% atingido</b>	<b>4,2%</b>	<b>20%</b>	<b>- 25,8%</b>

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

\* Em 2011 foi implantada a segunda unidade sentinela de coleta do vírus influenza, por isso dobrou a número de amostras preconizadas, contudo a meta não foi atingida.

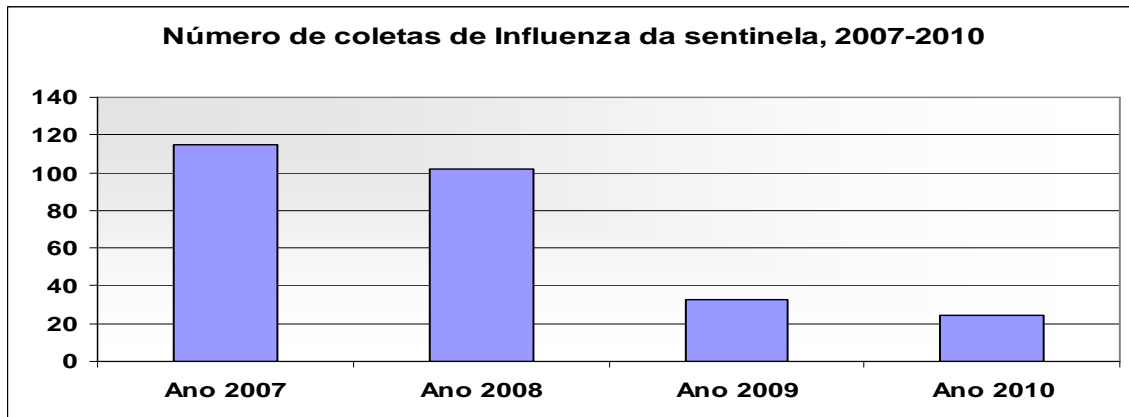


Figura 2-

Série histórica das coletas na rede sentinela para influenza.

Nos anos de 2009 e 2010 foi atingido meta de coletas estabelecidas para sentinela do vírus influenza. No ano de 2009 esta coleta foi suspensa nos sentinelas, que eram as unidades de saúde do GHC, em virtude da epidemia de influenza.

O que está sendo realizado – Avaliação da emergência do HNSC como sentinela do influenza, o que foi iniciado ainda em 2009 e o fortalecimento da nova unidade sentinela do vírus influenza, o Hospital Mãe de Deus.

**Meta PAVS/SISPACTO** - Proporção de 65% das amostras preconizadas clínicas para diagnóstico do vírus INFLUENZA em relação ao preconizado Pacto pela Vida – prior IV -12

Tabela 53- Proporção de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado.

<b>Casos notificados e coletas realizadas</b>		<i>1ºTrim/2011</i>	<i>1ºTrim/2010</i>	<i>Variação %</i>
<b>Coletas</b>	<b>Nº casos notificados</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	-
	<b>nº amostras realizadas</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	-
	<b>% atingido</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	Meta atingida

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Desde 2010 não houve identificação de vírus influenza A H1N1 nas amostras clínicas coletadas das pessoas investigadas/internadas nas quais é preconizada a coleta do vírus Influenza.

### 7.4.5 TÉTANO ACIDENTAL E NEONATAL

**Meta PAVS/SISPACTO** - Notificação, investigação e confirmação de casos de tétano neonatal - NP

Nos trimestres avaliados (1º trimestre 2010 e 1º trimestre de 2011) não houve ram notificação de casos de tétano acidental e tétano neonatal

### 7.4.6 DENGUE

**Meta PAVS/SISPACTO** - Notificar e investigar imediatamente casos de dengue clássico, suas formas graves, óbitos e taxa de letalidade por dengue. (PAVS 21) e Pacto pela Vida – prior IV -8

Tabela 54- Relação dos casos notificados, investigados e confirmados de dengue.

Casos	1ºTrim/ 2011	1ºTrim/ 2010	Varição %
Notificados	<b>122</b>	<b>42</b>	+100,98
Investigados	<b>122</b>	<b>42</b>	+100,98
Confirmados	<b>17</b>	<b>12</b>	+ 41,6
% da meta atingida	<b>100 %</b>	<b>100%</b>	Meta atingida

Fonte EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Referente a meta - Casos Graves (PAVS 21) nos períodos avaliados não foi registrado Nenhum caso grave.

Também em relação aos Óbitos /Letalidade (PAVS 21)/Pacto pela Vida – prior IV -8 não foram registrados óbitos dos doentes de dengue nos período avaliados

O cálculo da taxa de letalidade é = (nº. de óbitos por dengue/ nº de casos de dengue) x 100. Porto Alegre sempre investigou e assistiu casos de Dengue, porém nunca teve registro de óbito por dengue até este momento. O que está sendo feito – Capacitação de todos serviços de saúde para o diagnóstico e assistência à Dengue. Foi emitido Alerta Epidemiológico em junho de 2010 sobre os casos autóctones. Trabalho intenso de prevenção e vigilância do vetor.

### 7.4.7 Tuberculose

Apresentamos os dados de avaliação do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) no mesmo formato da OMS e do MS, pois desta forma poderemos comparar nossos dados com o restante do país e do mundo.

A inclusão de casos novos no sistema de informação pode acontecer com alguns meses de atraso, até 06 meses, devido à rotina da CGVS/EVDT de avaliação e revisão de casos identificados através de resultados de exames laboratoriais, por exemplo. Desta forma, mesmo os dados de incidência da doença podem ter um atraso no registro no banco de dados do SINAN. Os dados de frequência de casos novos serão apresentados trimestralmente, mas sujeitos a alteração. A análise dos dados apresentados somente terão validade epidemiológica se comparados ao nº de pessoas sintomáticas identificadas e avaliadas. A coleta deste dado será viabilizada, de forma organizada e sistematizada, somente a partir do 2º semestre de 2011. Quando comparados o nº de casos novos registrados sobre o nº de sintomáticos identificados é que poderemos realizar uma análise epidemiológica adequada. Se o nº de casos novos aumentou e a busca e investigação de casos suspeitos também, este pode significar um dado positivo, pois é esperado um aumento no nº de casos de 10% com o aumento da procura dos mesmos. Mas se o nº de casos novos aumentou e o nº de sintomáticos avaliados permaneceu o mesmo, ou até mesmo diminuiu, este é um dado negativo.

A avaliação de resultado de tratamento será feita anualmente, seguindo a mesma metodologia da OMS e MS por ser ainda mais tardia. Pacientes que ingressaram no Programa terão o resultado avaliado, através de um estudo de coorte, **09 meses** depois. Pacientes que ingressaram dezembro de um ano, serão avaliados somente em setembro do ano seguinte. Os dados de resultados de tratamentos serão apresentados no relatório anual e representarão os dados referentes ao ano anterior.

Tabela 55- Casos Novos de Tuberculose Todas as Formas Clínicas 1º trimestre de 2011 em comparação com 1º trimestre 2010, entre residentes em Porto Alegre:

Distrito de Residência	2011	2010	Var %
CENTRO	44	64	- 31,2%
LESTE / NORDESTE	58	41	+ 41,5%
NORTE / EIXO BALTAZAR	37	38	0%
NO / HUMAITA / NAVEGANTES / ILHAS	29	33	- 12,1%
GLORIA / CRUZEIRO / CRISTAL	42	29	+ 44,8%
RESTINGA / EXTREMO SUL	19	23	- 17,4%
SUL / CENTRO SUL	35	35	0%
PARTENON / LOMBA DO PINHEIRO	77	101	-23,8%
<b>TOTAL</b>	<b>341</b>	<b>364</b>	<b>-6,3%</b>

Fonte: PMPA/SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Tabela 56- Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera 1º trimestre de 2011 em comparação com 1º trimestre 2010, entre residentes em Porto Alegre:

Distrito de Residência	2011	2010	Var %
GD 1 – CENTRO	22	32	- 31,25%
GD 4 – LESTE / NORDESTE	23	18	+ 27,8%
GD 3 – NORTE / EIXO BALTAZAR	20	22	- 9,1%
GD 2 – NO / HUMAITA / NAVEGANTES / ILHAS	14	17	- 17,7%
GD 5 – GLORIA / CRUZEIRO / CRISTAL	26	16	+ 62,5%
GD 8 – RESTINGA / EXTREMO SUL	5	12	- 58,3%
GD 6 – SUL / CENTRO SUL	22	17	+ 29,4%
GD 7 – PARTENON / LOMBA DO PINHEIRO	43	47	- 8,5%
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>181</b>	<b>- 3,3%</b>

Fonte: PMPA/SMS/CGVS/EVDT /SINAN

## 7.5 Ações e Serviços em Vigilância Sanitária

As ações e serviços de Vigilância Sanitária (VISA) são desenvolvidos pelas Equipes de Vigilância de Alimentos (EVA) e Equipe de Vigilância em Serviços e Produtos de Interesse à Saúde (EVEPIS) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde.

Nas tabelas abaixo segue somente demonstrativos de ações pactuadas comparando o 1º trimestre de 2011 com o 1º trimestre de 2010, analisando a variação das ações dentro do mesmo período sazonal.

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

Meta PAVS/SISPACTO/ CIB - 70% de atendimento das reclamações

Tabela 57- Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas na EVSPIS.

<b>Atendimento das denúncias e reclamações recebidas.(CIB 250)</b>		<b>1ºTrim/ 2011</b>	<b>1ºTrim/ 2010</b>	<b>Variação %</b>
<b>Nº. de Reclamações e Denúncias</b>	<b>Recebidas</b>	<b>77</b>	<b>123</b>	<b>- 37,40</b>
	<b>Atendidas</b>	<b>56</b>	<b>9</b>	<b>+ 522,22</b>
	<b>% atendidas em relação as recebidas</b>	<b>72,73</b>	<b>7,32</b>	<b>+ 893,58</b>
	<b>% meta atingida</b>	<b>100% da meta</b>	<b>% da meta</b>	<b>Meta atingida 2011</b>
<b>Meta a atender</b>		<b>54</b>	<b>86</b>	

Fonte

**Infecções Hospitalares** – a equipe de serviços investiga e intervêm sanitariamente em ocorrência de Surtos relacionados às Infecções Hospitalares. Realiza o monitoramento dos casos de Infecção por bactérias Multiresistentes e das Infecções Primárias de Corrente Sangüínea.

A Relação dos estabelecimentos de saúde a serem inspecionados e as metas são avaliadas anualmente, portanto serão apresentados no RAG

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

**Meta PAVS/ SISPACTO/ CIB - Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. (CIB 250) - 70% de atendimento das reclamações**

Tabela 58- Relação de denúncias recebidas e atendidas pela EVA.

<b>Nº. de Reclamações e Denúncias</b>	<b>1ºTrim/ 2011</b>	<b>1ºTrim/ 2010</b>	<b>Variação %</b>
Recebidas	169	106	+59,43
Atendidas	92	67	+37,31
% atendidas em relação as recebidas	54,43	63,20	+ 43,81
% meta atingida	77,96 % da meta	90,54 % da meta	- 12,69%
Meta a atender	118	74	

Tabela 59- Número de inspeção em restaurantes e similares, cozinhas indústrias e hospitalares.

<b>Indicador</b>	<b>Meta Pactuada</b>	<b>1ºTrim/ 2011</b>	<b>1ºTrim/ 2010</b>	<b>Varição %</b>
Nº de Restaurantes e Similares inspecionados (PAVS 43) e (PAVS SANITÁRIA) N – 3.000 (estimado)	<b>20 % (600) dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano</b>	<b>X 139</b>	<b>388</b>	<b>- 64,17</b>
% da meta atingida		<b>23,17</b>	<b>64,67</b>	
Nº de Cozinhas industriais e hospitalares inspecionadas (PAVS SANITÁRIA) – N 65	<b>50 % ( 33) dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>+ 42,85</b>
<b>% da meta atingida</b>		<b>30,30</b>	<b>21,21</b>	

N – número de estabelecimentos e serviços cadastrados/estimados.

**Inspecções em eventos públicos** – a equipe de alimentos atua fiscalizando e orientando em eventos que possuem serviços de alimentação, como Festa dos Navegantes, o Fórum Social Mundial, Festa da Muamba, Carnaval, Baile da Cidade, Feira do Peixe, entre outros.

**Outras Atividades:** nossa Equipe de Vigilância de Alimentos, além de ter um papel de fiscalizar a qualidade e segurança dos alimentos produzidos e consumidos no município de Porto Alegre, também presta serviço de orientação ao segmento de comércio de alimentos.

### 7.5.3 Demonstrativo das ações desenvolvidas pela Equipe de Vigilância de Zoonoses – EVZ (NVPA e NVRV)

Tabela 60- Relação das atividades realizadas pela EVZ (NVPA e NVRV).

<b>Indicador</b>	<b>Meta Pactuada</b>	<b>1º Trim/ 2011</b>	<b>1º Trim/ 2010</b>	<b>Varição %</b>
Realizar pesquisa de Triatomíneos. (PAVS 85)	<b>12 PIT ao mês</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>0,00</b>
% da meta atingida		<b>25</b>	<b>25</b>	
Controle de roedores (investigação de mordeduras)	<b>NP</b>	<b>04</b>	<b>7</b>	<b>- 42,86</b>
Desratizações	<b>NP</b>	<b>1.196</b>	<b>1.108</b>	<b>+ 7,94</b>
Controle vetores (dengue, leishmaniose, chagas e febre maculosa) – vistorias/inspeções em domicílios		<b>46.585</b>	<b>45.502</b>	<b>+ 0,18</b>
Nº de amostras caninas e felinas enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva (não pactuado -LE 13193-09) (PAVS 81)	<b>NP</b>	<b>06</b>	<b>14</b>	<b>- 57,14</b>
Nº de amostras de quirópteros enviadas p/ pesquisa laborato-	<b>100 % das amostras colhidas</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>- 13,33</b>

rial de raiva (PAVS 84)				
% da meta atingida		100	100	
Nº de bloqueios com vacinação anti-rábica canina e felina (VARC) em caso de raiva animal	100% bloqueios realizados	Nenhum bloqueio realizado	0	
Realizar vigilância e estudos entomológicos de flebotômios em áreas com transmissão de leishmaniose (LTA e LV) (PAVS 80)	Em 100 % dos casos confirmados	10	9	+ 11,11
% da meta atingida		100	100	
Realizar atividades educativas sobre a temática da Dengue para população (PAVS 22 e PAVS Sanitária)	170 pessoas capacitadas (servidores e população em geral)			

**Microchips em Cães** – foram microchipados 31 cães no primeiro trimestre de 2011.

**Ações comunitárias de controle parasitários** – foram realizadas 35 ações comunitárias com educação em saúde sobre a posse de animais, zoonoses e agravos de mordeduras com a aplicação de endo-ectoparasiticida em cães e gatos, totalizando 979 animais medicados contra parasitas com potencial zoonóticos.

**Vistorias Técnicas Zoossanitárias** – foram realizadas 15 vistorias técnicas 1º trimestre.

**Inquéritos de Mordedura** - foram realizados no 1º trimestre 118 inquéritos de mordedura, avaliando as condições zoossanitárias, etológicas e de riscos à saúde.

**Ações Fiscais Zoossanitárias** – foram realizadas 481 ações fiscais zoossanitárias, fiscalizando situações de criações irregulares de animais domésticos, posse de animais agressores, condições de segurança de residências que possuem animais de potencial agressivo e que colocam risco a população, entre outras situações inerentes.

#### 7.5.4 Ações de Vigilância Ambiental especificamente da Dengue<sup>1</sup>

Tabela 61: Relação das atividades de vigilância ambiental realizadas com vistas a prevenção e controle da dengue.

<b>Indicador</b>	<b>Meta Pactuada</b>	<b>1ºTrim/ 2011</b>	<b>1ºTrim/ 2010</b>	<b>Variação %</b>
<b>Realizar levantamento de Índice Rápido para <i>Aedes aegypti</i> ( LIRAA) PAVS 17</b>	<b>4 LIRAS por ano</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>0</b>
% da meta atingida		<b>25</b>	<b>25</b>	
<b>Bairros com presença de <i>A.aegypti</i></b>		<b>72</b>	<b>73</b>	<b>- 1,37</b>
<b>Bairros com IIP ≥ 1%</b>		<b>52</b>	<b>64</b>	<b>- 18,75</b>
<b>Bairros com IIP &lt; 1%</b>		<b>20</b>	<b>9</b>	<b>+ 122,22</b>
<b>Bairros sem <i>A. aegypti</i></b>		<b>09</b>	<b>5</b>	<b>+ 80,00</b>
<b>Número de estratos positivos</b>		<b>28</b>	<b>30</b>	<b>- 6,67</b>
<b>Número de estratos com IIP ≥ 1%</b>		<b>21</b>	<b>25</b>	<b>- 16,00</b>
<b>Índice de infestação máximo registrado (%)</b>		<b>6,8</b>	<b>8,9</b>	<b>- 23,59</b>
<b>Número de estratos com IIP &lt; 1%</b>		<b>07</b>	<b>5</b>	<b>+ 40,00</b>
<b>Número de estratos sem <i>A. aegypti</i></b>		<b>02</b>	<b>1</b>	<b>+ 100,00</b>
<b>Número de imóveis visitados (SIS-PACTO INDICADORES RS – 5)</b>	<b>340.000/ANO</b>	<b>46.585</b>	<b>34.063</b>	<b>+ 36,76</b>
% da meta atingida		<b>13,70</b>	<b>10,65</b>	
<b>Número de imóveis positivos para <i>A.aegypti</i></b>		<b>283</b>	<b>249</b>	<b>+ 13,65</b>
<b>Número de criadouros positivos para <i>A. aegypti</i></b>		<b>329</b>	<b>289</b>	<b>+ 13,84</b>
<b>IIP médio do município (%)</b>		<b>2,1</b>	<b>2,9</b>	<b>- 27,59</b>
<b>Índice de Breteau do município</b>		<b>2,5</b>	<b>3,4</b>	<b>- 26,47</b>

Fonte: NVRV/CGVS/SMS.

Todas as informações acima foram extraídas dos relatórios dos Levantamentos de Índices Rápidos do *Aedes aegypti* – LIRAs. Os relatórios, na íntegra, estão disponíveis no site da PMPA [www2.portoalegre.rs.gov.br/dengue](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/dengue). OBS: Período 1º trimestre 2011: LIRA Jan /2011 e 1º trimestre 2010: LIRA Jan / 2010

### 7.5.5 Demonstrativo das ações desenvolvidas pela Equipe de Vigilância de Águas.

Meta PAVS/ SISPACTO/ CIB – Atendimento de 70% das reclamações das denúncias e reclamações recebidas (CIB 250)

Tabela 62: Relação das reclamações recebidas e atendidas pela EVA.

<i>Nº. de Reclamações e Denúncias</i>	<i>1ºTrim 2011</i>	<i>1ºTrim 2010</i>	<i>Variação %</i>
Recebidas	257	292	
Atendidas	287	190	
% atendidas em relação às recebidas	100 %	65,07 %	
% meta atingida	100% da meta	93,14% da meta	Meta atingida 2011
N atendimento de metas	180	204	

Fonte

### **Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador – EVESAT**

**Participação nos processos de licenciamento dos Projetos Especiais** – grandes empreendimentos (relatório de impacto ambiental de grandes empreendimentos processos de licença de instalação) A nossa participação nos processos de licenciamento ambiental tem como objetivo avaliar o impacto dos empreendimentos sobre as populações de reservatórios e vetores importantes e as implicações sobre a saúde das populações expostas.

**Implantação de Unidades Sentinelas para o VigiAr** – Inserido na Vigilância da exposição a produtos químicos - VIGIPEQ, está o programa de vigilância da exposição humana a poluentes atmosféricos, o VigiAr. Implantação de três unidades sentinelas em Porto Alegre. Nessas unidades será efetuado o Levantamento das Doenças e Agravos Respiratórios em crianças menores de cinco anos, os quais serão avaliados em conjunto com os resultados obtidos no Estudo da Genotoxicidade dos Poluentes do ar em diferentes áreas da cidade de Porto Alegre, realizado através de convênio firmado entre o Ministério da Saúde e a FFFCMPA.

**Implantação da Vigilância da Exposição ao Benzeno em Postos de Combustíveis e entorno** – Inserido no VIGIPEQ, existe o programa nacional de vigilância da exposição humana ao benzeno, visto ser uma substância com alto potencial carcinogênico.

**GT Saúde Ambiental** – enquanto desdobramento das Conferências Municipal, Estadual e Nacional de Saúde Ambiental realizadas em 2009, foi criado o GT Saúde Ambiental à nível Estadual na Assembléia legislativa. O objetivo desse grupo de trabalho é implementar as diretrizes apontadas nessas conferências. Para o Ano de

2010 está apontada a realização em novembro de um Seminário Estadual onde será discutido o Programa Estadual de Saúde Ambiental. Para O Município de Porto Alegre, um dos indicativos é que seja trabalhado o Arroio Feijó.

**Inspeções realizadas, participação no licenciamento ambiental de ERB (estação de rádio base para telefonia de celular)** – o aumento se deve ao período, nos meses de verão a diminuição dos pedidos de licenciamento.

### 7.5.6 Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe de Apoio Administrativo – EAA

Tabela 63- Demonstrativo do número de processos administrativos sanitários que resultam na penalidade de multa

<i>Indicador</i>		<i>1ºTrimestre</i> <i>2011</i>	<i>1ºTrimestre</i> <i>2010</i>	<i>Variação %</i>
<b>Multas Aplicadas</b>	Águas	<b>0</b>	<b>8</b>	
	EVA	<b>85</b>	<b>91</b>	- 6,59
	EVSPIS	<b>9</b>	<b>22</b>	- 59,09
	NVRV	<b>0</b>	<b>8</b>	
	NVPA	<b>0</b>	<b>11</b>	
Multas Pagas	<b>59</b>	<b>46</b>	+ 28,26	
Alvarás Retirados	<b>223</b>	<b>236</b>	+ 5,51	
<b>Alvarás Renovados</b>	<b>367</b>	<b>271</b>	+ 35,42	

Fonte

## 7.6 DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRASMISSIVEIS

### 7.6.1 Programa de Controle de Tabagismo

Hoje, no mundo tem 1,1 bilhão de fumantes e 4 milhões de mortes anuais devido ao tabagismo (World Bank, 1999). Sem dúvida, o jogo de estratégias criado para minimizar o impacto da divulgação das evidências científicas sobre os malefícios do tabaco e a existência de um longo espaço de tempo (cerca de 3 a 4 décadas) entre o início do consumo do tabaco e as manifestações de seus efeitos mais graves (Murray & Lopez, 1996) têm contribuído para esse quadro.

Se o atual padrão de consumo não for revertido, esse número poderá chegar a 10 milhões de mortes anuais em 2020. Vale ressaltar que, dessas, 70% ocorrerão em países em desenvolvimento, onde os problemas graves associados ao tabagismo dividirão o cenário com problemas básicos de saúde como desnutrição, deficiência

de saneamento e de suprimento de água, doenças infecto-contagiosas, ainda não controladas (WHO, 1999).

O tabagismo responde atualmente por 40 a 45% de todas as mortes por câncer, 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão.

Apesar do adoecimento e a morte causada pelo tabagismo se manifestarem entre adultos, ela começa na infância. Hoje, vários estudos corroboram que 90% dos fumantes iniciaram até os 19 anos e 50% dos que experimentaram 1 cigarro se tornaram fumantes na vida adulta

(Cinciprini, 1997)

A prevalência de Tabagismo em Porto Alegre é de **19,5** (Vigitel 2010), considerado um percentual alto comparado com as demais capitais.

O Programa de Controle do Tabagismo da Secretaria de Saúde de Porto Alegre (SMS) visa à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco relacionadas.

**Tratamento:** visa prevenção de doenças na população através de ações que estimulem os fumantes a deixarem de fumar, adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas.

Oferece tratamento para os pacientes tabagistas que desejam parar de fumar. O tratamento é realizado através de grupos de “**Abordagem Cognitivo Comportamental**” e este é constituído de quatro encontros sendo um por semana durante quatro semanas. No decorrer destes encontros é feita a avaliação clínica do paciente e verificado o grau de dependência do tabaco, dependendo desta avaliação, será prescrito o medicamento mais adequado, entre eles o cloridrato de bupropiona 150mg, Adesivo de 21mg, 14mg, 7mg, goma e pastilha de nicotina. A medicação só é fornecida para quem for tabagista e que deseja parar de fumar, morador de Porto Alegre, participante dos quatro encontros do grupo

As medicações não são compradas pela Secretaria Municipal de Saúde e sim, fornecida pelo Ministério da Saúde que distribui para os municípios que realizam as ações do programa de controle do tabagismo, conforme portaria Nº 442 de 13 de agosto de 2004.

Alertamos que o controle do consumo desta medicação é realizado por relatórios trimestrais que são encaminhados para o inca, nele consta dados referentes aos

pacientes do programa de controle do tabagismo, consumo de medicamento, quantitativo, assiduidade, abstinência e outros.

O programa está estruturando e implementando as ações, pois a partir do segundo trimestre do ano de 2010 o programa ficou sem coordenação e algumas informações ficaram sem registros, dificultando o planejamento e reestruturação do programa.

No momento prioriza-se a reorganização da rede como, capacitação dos profissionais junto a SES, cadastrar e vincular os médicos prescritores nas farmácias distritais, monitorar os dados, reorganizar a distribuição das medicações, realização de reuniões com os técnicos capacitados das gerências e hospitais para implementação do programa.

Tabela 64 - Grupo de Abordagem Cognitivo Comportamental para parar de fumar

	1ºTrim/ 2011	1ºTrim/ 2010	Varição %
Pacientes atendidos	274	137	+ 50%
Pacientes sem fumar	145	63	+ 43,4%

Fonte ASSEPLA/Coordenação de Controle do Tabagismo

No 1º trimestre de 2011 participaram dos grupos 274 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. Não dispomos de dados referente o tempo que usuário continua em abstinência após o término do grupo.

## 7.7 Gestão de indicadores em saúde

Os indicadores pactuados para o ano de 2011 encontram-se no anexo III deste relatório.

**Anexo IIIA - INDICADORES PACTUADOS 2011 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Cadastro Municipal Metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde - Prioridades e Objetivos Município :PORTO ALEGRE Estado: RS**

PACTO PELA VIDA

**ANEXO III B METAS PACTUADAS Indicadores PROESF / Fase 2- Indicadores Técnicos por Ciclo de Vida**

**ANEXO III C- Pacutação – PAVs**

## 8 GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – GRSS

A Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde é uma unidade dentro da secretaria municipal de saúde de Porto Alegre responsável por regular os fluxos dos usuários nos serviços de saúde disponíveis para a população local e referenciada. Conta atualmente com os serviços de regulação hospitalar (CERIH), regulação ambulatorial e exames especializados (CMCE), comissão de saúde, núcleo de relacionamento e contratos com os prestadores (NRP), cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde (CNES), núcleo de avaliação e controle hospitalar (NACH), núcleo de relacionamento externo (NUREX), núcleo de autorização de procedimentos de alta complexidade (A-PACS), setor de auditoria, faturamento e apoio administrativo.

**8.1 Implantação do Sistema informatizado de Regulação com integração das diversas etapas do processo** - O sistema Aghos atualmente está integrado com 10 prestadores no âmbito hospitalar que representam 35% do total de leitos de POA (nestes a regulação de 100% das internações), 2 prestadores no setor de faturamento e em processo de implantação na central de marcação de consultas e exames especializados.

**8.2 Central de Regulação de Internação Hospitalar – CERIH** - A Central de Regulação foi instalada de forma experimental em 7 de fevereiro de 2000 e inaugurada oficialmente em 31 de março de 2000. A criação deste serviço obedece a uma diretriz do Ministério de Saúde, segundo a qual o gestor público deve adequar os recursos existentes às necessidades de saúde local e tem como objetivo geral à administração centralizada do

fluxo de internações hospitalares do SUS do município de Porto Alegre. Funciona 24 horas e todos os dias da semana.

Atualmente esta passando por um período de transição devido à implantação de um sistema de gestão pública denomina Aghos que tem como objetivo regular 100% das internações hospitalares do município de Porto Alegre.

### 8.2.1 Metas Pactuadas para o ano de 2011

**Meta 137** - Incremento no controle da ocupação dos leitos de UTI através da implantação de um sistema informatizado de regulação integrando aos sistemas hospitalares para a efetiva regulação de 100% das internações até 2011.

Com a implantação do sistema Aghos no 1º trimestre de 2011 (regulando 35% dos leitos SUS) verificou-se um aumento significativo na regulação dos leitos de UTI, como mostra a tabela 65.

Tabela 65. Regulação dos leitos de UTI

<b>UTI ADULTO</b>	<i>1º Trimestre 2010</i>	<i>1º Trimestre 2011</i>
Regulação CERIH	390	782
Transferência Externa	64	Zero
Transferência Hospitalar	2680	3108
Total fora do CERIH	2743	3108
<b>UTI NEONATAL</b>	<i>1º Trimestre 2010</i>	<i>1º Trimestre 2011</i>
Regulação CERIH	120	112
Transferência Externa	11	Zero
Transferência Hospitalar	975	893
Total fora do CERIH	986	893
<b>UTI PEDIÁTRICA</b>	<i>1º Trimestre 2010</i>	<i>1º Trimestre 2011</i>
Regulação CERIH	88	236
Transferência Externa	10	Zero
Transferência Hospitalar	348	302
<b>Total fora do CERIH</b>	<b>358</b>	<b>302</b>

Fonte SIH/DATASUS

**Meta 138 - Regulação de 100% das internações hospitalares oriundas das emergências** - No 1º trimestre de 2011 foram integrados ao sistema Aghos os hospitais Vila Nova, Santa Casa, Banco de Olhos, Beneficência Portuguesa, Parque Belém,

Espírita, Unidade de saúde São Rafael, Clínica Gramado, Clínica São José e Pronto atendimento de saúde mental IAPI. Estes prestadores possuem 100% das internações das emergências reguladas pela central de internações. Quando a implantação do sistema no módulo hospitalar for concluída, todas as internações serão reguladas.

**Meta 139. Programação da regulação de 100% de todas as internações hospitalares até 2013** - O sistema AGHOS foi implantado em janeiro 2011 e atualmente possui 35% dos leitos SUS dos Hospitais de Porto Alegre regulados pela central de internação. Nos hospitais que já foram integrados ao sistema Aghos a regulação é de 100% dos leitos SUS.

### 8.3 Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados – CMCE-

Na CMCE são utilizados dois sistemas de regulação, um deles é o SISREG (marcação de consultas) e o outro é um sistema criado por uma empresa terceirizada chamado Central (marcação de consultas e exames especializados).

Junto a CMCE está a Comissão de Saúde que tem a finalidade de avaliar, através de processos instaurados pelas unidades solicitantes, a necessidade de adiantamento de consulta e/ ou exames especializados conforme a gravidade comprovada (risco de morte ou perda de função) através de laudos e exames complementares anexados.

Atualmente a CMCE está sendo estruturada para integrar o sistema Aghos no âmbito das primeiras consultas, para posteriormente iniciar a regulação das re-consultas, inter-consultas e exames especializados, assim regulando 100% das consultas ambulatoriais realizadas nos centros de saúde e na rede hospitalar. Após toda a CMCE integrada ao sistema Aghos será possível ter uma visão mais ampla de onde estão as maiores necessidades da população no setor ambulatorial.

**Meta 144. Redução de 15% para 5% os bloqueios de agendas, pelos prestadores conforme estabelecido na contratualização.** Ainda existe bloqueio de 10%, conforme tabela 66, mas buscaremos atingir a meta de 5%, com auxílio do NRP. Nos novos contratos de contratualização e em renovação do plano operativo foi colocada a meta de bloqueio de no máximo 5% ao ano das 1ª consultas ofertadas para a CMCE, pelos prestadores. O cumprimento da meta está sendo avaliado pela coordenação da CMCE desde setembro de 2010, onde só são aceitas como justificativas para bloqueio, férias ou licenças.

Tabela 66. Comparativo de consultas

Descrição	1º Trimestre 2010	1º Trimestre 2011
Disponibilizadas	57.389	72.598
Agendadas	49.713	53.311
Bloqueadas	8.062	7.300

Fonte . SIA/SUS

**Meta 147 . Redução de 20% no tempo de espera para o agendamento das 1<sup>as</sup> consultas especializadas da rede primária de saúde através da CMCE.**

A redução do tempo de espera depende da oferta de serviços contratada pelo município, para equilíbrio com a demanda. A capacitação da rede municipal de saúde para otimizar os encaminhamentos de consultas especializadas representa um fator coadjuvante para melhor aproveitamento das especialidades. Isto foi encaminhado em audiência no Ministério Público, na Promotoria de Infância e Juventude quanto ao atendimento na especialidade de neurologia, que possui uma grande demanda reprimida.

Realizado também no âmbito da CMCE, a implantação em janeiro de 2011 da hierarquização das consultas com a rede de referências para consultas especializadas (CMCE → Hospital).

#### **8.4 Núcleo de Relacionamento e contrato com o prestador – NRP**

**Meta 145. Realização da contratualização de 100% dos prestadores de serviços hospitalares de saúde.**

Atualmente 90% dos prestadores de serviços hospitalares estão contratualizados. No primeiro trimestre de 2011 foram firmadas três novas contratualizações (Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Vila Nova e Hospital Parque Belém).

**Meta 146- Realização da contratualização de 100% dos prestadores de serviços de diagnósticos e clínicas de saúde.**

No momento estão aguardando o chamamento público para iniciar os processos de contratualização dos serviços de diagnóstico (nº processo PGM 001.028953.100). Inicialmente entrarão os laboratórios de análises clínicas e na seqüência, clínicas de exames de imagem, clínicas de fisioterapia, reabilitação, etc

**Meta 151. Nomeação das comissões de acompanhamento do cumprimento do plano operativo e metas propostas pelos prestadores.**

A comissão de acompanhamento do plano operativo já foi nomeada e no momento está em fase de levantamento dos dados e convocação para a avaliação do primeiro trimestre de 2011.

### **8.5 Núcleo de avaliação e controle hospitalar – NACH**

O NACH é uma unidade que visa regular e autorizar as AIHs (Autorizações de Internações Hospitalares). É constituída por uma equipe médica que avalia se as internações e exames realizados seguiram o fluxo pré-determinado pela GRSS bem como a consistência das informações contidas nas solicitações de internações objetivando evitar procedimentos e cobranças indevidas.

#### **Meta 149. Revisão de 100% das contas hospitalares que ingressarem no NACH dentro do mês de competência**

O NACH avalia mensalmente todas as contas SUS geradas em internações hospitalares no município de Porto Alegre. Os prestadores enviam 100% de seu faturamento e mensalmente, elege-se alguns procedimentos, sem o conhecimento do mesmo para que sejam automaticamente autorizados, devido a grande demanda.

### **8.6 CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES**

É uma base de dados utilizada para operacionalizar os sistemas de informações em saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar o planejamento em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população. O CNES visa disponibilizar informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas, ou seja, - Federal, Estadual e Municipal.

#### **Meta 152- Índice (indicador nº37 do SISPACTO) de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde – CNES**

O cadastro nacional de estabelecimentos de saúde é regularmente alimentado de modo a manter 100% das informações atualizadas. Recebe demanda espontânea de novos cadastros, bem como os arquivos de atualização dos prestadores. Além disso, são realizadas vistorias in loco para verificar os dados fornecidos pelos prestadores a fim de que as informações disponibilizadas sejam o mais próximas de realidade do município.

## 9 Hospitais próprios

### 9.1 Hospital de Pronto Socorro

Atualmente o HPS possui 139 leitos, sendo 30 leitos de UTIs (Cardio/clinica,, Trauma, Pediatria, Queimados). Presta, em média, 31.500 atendimentos mensais e cerca de 632 internações mensais para um quadro funcional de 1402 servidores estatutários e 13 celetistas, totalizando 1415 profissionais.

#### 9.1.1 Ações Desenvolvidas

Tabela 67- Total de pacientes atendidos, período 2011.

	<b>Período</b>		<b>Variação</b>	
	<b>1º Tri</b>		<b>2011/2010</b>	
	<b>2011</b>	<b>2010</b>		
	<b>Nº</b>	<b>Nº</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Total de boletins emitidos	49918	54049	-4131	-7,64
<b>Total de boletins efetivamente atendidos</b>	<b>45034</b>	<b>48706</b>	<b>-3672</b>	<b>-7,54</b>

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO

Tabela 68- Procedência do paciente atendido no HPS , período 2011.

<b>Procedência</b>	<b>Período</b>		<b>Variação</b>	
	<b>1º Tri</b>		<b>2011/2010</b>	
	<b>2011</b>	<b>2010</b>		
	<b>Nº</b>	<b>Nº</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
município	43174	47112	-3938	-8,36
outros municípios	6744	6937	-193	-2,78
<b>Total</b>	<b>49918</b>	<b>54049</b>	<b>-4131</b>	<b>-7,64</b>

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO

Tabela 69- Demonstrativo dos atendimentos realizados por unidades.

Setor <sup>1</sup>	Período		Variação	
	1º Tri		2011/2010	
	2011	2010		
	Nº	Nº	Nº	%
BUCO	1468	1634	-166	-10,16
CARDIO	306	289	17	5,88
CIRURGIA	1146	1423	-277	-19,47
ECG	221	254	-33	-12,99
ECO	407	441	-34	-7,71
GISSO	14393	15545	-1152	-7,41
LAB	1611	1668	-57	-3,42
NEURO	1299	1174	125	10,65
OFTALMO	5713	5387	326	6,05
OTORRINO	3999	4401	-402	-9,13
PLAS	908	910	-2	-0,22
POLI	575	708	-133	-18,79
RADIOLOGIA	16633	17634	-1001	-5,68
SAE2	12479	12651	-172	-1,36
SAE6	13556	14250	-694	-4,87
SERV.SOCIAL	237	687	-450	-65,50
TOMO	1885	1775	110	6,20
Outros	199	317	-118	-37,22
<b>Total</b>	<b>77035</b>	<b>81148</b>	<b>-4113</b>	<b>-5,07</b>

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHObs.: Estes dados são inseridos manualmente no sistema no momento da alta ambulatorial, conforme os registros manuais do boletim de atendimento. Pela forma de registro os dados os montantes podem estar subdimensionados.

1 Atendimentos Ambulatoriais

Tabela 70- Indicadores de Desempenho - 1º Trimestre 2011

Indicador	unidade de medida	Período		Variação	
		1º Tri		2011/2010	
		2011	2010		
		Nº	Nº	Nº	%
Boletins de atendimentos efetivamente atendidos/dia	Nº boletins atendimentos efetivamente atendidos /dia	500,38	541,18	-40,8	-7,54
Cobertura do atendimento para Porto Alegre	Índice percentual de atendimentos oriundos de Porto Alegre	86,49	87,17	-0,68	-0,78
Produção Geral/ dia	Número de atendimentos gerais efetivos/dia	860,37	905,47	-45,1	-4,98

Atendimentos Sala Emergência/dia	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	535,44	578,48	-43	-7,44
Cirurgias/dia	Número de cirurgias realizadas /dia	7,63	8,24	-0,61	-7,40
Pacientes na UTI/dia <sup>1</sup>	Número de Pacientes UTI/dia	31,4	33,5	-2,1	-6,27
Exames Radiológicos/paciente	Número de exames radiod. realizados /paciente/dia	3,19	2,88	0,31	10,76
Exames patologia clinica/pacientes	Número de exames patologia clinica realizados /paciente/dia	58,04	46,48	11,56	24,87
Procedimentos de enfermagem/pacientes <sup>2</sup>	Númerode procedimentos de enfermagem realizados/ paciente/dia	66,99	75,48	-8,49	-11,25
Média de dietas enterais	Número de dietas distribuídas/pacientes/dia	11,42	9,45	1,97	20,85
Média de dietas distribuídas/pacientes	Número de dietas distribuídas/pacientes/dia	29,77	32,30	-2,53	-7,83
Média de refeições distribuídas/Comensais	º de refeições distribuídas por comensais	69,39	60,21	9,18	15,25
Repasse financeiros PMPA <sup>3</sup>	Índice percentual repassado ao hospital	95,75	95,29	0,46	0,48
<b>Repasse financeiros FMS</b>	Índice percentual repassado ao hospital	4,25	4,71	-0,46	-9,77

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO \* UTIs de Trauma, Clínica, Pediátrica, Queimados e Cardiológica \* Valores de referência obtidos com a fatura de procedimentos ambulatoriais \* Valores empenhados com referência no Orçamento 1º Trimestre 2011.

Comparando o primeiro trimestre de 2010 com 2011, observou-se uma redução na emissão de boletins de atendimentos em algumas áreas assistenciais, justificado em parte por um trabalho de orientação, realizado pela Chefia de Plantão, junto aos médicos solicitantes com relação a grade de referência estadual, indicando a rede de atendimento a fim de desafogar a chegada de pacientes do interior na emergência do HPS. Atualmente a emergência do Hospital Cristo Redentor e o HPS de Canoas encontram-se em pleno funcionamento, havendo assim uma regulação dos casos para os três hospitais.

Por outro lado, identificamos um aumento no número de atendimentos prestados nas áreas de Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia e Tomografia, entre outros,

ao passo que nos demais houve redução em percentuais variáveis: naquelas especialidades médicas em que não há disponibilidade de atendimento em outros serviços médicos, ou esta é insuficiente, a população demandante continuou buscando atendimento no HPS. Os pacientes do HPS apresentam uma maior complexidade e necessitam cada vez mais de atenção especializada e apoio de suporte à vida, como é constatado pelo aumento nos exames de diagnóstico e acompanhamento, bem como, nas dietas enterais.

## **9.2 HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS**

### **MISSÃO**

Oferecer assistência de alta complexidade, com qualidade, humanismo e ética, articulada com a rede de saúde, às mulheres, crianças e adolescentes, bem como desenvolver atividades de ensino e pesquisa, visando transformar-se em centro de excelência e referência para Porto Alegre e Região Metropolitana.

### **CARACTERÍSTICAS DO HOSPITAL:**

Instituição 100% SUS, voltada para a área materno-infantil, com atendimento de média e alta complexidade em Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Psiquiatria feminina. Atendimento ambulatorial e internação. Vários programas especiais nesse perfil de atendimento, tais como:

- 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
- Ambulatório de Atendimento às Vítimas da Violência
- CMIPF - Centro Municipal Integrado de Planejamento Familiar
- Distúrbios da Eliminação
- CRIE – Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais

## CAPACIDADE DO HOSPITAL

ENFERMARIA	Nº DE LEITOS	LEITOS	ESPECIALIDADE	SITUAÇÃO
Sala de Observação Pediátrica – SOP – Térreo -	10	1 a 10	Pediatria	Ativos
UTI Pediátrica – 3º andar	6	301 a 306	Pediatria	Ativos
Pediatria – 4º andar	14	404 a 410 425 a 431	Pediatria	Ativos
Psiquiatria – 5º andar	24	501 a 524	Psiquiatria	Ativos
Ginecologia Internação – 7º andar	18	703 a 720	Gineco Cirúrgica	Ativos
Casa da Gestante – 7º andar	11	721 a 731	Clín. Obstétrica	Ativos
Casa da Gestante -11 leitos		721 a 731	Clín.Obstétrica	
Alojamento Conjunto – 8º andar	28	801 a 820 823 a 830	Obstetria	Ativos
UTI Neonatal – 9º andar	20	901 a 920	Neonatologia	Ativos
Centro Obstétrico – 10º andar	8	1001 a 1008	Obst. Cirúrgica.	Ativos
Sala de Recuperação – 11º andar	10	1101 a 1110	Cirúrgico	Ativo
<b>TOTAL DE LEITOS</b>	<b>149</b>	<b>(com aumento do nº no período da Operação Inverno)</b>		

## PRODUÇÃO - Atendimentos

Tabela 71- n Demonstrativo do nº de pacientes e atendimentos\* realizados, por unidades

Unidades		1º trimestre 2011		1º trimestre 2010		Variação
		Nº	%	N	%	
Ambulatório	Nº de atendimentos	22.402	27,1	27.403	31,4	-22%
Bloco Cirúrgico	Nº de atendimentos*	132	0,2	156	0,2	-18%
Internações	Nº de atendimentos	1.223	1,5	1.523	1,7	-24%
Emergência	Nº de atendimentos	3.933	4,8	4.188	4,8	-6,4%
Pediátrica						
Triagem Obstétrica	Nº de atendimentos	1.086	1,4	1.577	1,8	-45%
Serviços Apoio Diagnóstico	Nº de atendimentos	53.775	65	52.543	60,1	+2,4%
Total		82.551	100	87.390	100	

Fontes: Programa Estatística Geral AMB/SIHO

Tabwin – grupo 02 – procedimentos com a finalidade diagnóstico\*.

Obs: atendimentos - considerar exames radiodiagnósticos, laboratoriais e outros, consultas médicas, procedimentos médicos e de enfermagem e outros.

- considerados procedimentos cirúrgicos obstétricos, pediátricos, ginecológicos, odontológicos, gerais, eletroconvulsoterapia, colonoscopia.

Tabela 72- Demonstrativo de atendimentos realizados, por serviço

Serviços		1º trimestre 2011		1º trimestre 2010		Variação
		Nº	%	Nº	%	
Ambulatórios- consultas/ procedimentos	Ginecologia/obstetrícia	4.390	7,8	4.743	8,5	- 8%
	Psiquiatria	1.516	2,7	1.470	2,6	+ 3%
Bloco Cirúrgico- cirurgias/ procedimentos	Partos normais	81***	0,14	202	0,36	- 49%
	Cesarianas	85***	0,15	72	0,12	+ 18%
	Ginecológicas	122	0,2	185	0,32	- 51%
	Pediátricas (0 a 12 anos)	30	0,05	42	0,1	- 38%
Internações	UTI Neonatal	97****	0,17	123	0,2	- 29%
	UTI Pediátrica (até 12 anos)	23	0,04	13	0,02	+ 76%
	Alojamento conjunto**	340	0,6	615	1,1	- 80%
	Internação Pediátrica (até 12 anos)	102	0,2	132	0,23	- 29%
	Internação psiquiátrica	46	0,8	55	0,1	- 19%
	Internação adulto mulheres*	236	0,4	279	0,5	- 18%
	Exames laboratoriais	44.035	78,2	41.482	73,4	+ 6%
	Exames radiológicos	1.556	2,8	3.020	5,4	- 94%
	Diagnóstico por Imagem (Ecografia)	1.623	2,9	1.844	3,3	- 13%
	Hemoterapia	1.122	-	NC*****	-	-
	Outras	Exames diagnósticos em Especialidades	2.036	3,6	1.797	3,2
Total		56.318	100	56.074	100	

Fontes: Programa Estatística Hospitalar AMB/SIHO, Boletim de movimentação hospitalar(BMH) e TABWIN.

\* Incluídas internações na ginecologia e na casa da gestante.

\*\* Somados mães e respectivos recém nascidos

\*\*\* CO esteve com diminuição significativa de atendimentos, por conta da diminuição de leitos da UTI Neo

\*\*\*\* UTI Neo esteve com redução de leitos em 50% por período prolongado

\*\*\*\*\* Não contabilizado no ano anterior

## SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

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

Tabela 73- CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA INFANTO JUVENIL

<b>CRAI</b>	<b>1º trimestre 2011</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Acolhimento POA	172	43,4
Acolhimento Interior	224	56,6
Total	396	
Consulta em Psicologia	454	
Consultas em Serviço Social	396	
Pacientes Periciados (DML)	304	
Consultas em Pediatria	357	
<b>Total de Atendimentos</b>	<b>1511</b>	

Tabela 74- TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL - TANU

<b>Nº exames</b>	<b>1º trimestre</b>
	<b>2011</b>
UTI Neo	68
AC	240
AMB	55
TOTAL	362
<b>% TANU/nascimentos</b>	<b>93,7%</b>

Tabela 75- SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL – SRTN

<i>Indicadores</i>		<b>1º trimestre 2011</b>	
		<b>Nº</b>	
<b>Exames Laboratório TN</b>	nº de recém nascidos	<b>27.345</b>	
	nº de controle (pac.)	<b>794</b>	
<b>Hemoglobinas</b>	nº de recém nascidos	<b>27.345</b>	
	nº de pais / família	<b>672</b>	
<b>Tempo de coleta</b>	nº de pac. < 7 dias	<b>14.015 (51%)</b>	
	nº de pac. > 7 dias	<b>13330 (49%)</b>	
<b>Fenilcetonúria</b>	nº de Triagem Neonatal	<b>27.345</b>	
	nº de controles	<b>104</b>	
<b>Hipotireoidismo Congênito</b>	nº de Triagem Neonatal	<b>27.345</b>	
	nº de controles	<b>18</b>	
<b>Anemia Falciforme</b>	nº de Triagem Neonatal	<b>27.345</b>	
	nº de controles	<b>672</b>	
<b>Tempos Médios decorridos TN</b>	Coleta – Resultado Lab.	<b>6,3 dias</b>	
	Coleta – 1ª consulta	<b>32 dias</b>	

Tabela 76- Indicadores de Produtividade

<i>Indicadores</i>	<i>unidade de medida</i>	<i>1º trimestre 2011</i>			<i>1º trimestre 2010</i>			<i>Vari- ção</i>
		<i>% da meta</i>						
		<b>Nº</b>	<b>Meta</b>	<b>% da</b>	<b>Nº</b>	<b>Meta Pac-</b>	<b>% da</b>	
		<b>Pactua-</b>	<b>meta</b>		<b>tuada</b>	<b>meta</b>		
		<b>da</b>						
Boletins de Atendimentos /Dia	Nº boletins atendimentos efetivamente atendidos /dia	<b>192</b>	280	<b>70</b>	<b>238</b>	280	<b>85</b>	<b>-15%</b>
Produção Geral Dia	Número de atendimento geral efetivo/dia	<b>372</b>	250	<b>148</b>	<b>304</b>	250	<b>121</b>	<b>+27%</b>
Procedimentos Ambulatoriais	Número de Procedimentos Ambulatoriais Realizados	<b>85.4</b>	92.000	<b>90</b>	<b>90.211</b>	92.000	<b>90</b>	<b>0%</b>
Absenteísmo	Percentual de absenteísmo nas consultas ambulatoriais	<b>23</b>	24	<b>95</b>	<b>26</b>	24	<b>108</b>	<b>-13%</b>
Atendimentos Sala Emergência/Dia (Em.Ped. + T.O.)	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	<b>56</b>	60	<b>93</b>	<b>71</b>	60	<b>118</b>	<b>-25%</b>



Média de Permanência	tempo médio de permanência das internações hospitalares	<b>6,03</b>	3,5	<b>72</b>	<b>6,01</b>	3,5	<b>98</b>	
Taxa de Ocupação	indica o grau de utilização do leito	<b>NC*</b>	70	-	<b>48,46</b>	70	<b>69</b>	
Mortalidade Institucional	nº óbitos ocorridos em pacientes atendidos em unidades de internações e emergência	<b>6</b>	10	<b>60</b>	<b>10</b>	10	<b>100</b>	<b>+40%</b>
Infecção Hospitalar	nº de infecções ocorridas em pacientes	<b>23</b>	80	<b>34</b>	<b>55</b>	80	<b>69</b>	<b>+35%</b>
Consultas ambulatoriais	nº de consultas realizadas nos ambulatórios	<b>28.003</b>	23.000	<b>121</b>	<b>34.017</b>	23.000	<b>148</b>	<b>-27%</b>
Média de Dietas Distribuídas	nº de dietas distribuídas	<b>9.751</b>	13.000	<b>75</b>	<b>10.819</b>	13.000	<b>83</b>	<b>-8%</b>
<b>Média de Refeições Distribuídas</b>	nº de refeições distribuídas	<b>4.490</b>	6.000	<b>75</b>	<b>4.774</b>	6.000	<b>80</b>	<b>-5%</b>

Fontes: TABWIN e BMH.

\* Não temos o número de pacientes atendidos, uma vez que um paciente pode realizar mais de uma consulta.

\*\* Dado não contabilizado, necessita ser refeito – profissionais que o realizavam afastados do hospital

O HMIPV vem sofrendo, ao longo do último ano, alguns projetos de reforma em várias unidades – por exemplo, toda a reforma elétrica do prédio hospitalar, previsto para terminar em junho de 2011 - o que obrigou à transferência temporária da área física de várias unidades, bem como à redução do nº de leitos. Algumas unidades chegaram a ser deslocadas em duas oportunidades, por períodos que variaram de 30 a 45 dias.

Além disso, em fevereiro e março deste ano, foram demitidos 285 servidores do vínculo Fugast, que foram sendo substituídos aos poucos, seja por nomeação de concursos vigentes, seja por processo seletivo emergencial. Esse processo de substituição ainda não está completamente finalizado.

Acrescente-se a isso o fato de que já havia, no HMIPV, um histórico de grande deficiência de RH, o que aumentou com o grande nº de aposentadorias de servidores do Ministério da Saúde. O quadro de anestesistas, por exemplo, é extremamente in-

suficiente para contemplar as necessidades da instituição. A alternativa encontrada para essa carência foi a terceirização, tendo em vista que esse grupo de profissionais não tem aderido aos concursos e nomeações realizados. Essa medida, que vem passando por várias etapas de dificuldades administrativas e burocráticas, ainda não contemplou por completo as deficiências do hospital.

Tudo isso tem repercutido em muito na diminuição da produtividade.

## **10 Atenção em Urgências e transporte de pacientes**

A Coordenação Municipal de Urgências (CMU) foi criada em 2006, por meio do Decreto Municipal 15.042, publicado no DOPA de 09 de janeiro de 2006, e desde então vem se consolidando como mais uma coordenadoria da SMS.

A CMU possui a importante missão de estruturar e organizar a atenção às urgências do município, tendo a responsabilidade de articular os serviços de assistência, apoio diagnóstico e regulação, próprios e conveniados, com o objetivo de construir uma rede integrada, hierarquizada e eficaz no atendimento integral às urgências.

Atualmente, os serviços da rede pública de saúde vinculados diretamente a esta Coordenação são: os Pronto-Atendimentos Cruzeiro da Sul, Bom Jesus, Lomba do Pinheiro e Restinga, e, ainda, o SAMU - 192.

### **10.1 PRONTO – ATENDIMENTOS (PAs)**

Os Pronto-Atendimentos são estruturas de média complexidade e têm como atribuições, entre outras, prestar atendimento resolutivo aos pacientes com patologias agudas ou crônicas agudizadas de pequena e média complexidade, servindo, também, como entreposto de estabilização para pacientes graves que chegam por meios próprios ou transportados pelo SAMU. Os PAs Bom Jesus, Lomba do Pinheiro e Restinga são classificados como porte II, atendendo as especialidades de clínica médica e pediatria. O Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul é classificado como porte III e atende, além de clínica e pediatria, as especialidades de traumatologia, saúde mental e odontologia.

Para uma análise crítica dos serviços prestados nos Pronto-Atendimentos, existem vários indicadores de desempenho, processos e qualidade, adequados para os serviços de emergência. Foram escolhidos alguns desses indicadores baseados em critérios de disponibilidade dos dados para os cálculos, de utilidade para a análise

de desempenho do serviço e que mostrem o impacto da assistência prestada para a população.

Para avaliarmos a acessibilidade aos usuários nos Pronto-Atendimentos, foram analisados o número de consultas realizadas e desistências nas especialidades de clínica médica e pediatria em cada PA e comparados o 1º trimestre de 2011 com o 1º trimestre de 2010 (tabelas 79, 80, 81).

Em relação ao número de consultas realizadas, observou-se pouca variação no PACS e no PABJ (+0,42% e +0,62% respectivamente) na comparação do 1º trimestre de 2011 com o 1º trimestre de 2010. No PALP houve aumento mais significativo no número de consultas (+4,23%) em relação ao 1º trimestre de 2010, pois no ano passado este Pronto Atendimento passava por reforma na sua área física. No PA Restinga houve um pequeno decréscimo no número de atendimentos (-2,78%).

Na análise do índice de desistências, no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul teve um aumento significativo no 1º trimestre de 2011 comparado ao 1º trimestre de 2010. Este aumento é atribuído à mudança da coleta do dado, pois na época as desistências ocorridas após a avaliação de enfermagem (classificação de risco), eram consideradas consultas de enfermagem para fins de estatística e, portanto, não eram computadas como desistências, reduzindo assim o número total desse dado no 1º trimestre de 2010. No PA Bom Jesus houve uma redução significativa no índice de desistências (-60%), atribuída a implantação do sistema “pré-chamada” que antecede as consultas médicas e diminui o tempo de espera. Nos pronto-atendimentos da Lomba do Pinheiro e Restinga, houve aumento na proporção de desistências nas consultas de clínica médica (adultos) e diminuição na pediatria.

Observa-se, em todos os pronto atendimentos uma demanda significativamente maior na clínica médica em relação à pediatria. Esta diferença fica evidenciada pelo número de atendimentos efetuados e o índice de desistências elevado dos adultos em relação às crianças (tabelas 2 e 3).

Medidas como “acolhimento”, “pré-chamada” e classificação de risco foram implantadas nos últimos anos, melhorando a acessibilidade, qualidade e a humanização dos serviços.

Tabela 78 N° de atendimentos e desistências em pediatria e clínica médica das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) , Porto Alegre, RS.

Ano do Trimestre	1º Trimestre 2011			1º Trimestre 2010			Comparativo entre 2011 e 2010 (%)	
	Nº At	Desistência	<sup>1</sup> Desistência	Nº At	Desistência	<sup>1</sup> Desistência	Atendimentos	Desistências
<b>PACS</b>	25428	2.452	9,64	25322	125	0,49	0,42%	<sup>2</sup> 1861,60%

<b>PA Bom</b>	25150	2276	9,05	24995	5698	18,56	0,62%	<b>-60,06%</b>
<b>PA Lomba</b>	20202	2372	10,51	19382	2177	10,10	4,23%	8,96%
<b>PA Restinga</b>	20217	891	4,41	20795	839	4,03	<b>-2,78%</b>	6,20%

Fonte: SIHO - AMB

<sup>1</sup> Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

<sup>2</sup> Em 2010 o número de desistência foi subestimado devido ao método de contagem adotado originando um acréscimo superestimado de desistência em 2011

Tabela 79. Nº de atendimentos e desistências em clínica médica das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Porto Alegre, RS.

Ano do Trimestre	1º Trimestre 2011			1º Trimestre 2010			Comparativo entre 2011 e 2010 (%)	
	Nº At	Desistência	<sup>1</sup> Desistência %	Nº At	Desistência	<sup>1</sup> Desistência %	Atendimentos	Desistências
<b>Atendimento Geral</b>								
<b>PACS</b>	25428	2.452	9,64	25322	125	0,49	0,42%	<sup>2</sup> 1861,60%
<b>PA Bom</b>	25150	2276	9,05	24995	5698	18,56	0,62%	<b>-60,06%</b>
<b>PA Lomba</b>	20202	2372	10,51	19382	2177	10,10	4,23%	8,96%
<b>PA Restinga</b>	20217	891	4,41	20795	839	4,03	<b>-2,78%</b>	6,20%

Fonte: SIHO - AMB

<sup>1</sup> Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

<sup>2</sup> Em 2010 o número de desistência foi subestimado devido ao método de contagem adotado originando um acréscimo superestimado de desistência em relação a 2011

Tabela 80- Nº de atendimentos e desistências em pediatria das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Porto Alegre, RS.

Ano do Trim	1º Trimestre 2011			1º Trimestre 2010			Comparativo entre 2011 e 2010 (%)	
	Nº At	Desistência	<sup>1</sup> Desistência %	Nº At	Desistência	<sup>1</sup> Desistência %	Atendimentos	Desistências
<b>Atendimentos Pediatria</b>								
<b>PACS</b>	8209	263	3,20	7913	25	0,32	3,74%	<sup>2</sup> 952,00%
<b>PA Bom Jesus</b>	8357	99	1,18	8374	879	9,50	<b>-0,20%</b>	<b>-88,74%</b>

PA Lomba do Pinheiro	6687	339	4,82	6780	340	4,78	-1,37%	-0,29%
PA Restinga	8.591	298	3,47	8.744	330	3,77	-1,75%	-9,70%

Fonte: SIFO – AMB

<sup>1</sup> Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

<sup>2</sup> Em 2010 o número de desistência foi subestimado devido ao método de contagem adotado originando um acréscimo superestimado de desistência em relação a 2011

## 10.2 Classificação de Risco nos Pronto – Atendimentos (PAs)

Para analisarmos o perfil do paciente atendido nos Pronto-Atendimentos, segundo o critério de gravidade, avaliou-se o percentual de pacientes atendidos em cada nível de Classificação de Risco, comparando o 1º trimestre dos anos de 2010 e 2011, conforme tabelas 82 e 83 em conjunto com as respectivas figuras (3 a 6).

Dentro desta mesma análise, foi calculado o Grau de Risco Global de cada PA (tabela 82), comparando os anos de 2010 e 2011. Observou-se um perfil semelhante dos pacientes atendidos nos três Pronto-Atendimentos, sem variações significativas entre esses períodos.

Tabela 81-Nº , proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), segundo Classificação de Risco (CR), Porto Alegre, RS.

1º Trimestre	2011		2010		2011 X 2010
	n	%	n	%	
<b>Classificação de Risco (CR) PACS</b>					
<b>Emergência com Risco Imediato de vida</b>	58	0,32	61	0,32	-4,92%
<b>Urgência Maior sem Risco Imediato de Vida</b>	2043	11,11	1845	9,58	10,73%
<b>Urgência Menor</b>	15995	86,94	16157	83,90	-1,00%
<b>Situações sem Urgência</b>	301	1,64	1195	6,21	-74,81%
<b>Total com CR</b>	18397	100,00	19258	100,00	-4,47%

Fonte: SIFO – AMB

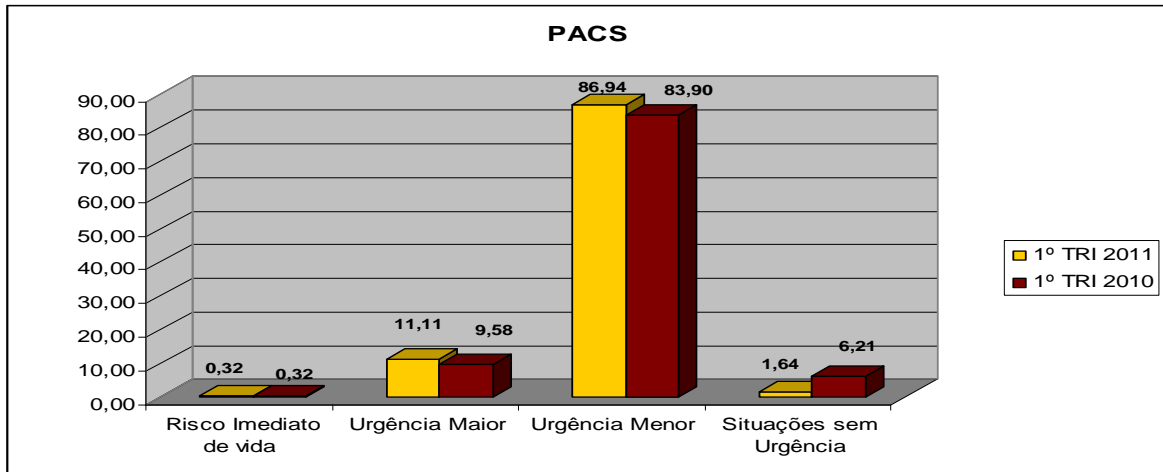


Figura 3- Gráfico comparativo da proporção dos atendimentos na clínica e pediatria, segundo Classificação de Risco, no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) no 1º Trimestre entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS. Fonte: SIHO – AMB

Tabela 82- Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Bom Jesus (PABJ), segundo Classificação de Risco (CR) do 1º trimestre entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

1º Trimestre Classificação de Risco (CR) - PALP	2011		2010		2011 X 2010
	n	%	n	%	%
<b>Emergência com Risco Imediato de vida</b>	8	0,07	23	0,15	<b>-65,22%</b>
<b>Urgência Maior sem Risco Imediato de Vida</b>	437	3,60	705	4,68	<b>-38,01%</b>
<b>Urgência Menor</b>	11548	95,09	14034	93,12	<b>-17,71%</b>
<b>Situações sem Urgência</b>	151	1,24	309	2,05	<b>-51,13%</b>
<b>Total com CR</b>	12144	100,00	15071	100,00	<b>-19,42%</b>

Fonte:SIHO/AMB

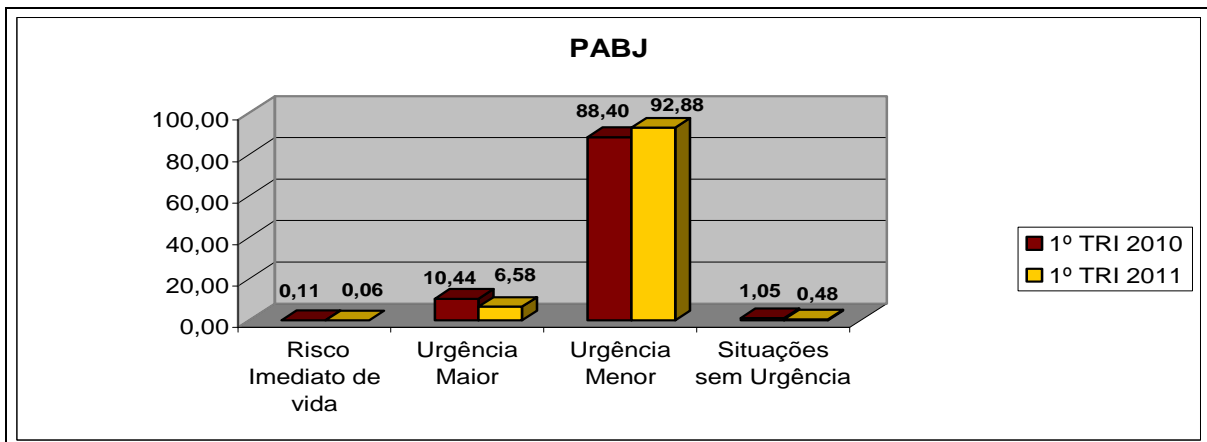


Figura 4- Gráfico comparativo da proporção dos atendimentos na clínica e pediatria, segundo Classificação de Risco, no Pronto Atendimento Bom Jesus (PABJ) no 1º Trimestre entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS. Fonte: SIHO – AMB

Tabela 83. Proporção dos atendimentos no Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (PALP), segundo Classificação de Risco (CR) do 1º trimestre entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

1º Trimestre Classificação de Risco (CR) - PALP	2011		2010		Varição
	n	%	n	%	%
Emergência com Risco Imediato de vida	8	0,07	23	0,15	-65,22%
Urgência Maior sem Risco Imediato de Vida	437	3,60	705	4,68	-38,01%
Urgência Menor	11548	95,09	14034	93,12	-17,71%
Situações sem Urgência	151	1,24	309	2,05	-51,13%
<b>Total com CR</b>	<b>12144</b>	<b>100,00</b>	<b>15071</b>	<b>100,00</b>	<b>-19,42%</b>

Fonte: SIHO - AMB

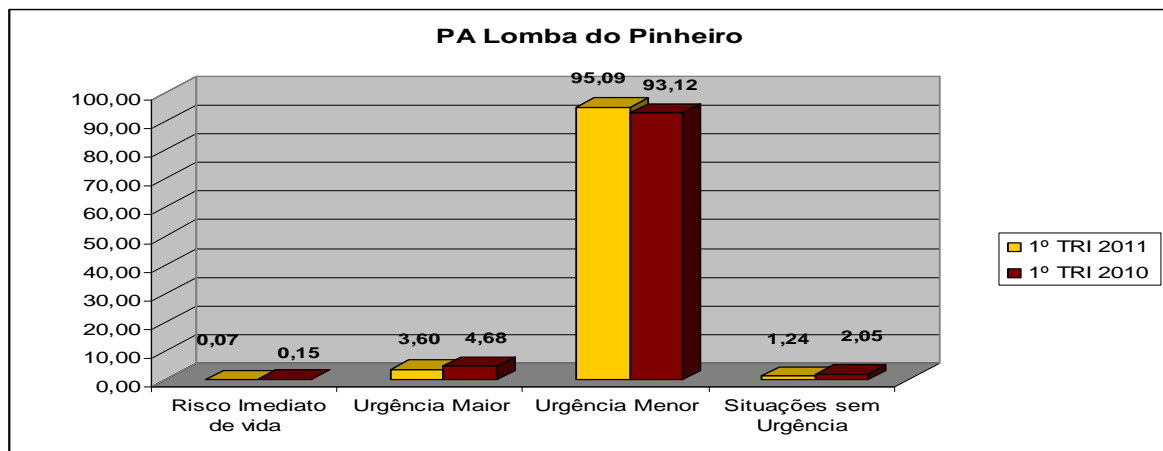
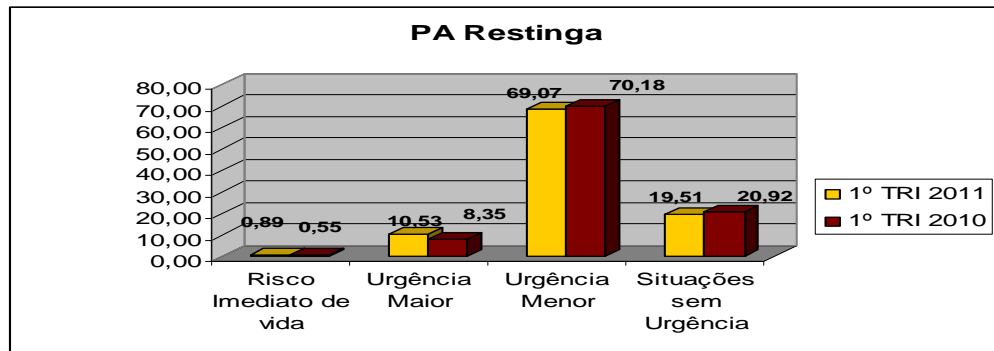


Figura 5- Gráfico proporção dos atendimentos na clínica e pediatria, segundo Classificação de Risco, no Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (PALP) no 1º Trimestre entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS. Fonte: SIHO - AMB

Tabela 84. Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Restinga (PAR), segundo Classificação de Risco (CR) do 1º trimestre entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

1º Trimestre Classificação de Risco (CR) PAR	2011		2010		2011 X 2010
	n	%	n	%	%
Emergência com Risco Imediato de vida	212	0,89	137	0,55	54,74%
Urgência Maior sem Risco Imediato de Vida	2510	10,53	2064	8,35	21,61%
Urgência Menor	16463	69,07	17357	70,18	-5,15%
Situações sem Urgência	4651	19,51	5173	20,92	-10,09%
<b>Total com CR</b>	<b>23836</b>	<b>100,00</b>	<b>24731</b>	<b>100,00</b>	<b>-3,62%</b>

Fonte: SIHO - AMB



Fonte: Hospital Moinhos de Ventos

Figura 6- Gráfico comparativo da proporção dos atendimentos na clínica e pediatria, segundo Classificação de Risco, no Pronto Atendimento Restinga (PAR) no 1º Trimestre entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

Tabela 85. Distribuição da Classificação de Risco (CR) segundo o Grau de Risco Global (GRG) por Pronto Atendimento (PA) do 1º trimestre dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

<b>GRAU DE RISCO GLOBAL *</b>	<b>1º TRIM 2011</b>	<b>1º TRIM 2010</b>
<b>PACS</b>	2,01	2,14
<b>PA Bom Jesus</b>	2,06	2,10
<b>PA Lomba do Pinheiro</b>	2,02	2,03
<b>PA Restinga</b>	<b>1,93</b>	<b>1,89</b>

\***Grau de Risco Global (GRG)** =  $\sum$  das pontuações na Classificação de Risco (1 a 4) x nº de pacientes em cada categoria / total de pacientes classificados.

Conclui-se que de uma maneira geral a acessibilidade aos usuários dos PAs tem melhorado nos últimos anos, considerando o aumento do número de consultas e a diminuição do índice de desistências.

A demanda na especialidade de clínica médica é muito superior a da pediatria, gerando aumento no índice de desistências dos pacientes adultos.

A maioria dos casos de pacientes atendidos nos Pronto-Atendimentos é de baixa complexidade, com classificação de risco verde (pouco urgente), não variando significativamente entre os serviços.

### 10.3 PRONTO – ATENDIMENTOS DE SAÚDE MENTAL (PASM)

Em relação aos atendimentos da Psiquiatria foram analisados os dados referentes aos Pronto-Atendimentos de Saúde Mental do PACS e IAPI e comparados os 1º trimestres de 2010 e 2011.

No Plantão de Emergência em Saúde Mental do PACS (PESM-PACS) houve uma redução de 9,13% do número de atendimentos na comparação do 1º semestre do ano de 2011 com o mesmo período de 2010 (quadro 1), provavelmente devido à consolidação do PASM-IAPI, implantado em meados de 2009. O índice de atendimentos a pacientes menores de 18 anos é de aproximadamente 8,5%, com pouca variação entre os períodos. O aumento do número de desistências deve-se a alteração do registro deste dado no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, já explicado anteriormente.

O percentual de pacientes atendidos que ficaram em sala de observação (SO) no PASM-PACS manteve-se em torno de 25% e o tempo médio de permanência é de 2 dias. Os diagnósticos mais frequentes dos pacientes de SO foram Dependência Química (35,47%), Transtorno de Humor Bipolar (14,23%) e Esquizofrenia (13,35%).

Dos pacientes admitidos em SO no 1º trimestre de 2011, 83,56% foram transferidos para internação hospitalar, com um aumento de 11,79% de transferências na comparação com o mesmo período de 2010 (74,75%), podendo ser atribuído ao aumento da oferta de leitos psiquiátricos na rede hospitalar.

No Pronto Atendimento em Saúde Mental do IAPI (PASM-IAPI) houve um aumento significativo de 44,32% do número de atendimentos na comparação do 1º semestre do ano de 2011 com o mesmo período de 2010 (quadro 2), comprovando a consolidação deste serviço, implantado em meados de 2009. O índice de atendimentos a pacientes menores de 18 anos é de aproximadamente 8%, semelhante a PASM-PACS, com pouca variação entre os períodos.

O percentual de pacientes atendidos que ficaram em sala de observação (SO) no PASM-IAPI caiu de 62% em 2010 para 38,2% em 2011 e o tempo médio de permanência é de 1 dia. Os diagnósticos mais frequentes dos pacientes de SO em 2010 foram Dependência Química (34,23%), Depressão (7,4%) e Psicose (7,8%).

Dos pacientes admitidos em SO cerca de 80% foram transferidos para internação hospitalar, em ambos os períodos (2010 e 2011), confirmando a oferta de leitos psiquiátricos na rede hospitalar.

Quadro 1 – 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, Porto Alegre, RS.

Sala de Observação Psiquiatria PACS	1º TRIM/ 2011	1º TRIM/ 2010	Variação
Total de boletins emitidos	3792	4173	-9,13%
Desistências	244	17	<sup>2</sup> 1335,29%
<sup>1</sup> Desistências (%)	6,05	0,41	<sup>2</sup> 1375,61%
Total Paciente Atendidos	3548	4156	-14,63%
Atendimentos < 18 anos	313	347	-9,80%
% de Pacientes < 18 anos atendidos	8,82	8,35	5,66%
Total Paciente em SO	943	1026	-8,09%
% de Pacientes atendidos que permanecem em SO	26,57%	24,68%	7,66%
Tempo Médio de Permanência / dias	2,1	1,9	10,53%
Dependência Química (DQ) em SO	451	364	23,90%
% DQ em SO	47,82%	35,47%	34,82%
Transtorno de Humor Bipolar (THB) em SO	129	146	-11,64%
% THB em SO	13,67%	14,23%	-3,94%
Esquizofrenia em SO	119	137	-13,14%
% de Esquizofrenia em SO	12,61%	13,35%	-5,54%
Nº de Transferências para Internação Hospitalar	788	767	2,74%
% de Transferências para Internação Hospitalar	83,56%	74,75%	11,79%

Fonte: SIHO - AMB

<sup>1</sup> Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100.

<sup>2</sup> Em 2010 o número de desistência foi subestimado devido ao método de contagem adotado originando um acréscimo superestimado de desistência em relação a 2011

Quadro 2. Nº total de atendimentos e desistências em Psiquiatria, menores de 18 anos, temas específicos da Sala de Observação e comparativo no PESM-IAPI, Porto Alegre, RS.

Sala de Observação Psiquiatria PESM-IAPI	1º TRIM/ 2011	1º TRIM/2010	Variação
Total Paciente Atendidos	2.146	1.487	44,32%
Atendimentos < 18 anos	171	119	43,70%
% de Pacientes < 18 anos atendidos	7,97	8,00	-0,43%
Total Paciente em SO	820	923	-11,16%
% de Pacientes atendidos que permanecem em SO	38,21%	62,07%	-38,44%
Tempo Médio de Permanência / dias	1,0	0,9	11,11%
Dependência Química (DQ) em SO	*	509	*
% DQ em SO	*	34,23%	*
Depressão em SO	*	110	*
% Depressão em SO	*	7,40%	*
Psicose em SO	*	116	*
% de Psicose em SO	*	7,80%	*
Nº de Transferências para Internação Hospitalar	1699	1301	30,59%
% de Transferências para Internação Hospitalar	79,17%	87,49%	-9,51%

Fonte: Hospital Mãe de Deus (\*) Dados em processamento

Conclui-se que de uma maneira geral a acessibilidade aos usuários dos PAs em saúde mental melhorou nos últimos anos, com a consolidação dos serviços no município.

O percentual de menores atendidos é de 8% em ambos os serviços.

O percentual dos pacientes que permanecem em sala de observação é elevado nesta especialidade (25% no PESH-PACS e 38% no PASH-IAPI), quando comparado às clínicas médica e pediátrica.

O tempo de permanência em SO é adequado (2 dias no PESH-PACS e 1 dia no PASH-IAPI).

O diagnóstico mais freqüente dos pacientes admitidos em SO é Dependência Química com aproximadamente 35%.

Dos pacientes admitidos em SO, 80% são transferidos para a rede hospitalar.

#### **10.4 SAMU**

O SAMU 192 Porto Alegre é o serviço pré-hospitalar móvel de urgência da Secretaria Municipal de Saúde, que faz atendimento a todos os tipos de agravos agudos (pediátricos, traumáticos, clínicos, obstétricos e psiquiátricos) acionados através de um número gratuito 192, onde o médico regulador após coleta de dados sobre o chamado decide qual melhor resposta que poderá ser dada, desde o envio de ambulância de suporte avançado (UTI móvel) passando por ambulâncias de suporte básico (tripuladas por técnico de enfermagem e condutor) até uma orientação médica por telefone.

Para análise dos serviços prestados pelo SAMU 192, foram avaliados a proporção dos atendimentos realizados, segundo o perfil das ligações recebidas, o tipo de agravo dos pacientes e o tipo de resposta do regulador, comparando os anos de 2010 e 2011.

Os dados foram fornecidos por meio do Sistema de Atendimento Pré Hospitalar (SAPH), que mudou da versão 1 para versão 2 a partir de outubro de 2010. Portanto, os dados do 1º trimestre de 2010 e de 2011 são de versões diferentes do sistema de informação.

No ano de 2011 (tabela 87 e figura 7), houve uma redução expressiva de ligações ao SAMU 192 (-38,93%), refletindo no aumento da proporção de trotes no 1º trimestre quando comparado com 2010 no mesmo período. Diferentemente disso, verifica-se que em números absolutos de ligações por trotes houve um decréscimo de 26,91% mostrando uma situação favorável em relação a ligações inadequadas. Da mesma forma, observa-se aumento do percentual de regulações (ligações perti-

mentes), diminuindo o percentual de ligações interrompidas e solicitações de informações (figura 7).

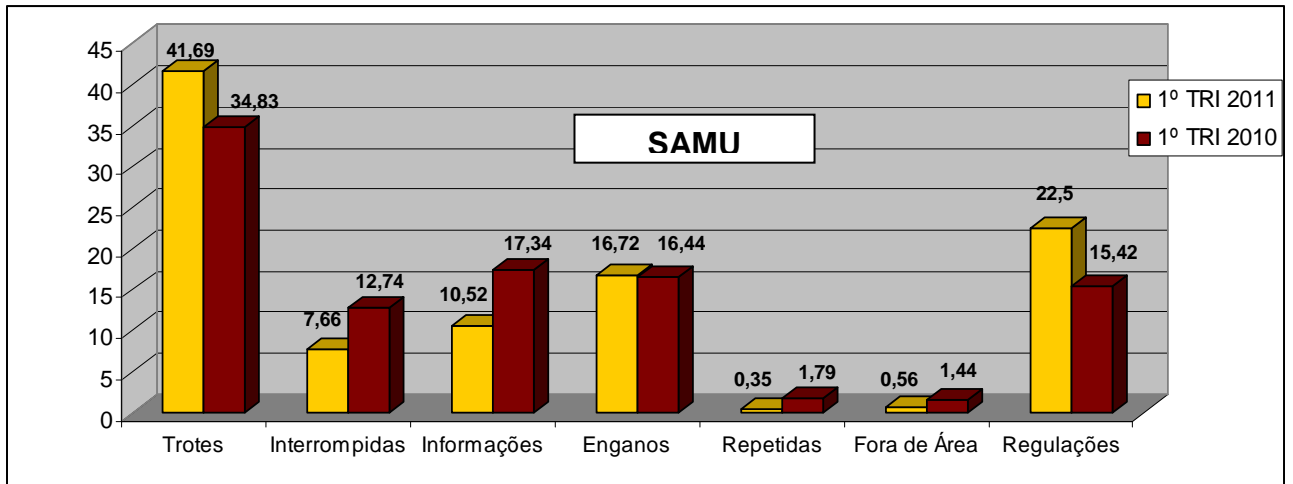
Avaliando os atendimentos conforme o tipo de agravo, não houve alterações significativas na proporção dos atendimentos, sendo os casos clínicos (45,02%) e o trauma (37,62%) as principais causas de atendimento. O transporte entre serviços é o terceiro motivo, embora com uma significativa diminuição na comparação de 2011 com 2010 (8,36% e 16,41% respectivamente) (tabela 87 e figura 8).

O coeficiente de mortalidade dos atendimentos pré-hospitalares (quadro 3) realizados pelo SAMU manteve-se estável na comparação dos anos de 2010 e 2011 (20,89 por 1000 atendimentos em 2010 e 21,86 por 1000 atendimentos em 2011).

Tabela 86—Nº e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações, Porto Alegre, RS.

Trimestre Atendimen- to	1º Trimestre 2011		1º Trimestre 2010		Variação
	n	%	n	%	%
Trotes	32908	41,69	45024	34,83	-26,91%
Interrompidas	6050	7,66	16474	12,74	-63,28%
Informações	8304	10,52	22411	17,34	-62,95%
Enganos	13199	16,72	21248	16,44	-37,88%
Repetidas	278	0,35	2309	1,79	-87,96%
Fora de Área	441	0,56	1867	1,44	-76,38%
Regulações	17759	22,50	19931	15,42	-10,90%
Total de Ligações	78939	100,00	129264	100,00	-38,93%

Fonte: Sistema de Informação Pre Hospitalar (SAPH): 1º trimestre 2010 versão 1 e 1º trimestre 2011 versão 2



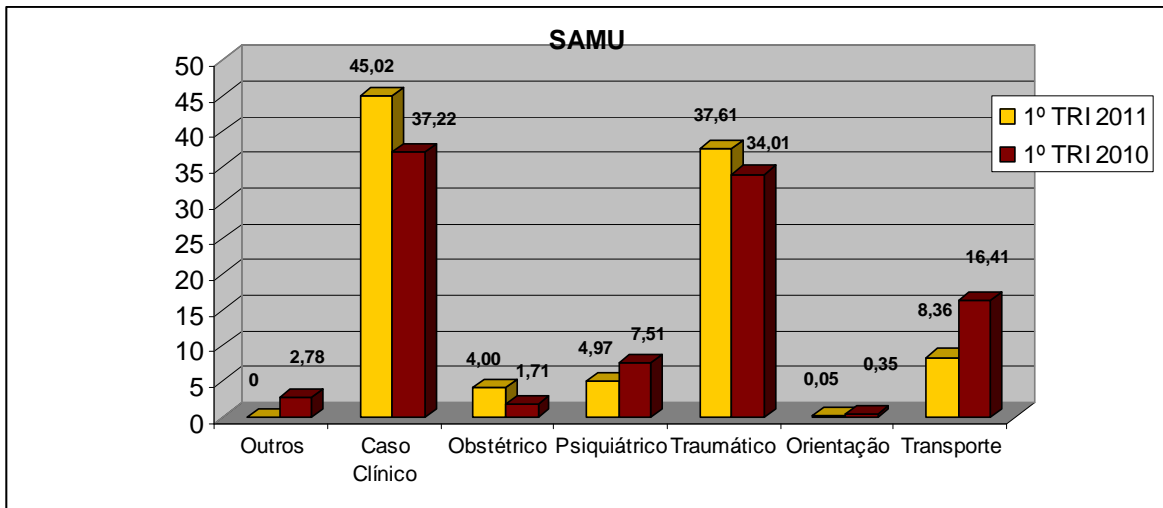
Fonte: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH): 1º trimestre 2010 versão 1 e 1º trimestre 2011 versão 2

Figura 7- Gráfico comparativo da proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações no 1º trimestre entre anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

Tabela 87 N° e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a causa, e comparativos do 1º trimestre entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

Trimestre / Tipo atendimento	1º Trimestre 2011		1º Trimestre 2010		Variação
	n	%	n	%	%
Outros	0	0	244	2,78	-100,00%
Caso Clínico	3378	45,02	3261	37,22	3,59%
Obstétrico	300	4,00	150	1,71	100,00%
Psiquiátrico	373	4,97	658	7,51	-43,31%
Traumático	2.822	37,61	2980	34,01	-5,30%
Orientação	4	0,05	31	0,35	-87,10%
Transporte	627	8,36	1438	16,41	-56,40%
<b>Total de APHr</b>	<b>7504</b>	<b>100,00</b>	<b>8762</b>	<b>100,00</b>	<b>-14,36%</b>

Fonte: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH): 1º trimestre 2010 versão 1 e 1º trimestre 2011 versão 2



Fonte: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH): 1º trimestre 2010 versão 1 e 1º trimestre 2011 versão 2

Figura 8- Gráfico comparativo do percentual de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a causa, no 1º trimestre entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

Quadro 3- Coeficientes de mortalidade dos Atendimentos Pré Hospitalares (APH) realizados pelo SAMU no 1º trimestre dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

1º TRI	APH	óbitos	*Coeficiente
	n	n	‰
2011	7504	164	1,86
2010	8762	183	20,89

Fonte: Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH): 1º trimestre 2010 versão 1 e 1º trimestre 2011 versão 2

\*Óbitos para cada 1000 atendimentos

Verificou-se que houve um aumento no índice de trotes, mas teve redução em números absolutos. Como também houve um aumento no índice de regulações entre os anos de 2010 e 2011.

A proporção da causa de atendimento conforme o tipo de agravo se manteve igual entre 2010 e 2011 e o coeficiente de mortalidade dos atendimentos pré-hospitalares realizados pelo SAMU manteve-se estável entre 2010 e 2011.

## 11 Financiamento do SUS-

### 11.1 Resumo das operações financeiras consolidadas na SMS 1º trimestre 2011.

Tabela 88 – Receita de Ingressos

<b>RECEITA DE INGRESSOS:</b>	<b>1º TRIM/ 2010</b>	<b>%</b>	<b>1º TRIM/ 2011</b>	<b>%</b>
Fonte Municipal	R\$ 83.090.929,78	41,84	R\$ 92.895.528,32	45,21
Fonte Estadual	R\$ 176.527,00	0,09	R\$ 415.139,19	0,20
Fonte Federal	R\$ 115.323.807,59	58,07	R\$ 112.146.322,09	54,58
<b>Total de Receita de Ingressos</b>	<b>R\$ 198.591.264,37</b>	<b>100,00</b>	<b>R\$ 205.456.989,60</b>	<b>100,00</b>

Tabela 89 – Receita Financeira - Fonte Municipal

<b>RECEITA FINANCEIRA</b>	<b>1º Trim. 2010</b>	<b>1º Trim. 2011</b>
Fonte Municipal**	R\$ -	R\$ -
Fonte Estadual	R\$ 239.897,75	R\$ 271.720,37
Fonte Federal	R\$ 1.190.390,64	R\$ 2.491.643,75
<b>Total de Receita Financeira</b>	<b>R\$ 1.430.288,39</b>	<b>R\$ 2.763.364,12</b>
<b>TOTAL GERAL DA RECEITA</b>	<b>R\$ 200.021.552,76</b>	<b>R\$ 208.220.353,72</b>

#### RECEITA:

Da comparação entre o primeiro trimestre de 2010 e o primeiro de 2011, se pode concluir que:

1. O total dos ingressos neste período sofreu aumento de 3,46%.
2. As transferências estaduais apresentaram o maior incremento percentual (135,17%).
3. As transferências federais sofreram um recuo de 2,76%.

#### DESPESA:

Quadro 4- EXECUÇÃO DA DESPESA X RECEITA DE INGRESSOS

<b>1º TRIM 2011</b>	<b>RECEITA DE INGRESSOS</b>	<b>DESPESAS PAGAS</b>	<b>% EXECUÇÃO</b>
Fonte Municipal	92.895.528,32	92.895.528,32	100,00
Fonte Estadual	415.139,19	422.375,85	101,74
Fonte Federal	112.146.322,09	104.812.353,68	93,46
<b>Total</b>	<b>205.456.989,60</b>	<b>198.130.257,85</b>	<b>96,43</b>

O relatório completo do período referente a execução financeira está no anexo II deste relatório.

## 12 Desempenho dos indicadores por Ciclo de Vida

### 12.1 Ciclo de vida da Criança por região da cidade 0-9 anos

Tabela 90-Taxa de coleta de teste de triagem neonatal no período de 3 a 7 dias

<i>Gerência Distrital</i>	<i>1ºTrimestre 2011</i>	<i>1ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
Centro	43,2	49,7	-13,1
NHNI	45,0	44,1	+2,0
NEB	62,6	48,0	+30,4
LENO	58,8	53,6	+9,7
GCC	54,6	49,0	+11,4
SCS	61,4	49,9	+23,0
PLP	51,8	53,9	-3,9
RES	56,4	49,3	+14,4
<b>Porto Alegre</b>	<b>54,8</b>	<b>47,1</b>	<b>+16,3</b>

Fonte: SRTN/HMIPV/SMS/PMPA.

A taxa de coleta do teste do pezinho (triagem neonatal) no período considerado ideal (3 a 7 dias de vida) apresentou elevação superior a 16% no primeiro trimestre de 2011 em relação ao mesmo período de 2010. As GDs Centro e NHNI permaneceram com as menores taxas, sendo inferior a 50%. 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.

Tabela 91 Taxa de cobertura da triagem auditiva neonatal (número de Emissões Otoacústicas Evocadas -Procedimento: 02.11.07.014-9 dividido pelo número de AIH de partos ocorridos em Porto Alegre.

	<i>1ºTrimestre 2011</i>	<i>1ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
<b>Porto Alegre</b>	<b>76,5</b>	<b>69,0</b>	<b>+10,9</b>

Fonte: SIA e SIH/Datasus.

A taxa de cobertura da triagem auditiva neonatal apresentou ampliação de aproximadamente 11% no primeiro trimestre de 2011 em relação a 2010 e reflete a realização da triagem em todas as maternidades conveniadas ao SUS ocorrida durante o ano passado.

Tabela 92- Taxa de aleitamento materno exclusivo na primeira consulta do recém-nascido (%).

<i>Gerência Distrital</i>	<i>1ºTrimestre 2011</i>	<i>1ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
Centro	74,2	79,2	-6,2
NHNI	73,2	82,3	-11,0
NEB	82,4	81,9	+0,7
LENO	84,0	83,2	+0,9
GCC	81,3	78,4	+3,8
SCS	83,1	84,5	-1,6
PLP	77,1	82,4	-6,3
RES	78,4	73,4	+6,8
<b>Porto Alegre</b>	79,9	80,9	-1,2

Fonte: PPN/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

A taxa de aleitamento materno exclusivo avaliada na primeira consulta do Programa Prá-Nenê (PPN) permaneceu próximo a 80% e pode refletir a introdução precoce de outros líquidos, como chá e água, ou o início tardio do acompanhamento do recém-nascido. Somente 21% dos recém-nascidos cadastrados no PPN, iniciaram seu acompanhamento na idade preconizada (até 7 dias de vida) nos primeiros 3 meses de 2011.

Tabela 93- Taxa de aleitamento materno exclusivo e misto em crianças menores de 4 meses acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família (%).

	<i>1ºTrimestre 2011</i>	<i>1ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
<b>Aleitamento materno exclusivo</b>			
Janeiro	70,3	70,1	+0,2
Fevereiro	66,6	69,9	-4,7
Março	71,8	72,9	-1,5
<b>Aleitamento materno misto</b>			
Janeiro	24,2	26,7	-9,4
Fevereiro	23,4	26,3	-11
Março	28,7	23,5	+22,1

Fonte: SIAB.

A tabela acima apresenta a número de crianças menores de 4 meses acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Estratégia de Saúde da Família. Os resultados apresentam pequena variação nas taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) e misto em relação ao ano de 2011 e 2010. O MS considera outros tipos de aleitamento além dos apresentados no SIAB e também preconiza o AME até o sexto mês. O AME significa quando a criança recebe somente leite

materno, sem outros líquidos ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos. Esses dados indicam que os dados estão super estimados e sugerem capacitar os profissionais em relação aos tipos de aleitamento para qualificar os resultados apresentados.

Tabela 94- Cobertura da terceira dose da vacina Tetravalente (%).

<i>Gerência Distrital</i>	<i>1ºTrimestre 2011</i>	<i>1ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
<b>Porto Alegre</b>	83,2	86,9	-4,3

Fonte: NI/ECE/CGVS/SMS/PMPA.

A baixa cobertura da terceira dose da vacina Tetravalente pode refletir a existência de problemas estruturais como a insuficiência e a rotatividade dos recursos humanos, e de redução da prioridade da prevenção das doenças infecciosas pelos serviços de saúde e pela sociedade. Esses aspectos se evidenciam nas perdas de oportunidades de vacinação por não avaliação da carteira de vacina nos atendimentos, nas falsas contra-indicações à vacina, no estabelecimento de horários para vacinação, na territorialização da vacinação, no sub-registro nas planilhas do sistema de informação. Têm sido realizadas capacitações periódicas em Imunização, com sensibilização para evitar perdas de oportunidade de vacinação, além da viabilização de um sistema de informação para sala de vacina e da solicitação de pessoal exclusivo para sala de vacina.

Tabela 95Número de casos de sífilis congênita por Gerência Distrital.

<i>Gerência Distrital</i>	<i>1ºTrimestre 2011</i>	<i>1ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
Centro	4	6	-33,3
NHNI	5	6	-16,7
NEB	5	10	-50,0
LENO	14	8	+75,0
GCC	0	5	-100,0
SCS	9	5	+80,0
PLP	15	14	+7,1
RES	3	2	+50,0
<b>Porto Alegre</b>	55	56	-1,8

Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMPA.

Tabela 96- Número de casos de sífilis congênitas por raça/cor.

<i>Raça/cor</i>	<i>1ºTrimestre 2011</i>	<i>1ºTrimestre 2010</i>	<i>Varição %</i>
Branca	31	30	3,3
Negra	15	21	-28,6
Amarela	0	0	-
Indígena	0	0	-
Ignorado	9	5	80,0
<b>Porto Alegre</b>	<b>55</b>	<b>56</b>	<b>-1,8</b>

Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMPA.

A Sífilis Congênita é um indicador de qualidade do pré-natal e a situação atual no município mostra casos acima do esperado para o período. Apesar da pequena redução do 1º trimestre em relação a 2010, não é possível afirmar que haverá queda da incidência no ano de 2011. É importante ressaltar a melhora na vigilância epidemiológica da Sífilis Congênita com a implantação dos Núcleos de Vigilância Hospitalar e maior sensibilidade dos profissionais frente às capacitações e informações sobre o tema no ano de 2010. Têm sido realizadas reuniões conjuntas (CGRAPS/ASSEPLA/CGVS) com todas as maternidades e serviços de saúde, com discussão de seus indicadores, e o repasse dos casos notificados para os serviços de saúde responsáveis pelos casos, além da implantação da notificação da Sífilis e do corrimento uretral em homens.

Tabela 97- Número de kits de testes rápidos para HIV, latas de fórmula láctea infantil e comprimidos de inibidores da lactação distribuídos.

	<i>1ºTrimestre 2011</i>	<i>1ºTrimestre 2010</i>	<i>Varição %</i>
Kits teste rápido HIV	1.750	2.005	-12,7
Latas de fórmula láctea infantil	7.445	4.300	+73,1
Comprimidos de inibidores da lactação	16	26	-38,5

Fonte: Projeto Nascer

Tabela 98- Taxa de internações por asma (CID J45 e J46) em menores de 5 anos de idade (/1.000).

	<i>1ºTrimestre 2011</i>	<i>1ºTrimestre 2010</i>	<i>Varição %</i>
<b>Porto Alegre</b>	<b>1,6</b>	<b>2,3</b>	<b>-30,4</b>

Fonte: SIH/Datasus e IBGE.

Tabela 99- Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (CID J00 a J 22) em menores de 5 anos de idade (/1.000).

	1º Trimestre 2011	1º Trimestre 2010	Variação %
<b>Porto Alegre</b>	1,2	3,8	-68,4

Fonte: SIH/Datasus e IBGE

As grandes diferenças nas taxas de internação hospitalar por asma e por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos entre 2011 e 2010 devem refletir que a base de dados de 2011 do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) estava incompleta no momento da consulta para a elaboração desse relatório.

### 12.1.1 atendimentos de saúde mental em crianças de 0 -10 anos/ano

Este indicador pode ser demonstrado pelos procedimentos em CAPS

Tabela 100- Procedimentos realizados no 1º trimestre- CAPSi

Proc	Intensivo			Não intensivo			Semi Intensivo		
	2010	2011	%	2010	2011	%	2010	2011	%
<b>CAPS i</b>									
HCPA	250	168	-0,33	27	17	-0,37	268	240	-0,1
HARMONIA	308	132	-0,57	303	261	-0,14	3819	3811	0
<b>Total</b>	558	300	-0,46	330	278	-0,16	4087	4051	-0,01

Fonte : TabWin

Tabela 101 – Tipos de procedimentos executados no CAPSi GHC

CAPS i GHC	2011
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	212
CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	35
ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I	115
OFICINA TERAPEUTICA II	7
PSICOTERAPIA DE GRUPO	121
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	122
<b>Total</b>	612

Fonte : TabWin

Apresenta-se em destaque a tabela referente ao CAPS i GHC em função de terem iniciado suas atividades em agosto de 2010 e apresentarem junto ao sistema de informações procedimentos diferentes daqueles previstos pelas APAC's. Se verificadas as atividades diárias realizadas pelos serviços, as modalidades de atenção informadas pelo GHC estarão contempladas em suas rotinas.

Até o momento os serviços prestados pelos CAPS i atendem as oito GD's, sendo que o PAS prevê neste ano a instalação de um novo equipamento, o cadastramento do GHC e funcionamento pleno do CAPS da G.D. LENO, que encontra-se em fase de identificação de local adequado às suas atividades, uma vez que o prédio contíguo a US Vila Jardim não apresenta as condições adequadas.

A variação negativa dos dados se deve, em primeira análise, ao prazo para apresentação de informação previsto pelo DATASUS. Neste caso, o primeiro trimestre de 2011, não está finalizado no SIA/ DATASUS

## 12.2 Ciclo de vida do Adolescente 10-19 anos

Tabela 102- Número de consultas de profissionais de nível superior e em saúde mental (psicólogo e psiquiatra) de adolescentes (10 a 19 anos).

<i>Gerência Distrital</i>	<i>1ºTrimestre 2011</i>	<i>1ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
Nutricionista	1.790	1.623	+10,3
Enfermeiro	16.932	21.798	-22,3
Psicólogo	1.755	3.351	-47,6
Assistente social	1.148	1.044	+10,0
Médico	50.978	64.334	-20,8
Psiquiatra	2.581	3.007	-14,2

Fonte: SIA/Datasus

As variações nos números de consultas por profissional de nível superior entre 2011 e 2010 podem demonstrar que os dados de 2011 do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) não estavam completos no momento da consulta para a elaboração desse relatório.

### 12.2.1 Consultas em saúde mental para adolescentes de 10 a 19 anos por região da cidade/trimestral

Tabela 103 Frequência de consultas por residentes de Porto Alegre, de 10 a 19 anos, CID(F00 a F99)

Idade	CENTRO			GCC			LENO			NHNI			NEB			RES/EX			SCS		
	2010	2011	%	2010	2011	%	2010	2011	%	2010	2011	%	2010	2011	%	2010	2011	%	2010	2011	%
10 anos	441	535	0,21	6	13	1,17	9	19	1,11	0	30	0	0	0	0	2	138	68	49	30	-0,39
11 anos	484	520	0,07	12	1	-0,92	9	17	0,89	0	23	0	0	0	0	31	29	-0,06	52	23	-0,56
12 anos	692	648	-0,06	15	16	0,07	10	29	1,9	0	18	0	0	0	0	113	24	-0,79	48	43	-0,1
13 anos	907	477	-0,47	10	3	-0,7	28	19	-0,32	0	26	0	0	0	0	67	22	-0,67	55	41	-0,25
14 anos	669	764	0,14	6	7	0,17	28	21	-0,25	0	18	0	0	0	0	103	9	-0,91	38	29	-0,24
15 anos	514	553	0,08	20	11	-0,45	16	28	0,75	0	12	0	0	0	0	60	16	-0,73	38	31	-0,18
16 anos	465	345	-0,26	26	17	-0,35	21	11	-0,48	1	9	8	2	0	0	23	30	0,3	18	27	0,5
17 anos	344	424	0,23	20	19	-0,05	9	15	0,67	0	6	0	0	0	0	9	4	-0,56	15	24	0,6
18 anos	139	66	-0,53	18	21	0,17	9	8	-0,11	3	6	1	0	0	0	11	16	0,45	26	33	0,27
19 anos	42	62	0,48	29	10	-0,66	0	3	0	2	3	0,5	0	0	0	15	4	-0,73	29	29	0
<b>Total</b>	<b>4697</b>	<b>4394</b>	<b>-0,06</b>	<b>162</b>	<b>118</b>	<b>-0,27</b>	<b>139</b>	<b>170</b>	<b>0,22</b>	<b>6</b>	<b>151</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>434</b>	<b>292</b>	<b>-0,33</b>	<b>368</b>	<b>310</b>	<b>-0,16</b>

Fonte: TabWin

Evidencia-se a maior frequência de consultas na região Centro, onde há a maior concentração de serviços ambulatoriais especializados em saúde mental. Tais serviços atendem a toda a cidade, o que pode explicar parte dos dados zerados ou de baixa frequência das outras regiões.

Os dados da GD PLP não estão acessíveis pelo TabWin.

Se pode inferir também que a ausência de dados em algumas regiões se deve a ausência de recursos humanos e dificuldades com sistemas informatizados nas unidades de saúde.

É expressivo a queda dos dados de frequência na faixa de 17 aos 19 anos. O que sugere a necessidade de avaliação sobre a assistência aos jovens e adultos. A consulta foi realizada considerando a produção de médico psiquiatra, enfermeiro psiquiátrico, psicólogos clínico, hospitalar e social e terapeuta ocupacional.

Em 2011 o programa de adolescentes atendidos na abordagem dos consultórios de rua e com a abordagem para a redução de danos/trimestral se encontra em processo de reestruturação e reorganização da equipe e das ações na rede de atenção primária. Estão em fase de estudo e organização ações de abordagem para crianças e adolescentes usuários de álcool e drogas.

## 12.3 Ciclo de vida do adulto

### 12.3.1 Consultas realizadas

Tabela 104- Consultas realizadas - População de 20 a 39 e 40 a 59 anos

Tipo de consulta	Faixa etária	1º trim 2011	1º trim/2010	Varição
Consulta básicos NS Exceto médico	20-39	15037	14440	597
	40-59	10635	10153	482
Medico A TB	20-39	44311	55893	11582
	40-59	61800	61190	610
Medico Especializada	20-39	16287	16129	158
	40-59	19758	19391	367

Fonte: SIA/Datasus/MS

Verifica-se incremento do nº de consultas nesta população em relação ao mesmo período do ano anterior nas duas faixas etárias analisadas. Na faixa etária de 20 a 39 anos verifica-se decréscimo de 11582 consultas o que é aceitável por ser uma faixa etária jovem e com poucos agravos.

### 12.3.2 Atenção em Saúde Mental

Tabela 105 -Consultas de profissionais de nível superior em saúde mental/trimestre

Trimestre	2010	2011	%
Total	1962	1463	-0,25

Fonte: SIA/Datasus/MS

Foram considerados para esta análise os dados referentes a produção de terapia ocupacional, psicólogos, enfermeiro psiquiátrico. Se analisados os dados por idade, encontra-se a concentração da frequência de consultas até 74 anos, baixando para menos de 10 consultas após esta faixa.

### Consultas médicas em saúde mental /trimestre

Tabela 106 -Consulta de médico psiquiatra, de 19 a 90 anos

Trimestre	2010	2011	%
Total	3063	3908	0,28

Fonte :TabWin

Considerando que os dados do sistema de informações ainda estão sendo processados pelas equipes de saúde, se destaca a variação positiva em consultas médicas. Se torna importante investigar nos próximos trimestres, a incidência de agravos psiquiátricos.

Tabela 107 - Freqüência de internações de residentes em Porto Alegre, segundo faixa etária e CID(F00 a F99)

<b>Faixa etária (9)</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>%</b>
5-14a <sup>3</sup>	8	6	0,33
15-24a	201	227	-0,1
25-34a	305	348	-0,1
35-44a	215	320	-0,3
45-54a	236	275	-0,1
55-64a	99	102	-0
65e+a	18	17	0,06
<b>Total</b>	<b>1082</b>	<b>1295</b>	<b>-0,2</b>

Fonte:TabWin

Os dados referentes a internação hospitalar de adulto mantém a tendência verificada no RAG 2010, de maior freqüência de internações na faixa de 15 a 54 anos. Com relação ao percentual de freqüência negativo é possível inferir que se deve, em primeira análise, ao prazo para apresentação de informação previsto pelo DATASUS. Neste caso, o primeiro trimestre de 2011, não está finalizado no SIH.

Tabela 108- Número de usuários atendidos nas residências terapêuticas/ano

<b>Procedimentos</b>	<b>2011</b>
Oficina terapêutica	28
Consulta de Enfermagem	60
Consulta Enfermeiro	592
Consulta Psicólogo	894
Consulta nutricionista	108
Consulta Terapeuta Ocupacional	704
Visita domiciliar Psicólogo	100
Visita domiciliar Enfermagem	144
Visita domiciliar Terapeuta Ocupacional	62
Visita Hospitalar	9
Interconsultas	13
<b>Total</b>	<b>2714</b>

A produção do Serviço Residencial Terapêutico -SRT Pensão Nova Vida refere-se a dados quantitativos dos relatórios trimestrais de 2011 organizados pela equipe e encaminhados para a Gerência Distrital Centro. Ao longo de 2010 o SRT não teve seus dados incluídos no sistema por não contar com funcionário administrativo habilitado para os devidos registros, por estar sem equipamentos de informática e internet. Os processos administrativos para resolução destas questões tramitam nesta secretaria, no que se refere a adequação do espaço físico, avaliação da rede para instalação de sistema informatizado e complementação da equipe.

Tabela 109- Produção da Oficina de Geração de Renda

<b>Procedimentos</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>%</b>
Terapia de Grupo	52	49	-0,06
Terapia Individual	115	90	-0,22
Oficina Terapêutica	184	88	-0,52
<b>Total</b>	<b>351</b>	<b>227</b>	<b>-0,35</b>

Fonte: TabWin

A Oficina de Geração de Renda, Geração POA atende aos moradores de toda cidade, contando com psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional, no entanto a produção do assistente social não é aceita no sistema(glosa). No sistema de produção informado também não constam atividades relevantes e expressivas no aspecto qualitativo, tais como: articulação de rede, consultoria, matriciamento em saúde mental, interconsulta, supervisão de estágio, a realização de projetos com outras instituições, entre outros.

Tal situação vem ao encontro da realidade de outros serviços de saúde mental. Conforme o PAS 2011 já está em discussão as estratégias para padronização da informação de produção na saúde mental.

### **Programa de Redução de Danos**

Em 2010 a equipe vinha realizando terapia comunitária em dependência química, terapia familiar e terapia do xadrez (TC no PRD; Casa Albergue Feminino; Madre Pelletier; Casa de Convivência I e II; Abrigo Marlene; PSF Tijuca e Bonde da Cidadania); aconselhamento, encaminhamento e acompanhamento de usuários de drogas junto à rede de saúde e direitos humanos, porém sem dados verificáveis pelos sistemas de produção ambulatorial.

---

De acordo com o informado no ciclo da criança, até 10 anos não são computadas informações, portanto este dado se refere a faixa de 11 a 14 anos.

No primeiro Trimestre de 2011 o Programa de Redução de Danos iniciou o processo de inserção das ações de redução de danos na GD Leste/Nordeste e NHNI e estava dando continuidade ao processo de reorganização e reestruturação com atividades de Redução de Danos sendo realizadas nas GD Centro, Gloria Cruzeiro/Cristal, Partenon/Lomba do Pinheiro e Restinga.

A partir da descentralização das ações o Programa continuou trabalhando com a inclusão do Conceito de Redução de Danos na rede e a definição das atribuições do PRD na atenção a usuários de álcool e outras drogas: abordagem de rua, circular na rede, tecer redes, terapia comunitária dependentes químicos, terapia comunitária familiar, acolhimento / acompanhamento e encaminhamento, acesso: vincular o usuário ao serviço.

No mês de março de 2011 o Programa de Redução de Danos realizou avaliação da reorganização e reestruturação a partir das dificuldades encontradas com a descentralização das ações de Redução de Danos na GD. Dentre as dificuldades encontradas se destacam: equipe reduzida, com dificuldades para ampliação; tempo da implantação dos NASF e equipes de matriciamento; criar fluxos de assistência que organizem as ações sem dificultar o acesso; garantir a compreensão sobre o papel e identidade do agente Redutor de Danos na rede; o entendimento e definição do papel e atribuições do RD no matriciamento em saúde mental; a manutenção dos encaminhamentos para comunidades terapêuticas associado a redução de danos, e a demanda crescente de consumo de crack.

A partir da avaliação da reorganização temos como prioridade a ação do PAS: *Construção de novas estratégias de abordagem para pensar a questão do crack em rede*. Para a realização desta ação foi contratada consultoria para ações específicas para atenção a usuários de crack, a partir da qual a equipe de redução de danos vem construído um Projeto Piloto com equipe ampliada para resgatar a abordagem de rua em parceria com o PSF SEM Domicílio na GD Centro. As ações previstas no Projeto Piloto são:

1. Mapeamento da GD Centro;
2. Resgate do trabalho de campo nas cenas de uso;
3. Ampliação da equipe de campo na GD Centro;
4. Capacitação ( PRD, PSF sem Domicílio e CREAS Centro);
5. Distribuição de material informativo e insumos
6. Acesso;

7. Integração entre equipamentos SUS e SUAS;
8. Avaliação e multiplicação do projeto para outras GD.

### 12.3.3 .Saúde do trabalhador

Tabela 110- Notificações de Acidente com risco Biológico

<i>Acidente com Risco Biológico</i>	<i>1ºTrimestre 2011</i>	<i>1ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
Masculino	22	7	214%
Feminino	39	33	18%
<b>Total</b>	61	40	52%

Fonte:SINAN

Tabela 111 – Notificações LER/DORT

<i>LER/DORT</i>	<i>1ºTrimestre 2011</i>	<i>1ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
Masculino	2	1	100%
Feminino	6	0	-
<b>Total</b>	8	1	700%

Fonte:SINAN

Tabela 112 Nº de casos de Pneumoconiose

<i>Pneumoconiose</i>	<i>1ºTrimestre 2011</i>	<i>1ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
Masculino	5	0	-
<b>Feminino</b>	0		

Fonte:SINAN

Tabela 113 – Notificações Sistema de Saúde do Trabalhador - SIST

<i>SIST</i>	<i>1ºTrimestre 2011</i>	<i>1ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
Masculino	11	136	
Feminino	21	76	
<b>Total</b>	32	212	

Fonte:SIST/RS

Quanto aos Sistemas de Informações, é importante salientar que o estado do Rio Grande do Sul é o único que disponibiliza 02 Sistemas ( SIST e SINAN) e que a

notificação entre os dois Sistemas não são compatíveis, dificultando aos profissionais de saúde a realização da notificação dos agravos. Devido a isso, o Plano Municipal de Saúde de POA contempla ações, como a implantação das Unidades Sentinelas e descentralização das ações de assistência na rede primária de saúde, que estão em andamento .

Pela legislação, as Unidades Sentinelas devem notificar somente pelo SINAN e a rede deverá usar os dois sistemas , de acordo com o agravo. Devido a isso, percebe-se mudanças nos dados, com a diminuição do número de notificações no SIST, pois os Serviços que realizavam também notificação por este Sistema, como o CEREST, está notificando exclusivamente pelo SINAN. Por isso, houve decréscimo no SIST e aumento de notificações no SINAN, em todos os agravos. É importante salientar que pelo SINAN, já que devem ser notificados somente os casos confirmados , há visualmente uma diminuição quantitativa, porém , ocorreu uma importante qualificação dos dados.

Cabe salientar que os números de notificações não correspondem ao total da assistência realizada ao trabalhador, pois, pelo Sistema SINAN, a notificação é realizada somente na confirmação do agravo. Também se reitera que pelo SIST, apesar de a notificação ser realizada independente da confirmação do agravo, há a falta do reconhecimento da relação agravo X trabalho, ocasionando uma subnotificação.

Em relação aos indicadores de Número de Notificações em Saúde do Trabalhador por sexo e por região da cidade, tem-se disponível os dados relativos ao sexo, que mostra um maior número de trabalhadores do sexo feminino com agravos relacionados ao trabalho, com exceção de Pneumoconiose, que há mais incidência masculina, devido à especificidade do processo de trabalho, assim como há maior predominância dos agravos citados em mulheres, devido ao tipo de ocupação.

O indicador por região da cidade não é um dado disponibilizado pelos Sistemas SIST e SINAN, já que não estes campos não são de preenchimento obrigatório nas fichas de notificação, por isso a necessidade de ter incluído estas informações (local de residência e de trabalho) nos Boletins de Atendimento da rede primária de saúde.

Em relação ao número de notificações de crianças em situação de trabalho, verifica-se aumento no número de notificações. Credita-se isso ao trabalho intersetorial realizado pelo CEREST, que vem realizando capacitações com objetivo de dar visibilidade à problemática.

### 12.3.4 Saúde da Mulher

#### Assistência ao Pré Natal (PN)

#### Informações SISPRENATAL – 1º trim. 2011

O sistema de informações do pré-natal, no momento, não possibilita a extração de dados por gerência distrital. Os dados apresentados referem-se ao total de registros do sistema para cada período, conforme o indicador. Cabe ressaltar ainda, que principalmente a partir de 2009, a alimentação do sistema, que é realizada por estagiários, tem acumulado atrasos de digitação em função da alta rotatividade de estagiários e sua pouca permanência no trabalho, além de problemas no preenchimento das fichas de cadastro e consultas pelas unidades de saúde, o que torna mais demorada a entrada de gestantes e consultas no sistema. Assim, qualquer número aqui apresentado está sujeito a alteração conforme vai ocorrendo a alimentação do sistema, com os registros atrasados ou do ano corrente.

É possível emitir relatórios gerenciais por unidade de saúde, por solicitação, tendo em vista que também não existe a possibilidade de envio por meio eletrônico, exigindo a impressão de muitas páginas.

#### **Percentual de gestantes com Início do pré-natal até 120 dias da DUM – Fonte mSis prenatal**

1º trim. 2010 – 1800 = 69,55% das gestantes do trim. (2588)

1º trim. 2011 – 1354 = 73,03 das gestantes do trim. (1854)

Total no ano de 2010 até 18/04/2011 – 7523 = 73,12% das gestantes do ano (10.288)

#### **Percentual de gestantes com cobertura da rotina de exames pré-natal concluída**

O SISPRENATAL não possibilita esta informação de forma isolada. O relatório disponibilizado pelo sistema em relação aos exames agrega pelo menos duas informações: realização de 6 consultas + todos exames de rotina.

#### **Percentual de gestantes com a Cobertura da vacina antitetânica concluída Fonte: Sis prenatal – tabwin**

2011 – Nº de Gestantes com cobertura concluída – 126 = 6,8% do total de 1.852

2010- Nº de Gestantes com cobertura concluída – 3085 = 30,03% do total de 10.271

#### **Percentual mulheres que realizaram pelos menos uma consulta de Puerpério até 40 dias do PP fonte: Sis prenatal tabwin**

2011 - Consultas de puerpério – 6 = 0,32% de 1852 gestantes

2010 - Consultas de puerpério – 1562 = 15,20% do total de 10.271 gestantes. O dado pode mudar, porque ainda estão sendo digitadas consultas de puerpério de 2010.

Os números de 2011 não representam a realidade, em função do processo de alimentação do sistema que não se dá em tempo real. Assim, sugere-se que esta informação tenha de periodicidade semestral ou anual, até que o sistema seja qualificado.

Observa-se pequena discrepância entre o total de gestantes que aparece no sistema para este indicador e o total cadastrado na base do sistema, talvez esta diferença ocorra no momento da conversão de dados de uma base para outra.

Tabela 114 - Demonstrativo do nº de Gestantes cadastradas no SISPRENATAL, período

Indicador	1ºTtrm 2011	1ºTrim 2010
	Total	Total
<b>Nº de Gestantes cadastradas no SISPRENATAL</b>	1.854	2.588

Total no ano de 2010 até 18/04/2011 – 10.288

Fonte: SISPRENATAL

O número de gestantes cadastradas no SISPRENATAL, segundo o CGVS, é dado parcial, ainda há cadastros de 2010 a serem digitados, portanto esta avaliação não é significativa, por este motivo não foi incluída a variação.

Tabela 115- Proporção de Recém Nascidos Vivos (RNV) e o Nº de Consultas do PN, período 2010-2009.

Ano						
1ºT rim 2011			1ºTrim 2010			Variação
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)	%	-
3.843	2.927	<b>76%</b>	4.420	3.326	<b>71%</b>	<b>+ 5%</b>

Fontes: SISPRENATAL E SINASC

Com relação ao número de gestantes que fizeram 7 ou mais consultas de pré natal obteve-se um aumento de 5% nas consultas, sendo atingida no 1ºT de 2011 a meta pactuada que é de 76%.

Tabela 116 - RNV de mães que realizaram 7 ou consultas pré-natal

GD	Indicador Gestantes com i-	1º Trim2010	1ºTrim2011	Variação
----	----------------------------	-------------	------------	----------

	<i>Igual ou + 7 consultas</i>			
<b>CENTRO</b>	Igual ou + 7 consultas	<u>550 (83%)</u>	417(85%)	+2%
	RNN Vivos	<u>656</u>	491	-165
	Normal	<u>186 (28%)</u>	133(27%)	-1%
	Cesarianas	<u>470 (72%)</u>	358(73%)	+1%
<b>CENTRO LENO</b>	Igual ou + 7 consultas	<u>322( 63%)</u>	277(67%)	+4%
	RNN Vivos	<u>508</u>	414	-94
	Normal	<u>284 (56%)</u>	221(53%)	-3%
	Cesarianas	<u>224 (44%)</u>	193(47%)	+3%
<b>GCC</b>	Igual ou + 7 consultas	<u>328 (60%)</u>	309(69%)	+9%
	RNN Vivos	<u>542</u>	445	-97
	Normal	<u>307 (56%)</u>	233(52%)	-4% <sup>o</sup>
	Cesarianas	<u>235 (44%)</u>	212(48%)	+4%
<b>NEB</b>	Igual ou + 7 consultas	<u>433 (68%)</u>	318(73%)	+5%
	RNN Vivos	<u>634</u>	435	-199
	Normal	<u>319 (50%)</u>	216(49%)	-1%
	Cesarianas	<u>315 (50%)</u>	219(51%)	+1%
<b>PLP</b>	Igual ou + 7 consultas	<u>436 (67%)</u>	407(70%)	+3%
	RNN Vivos	<u>649</u>	578	-71
	Normal	<u>352 (54%)</u>	306(53%)	-1%
	Cesarianas	<u>297 (46%)</u>	272(47%)	+1%
<b>HNI</b>	Igual ou + 7 consultas	<u>395 (75%)</u>	326(79%)	+4%
	RNN Vivos	<u>526</u>	414	-112
	Normal	<u>221(42%)</u>	157(38%)	-4%
	Cesarianas	<u>305 (58%)</u>	257(62%)	+4%
<b>RES</b>	Igual ou + 7 consultas	<u>195 (60%)</u>	173(66%)	+6%
	RNN Vivos	<u>321'</u>	260	-61
	Normal	<u>181(56%)</u>	151(58%)	+2%
	Cesarianas	<u>140 (44%)</u>	109(42%)	-2%
<b>SCS</b>	Igual ou + 7 consultas	<u>430 (73%)</u>	350(72%)	-1%
	RNN Vivos	<u>584</u>	485	-99
	Normal	<u>242 (41%)</u>	193(39%)	-2%
	Cesarianas	<u>342 (59%)</u>	292(61%)	+2%

Ignorados 2011: 192 PN e 113 Cesarianas

É observado um aumento significativo no número de gestantes que fizeram 7 ou + consultas de pré natal em praticamente todas as GDs. As gerências Restinga , GCC e LN abaixo de 70% das gestantes 7 ou + consultas.

Também é verificado uma redução no número de NV em todas as GDs, indicando que nossas mulheres estão tendo acesso aos métodos contraceptivos de forma regular.

Quanto ao número de cesarianas não há muita variação em relação ao 1ºT de 2010, sendo que a GD Centro persiste com um número de cesarianas bem maior do que os Partos normais, provavelmente porque nesta região a grande maioria dos partos ocorram em hospitais privados, os quais apresentam índice de cesarianas acima de 70%.

Tabela 117- Demonstrativo do nº de partos realizados, período 2009-2010.

<i>Indicador</i>	<i>1ºT 2011</i>	<i>1º 2010</i>	<i>Varição</i>
Nº de Partos*	3.843	4.420	-577
Normal	1.818(47,3%)	2.092 (47,3%)	0%
<b>Cesarianas</b>	2.025 (52,7%)	2.328 ( 52,7%)	0%

Fonte: SINASC

Este indicador persiste semelhante ao 1ºT trimestre de 2010 com percentual semelhante de partos normais e cesarianas realizados.

Analisando os dados mais detalhadamente observa-se que nos hospitais privados o índice de cesariana está entre 70 e 80%, puxando para cima o 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.

## Saúde Sexual e Reprodutiva

Tabela 118- Procedimentos realizados e contraceptivos utilizados – /2010/2011.

<i>Método contraceptivo</i>	<i>1ºTrim 2011</i>	<i>1ºTrim 2010</i>	<i>Varição</i>
-----------------------------	--------------------	--------------------	----------------

Noretisterona 0,35 mg (minipilula)	1.696 <b>Cartelas</b>	3.438 <b>Cartelas</b>	-1742
Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg	55.489	39.055	
<b>Anticoncepcional Oral</b>			<b>+ 16.434</b>
Levonorgestrel 0,75mg (contracepção de emergência)	-	69	-69
Anticoncepcional injetável (uso trimestral)	865	11.300	-10.435
Anticoncepcional injetável (uso mensal)	9.207	5.729	+3.478
DIU (dispositivo intra-uterino)	225	278	- 53
Laqueadura tubária	163 ( jan e fev)	280	
<b>Vasectomias</b>	96 (jan e fev)	200	#

Dados: Assistência Farmacêutica e DATASUS

É observado um aumento de 16.484 cartelas de anticoncepcional oral distribuídos. A minipílula teve uma redução na distribuição, assim como a contracepção de emergência e o injetável trimestral.

Com relação ao injetável trimestral é esperada uma redução significativa na distribuição no ano de 2011, pois o medicamento não está disponível no mercado por tempo indeterminado em razão de ajuste e adaptação na cadeia de suprimento do produto. Trata-se de uma situação temporária que ocorrerá com todas as apresentações do medicamento, esta é a informação da indústria farmacêutica.

Isto provavelmente também explica a distribuição bem maior do contraceptivo oral, citado no parágrafo anterior e do injetável mensal, este com aumento de 3.478 ampolas distribuídas.

O número de laqueaduras tubárias e vasectomias no 1ºT de 2011( dados parciais) é semelhante ao de 2010, realizando um número satisfatório de procedimentos.

O que aparece nos dados acima é que a política de planejamento familiar, prevê oferta de todos os métodos, sem visar controle de natalidade, portanto é considerado aceitável esta variação no número de procedimentos realizados e de métodos contraceptivos distribuídos.

A oferta de todos os métodos contraceptivos está mantida de forma regular, com exceção do contraceptivo injetável trimestral devido ao motivo exposto acima, facilitando desta forma o acesso e adaptação do casal ao melhor método para o seu perfil.

Tabela 119-Total de insumos adquiridos/comprados , em 2010/2011.

<b>Método/ Quantidade</b>	<b>Período</b>	
	1ºTrim 2011	1ºTrim 2010

Noretisterona 0,35 mg (minipilula) oral	-	1.200
<b>Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg oral</b>	MS	MS
Anticoncepcional injetável Medroxiprogesterona (acetato) 150mg /ml,injetavel	MS	3.500
<b>Levonorgestrel 0,75mg (contracepção de emergência)</b>	MS	

Fonte : Relatórios de serviços

Conforme tabela acima não houve compra pela SMS de contraceptivos no 1ºT de 2011. Não foi possível comprar o contraceptivo injetável trimestral , apesar na demanda , em função do que já foi explicado acima.

### Câncer de Colo do Útero

Tabela 120- Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Colo do Útero.

<i>Exames realizados</i>	<i>1ºTrim 2011</i>	<i>1ºTrim 2010</i>	<i>Varição</i>
Total de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos	10.598	12.782	-2.184
Total de exames na população de 10-69 anos	14.912	18.042	-3.130
Colposcopias	3.835	2.520	+1.315

Fontes:SISCOLO e TABWUIN

### Câncer de Mama

Tabela 121 - Nº de ecografias mamárias e mamografias realizadas período 2009-2010.

<i>Exames realizados</i>	<i>1ºTrim 2011</i>	<i>1ºTrim 2010</i>	<i>Varição</i>
Ecografias mamárias	3.260 (+153NM)	3.177	+236
Mamografias	11.403 (+721NM)	10.337	+1787
<b>Mamografias 50-69 anos</b>	6.323	4.749	+1574

Fonte: TABWIM e NM: Núcleo Mama POA

É observado um aumento de 14,7 % no número de MMG realizadas e de 7% no número de ecografias mamárias. A população de maior risco que é a de 50-69 anos continua fazendo o maior número de MMGs.

No primeiro trimestre de 2011 as atividades mais relevantes foram:

1. Atividades de promoção e prevenção para comemoração do dia Internacional da Mulher em todas Unidades de Saúde de POA.

2. Distribuição da nova Carteira da Saúde da Mulher.

3. Evento comemorativo ao Dia da Mulher com lançamento da carteira da Mulher e plano de metas para o exame de citopatológico e MMG por Unidade de saúde

#### 12.4 CICLO DE VIDA DO IDOSO

O Ciclo de Vida do Idoso compreende a faixa etária da população acima de 60 anos de idade. A população de Porto Alegre nesta faixa etária é de 204.900, sendo 128.217 mulheres e 76.683 homens (IBGE, Censos e Estimativas, 2009).

Neste relatório são apresentados os números de consultas médicas básicas e especializadas e os procedimentos odontológicos

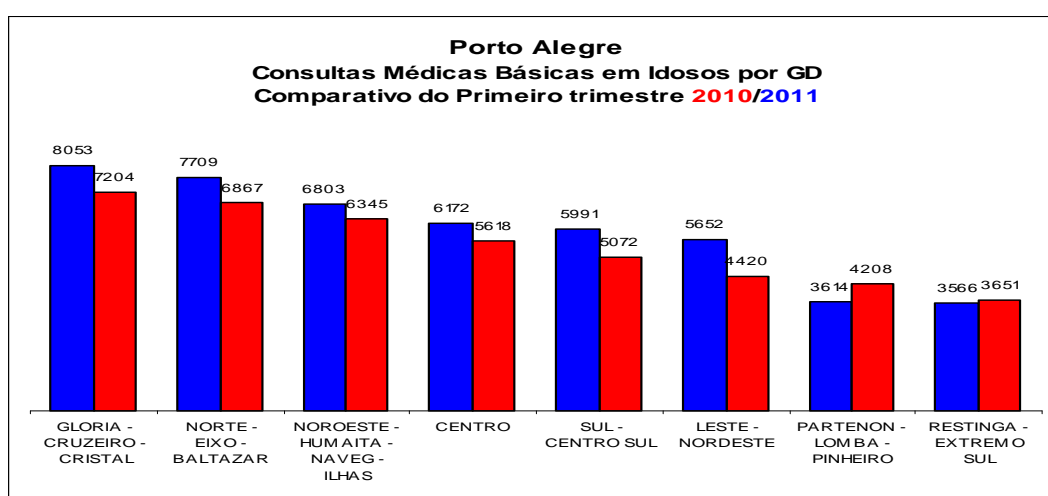


Figura 9 Gráfico Consultas Médicas Básicas por GD – População com 60 anos ou mais. 1º Trimestral. Ano 2010 – 2011 Fonte : SIA /tabwin

Tabela 122. Consultas Especializadas – População com 60 anos ou mais. 1º Trimestre. Ano 2010 - 2011

Procedimento	1º TRI 2010	1º TRI 2011
<b>Consultas Médicas Especializadas</b>	18361	15013
<b>*Procedimentos Odontológicos</b>	942	983

Fonte : SIA /tabwin \* Serviços próprios

Percebe-se que houve pouca variação no número de consultas médicas básicas por Gerência Distrital entre o 1º trimestre de 2010 e mesmo período de 2011 (figura 9). Na GD Partenon - Lomba do Pinheiro e GD Restinga - Extremo Sul o número de consultas foi um pouco menor no 1º trimestres de 2011, contudo, nas demais Gerências observa-se um aumento no número de casos absolutos. De acordo com a tabela 122, observa-se um número menor de 3.348 consultas especializadas para a população com mais de 60 anos no 1º Trimestre de 2011, se comparado ao mesmo

período do ano anterior. Em relação aos procedimentos odontológicos, observa-se pouca variação entre os dois períodos analisados.

## **13 Populações Vulneráveis**

### **13.1 Saúde da Pop Negra**

Manteve as suas principais linhas de atuação que envolvem a promoção, prevenção e assistência a saúde da população negra.

As análises segundo raça/cor, referentes a AIDS, Sífilis, Tuberculose, Mortalidade Infantil, Mortalidade Materna e Violência, estão nas análises de cada área técnica correspondente, apresentando assim, o princípio organizativo da transversalidade, caracterizada pela complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde.

Buscando alcançar as metas previstas no Plano Municipal de Saúde, foram realizadas ações de saúde na Avenida do Porto Seco durante o Carnaval de Porto Alegre com a inclusão da saúde da população negra incluindo a transversalidade com a AIDS e Exploração ao Trabalho Infantil. Foram realizados 10 desfiles durante as quatro noites de carnaval, com as temáticas de Saúde da População Negra, AIDS e Exploração ao Trabalho Infantil, também foi distribuído 5.000 folder sobre saúde da população negra e 5.000 bandanas para os participantes do carnaval na Avenida Porto Seco.

### **13.2 Saúde dos Povos Indígenas**

Neste período do ano os indígenas de Porto Alegre costumam migrar para o litoral com o intuito de comercializar seu artesanato. Devido a isso, as ações preventivas de saúde (vacinações) iniciam no segundo trimestre. Como informado anteriormente, as ações de atenção à saúde dos povos indígenas estão mescladas aos dados gerais do município.

## **14 Controle Social**

O Conselho Gestor da 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.

## **Considerações finais**

O relatório do primeiro trimestre está em conformidade com a nova proposta de modelo de Relatório de gestão. Desta forma, apresentou-se os indicadores com relevância nas avaliações trimestrais, os demais serão apresentados na avaliação anual.

A uniformidade na apresentação permitiu uma análise mais adequada dos resultados apresentados, bem como averiguar as dificuldades na busca de dados pertinentes para as avaliações dos relatórios de gestão e desta forma oportunizar as possibilidades de ajustes.

Gestores da SMS participaram ativamente em todas as instâncias colegiadas que têm assento – CIB, COGERE, CONASEMS e CMS – objetivando negociar a adequação da distribuição e estrutura de equipamentos de saúde de alta e média complexidade, junto às instâncias intermunicipais, e também de atenção primária à saúde, junto ao CMS e seus agentes descentralizados – Conselhos Distritais.

No trimestre não houve criação ou extinção de serviços, nem tampouco criação de novos Distritos Sanitários, Conselhos Distritais ou Locais de Saúde. Também não houve criação ou extinção de Comissões Gestoras ou Câmaras Técnicas em serviços hospitalares.

Na Gestão dos Trabalhadores em Saúde verificou-se aumento do número total de enfermeiros, cirurgiões dentistas e médicos veterinários. A queda do número de profissionais médicos e psicólogos, tendo em vista também a saída dos profissionais da FUGAST neste primeiro trimestre, é um desafio no que tange à necessidade de criação de novas vagas e realização de novos concursos e contratações.

No quadro de nível médio ingressaram 93 técnicos de enfermagem considerando as necessidades assistenciais dos serviços e a substituição das vagas de auxiliar de enfermagem, que obteve uma queda de 46 profissionais em relação ao mesmo período do ano anterior.

Além destes, para reforçar a estrutura da SMS no trabalho em saúde, os concursos e contratações planejados ou em andamento neste primeiro trimestre somam 100 vagas entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes administrativos, entre outros.

O número de capacitações aumentou em 100%, enquanto os afastamentos profissionais para qualificação não teve variação significativa. São 187 estudantes envolvidos em ações de formação ou especialização na rede da SMS e 66 residentes médicos em curso próprio da SMS. Esta realidade evidencia o potencial da SMS como campo de educação permanente do SUS, que conta com a perspectiva de aperfeiçoamento a partir da Comissão de Permanente de Ensino e Serviço, segundo se-

mestre de 2010, com representantes do CMS e da SMS e avaliam todas as ações de integração de instituições de ensino com o SUS em Porto Alegre.

A Assessoria de Comunicação passou a informar suas ações de maior relevância nos relatórios de gestão tendo em vista que comunicação em saúde é estratégica para informar e divulgar ações de interesse das comunidades.

Observa-se um aumento na cobertura da atenção primária à saúde nas Gerências Distritais: Centro em 5,22%, Sul Centro Sul em 1,98%, Glória Cruzeiro Cristal em 2,36%, Norte Eixo Baltazar em 2,68%, Partenon Lomba do Pinheiro em 9,31%. Em quantitativo de equipes e unidades, significa um aumento em 2 Unidades Básicas de Saúde, 3 Equipes de Saúde da Família, 13 Equipes de Saúde da Família da Estratégia de Saúde da Família, 6 Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família. Com isso, a cobertura da estratégia de saúde da família passou para 28,57% da população neste trimestre.

Os componentes de infra-estrutura de rede e infra-estrutura de dados, que são a base do processo da INFOREDE, já estão com um avanço significativo e com previsão de encerramento antes do prazo previsto. A maior parte das metas apontam para o alcance dos 100% nos períodos previstos no cronograma.

Em relação à meta Infra-estrutura de Equipamentos, atingiu-se 5%. A dependência em relação aos recursos do MS destinados a este fim impossibilitou a execução integral da meta. Para o próximo trimestre, esta situação será reavaliada e negociada junto ao MS quanto à destinação dos recursos previstos para a SMS.

Na produção da atenção primária os dados mostram um incremento significativo dos procedimentos realizados. As consultas médicas registradas no período mostram incremento de mais 50.393, também o atendimento domiciliar obteve aumento de mais 30.390.

Nas consultas de pré-natal, no trimestre o número de gestantes que fizeram 7 ou mais consultas de pré natal obteve-se um aumento de 5%, atingindo a meta pactuada que é de 76%. O número mamografias e de ecografias mamárias realizadas apresentou aumento de 14% e 7% respectivamente, na população alvo e de maior risco, que são as mulheres de 50-69 anos.

No ciclo da criança, a taxa de coleta do teste do pezinho (triagem neonatal) no período considerado ideal (3 a 7 dias de vida) apresentou elevação em relação ao mesmo período de 2010. A baixa cobertura da terceira dose da vacina Tetravalente pode ser refletida pela existência de problemas estruturais como a insuficiência e a rotatividade de recursos humanos, demonstrado o esforço da Secretaria da saúde

em contratar e nomear novos técnicos de enfermagem junto a Secretaria Municipal de Administração.

Pode-se inferir, também, que a perspectiva de informatização em toda a rede assistencial e de gestão da SMS ampliará a capacidade de avaliação e qualificação dos entraves assistenciais e gerenciais da rede. Desde a regulação dos serviços de média e alta complexidade, gestão de materiais e apoio administrativa até os serviços da Atenção Primária à Saúde.

Por fim, o desenvolvimento da 6ª Conferência Municipal de Saúde, como integrante do trabalho gestor no SUS, tem a capacidade de ampliar as discussões iniciadas e inscritas no Plano Municipal de Saúde e neste relatório de gestão, bem como aproximar seus atores. Envolve, assim, servidores, usuários, conselheiros municipais e distritais, prestadores, gestores e demais representações locais e regionais.

## **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**, 2. 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.

CINCIPRINI, P M. et.al. **Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention**. *Journal of the National Cancer Institute*, v.89, n. 24, p1852-67, dec. 1997.

\_\_\_\_\_ **Conselho Nacional de Saúde** Carta Nº 937 - CONEP/ CNS/ MS e seus membros designados pelas portarias Nº 374, Nº 558 e Nº 711, e atual renovação junto à CONE P 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 Estatísticas**.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 n.º 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.

**MURRAY C. J. L. & LOPEZ A . D.** 1996. Quantifying the burden of disease and injury attributable to tem major risk factor. In: The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability form disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Ed. Christopher J.L. Murray and Alan D. Lopez. World Health Organization &The World Bank.

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 nº 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** 2011.

**WORLD BANK**. 1999. Development in practice. Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control.

**ANEXO**

**ANEXO I**

## Capacitações para servidores da SMS trimestre de 2011.

<b>NOME DA CAPACITAÇÃO</b>	<b>Nº PARTICIPANTES</b>
I Encontro de Inserção dos Residentes 2011 – Conhecendo o SUS em POA	215
Dia 8 de março – Mulheres! Gestando práticas cuidadoras	30
I Encontro de Saúde da Mulher	32
Curso de Ventilação Mecânica	38
Palestra sobre Película Reconstitutiva da Epiderme	51
1º Curso Multiprofissional de Atendimento do Trauma	65
Capacitação Risco Biológico	20
Seminário de Técnicas Radiológicas	20
Capacitação Técnicos Enfermagem SAMU	15
Capacitação Nutrição	20
Apresentação Sistema Aghos de internação hospitalar	30
Capacitação Técnicos Enfermagem SAMU	20
Apresentação Sistema de Materiais	30
Capacitação Motorista SAMU	30
Encontro Coordenação de Urgências	20
Aula Enfermagem UTI do Trauma	15
Encontro Palestrantes Curso Multiprofissional	15
Encontro Professores Curso de Extensão	20
Discussão de óbito (mensal)	25
Inserção novos Residentes	30
Inserção Internos Medicina	60
Aula Residência Cirurgia Geral e do Trauma (terças-feiras)	15
Discussão de Caso Residência Emergência (segundas-feiras)	15
Discussão de Caso Residência Cirurgia Geral e do Trauma (quartas-feiras)	15
Discussão de Caso Cardiológico (quintas-feiras)	15
Discussão de artigo Residência Medicina de Emergência (quintas-feiras)	15
Aula Eletrocardiograma para Residentes Emergência (quartas-feiras)	15
Seminário Residência Psicologia Hospitalar (terças e quintas-feiras)	10
Atualização em Sala de Vacinas para a Rede Básica (incluso os fluxos para profilaxia para raiva)	171
Reunião Científica: Risco de Suicídio	70
<b>TOTAL</b>	<b>1142</b>

Fonte: Registro da ED/CGADSS, CGVS/ EVDT, NEPEH/HPS, Direção Científica/HPS e Assessoria de Ensino e Pesquisa do HMIPV.

O anexo está em documento separado

### ANEXO III - INDICADORES PACTUADOS 2011

#### ANEXO III A

INDICADORES PACTUADOS 2011 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Cadastro Municipal Metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde - Prioridades e Objetivos  
Município :PORTO ALEGRE Estado: RS PACTO PELA VIDA

CICLO DE VIDA DA CRIANÇA		
Indicador	Meta 2011	Unidade
Taxa de mortalidade infantil	11,00	/1000
Taxa de mortalidade infantil neonatal.	6,80	/1000
Taxa de mortalidade infantil pos-neonatal.	4,70	/1000
Incidência de sífilis congênita.	90	N.Absoluto
PERCENTUAL DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE	4,00	%
Proporção de óbitos não fetais informados ao sim com causa básica definida.	95,00	%
Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (dtp+hib) em crianças menores de um ano.	95,00	%
CICLO DE VIDA DO ADULTO		
Indicador	Meta 2011	Unidade
Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano	0,23	Razão
Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.	100%	%
Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.	0,17	razão
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	70,00	%
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados.	100,00	%
Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos.	18,30	%
Prevalência de tabagismo em adultos.	19,50	%
taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações	5,00	/10.000
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	9,00	/10.000
Proporção da população cadastrada pela estratégia saúde da família.	40,00	%
Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica	30,00	%
Numero de notificações dos agravos a saúde do trabalhador constantes da portaria GM/MS nº.777/04.	200	N.Absoluto
Numero de cirurgias prostatectomia suprapubica por local de residência.	60	N.Absoluto
CICLO DE VIDA DO IDOSO		

Indicador	Meta 2011	Unidade
Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur	19,38	/10.000
<b>DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALARIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS.</b>		
Indicador	Meta 2011	Unidade
Taxa de letalidade das formas graves de dengue (febre hemorrágica de dengue - fhd /síndrome do choque da dengue - scd /dengue com complicações - dcc)	0,50	%
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	85,00	%
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilifera	75,00	%
Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado	65,00	%
Proporção de casos de hepatite b confirmados por sorologia.	90,00	%
taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade	9,00	/100.000
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (dnc) encerrados oportunamente após notificação	80,00	%

Fonte [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto)

## ANEXO III B

### METAS PACTUADAS Indicadores PROESF / Fase 2

#### Indicadores Técnicos por Ciclo de Vida

##### Ciclo de Vida da Criança

**Indicador:** Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade

**Situação Inicial:** 82,14 %

**Meta:** 95,00 %

**Indicador:** Taxa de internação hospitalar por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos

**Situação Inicial:** 26,61 ( /1000)

**Meta:** 22,00 ( /1000)

**Indicador:** Taxa de mortalidade Infantil

**Situação Inicial:** 9,71 ( /1000)

**Meta:** 9,22 ( /1000)

**Indicador:** Taxa de internação hospitalar por diarreia em menores de 5 anos

**Situação Inicial:** 4,45 ( /1000)

**Meta:** 4,00 ( /1000)

**Indicador:** Taxa de incidência de Sífilis Congênita

**Situação Inicial:** 9,23 ( /1000)

**Meta:** 8,09 ( /1000)

**Indicador:** Percentual de Equipes de Saúde da Família (ESF) com protocolo de assistência em saúde da criança implantado

**Situação Inicial:** 100,00 %

**Meta:** 100,00 %

##### Ciclo de Vida do Adulto

**Indicador:** Percentual de nascidos vivos cujas mães tiveram 7 ou mais consultas de pré- natal

**Situação Inicial:** 70,00 %

**Meta:** 70,00 %

**Indicador:** Razão entre pacientes com hipertensão cadastrados por Equipes de Saúde da Família (ESF) e o número estimado de hipertensos no mesmo território

**Situação Inicial:** 0,65

**Meta:** 0,75

**Indicador:** Taxa de internação hospitalar por Acidente Vascular Cerebral (AVC) em pessoas de 30 a 59 anos

**Situação Inicial:** 9,29 (/10000)

**Meta:** 8,91 (/10000)

**Indicador:** Percentual de gestantes acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) que receberam vacina anti-tetânica

**Situação Inicial:** 93,74 %

**Meta:** 95,00 %

**Indicador:** Percentual de Equipes de Saúde da Família (ESF) com protocolo de assistência em saúde da mulher implantado

**Situação Inicial:** 100,00 %

**Meta:** 100,00 %

**Indicador:** Percentual de Equipes de Saúde da Família (ESF) com protocolos baseados em evidências para atenção em hipertensão e diabetes implantados

**Situação Inicial:** 0,00 %

**Meta:** 50,00 %

**Ciclo de Vida do Idoso** – Não há indicadores pactuados específicos para este ciclo de vida.

**Indicadores de Gestão ,Técnicos e financeiros da Atenção Básica**

**Indicadores de Gestão da Atenção Básica**

**Indicador:** Percentual de cobertura da população total do município pela Estratégia Saúde da Família.

**Situação Inicial:** 22,43 %

**Meta:** 45,00 %

**Indicador:** Número médio anual de consultas médicas da Saúde da Família por habitante ao ano

**Situação Inicial:** 1,05

**Meta:** 1,11

**Indicador:** Plano de Supervisão das Equipes de Saúde da Família (ESF)

**Situação Inicial:** Não

**Meta:** Sim

**Indicador:** Implantação de Equipe de Supervisores das Equipes de Saúde da Família (ESF)

**Situação Inicial:** 11,88

**Meta:** 11,88

**Meta:** 11,88

**Indicador:** Número médio mensal de visitas de supervisão por Equipes de Saúde da Família (ESF)

**Situação Inicial:** 2,01

**Meta:** 2,01

**Indicador:** Percentual de ESF com profissionais treinados em, pelo menos, 4 áreas estratégicas da AB/ SF

**Situação Inicial:** 78,95 %

**Meta:** 80,00 %

**Indicador:** Percentual de trabalhadores da coordenação da Atenção Básica ou Saúde da Família com treinamento em planejamento e gestão

**Indicadores Técnicos**

**Indicador:** Percentual de consultas de medico de família em relação ao total de consultas nas especialidades básicas

**Situação Inicial:** 64,31 %

**Meta:** 65,00 %

**Indicador:** Percentual de encaminhamentos das Equipes de Saúde da Família (ESF) para atendimento especializado sobre o total de consultas medicas da Saúde da Família (SF)

**Situação Inicial:** 12,53 %

**Meta:** 10,00 %

**Indicadores Físicos Financeiros**

**Indicador:** Inclusão do PROESF, de forma detalhada, no orçamento da Secretaria de Saúde/ Município

**Situação Inicial:** Não

**Meta:** Sim

**Indicador:** Detalhamento orçamentário de todas as ações do PROESF, realizado de forma a permitir o monitoramento do desempenho da execução financeira do Projeto

**Situação Inicial:** Não

**Meta:** Sim

**Indicador:** Inventários físicos periódicos dos bens patrimoniais e estoques realizados anualmente, com reconciliação das diferenças encontradas

**Situação Inicial:** Sim

**Meta:** Sim

**Indicador:** Existência de algum departamento ou setor de auditoria interna da Secretaria de Saúde/ Município

**Situação Inicial:** Sim

**Meta:** Sim

**Indicador:** Realização anual de auditoria dos processos de aquisição/ seleção pela própria Secretaria de Saúde/ Município

**Situação Inicial:** Não

**Meta:** Sim

**Indicador:** Percentual de Execução Financeira

**Situação Inicial:** 0,00 %

**Meta:** 100,00 %

**Situação Inicial:** 33,33 %

**Meta:** 50,00 %

**ANEXO III C - PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO MUNICIPAL DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PAVS) 2010 Município: PORTO ALEGRE - CRS: 1ª**