



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

RELATÓRIO DE GESTÃO 2º TRIMESTRE DE 2011

Porto Alegre, agosto de 2011

AUTORIDADES MUNICIPAIS

JOSÉ FORTUNATTI

Prefeito Municipal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARLOS HENRIQUE CASARTELLI

Secretário Municipal de Saúde

MARCELO BÓSIO

Secretário Adjunto

CAROLINA SANTANNA

Secretária Substituta

MIRIAN GIZELE MEDEIROS WEBER

Coordenação Geral

MARIA LETICIA DE OLIVEIRA GARCIA

Conselho Municipal de Saúde

LURDES MARIA TOAZZA TURA

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 de Vigilância em Saúde

ELAINE TWEEDIE LUIZ

Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde

JORGE LUIZ SILVEIRA OSÓRIO

Sistema Municipal das Urgências

ANDRÉ LUIS BELLIO

Coordenadoria Geral de Administração Financeira e Orçamentária

MAGLIANE BREVES BACEDONI BRASIL LACATELLI

Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo

THEMIS REGINA BARRETO KRUMENAUER

Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores de Saúde

MÁRIO CÉSAR JERÔNIMO KURZ

Gerência de Saúde do Servidor Municipal

MARIA ISABEL BITTENCOURT

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

JULIO HENRIQUE G. FERREIRA

Hospital de Pronto Socorro

TANIA MARIA COUTO COELHO

Assessoria Parlamentar

GERÊNCIAS DISTRITAIS

CRISTINA KLEY

Centro

ANA LÚCIA DE LEÃO DAGORD

Noroeste-Humaitá-Navegantes e Ilhas

ANGELA REGINA GROFF NUNES

Norte e Eixo Baltazar

ROSANE TEREZINHA BALTAZAR

Leste/ Nordeste

VÂNIA MARIA FRANTZ

Partenon /Lomba do Pinheiro

DANIELLE CERQUEIRA

Glória/Cruzeiro/ Cristal

VANIA LOURENÇO PAULI

Restinga/ Extremo Sul

DÓRIS DE C. CAMPOS VIDAL

Sul/Centro Sul

SECRETARIA TECNICA DO CMS

Christiane Nunes de Freitas

Nei Carvalho

Maria Letícia de Oliveira Garcia

Heloisa Helena Rousselet de Alencar

Oscar Paniz

Humberto Scorza

Lurdes Maria Toazza Tura

Luis Walter Jaques Dornelles

Tânia Ledi da Luz Ruchinsque

Dianne Mara Vittorassi

Walter Jeck

Teresinha Albina Maraskin

Ernani T. Ramos

Elizabeth Eggrs Cassali

Moiseli Paz

Mario P. França

Vera Puerari

Vanderlei Luiz Matiello Fornari

Danielly Silveira de Souza

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADOT - Assistência Domiciliar Terapêutica

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

ASSECOM - Assessoria de Comunicação

ASSEPLA - Assessoria de Planejamento e Programação

C - Centro

CA - Câncer

CAPS - Centro de Apoio Psicossocial

CAPSad - Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Apoio Psicossocial Infantil

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

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

COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico

CS – Centro de Saúde

DAR - Doenças do Aparelho Respiratório

DIU – Dispositivo Intra Uterino

DM – Diabete Mellitus

DMLU – Departamento Municipal de Limpeza Urbana

DO – Declaração de óbito

DOPA – Diário Oficial de Porto Alegre

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EPTC – Empresa Pública de Transporte e Circulação

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAEC- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

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

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

HCPA – Hospital de Clínicas 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

HPS – Hospital de Pronto Socorro

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

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LENO – Leste. Nordeste

LT I – Licença de Tratamento de Interesse

MAC- Media e alta complexidade

MS – Ministério da Saúde

N – Total

NASCA – Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente

NEB – Norte Eixo Baltazar

NEO – Neoplasias

NHNI – Noroeste, Navegantes, Humaitá e Ilhas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAC- Programa de Aceleração do Crescimento.

PACS – Pronto Atendimento da Cruzeiro do Sul

PIM- Programa Infância Melhor

PAS- Programação Anual de Saúde

PLP – Partenon, Lomba do Pinheiro

PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PPI – Programação Pactuada e Integrada

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

PRD – Programa de Redução da Danos

PUC – Pontifícia Universidade Católica

PRD- Programa de Redução de Danos

PROESF- Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

QUALISUS – Política de Qualificação de Atenção a Saúde

RES – Restinga

RN – Recém-nascido

SAE – Serviço de Assistência Especializado em DSTs HIV e AIDS

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

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRTN – Serviço de Referência de Triagem Neonatal

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TBC – Tuberculose

TMI – Transmissão Materno-Infantil

TSB – Técnico em saúde bucal

TS – Tratamento Supervisionado

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	12
2	ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	13
3	LEGISLAÇÃO/NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS MUNICIPAL.....	13
4	PARTICIPAÇÃO DA SMS EM INSTÂNCIAS COLEGIADAS.....	13
5	HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO AO RECEBIMENTO DE RECURSOS.....	13
6	GESTÃO NA SAÚDE.....	13
6.1	Gestão do trabalho em saúde.....	13
6.2	Humanização na assistência e da gestão em saúde.....	21
6.3	Ouvidoria do SUS.....	24
6.4	Assessoria de comunicação.....	25
7	REDE DE SERVIÇOS E REFERÊNCIAS.....	31
8	INFRA-ESTRUTURA DE APOIO.....	32
9	PRODUÇÃO.....	40
9.1	Atenção ambulatorial.....	40
9.2	Assistência Farmacêutica.....	42
9.3	Transporte Clínico.....	43
10	AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	46
10.1	Vigilância, prevenção e controle de Doenças Transmissíveis e outros agravos.....	46
10.2	Ações e Serviços em Vigilância Sanitária.....	53
10.3	Ações de Vigilância Ambiental especificamente da Dengue.....	65
10.4	Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores.....	69
10.5	Vigilância Ambiental e do Trabalhador.....	73
10.6	Vigilância, prevenção e controle de Doenças Não Transmissíveis e outros agravos.....	74
11	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	78
12	REGULAÇÃO DO SUS.....	78
13	HOSPITAIS PRÓPRIOS.....	85
13.1	Pronto Socorro Municipal.....	85
13.2	Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.....	88
14	ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E TRANSPORTE DE PACIENTES.....	92
14.1	Pronto-Atendimentos (PAs).....	92
14.2	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).....	100
15	FINANCIAMENTO DO SUS.....	103
16	DESEMPENHO DOS INDICADORES NO CICLO DE VIDA.....	105
16.1	Criança.....	105
16.2	Adolescente.....	110
16.3	Adulto – 20 anos e mais.....	111
16.4	Idoso.....	123
17	ATUAÇÃO DE COMITÊS E NÚCLEOS INSTITUCIONAIS.....	125
18	POPULAÇÕES VULNERÁVEIS.....	129
19	CONTROLE SOCIAL.....	130
	CONSIDERAÇÕES.....	131
	REFERÊNCIAS.....	134
	ANEXO I - CAPACITAÇÕES REALIZADAS NO PERÍODO.....	136
	ANEXO II - CONCURSOS / NOMEAÇÕES CONTRATAÇÕES PLANEJADOS OU EM ANDAMENTO, POR CATEGORIA PROFISSIONAL/ TRIMESTRE.....	139

ANEXO III – Convocação da 6ª Conferência Municipal de Saúde.....	142
ANEXO IV – Regimento da 6ª Conferência Municipal de Saúde.....	143
ANEXO V – Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde..	149

1. APRESENTAÇÃO

A Prefeitura Municipal de Porto Alegre atua sistematicamente na tentativa de diminuir as iniquidades no acesso aos serviços públicos de saúde da Capital. Compreende que as iniquidades de acesso tem problemas multifatoriais e, por isso, investe na ampliação do acesso com a abertura de novos serviços próprios e conveniados, na informatização de toda a rede de serviços e da gestão do Sistema, na qualificação das suas portas de entrada, como as urgências e a atenção primária em saúde, bem como na ampliação da participação da comunidade e na transparência das relações com trabalhadores e usuários.

Fazer a gestão do SUS em Porto Alegre, significa garantir a atenção à saúde de 1.409.351 habitantes (segundo os primeiros resultados do Censo IBGE 2010). Essa população, em comparação com a pesquisa anterior, é superior em 49.349 habitantes. O número de mulheres, superior ao de homens em Porto Alegre, é outro dado relevante. Foram recenseados 654.022 homens, enquanto as mulheres totalizaram 755.917, uma diferença de mais de 100 mil. Porto Alegre é a 10ª capital mais populosa do país, permanecendo na mesma posição quando do Censo realizado em 2000.

Além dos seus municípios, Porto Alegre é o município pólo da macrorregião metropolitana e que tem a responsabilidade da atenção à saúde de uma população de 4.735.603 habitantes (2006), conforme pactuações intergestoras.

O Relatório de Gestão do 2º trimestre de 2011 constitui-se na prestação de contas à todos os segmentos interessados na assistência à saúde do Sistema Único da Saúde (SUS) no município de Porto Alegre. Sintetiza as atividades realizadas pelas diversas áreas que compõem a Secretaria Municipal de Saúde estabelecendo uma correlação entre as metas pactuadas, alcançadas e aplicação de recursos. Oportuniza, ainda, a avaliação quali-quantitativa dos serviços ofertados, o acompanhamento da aplicação dos recursos à programação aprovada, favorecendo o controle social.

Os Relatórios de Gestão da SMS são elaborados a partir de um modelo padrão de apresentação de relatórios de gestão pactuado entre a gestão da SMS e o Conselho Municipal de Saúde.

Os relatórios trimestrais e anuais de gestão constituem 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:

A Assessoria de Comunicação passou a coordenar a Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Nas GDS NEB, GCC, CENTRO, RESTINGA, PLP, NHNI e SCS: Não se constituíram novos conselhos locais de saúde.

Na GDS LENO: Novo conselho local - ESF Milta Rodrigues;

3. LEGISLAÇÃO / NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS MUNICIPAL:

No período não foram criadas novas legislações leis ou decretos no município.

4. PARTICIPAÇÃO DA SMS EM INSTÂNCIAS COLEGIADAS:

Informações a serem apresentadas no primeiro e no último trimestre de cada ano.

5. HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO AO RECEBIMENTO DE RECURSOS:

Não houve habilitações a recursos junto ao MS ou a SES

6. GESTÃO NA SAÚDE

6.1 Gestão do Trabalho em Saúde

Tabela 1 Quantitativo de servidores efetivos. Por nível de cargo.

Nível de Cargo	Período				Varição 2011/2010
	2º trim. 2011		2º trim. 2010		
	Nº	%	Nº	%	
Superior (NS)	2418	45,58	2388	46,05	+ 1,26
Médio (NM)	2300	43,36	2209	42,60	+ 3,96
Elementar (NE)	587	11,06	589	11,35	- 0,34
Total	5305	100,00	5186	100,00	

Fontes: Relatório PROCEMPA 0927p

Tabela 2- Servidores CARGOS EM COMISSÃO FUGAST, Lei 7770, ESF

Vínculo	2ºtrim/2011	2ºtrim/ 2010	Varição
CC	28	28	0
FUGAST	0	291	-291
Lei 7770/95*	912	561	351
SERVIÇO	829	818	11
DEIRIZADO			
ESF	506	388	83

*Contratos temporários

Fontes: Relatório PROCEMPA 0927p

O acréscimo no número de contratos temporários ocorreu para substituição dos servidores da FUGAST demitidos.

Tabela 3 Quantitativo de estagiários remunerados da SMS, no primeiro trimestre dos anos de 2010/2011.

Estagiários	Período				Varição	
	2º trimestre 2011		2º trimestre 2010		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Ensino Médio	211	42,97%	215	39,16%	14	-1,86%
Ensino Técnico	24	4,89%	33	6,01%	-4	-27,27%
Ensino Superior	256	52,14%	301	54,83%	27	-14,95%
Total	491	100,00%	549	100,00%	37	-10,56%

Fonte: Sistema ERGON. Informações referentes ao nº de estagiários com Termo de Compromisso de Estágio vigente no dia 30 de junho de 2010 e 2011.

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.

Nota explicativa: Devido ao caráter não cumulativo das informações sobre estágios ao longo do ano, adotou-se como referência o quantitativo de ocupação de vagas de estágio 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 4-Quantitativo de estagiários por projeto/programa e local de atuação, no primeiro trimestre de 2010/2011.

Projeto/Local de atuação	Nº de vagas por projeto	2º trim 2011			2º trim 2010			Variação	
		Nº	% sob	% sob	Nº	% sob	% sob	Nº	%
Programa Rotativo ⁱ (nº 918)	235	154	65,53%	31,36%	193	82,13%	35,15%	-39	7,49%
Rede básica e especializada									
Programa Rotativo HPS (nº 911)	31	24	77,42%	4,89%	27	87,10%	4,92%	-3	-11,11%
Programa Rotativo PV (nº 161)	113	100	88,50%	20,37%	96	84,96%	17,49%	4	4,17%
Projeto Programa de Erradicação do Aedes Aegypti (nº 114) ⁱⁱ	20	7	35,00%	1,43%	11	55,00%	2,00%	-4	-36,36%
Projeto: Atenção Integral à População de Porto Alegre (nº 178)	80	41	51,25%	8,35%	35	43,75%	6,38%	6	17,14%
Projeto: Vigilância do Estado Nutricional de Crianças e Adolescentes (nº 154)	5	3	60,00%	0,61%	5	100,00%	0,91%	-2	-40,00%
Projeto: Reorganização da Assistência Farmacêutica (nº 116)	102	52	50,98%	10,59%	72	70,59%	13,11%	-20	-27,78%
Projeto: PIM/PIA – Primeira Infância Melhor (nº 117)	105	62	59,05%	12,63%	34	32,38%	6,19%	28	82,35%
Projeto: Atenção a Crianças em Creches e Pré-escolas unitárias (nº 036)	36	9	25,00%	1,83%	16	44,44%	2,91%	-7	-43,75%
Projeto: Programa de Incentivo à Leitura Escolar: Universidade / (nº 165)	30	11	36,67%	2,24%	17	56,67%	3,10%	-6	-35,29%
Projeto de Prevenção a Infecções Sexualmente Transmissíveis e Aids (nº 035)	37	18	48,65%	3,67%	33	89,19%	6,01%	-15	-45,45%
Projeto: Trabalho de Educação em Saúde Ambiental em Comunidades Carentes do PIEC (nº 171)	28	7	25,00%	1,43%	3	10,71%	0,55%	4	133,33%
Projeto: Telemedicina/Atendimento em Saúde Bucal/Projeto CGRABS (nº 116 (nº 181))	8	3	37,50%	0,61%	7	87,50%	1,28%	-4	-57,14%
Total	830	491	59,16%	100,00	549	66,14%	100,00	-58	-10,56%

Fonte: Sistema ERGON. Informações referentes ao nº de estagiários com Termo de Compromisso de Estágio vigente no dia 30 de junho de 2010 e 2011.

Como estão ocorrendo atrasos na contratação dos estagiários, há várias vagas que estão em processo de contratação de estagiário, diminuindo, assim as vagas efetivamente em aberto: Programa Rotativo (nº 918) de 235 vagas, 154 estão ocupadas, 39 em tramitação e 42 em aberto; Projeto: Programa de Erradicação do Aedes Aegypti (nº 114) de 20 vagas, 7 estão ocupadas e 13 em aberto; Projeto: Atenção Integral à População de Porto Alegre (nº 178) de 80 vagas, 41 estão ocupadas, 30 em tramitação e

9 em aberto; Projeto: Atenção Integral à População de Porto Alegre (n° 178) de 80 vagas, 41 estão ocupadas, 30 em tramitação e 9 em aberto; Projeto: Vigilância do Estado Nutricional de Crianças e Gestantes (n° 154) de 5 vagas, 3 estão ocupadas e 2 em tramitação; Projeto: Reorganização da Assistência Farmacêutica (n° 116) de 102 vagas, 52 estão ocupadas, 35 em tramitação e 15 em aberto; Projeto: PIM/ PIÁ – Primeira Infância Melhor (n° 166) de 105 vagas, 62 estão ocupadas, 37 em tramitação e 6 em aberto; Projeto: Atenção a Saúde em Creches Comunitárias (n° 036) de 36 vagas, 9 estão ocupadas, 11 em tramitação e 16 em aberto; Projeto: Programa de Saúde Escolar: Universidade / SUS (n° 165) de 30 vagas, 11 estão ocupadas, 7 em tramitação e 12 em aberto; Projeto de Prevenção a DST/ AIDS (n° 035) de 37 vagas, 18 estão ocupadas, 12 em tramitação e 7 em aberto; Projeto: Trabalho de Ações em Saúde Ambiental para o PIEC (n° 171) de 28 vagas, 7 estão ocupadas, 4 em tramitação e 17 em aberto; Projeto: Telemedicina/ Informática/ CGRABS remanejo projeto 116 (n° 181) de 8 vagas, 3 estão ocupadas, 1 em tramitação e 4 em aberto.

OBS - O detalhamento de concursos, contratações planejados ou em andamento, por categoria profissional estão no anexo I a deste relatório.

6.1.1 Educação Permanente em Saúde - CGADSS/ ED e EE.

Tabela 5 Capacitações para Servidores da SMS

TOTAL H/A x PARTICIPANTES	Nº TOTAL DE SERVIDORES DA SMS	INDICADOR BALHADOR	HORA/
11632	5333	2,18	

Este indicador foi incorporado ao Relatório neste trimestre, por isso não existem dados referentes ao passado para comparativo. O comparativo passará a ser feito a partir do próximo trimestre.

No anexo I deste relatório encontra-se o detalhamento das capacitações realizadas do período analisado

Tabela 6-Afastamentos temporários de servidores da SMS para qualificação profissional

Cargos	2º Trimestre 2011	1º Trimestre 2011	2º Trimestre 2010
Secretário Municipal	01		01
Professor	03	02	02

Coordenador		02	
Enfermeiro	06	05	21
Médico	53	08	38
Médico Veterinário	01	01	01
Cirurgião Dentista		01	
Terapeuta Ocupacional	01	01	01
Assessor Especialista		01	01
Assistente Administrativo	01		
Téc. em Radiologia	01		01
Agente de Fiscalização			01
Biólogo	02		04
Nutricionista	02		06
Farmacêutico	01		01
Auxiliar de Enfermagem	02		06
Técnico de Enfermagem			01
Assistente Social			06
Psicólogo	01		
Fisioterapeuta	03		
Assist. Admin. Hospitalar	01		
Arquiteto	01		
TOTAL	80	21	91

Fonte: Registro da ED/CGADSS

Tabela 7-Participações em comissões, comitês, grupos de trabalho sobre Integração Ensino e Serviço

ATIVIDADE	Nº REUNIÕES
Reunião da Comissão Permanente de Ensino e Serviço –	03
Reuniões do GT Normas e Fluxos para Práticas e Ensino	05
Comitê Gestor Docente Assistencial da GCC: Pró- saúde, PET, saúde, estágios e projetos pedagógicos no distrito.	10
Comitê Gestor Docente Assistencial GD LENO:Pró Saúde, PET	12
Reunião para início da implantação do DDA Norte/Eixo-zar/UFCSPA na GD NEB	01
Reunião de discussão da parceria UFCSPA com o CS Santa no Conselho Distrital Centro	01
Reunião de Integração da UFCSPA com o CS Santa Marta a GD Centro e CRAPS	01
TOTAL	33

Fonte: Registro da ED/CGADSS, CGVS/EVDT, GD LENO, GD GCC.

Nesse trimestre destaca-se como progressos no processo de integração ensino-serviço: a CPES (Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço) avanço na consolidação da Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço como instância coordenadora das ações de ensino-pesquisa-assistência na SMS; a consolidação dos Distritos Docentes-Assistenciais (DDA) Leste-Nordeste (com a PUC), Glória-Cruzeiro-Cristal (com a UFRGS) e Partenon/Lomba do Pinheiro (com a ESP); a definição e início da implantação do DDA Norte/Eixo-Baltazar (com a UFCSPA); o avanço no comprometimento da UFCSPA com o processo de integração no CS Santa Marta;

integração a constituição e o início do Grupo de Trabalho para definição de normas e fluxos para os estágios e práticas de ensino de graduação e pós-graduação na rede municipal.

Tabela 8- Ações de formação / especialização – residências

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	PROGRAMA	Nº DE RESIDENTES E DE ALUNOS DE ESPECIALIZAÇÃO	LOCAIS DE PRÁTICA
Escola de Saúde ca	Residência Multiprofissional e Residência Médica Ênfases: - Atenção Básica em Saúde - Pneumologia Sanitária - Saúde Mental - Dermatologia Sanitária;	74	GD PLP Serviços cializados em imo e Saúde al - CGVS - HMIPV
PUC	PREMUS – Saúde da Família e Comunidade	19	GD Leno (UBSs: o Santana, Jardim alho, Jardim isio Alves, USF a, CS Bom Jesus CS Santa Marta
UFCSPA	Residência Médica e da Especialização em Dermatologia	06	CS Santa Marta
	Residência Méd. em Oftalmologia	02	CS Santa Marta
	Residência Médica em Psiquiatria	15	HMIPV
HCPA	Residência Médica em Cirurgia Geral	03	HPS
GHC	Residência em Intensivismo	01	HPS - UTI átrica
	Residência Multiprofissional com ênfase: - Saúde da Família e Comunidade - Saúde Mental - Atenção ao Paciente Crítico	24	ASSEPLA GD NEB GD LENO GD NHNI CMU/SAMU
Hospital eles	Residência em Cirurgia Plástica	01	HPS – Cirurgia
	Residência em Cirurgia Geral	03	HPS – Cirurgia
Irmandade Santa Misericórdia Porto re	Residência em Cirurgia Geral	02	HPS – Cirurgia
Hospital Universitário anta Catarina	Residência em Cirurgia Geral	01	HPS – Cirurgia
Hospital São Lucas da RS	Cirurgia Plástica	01	HPS – mados
	Residência em Intensivismo	01	HPS – UTI do ma
Santa Casa de Rio de	Residência em Intensivismo	02	HPS - UTI do ma
Hospital Federal de ma	Residência em Intensivismo	01	HPS - UTI mados
Hospital Federal de ias	Residência em Anestesiologia	02	HPS - Equipe de tesia

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

Tabela 9-Ações de formação – residências próprias

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	PROGRAMA	Nº DE DENTES	DE DENTROS	DE
HMIPV	Ginecologia e Obstetrícia	21	30	
HMIPV	Pediatria	12	30	
HPS	Residência Médica em Cirurgia Geral	06	26	
HPS	Residência Médica em Cirurgia do Tórax	03	26	
HPS	Residência Médica em Medicina de Emergência	16	52	
HPS	Residência em Psicologia Hospitalar	08	26	
Total		66	190	

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

Tabela 10 Práticas Curriculares Desenvolvidas em Serviços da SMS

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	CURSO	Nº ALUNOS 2º TRIM 2011	Nº ALUNOS 2º TRIM 2010
UFRGS	Enfermagem	114	13
	Odontologia	12	33
	FISIOTERAPIA	78	67
	MEDICINA	6	0
	Nutrição	0	7
PUC	Enfermagem	57	99
	NUTRIÇÃO	76	0
	FÁRMÁCIA	15	0
	Serv. Social	0	4
SÃO MIGUEL	Téc. Enfermagem	50	50
UNIVERSITÁRIO	Téc. Enfermagem	53	49
IPA	Enfermagem	187	28
CEDEN	Téc. Enfermagem	15	33
ULBRA	Enfermagem	32	58
SENAC	Téc. Enfermagem	63	29
LAFAYETTE	Téc. Enfermagem	28	23
	Inst. Cirúrgica	25	28
	Enfermagem	6	0
UNILASALLE	Enfermagem	12	14
FUC	Téc. Enfermagem	49	73

UNISINOS	Enfermagem	85	40
UFCSPA	Enfermagem	5	0
ESCOLA ZONA	Téc. Enfermagem	12	0
FEEVALE	Enfermagem	0	7
FACTUM	Téc. Enfermagem	0	69
TOTAL	26	980	724

Esta tabela apresenta os dados referentes às práticas curriculares desenvolvidas em campos da SMS no segundo trimestre/2011. As práticas curriculares são atividades educacionais desenvolvidas por grupos de alunos nos campos de prática com a presença permanente de professores das instituições de ensino. A crescente importância das práticas curriculares e estágios na formação dos profissionais da saúde, aliado aos programas do Ministério da Saúde (PRÓ-SAÚDE, PET-SAÚDE), têm incrementado significativamente a procura de campo para ações de integração ensino e serviço pelas instituições formadoras. A SMS tem investido na qualificação das ações de integração ensino e serviço e da relação com as instituições de ensino através da recente criação da Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço (CPES) e do investimento na formalização, registro e acompanhamento dessas atividades – pois estas práticas anteriormente eram incipientes e sem registros.

6.1.2 Comitê de ética em pesquisa

Tabela 11 Resultados Encontrados

	<i>2º trim 2011</i>	<i>2º trim 2010</i>
Nº de requerimentos para apreciação/período	21	32
Nº de projetos em acompanhamento/período	21	32
Nº de projetos aprovados/período	08	28
Nº de projetos com pendência /período	13	3
Nº de projetos arquivados /período	0	0

Fonte : CEP SMS

Em relação aos dados apresentados acima, apesar da variação observada de um ano para outro, verifica-se que as atividades têm sido desenvolvidas de forma integrada e efetiva pelos membros do CEP. As listas de todos os protocolos aprovados, pendentes e arquivados do ano de 2011, estão disponíveis no site do

Considerando que a maioria dos projetos de pesquisa submetidos ao CEP referem-se a monografias e trabalhos de conclusão, há o predomínio de submissões no início do semestre (que corresponde ao primeiro trimestre). Dessa forma, os alunos/pesquisadores têm condições de desenvolver o seu estudo durante os meses seguintes. Verifica-se um predomínio dos 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. Os estudos que utilizam prontuários ou banco de dados tiveram uma menor ocorrência em relação aos estudos citados anteriormente.

No período houve a inclusão de novos membros servidores na comissão, em decorrência do processo 001.003958.11.6, com divulgação do Edital CEP-2011 e processo de seleção de novos integrantes.

Como atuação externa o CEP contribuiu com participação nas reuniões ordinárias e extraordinárias na CONEP, em Brasília, através da bióloga Maria Mercedes Bendati, a qual é membro deste CEP e membro titular da CONEP.

6.2 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA E DA GESTÃO EM SAÚDE

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

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

Apresenta-se abaixo a avaliação do desempenho dos serviços de saúde em toda a rede de saúde da Cidade.

A meta pactuada no Plano Municipal de Saúde está descrita na 10ª Diretriz: Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS

A Meta estabelecida a ser alcançada até 2013 é a Implantação de ações de humanização, conforme as diretrizes da PNH, em 100% dos serviços até 2013.

A meta pactuada para 2011 é atingir 50% dos serviços dos serviços de saúde com Grupos de Trabalho de Humanização.

Abaixo informamos alguns indicadores que permitem monitorar o processo de trabalho das equipes de saúde nos locais de trabalho

Tabela 12-Eixo gestão do trabalho - Cogestão – Reuniões de equipe

GERENCIAS	Total serviços	2º trim 2011	2º trim 2010	variação
CENTRO	27	11	0	11
NHNI	13	10	1	9
PLP	27	22	1	21
LENO	28	22	0	22
SCS	19	*DNF	0	0
GCC	29	*DNF	0	0
NEB	25	20	7	13
RESTINGA	13	10	0	10
total	181	95	7	86

Fonte: Comitê de humanização e CRAPS

*DNF: dados não fornecidos

Observa-se na tabela acima a variação por Gerência Distrital no eixo gestão do trabalho (cogestão). Houve um aumento significativo em todas as gerências em especial nas LENO e PLP no número de reuniões de equipe. As gerências SCS e GCC não forneceram dados.

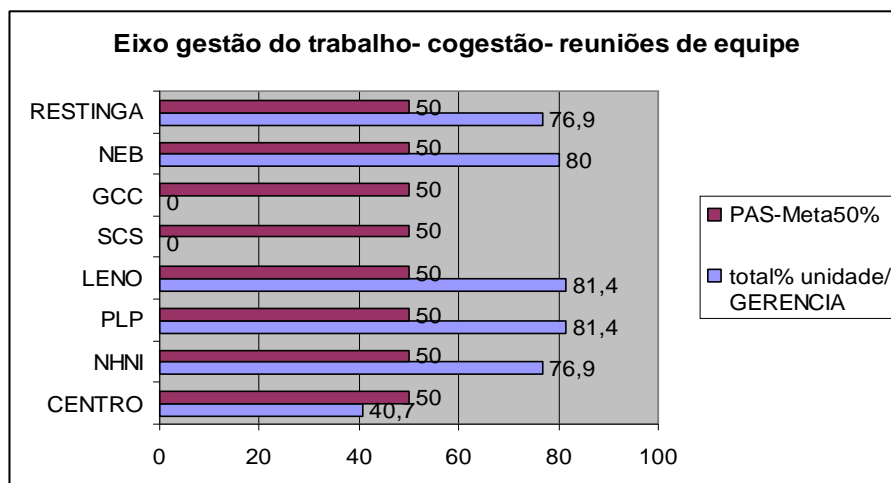


Figura 1 Gráfico: Eixo gestão do trabalho -Cogestão – Reuniões de equipe

Observa-se na figura acima que as Gerências Distritais: Restinga, NEB, LENO, PLP e NHNI superaram a meta pactuada no PAS (Programação Anual de Saúde).

Tabela 13-Eixo Gestão do trabalho: Conselho local de saúde

GERENCIAS	Total de equipes por ços	2º trim 2011	2ºtrim 2010	variação
CENTRO	25	11	0	11
NHNI	24	10	1	9
PLP	42	22	1	21
LENO	35	22	0	22
SCS	25	*DNF	0	0
GCC	37	DNF	0	0
NEB	30	20	7	13
RESTINGA	19	10	0	10
total	237	95	9	86

Fonte: Comitê de humanização e CRAPS

*DNF: dados não fornecidos

Observa-se na tabela acima um aumento significativo dos conselhos locais de saúde nas gerências distritais NHNI e LENO.

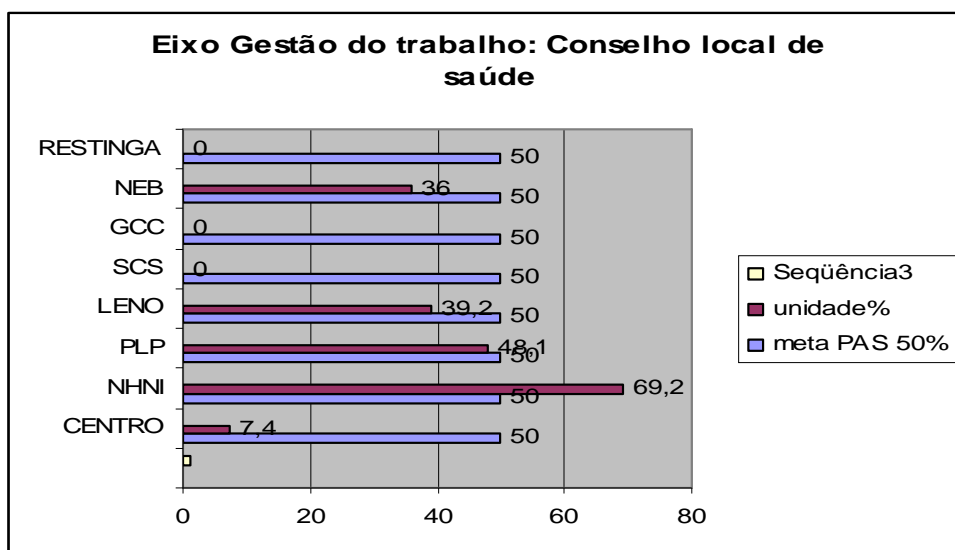


Figura 2 - Gráfico: Eixo gestão do trabalho: conselho local de saúde

No eixo da atenção, as ações de Acolhimento (escuta qualificada) não estão sendo apresentado neste relatório, embora tenha sido abordado no relatório anterior, devido a necessidade de uma melhor discussão e esclarecimento e dispositivo, junto às gerências distritais e serviços. Assim como outras ações pactuadas no PAS, entre elas: Rodas de conversas, oficinas e Grupos de Trabalho de Humanização, Consultorias realizadas, Publicações realizadas, capacitações feitas onde a humanização é colocada como um dos conteúdos.

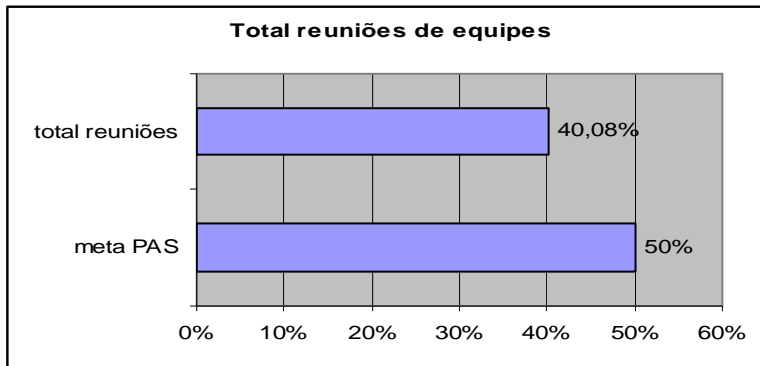


Figura 3 - Gráfico Total Reunião De Equipes

Conforme figura acima, o total de equipes com reuniões da Rede Primária de Saúde (UBS, ES, CS e PAS) apresenta um total de 40,8% aproximando – se da meta de 50% pactuada no PAS. Vale lembrar que nem todos os serviços encaminharem essa informação.

6.3 OUVIDORIA DO SUS

- **Ouvidoria do HMIPV**

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

Tabela 14- Ouvidoria

Ouvidoria		2º trimestre		2º trimestre 2010		Ouvidoria: Reclamações mais freqüentes:
		Nº	%	Nº	%	
156	concluídas	03	100%			Cancelamento de cirurgia por falta de anestesista; Demora no reagendamento das cirurgias planejadas; Atraso do médico no início dos atendimentos às consultas ambulatoriais; Grosserias no atendimento na recepção e na consulta.
	pendentes	00	0%			
	Total	03	100%			
Presencial	concluídas	23	100%			
	pendentes	00	0%			
	Total	23	100%			
Total	concluídas	26	100%			
	pendentes	00	0%			
Total Geral		26	100%			

Os relatórios não foram enviados tendo em vista um erro apresentado após uma atualização ocorrida no sistema durante o mês de julho. Tal relatório só será possível

após o novo script a ser rodado e testado. Portanto se tudo correr bem as informações estarão disponibilizadas a partir do dia 1º de agosto (*Supervisão 156 - Projeto FALA PORTO ALEGRE*).

6.4 ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO

No 2º trimestre de 2011, A Assessoria recebeu três novos técnicos de comunicação para integrar a equipe, um jornalista, uma profissional de Relações Públicas e um Publicitário. Desta forma, houve uma readequação do setor, o que possibilitou uma melhor distribuição das demandas e um envolvimento maior dos profissionais nas ações desenvolvidas.

A Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre passou a integrar a Assessoria de Comunicação. As metas são implementar ações que efetivem o serviço como ferramenta de gestão, estabelecendo políticas públicas referendadas pelas demandas da população; intensificar a capacitação dos servidores para atuar como um canal eficaz de comunicação entre a Secretaria e a população; monitorar e avaliar as demandas do cidadão, estabelecendo uma dinâmica no fluxo da informação entre a SMS e a população, contribuindo para a construção de uma imagem positiva do Sistema Único de Saúde na cidade.

Em relação às metas pactuadas no Plano de Municipal de Saúde, a Assessoria realizou e trabalhou na divulgação das campanhas de saúde para a Vacinação da Gripe; Hepatites Virais; Planejou a Campanha de Vacinação contra o Sarampo e contra a Poliomielite – Dia D; Evento de Combate ao Tabagismo; Dia dos Namorados e Dia Mundial de Saúde - DSTs/Aids, auxiliando assim no alcance das metas estabelecidas. A Assessoria também estabeleceu diálogo com o Gabinete de Comunicação Social para a realização de três grandes campanhas de mídia que serão lançadas no segundo semestre deste ano, tendo como foco epidemias e agravos à saúde, onde serão abordadas as prevenções à Aids e Dengue.

O setor organizou, divulgou e realizou ainda os eventos e materiais gráficos referentes à Assinatura de Ordem de Início da UBS Wenceslau Fontoura, da Base SAMU Bom Jesus, da UPA Zona Norte; Inauguração da Base do SAMU Navegantes; Entrega da Reforma da USF Alto Embratel; Inauguração da Sala de Grupo do Programa de Prevenção à Violência das Equipes de Saúde da Família dos Territórios de Paz do Pronasci; Inauguração do Auditório do CSVC e Seminário do Programa Nacional de

Reorientação da Formação Profissional em Saúde; Projeto do Aniversário de 15 anos da GeraçãoPOA. Material para o Prêmio Equidade em Saúde nos Serviços de Saúde; Folder Consulta Popular para o HPS; Cartilha sobre doença falciforme para a Área Técnica da População Negra; Material da Casa Viva Maria; Materiais do Programa de Redução de Danos da SMS; Evento de Doação de Sangue do HPS; Aniversário do HPS; Materiais para o COMAD; Projeto básico, licitação e apoio à realização do VIII Congresso da RBCE; Materiais para a Campanha de Descentralização da Testagem para HIV/Aids; Materiais da área de Saúde Mental; Materiais para a Saúde da População Negra. A Assessoria organizou o estande, confeccionou os materiais institucionais e divulgou as atividades do Congresso Nacional de Secretarias Municipais em Saúde – CONASEMS, em Brasília, tendo um retorno altamente positivo no trabalho de projetar a SMS num cenário nacional.

Por meio da parceria com a Escola Superior de Propaganda e Marketing – ESPM, seguindo as diretrizes do Plano Municipal e as metas estabelecidas pela Assecom, foram desenvolvidos o layout das peças gráficas da campanha de valorização do SUS, que será lançada pela SMS em setembro, dos materiais institucionais da secretaria e do novo logotipo que está sendo aplicado à logomarca da Secretaria para reforçar o objetivo da SMS em trabalhar com ações efetivas por uma “Porto Alegre mais Saudável”, além destes, também foi desenvolvida uma campanha institucional para o Hospital de Pronto Socorro. Ainda, por meio desta parceria, começaram as gravações para o programa interno de TV, que será rodado nas salas de espera dos serviços, e foi desenvolvido o vídeo do Planejamento de Comunicação para o Lançamento do Protocolo de Manchester.

A Assessoria integrou a Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde, nas comissões de Infra-estrutura e de Divulgação. Planejando, organizando, divulgando e realizando as Pré-Conferências em cada uma das distritais de Saúde da cidade, visando garantir o engajamento e uma participação popular mais expressiva no evento final. Foram 08 eventos que iniciaram dia 07 de maio na Região Centro e terminaram no dia 11 de junho na região Norte/ Eixo Baltazar com público aproximado e, muitas vezes superior a 200 pessoas em todas as regiões. A equipe desenvolveu o Projeto Base para o evento, bem como acompanhou o processo licitatório, estabeleceu parceria com a Procempa para criação do site, inscrições e apoio em relação a materiais e a infra-estrutura das Pré-conferências, bem como o evento final. Ainda colaborou na parceria com a Caixa e estabeleceu parceria com o Tribunal Regional Eleitoral, para apoio às eleições dos delegados durante a Conferência, com DMAE e DMLU, para o

fornecimento de água e apoio na manutenção dos eventos descentralizados. A Assecom foi responsável pela criação do logotipo da Conferência e o layout de todas as peças gráficas desenvolvidas para as Pré-Conferências e para a 6ª Conferência Municipal de Saúde. Para as Pré-Conferências foram desenvolvidos cartazes, folders, adesivos de votação de diretrizes e propostas, bem como toda a demanda de material de escritório e infra-estrutura. Para a Conferência foram desenvolvidos cartazes, folders, crachás, adesivos de votação, banners, canetas, blocos, faixa de mesa, back drop, camisetas, sacolas, relatório compilado, painéis de exposição por eixos temáticos. A Assessoria de Imprensa foi responsável pela manutenção de notícias do site e cobertura de imprensa de todas as Pré-Conferências e a Conferência final.

As atividades de rotina e ações de utilidade pública visando à promoção da saúde da população e divulgação de campanhas, pacientes ignorados, fechamento de unidades, desinsetização, foram trabalhadas junto aos veículos de comunicação, com releases, comunicados e atendimento a dúvidas. A Assecom atendeu a imprensa 24 horas diariamente, buscando responder a questionamentos, propondo fontes, e oferecendo respostas concretas e efetivas, construindo permanentemente uma relação de diálogo e confiança pela resolução de situações de conflitos de forma transparente.

O trabalho realizado pela Assessoria de Comunicação Social (ASSECOM) integrou os profissionais de Relações Públicas, de Jornalismo e de Publicidade, numa comunicação capaz de tornar de conhecimento da população o que é feito pela Secretaria Municipal de Saúde.

Nos dados de clipegem, confere-se a constante inserção da Secretaria tanto na imprensa escrita, quanto em TV, Rádio e sites. Destacaram-se as notícias sobre:

CONTRATAÇÃO DE SERVIDORES

A contratação de novos servidores para o Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) teve bom aproveitamento pelos veículos de comunicação, especialmente as emissoras de rádio. Gaúcha AM e TVCOM abordaram o assunto mais de uma vez.

VACINAÇÃO

A campanha de vacinação contra a gripe também teve espaço garantido na imprensa, durante todo o período, com a divulgação do Dia D da campanha, cobertura do evento (dia 30 de abril, com a participação do prefeito e do secretário municipal de Saúde) e notícias sobre as prorrogações de datas para imunização e com atualização de números de pessoas vacinadas.

Foram recebidas, constantes, as solicitações de fontes da SMS para conceder entrevistas (principalmente para rádio e televisão) sobre o assunto. Todos os pedidos foram sempre atendidos – com entrevistas concedidas pelo secretário adjunto ou pela Coordenação-Geral da Vigilância em Saúde.

Em maio, com a prorrogação da campanha de vacinação contra a gripe, continuaram sendo veiculadas notícias sobre o assunto na imprensa, com atualização de números e entrevistas solicitadas à Coordenadoria-Geral de Vigilância em Saúde.

O tema teve ampla cobertura das rádios Gaúcha, Guaíba, Pampa e Band, de emissoras de televisão e de veículos impressos (especialmente o jornal Correio do Povo).

A campanha de vacinação contra a gripe teve amplo destaque nos veículos de comunicação durante o mês de junho. A divulgação chamou atenção para o alerta da SMS sobre a importância da prevenção, a disponibilidade de doses nos postos de saúde, a extensão da vacina para portadores de doenças crônicas e os índices de imunização, que neste ano se mantiveram abaixo do esperado na maior parte do período da campanha, não apenas em Porto Alegre e no Rio Grande do Sul, mas em todo o país.

CAMPANHA DE DOAÇÃO DE SANGUE

Em 30 de abril, iniciaram-se as campanhas mensais do Hospital de Pronto Socorro (HPS) para coleta de doações de sangue em um ônibus do Hemocentro estacionado em frente ao hospital, durante um sábado. A iniciativa teve divulgação em rádios e contou com boa cobertura do Correio do Povo, o que se refletiu positivamente no comparecimento de doadores.

DENGUE

Através da Assessoria de Comunicação Social, a SMS confirmou a incidência de 62 casos autóctones de dengue em Porto Alegre. Além de informações sobre o mutirão de combate ao mosquito transmissor da doença e o Programa Municipal de Prevenção à Dengue.

INVESTIMENTOS EM OBRAS: PRONTO-ATENDIMENTOS E USF

O anúncio feito pela SMS de construção de mais quatro Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) – a primeira na Zona Norte, com previsão de entrega em quatro meses – foi também um dos assuntos de destaque do mês. Recebeu espaço, principalmente, nas rádios Gaúcha e Guaíba, na Ulbra TV, na TV Câmara Porto Alegre e no jornal Correio do Povo.

Foi divulgada também a assinatura de autorização para início de obras da nova sede da Unidade de Saúde da Família Wenceslau Fontoura e da sede própria da Base do SAMU Bom Jesus, que fazem parte das demandas do Orçamento Participativo e nas quais serão investidos R\$ 600 mil.

LEITOS HOSPITALARES

A liberação de leitos pelo Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) para atendimento de pacientes com doenças respiratórias, entre junho e setembro, por meio de termo firmado entre a Prefeitura de Porto Alegre e o Ministério Público, também teve divulgação na imprensa.

No mesmo período, também foi anunciado que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) atenderiam até as 22h, em função do aumento pela procura de atendimento em consequência das baixas temperaturas.

TABAGISMO

Matérias de alerta sobre os riscos do hábito de fumar foram motivadas pela Assessoria de Comunicação Social e foram utilizadas como pauta pelo jornal Correio do Povo e pela Rádio Pampa.

O Projeto Municipal de Combate ao Tabagismo também foi focado pela Rádio Pampa, com entrevista da coordenadora do Programa contra o Tabagismo da SMS, Vânia Micheletti.

OPERAÇÃO INVERNO

A antecipação de medidas de controle de doenças respiratórias em função das baixas temperaturas, por parte da SMS, com o lançamento da Operação Inverno, também teve receptividade dos veículos de comunicação. Foram divulgados o aumento do número de leitos disponíveis no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) e o prolongamento de horários de atendimento em unidades de Saúde.

HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO

Dois fatos referentes ao Hospital de Pronto Socorro (HPS) tiveram destaque nos meios de comunicação em junho.

Foi amplamente noticiado o processo de licitação para contratação de empresa para execução de reformas e ampliação do setor de Emergência, assim como o investimento total de R\$ 15 milhões previstos para melhorias e aquisição de equipamentos pelo hospital.

Outro assunto noticiado sobre o HPS foi a promoção do curso de primeiros socorros, para capacitar o maior número possível de pessoas da comunidade a prestar atendimento básico a vítimas de traumas e de outras situações de urgência.

SAMU

A inauguração da sede própria da Base do SAMU Humaitá-Navegantes, na Zona Norte de Porto Alegre, no dia 3 de junho, com investimento de R\$ 154 mil, foi anunciada principalmente por emissoras de rádio. As notícias informaram também que o SAMU opera atualmente com 12 bases e 15 UTIs móveis.

Desde o início da temporada de declínio da temperatura, as notícias desfavoráveis à SMS se concentraram na superlotação dos serviços de emergência. Em todos os casos, a SMS respondeu a questões levantadas pela imprensa e intermediou entrevistas para que a Secretaria pudesse se manifestar, em atendimento a solicitações dos veículos de comunicação ou como uso do direito de resposta.

Após uma sucessão de matérias negativas sobre o SAMU veiculadas pela TV Record, a Assecom reverteu às críticas contribuindo com pautas favoráveis ao serviço móvel de urgências. A RBS TV colocou no ar, em maio, duas matérias enfocando o SAMU, uma delas no Dia do Trabalhador, mostrando um dia inteiro de jornada de uma das equipes, e outra acompanhando o trabalho da Base Bom Jesus.

- ***Campanhas, ações, eventos e matérias gráficos produzidos no período***

Evento dia 7 de abril: “A 1000 pela Vida” – Prainha Gasômetro

Campanha Dia dos Namorados (intervenção rua e Gasômetro, produção de material informativo)

Campanha Hepatites (intervenção esquina democrática, produção material informativo)

Parceria com ONG:

Apoio na realização da Assembléia do Fórum ONG/AIDS RS no dia 24 de maio (sala, coffee e almoço para 35 pessoas e equipamentos informática).

Apoio na realização do Fórum ONG/AIDS RS nos dias 28 e 29 de junho (sala, coffee e refeição para 40 pessoas e equipamentos informática).

7. REDE DE SERVIÇOS E REFERÊNCIAS

Tabela 15- Atenção especializada serviços próprios e conveniados

	Centros de especialidades	de	08	Serviços conveniados
Especializada	CAPS		04	02 GHC, 02 HC, 02 HMD - 06
	CEO		04	01 UFRGS e 01 GHC - 02
	SAE		02	01 Sanatório Partenon
	CRT		07	01 Sanatório Partenon
	NASCA		08	00
1º trimestre de 2011				

Fonte – CGRAPs

Tabela 16 Serviços de saúde Próprios e Conveniados 1º trimestre - 2011

	Especificação	Próprios	Conveniados e Contratados
Básica	Equipes - ESF	00	95 ICFUC, 10 GHC, 04 HVM, 03 HCPA TOTAL: 116
	Unidade Estratégia Saúde Família - ESF	00	66 ICFUC, 08 GHC, 03 HVM 02 HDP, 1 HCPA TOTAL: 80
	Unidades Básicas de Saúde -	53	01 HMD, 01 HED, 04 GHC 01 PUC, 00 HVM, 01 HCPA TOTAL: 08

Fonte – CGRAPs

Tabela 16 - Serviços de saúde Próprios e Conveniados 2º trimestre - 2011

	Especificação	Próprios	Conveniados e Contratados
Básica	Equipes - ESF	00	109 ICFUC 10 GHC 04 HVM, 03 HDP, 04 HCPA Total 130
	Unidade Estratégia Saúde Família -	00	69 ICFUC, 08 GHC 03 HVM, 02 HDP, 01 HCPA Total 83
	Unidades Básicas de Saúde - UBS	53	01 HMD, 01 HED, 04 GHC 01 PUC, 01 HCPA Total 08
Especializada	Centros de Especialidades	08	Serviços conveniados
	CAPS	04	02 GHC, 02 HC, 02 HMD Total 06
	CEO	03	01 UFRGS, 01 GHC Total 02
	SAE	02	01 Sanatório Partenon Total 01
	CRT	06	01 Sanatório Partenon Total 01
	NASCA	08	

Fonte: CGRAPs

Tabela 17-Cobertura Populacional – Quantitativo de UBS/USF/ESF/ESB/ACS 1º trim/2011.

Gerências Itais	População da Região	UBS	Estratégia Saúde Família				Cobertura
			USF	ESF	ESB	ACS	
	1.400.501	Nº	Nº	Nº	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	388	28,57%

Fonte: CGRAPs

Tabela 18-Cobertura Populacional – Quantitativo de UBS/USF/ESF/ESB/ACS 2º trim/2011.

Gerências Itais	População Geral da Região	UBS	Estratégia Saúde Família				Cobertura
			USF	ESF	ESB	ACS	
	1.400.501	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	100%
Centro	267.012	03	04	11	04	19	14,21%
LN	156.235	07	16	22	03	78	48,58%
SCS	178.903	10	07	10	03	33	19,28%
GCC	151.750	10	15	23	03	75	52,28%
NEB	181.673	16	13	19	02	52	36,08%
PLP	186.413	10	12	22	07	57	40,71%
NHNI	189.156	06	10	14	05	33	25,53%
RES	89.359	04	06	09	04	41	34,74%
Total	1.400.501	61	83	130	31	388	32,02%

Fonte: CGRAPs

Conforme análise dos dados apresentados nas tabelas 13, 14 e 15 e 16, pode-se observar que no 2º Trimestre ano presente, houve alterações na rede de atenção primária.

Sendo que, no que se refere aos serviços “Conveniados e Contratados” houve um aumento de 14 Equipes – ESF. Observa-se que estas 14 ESF estão relacionadas ao convênio com o ICFUC. Apresentam-se distribuídas e nomeadas:

- 05 Equipes ESF NHNI – PIEC (Programa de Integração da Entrada da Cidade) PIEC II, IAPI I, IAPI II e IAPI III;
- 03 Equipes ESF NEB – Santa Fé II, Passo das Pedras II e Santo Agostinho II;
- 02 Equipes ESF PLP – Ernesto Araújo III e Herdeiros II;

- 03 Equipes ESF GCC – CSVC I, CSVC II e CSVC III;
- 01 Equipes ESF CENTRO – Santa Marta III.

No que se refere às novas Unidades da Estratégia Saúde da Família (USF) conforme tabela 16 foram acrescentados 3 unidades, sendo conveniado com o ICFUC. Apresentam-se: USF CSVC, USF IAPI e USF PIEC.

Já no que se alude as Unidades Básicas de Saúde UBS, não houve alterações na estrutura da rede.

Ao se analisar sobre a ‘Atenção Especializada’, ressaltamos que Centro de especialidades, CAPS, CEO, SAE, NASCA se mantiveram o mesmo desenho de rede, havendo alterações somente no Centro de Referência a Tuberculose (CRT), sendo que o quantitativo foi diminuído, sendo fechado o CRT IAPI devido à deficiência de recursos humanos. Os poucos recursos humanos que pertenciam ao CRT IAPI foram acoplados ao CRT Navegantes.

Em relação do primeiro trimestre com o segundo trimestre do presente ano a avaliação se faz de modo evolutivo.

- Ampliação das **USF**, sendo 2 USF GD NHNI (IAPI e PIEC) e 1 USF GD GCC (CSV);

- Ampliação das **ESF**, sendo 05 Equipes GD NHNI (PIEC I, PIEC II, IAPI I, IAPI II e IAPI III), 3 Equipes GD NEB (Santa Fé II, Passo das Pedras II e Santo Agostinho II), 2 Equipes GD PLP (Ernesto Araújo III e Herdeiros II), 3 Equipes GD GCC (CSV I, CSV II e CSV III), 1 Equipes GD CENTRO (Santa Marta III.ESF CENTRO);

- Ampliação nas **ESB**, sendo 02 ESB GD NHNI (IAPI e PIEC), 01 ESB GD CENTRO (Santa Marta), 1 ESB GD NEB (Esperança Cordeiro), 01 ESB GD PLP (Ernesto Araújo), 1 ESB DG RES (5ª Unidade)., 02 ESB SCS (Moradas da Hípica, Vila Nova Ipanema)

- ACS mantiveram-se sem alterações quando em comparação com o trimestre anterior.

- Desta forma, observa-se que houve aumento na cobertura populacional da estratégia de saúde da família das GD: CENTRO de 1,29%, GD GCC de 6,82%, GD NEB de 5,7%, GD PLP de 3,7%, GD NHNI de 9,12% e cobertura total do município 3,45% que correspondem a 14 ESF. Também há um acréscimo de ESB, de 23 para 31 evidenciando um aumento de 8 equipes novas de saúde bucal.

8. INFRA-ESTRUTURA DE APOIO

Equipe de Programação e Compras- EPC

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

Tabela 19- Compra de materiais de consumo no período

Materiais de Consumo/REDE	2ºTrim 2011	2ºTrim 2010	Variação %
		R\$	
Alimentação	28.139,05	25.276,32	+11,13
Medicamentos	3.798.731,10	2.880.698,70	+31,86
Enfermaria	1.135.456,42	768.064,11	+47,83
Saúde Bucal	81.025,53	140.217,30	-42,00
Laboratório	216.842,81	233.923,74	-7,30
Manutenção	229.079,90	171.869,29	+33,28
Informática	17.574,80	16.678,00	+5,37
Higiene e Limpeza	63.800,54	116.766,96	-45,36
Transporte	71.425,88	105.422,50	-32,24
(pneus/óleos/combustíveis)			
Gases Medicinais	61.133,40	83.518,09	-26,80
Gás Liquefeito	12.072,00	16.797,60	-28,13
Escritório	84.089,20	121.803,03	-30,96
TOTAL	5.799.370,63	4.681.035,64	+23,89

FONTE: EPC/CGATA

Tabela 20- Compra de materiais de consumo e permanente no período

Material Permanente	2ºTrim 2011 R\$	2ºTrim 2010 R\$	Variação %
CGRAPS ,GCVS,CMS,COMEM	1.901.129,95	363.613,39	422,84
TOTAL	1.901.129,95	363.613,39	422,84

FONTE: EPC/CGATA

Assessoria de Projetos – ASSEPRO

O total de recursos financeiros gastos no 2º trimestre de 2011: em obras foi de R\$ 423.674,27, comparado com o mesmo período de 2010 os investimentos foram de R\$ 263.602.61.

4 Obras concluídas- reformas e ampliações no 2º trimestre de 2011: .USF Alto Embratel, UBS Morro Santana, .CEO CS Bom Jesus, CS Vilas dos Comercários recepção e telhado.

10 Projetos concluídos para reforma, ampliação e novas unidades no 2º trimestre de 2011: UBS Campo Novo, UBS São Cristóvão, USF Jardim da FAPA, USF

Castelo, UBS São José, PA Lomba do Pinheiro (recepção), Prédio Pavilhão da Santana, CS Santa Marta - SAE, DST AIDS; CS Santa Marta - Reforma Ambulatório Dermatologia e CS Vilas dos Comercíarios , reforma piso antiga recepção.

Quadro 1- Obras realizadas no período

2ºTrimestre 2011	2ºTrimestre 2010
<p>UNIDADE: USF Alto Embratel OBRA: Reforma e ampliação da Unidade - Rua 22 de , 2351 – Bairro Cascata EMPRESA: Realizada pela Empresa Prol Engenharia Ltda. INÍCIO: 01/12/2009 TÉRMINO: 01/06/2011 VALOR: R\$ 179.933,19 FUNTE DE RECURSO: PMPA (Recurso 040) DEMANDA DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO: 2007/509</p>	<p>UNIDADE: Unidade de Saúde da Família Nazaré OBRA: Reforma geral EMPRESA: Realizada pela Equipe de Manutenção al da SMS e Equipe de Manutenção Predial do to de Cardiologia. INÍCIO: 18/01/2010 TÉRMINO: 09/04/2010 VALOR: R\$ 17.490,00 FUNTE DE RECURSO: Fundo Municipal de Saúde</p>
<p>UNIDADE: UBS Morro Santana OBRA: Ampliação - Rua Marieta Menna Barreto, 210 - b Santana EMPRESA: Realizada pela Empresa Portotec. INÍCIO: 01/02/2011 TÉRMINO: 01/05/2011 VALOR: R\$ 70.853,55 FUNTE DE RECURSO: Fundo (Pró-Saúde) DEMANDA DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO: 2011/739</p>	<p>UNIDADE: Auditório do Centro de Saúde Bom Jesus OBRA: Ampliação da unidade com construção de o para funcionamento de novo auditório EMPRESA: Prol Engenharia INÍCIO: 03/08/2009 TÉRMINO: 30/04/2010 VALOR: R\$ 120.074,27 FUNTE DE RECURSO: Fundo Municipal de Saúde ênio Pro Saúde PUC)</p>
<p>UNIDADE: CEO do CS Bom Jesus OBRA: Ampliação - Rua Bom Jesus, 410 (esquina Rua Felipe) - Bom Jesus EMPRESA: Realizada pela Empresa AGL Construções INÍCIO: 01/02/2011 TÉRMINO: 10/06/2011 VALOR: R\$ 56.263,61 FUNTE DE RECURSO: Fundo (Pró-Saúde) DEMANDA DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO: 2011/742</p>	<p>UNIDADE: Unidade Básica de Saúde Ipanema OBRA: Reforma geral EMPRESA: Realizada pela Equipe de Manutenção al da SMS INÍCIO: 29/03/2010 TÉRMINO: 14/05/2010 VALOR: R\$ 12.807,00 FUNTE DE RECURSO: Fundo Municipal de Saúde</p>
<p>UNIDADE: CS Vila dos Comercíarios OBRA: Reforma da recepção e telhado - Av. Moab Caldas, Santa Tereza EMPRESA: Realizada pela Empresa Prol Engenharia Ltda. INÍCIO: 01/10/2009 TÉRMINO: 04/04/2011 VALOR: R\$ 116.623,92 FUNTE DE RECURSO: PMPA (Recurso 040) DEMANDA DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO: 2011/718</p>	<p>UNIDADE: Farmácia Distrital da Restinga OBRA: Adaptações para uso de salas da UBS dônia EMPRESA: Realizada pela Equipe de Manutenção al da SMS INÍCIO: 12/03/2010 TÉRMINO: 21/05/2010 VALOR: R\$ 7.000,00 FUNTE DE RECURSO: Fundo Municipal de Saúde</p>
	<p>UNIDADE: Unidade Básica de Saúde Vila Vargas OBRA: Reforma geral e adequação para uso EMPRESA: PotENZA Arquitetura e Urbanismo Ltda. INÍCIO: 08/04/2010 TÉRMINO: 23/05/2010 VALOR: R\$ 45.894,94 FUNTE DE RECURSO: Fundo Municipal de Saúde icipalização Murialdo)</p>

	<p>UNIDADE: Unidade de Saúde da Família Lomba do piro</p> <p>OBRA: Adaptações para uso de casa locada - ade funcionava em salas no Porto Atendimento Lomba nheiro</p> <p>EMPRESA: Realizada pela Equipe de Manutenção al da SMS</p> <p>INÍCIO: 28/01/2009</p> <p>TÉRMINO: 24/05/2010</p> <p>VALOR: R\$ 14.949,00</p> <p>FONTE DE RECURSO: Fundo Municipal de Saúde</p>
	<p>UNIDADE: Base SAMU Restinga</p> <p>OBRA: Cercamento através de muro de gradil de eto e reforma geral</p> <p>EMPRESA: Realizada pela Equipe de Manutenção al da SMS e pela empresa MCA Moldados Ltda</p> <p>INÍCIO: 08/04/2010</p> <p>TÉRMINO: 14/06/2010</p> <p>VALOR: R\$ 45.386,80</p> <p>FONTE DE RECURSO: R\$ 41.886,80 Recursos da alizada (040) e R\$ 3.500,00 Fundo Municipal de e</p>

Fonte: ASSEPRO/CGATA/SMS

Tabela 21-Projetos Concluídos

Descrição	Nº Processo	OP	Valor Total (R\$)
UBS Campo Novo (reforma e ampliação)	1.051336.10.3	2009/23	R\$ 652.304,99
CS Vila dos Comercários (Reforma piso da antiga recepção) - GD GCC	1.011523.10.7	2011/718	R\$ 113.845,86
UBS São Cristóvão (Reforma e ampliação) - GD NEB	1.055171.09.5	2010/794	R\$ 439.968,99
CS Santa Marta (Reforma do Ambulatório Dermatologia) - GD C	1.004021.11.8	2011/785	R\$ 68.309,11
CS Santa Marta (Implantação SAE DST/AIDS e novos serviços) - GD C	1.001719.11.4	2011/813	R\$ 729.519,22
USF Castelo (Construção de nova unidade) - GD RES	1.058861.07.6	2011/816	R\$ 1.101.262,68
Reforma prédio para EPAT SMS (Santana) - ADM - projeto e licitação	1.003980.11.1	2010/1009	R\$ 576,421,21
PA Lomba (Reforma da recepção) - GD GCC - projeto e licitação	1.009784.11.0	2009/1136	R\$ 89.637,87
UBS São José - GD PLP - projeto e licitação	1.018305.11.3	2011/712	R\$ 1.110.939,73
USF Jardim da FAPA (Reforma e ampliação) - GD LENO - projeto	1.018284.11.6	2009/141	R\$ 360.259,36

Fonte: ASSEPRO/CGATA/SMS* não há comparativo do item Projetos concluídos com o ano de 2010, visto não ter havido o levantamento desse índice no 2º trimestre de 2010.

O total de investimentos previstos através de projetos concluídos no 2º trimestre de 2011 corresponde a R\$ 5.242.469,02.

Equipe de manutenção predial – EMP

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

Quadro 2 - Manutenções realizadas no período

LOCAIS	QUANT. DE SOLICITAÇÕES ATENDIDAS	VALOR GASTO EM MATERIAIS	QUANT. DE FUNCIONÁRIOS OPERACIONAIS CONTRATADOS
Prédio Sede, EPAT, GMAT, Arquivo	79	R\$ 7.347,00	30
Rede Básica, Centros de Saúde e Gerências	416	R\$ 78.520,00	
CGVS	14	R\$ 1.410,00	
Bases SAMU		R\$ 448,00	
LOCAIS	QUANT. DE SOLICITAÇÕES ATENDIDAS	VALOR GASTO EM MATERIAIS	QUANT. DE FUNCIONÁRIOS OPERACIONAIS CONTRATADOS
Prédio Sede, EPAT, GMAT, Arquivo	102	R\$ 25.412,00	30
Rede Básica e Centros de Saúde e Gerências	881	R\$ 133.075,00	
CGVS	22	R\$ 8.071,00	
Bases SAMU	13	R\$ 2.717,00	
LOCAIS	% DE AUMENTO DE SOLICITAÇÕES ATENDIDAS	% DE AUMENTO DE VALOR GASTO EM MATERIAIS	% DE AUMENTO DE QUANT. DE FUNCIONÁRIOS OPERACIONAIS CONTRATADOS
Prédio Sede, EPAT, GMAT, Arquivo	29,11%	245,88%	0%
Rede Básica e Centros de Saúde e Gerências	111,78%	69,48%	
CGVS	57,14%	472,41%	
Bases SAMU	116,67%	506,47%	

Fonte: EQUIPE DE MANUTENÇÃO/CGATA/SMS

Além das atividades diárias da Manutenção Predial, esta Equipe ainda realizou as seguintes obras:

- Reforma geral da Unidade Básica de Saúde Ipanema
- Troca do telhado da UBS Lami
- Farmácia Distrital da Restinga foram realizadas adaptações para uso de salas da UBS Macedônia.

- Foram realizadas adaptações em casa locada para funcionamento da Unidade de Saúde da Família Lomba do Pinheiro - Unidade funcionava em salas no Porto Atendimento Lomba do Pinheiro

Equipe de Patrimônio – EP

Trata-se de tabela comparativa da entrada de bens móveis permanentes referente ao 2º trimestre de 2011 e 2010. Apresentamos relação da quantidade de bens adquiridos, bem como valor total destes bens.

Tabela 22-Tabela comparativa de entrada bens gerais e bens de informática

BENS	2º TRIM 2011	2º TRIM 2010	VARIAÇÃO %
Nº BENS GERAIS	953	517	84%
Nº BENS INFORMÁTICA	632	153	313%
VALOR BENS GERAIS	R\$ 777.212,07	R\$ 182.093,15	327%
VALOR BENS INFORMÁTICA	R\$ 826.727,77	R\$ 88.643,00	832%

Fonte: EQUIPE DE PATRIMÔNIO/CGATA/SMS

Núcleo de Licitações e Contratos – NLC

Quadro 3- Demonstrativo dos contratos de mão de obra terceirizada, administrados pelo NLC

Tipo de serviço terceirizado	2º Trim 2011	2º Trim 2010	Variação	
			Nº	%
Nº Postos de trabalho e valor gasto no trimestre				
SERVIÇO DE LIMPEZA	251 R\$ 943.200,30	253 R\$ 1.106.100,84	- 2	
SERVIÇO DE PORTARIA	- 116 969.329,94	113 1.034.478,87	- 3	
Serviço de Vigilância	46 R\$ 865.594,83	39 R\$ 698.88,06	5	
SERVIÇOS GERAIS NÃO ESPECIALIZADOS	67 R\$ 210.035,97	67 R\$ 189.13,68		
SERVIÇOS OPERACIONAIS	33 R\$ 191.065,89	31 R\$ 174.983,19		
SERVIÇOS DE COZINHA	21 130.998,99	13 R\$ 44.681,76		
SERVIÇO DE TELEFONIA	81 R\$ 393.300,06	73 R\$ 305.691,99		

O total de postos de trabalho no 2º trimestre de 2011 foi de 612, sendo que no 2º trimestre de 2010 foi de 592 uma diferença de 20 postos de trabalho ou 3, 26%.

Foram gastos no período R\$ 3.931.575,45, sendo que em 2010 3.326.788,92 apresentando uma diferença de 604, 786,53.

INFOREDE

Os projetos envolvendo a informatização da SMS e a conseqüente modernização da gestão prossegue nas suas diferentes etapas e fases. O resultado deste processo pode ser constatado e avaliado mais detalhadamente dentro das diferentes áreas.

Neste período, a implantação do sistema esteve mais concentrado nos diferentes setores da GRSS, em especial nas centrais reguladoras de internação e consultas especializadas, impactando principalmente no número de serviços integrados ao sistema e no número de regulações efetuadas.

Tabela 23- Etapas de Implantação e percentual de cumprimento das metas

Atividade Planejada	Período de execução	Meta - % da
Projeto Wireless	Setembro/2010 a julho/2011	85%
Infra-estrutura de Equipamentos	Outubro/2010 a Novembro 2011	5%
Implantação do Sistema	Dezembro\2010 a novembro\2012	11%
Infra-estrutura de Gerência de Dados	Outubro/2010 a Outubro/2011	50%
Capacitação dos Servidores da Rede de Saúde	Dezembro/2010 a Novembro/2012	40%

Fonte: Relatório de serviço.

A tabela acima explicita as etapas previstas, prazo de implantação e percentuais atingidos. O componente de infra-estrutura de rede (projeto wireless) e infraestrutura de dados (datacenter e funções auxiliares), que são a base do processo estão com previsão de encerramento ainda dentro do prazo previsto.

Em relação à meta Infra-estrutura de Equipamentos, atingiu-se somente 5% porque se encontra ainda na fase de “diagnóstico” do conjunto de serviços, em realização pela área de TI/ SMS e definição da tecnologia a ser adotada. Com previsão da disponibilização dos equipamentos para novembro\2011.

Tabela 24- Etapas de Implantação por Área

ÁREA	Duração	Início	Fim
GRSS	350 dias	02/08/2010	02/12/2012
Centros de Especialidades	297 dias	01/08/2011	18/09/2012
Unidades Básicas	397	23/09/2010	30/03/2012
Urgências Pronto Atendimentos	375 dias	23/09/2010	29/02/2012
Central Regulação SAMU	A definir	A definir	A definir
Vigilância em Saúde	390 dias	16/05/2011	09/11/2012

Fonte - INFOREDE

É importante esclarecer que cada área é subdividida em diversas etapas. No caso da GRSS existem etapas que estão com algum atraso em seus prazos. Porém o prazo total final está sendo mantido. As outras áreas estão dentro dos prazos previstos.

9. PRODUÇÃO

9.1 Atenção ambulatorial

Tabela 25- Produção de consultas médicas nas especialidades básicas.

<i>Serviços</i>	<i>2º trim 2011</i>	<i>2º trim 2010o</i>	<i>Variação</i>	
Próprios	319.725	333.946	Nº	%
			- 14.221	-4,25
Não Próprios	105.238	112.159	- 6.921	-6,17
Total	424.963	446.105	-21.142	-4,73

Fonte DATASUS SAI

Ao avaliar os dados da tabela acima se observa um total de 424.963 consultas médicas realizadas na atenção básica. O cálculo de avaliação para este índice é o total de consultas médicas em atenção básica dividido pelo total de habitantes do município. Considerando a população de 1.409.351 (IBGE 2010), a meta no trimestre foi de 0,33 cons /hab/ano, projetando-se para o ano uma meta de 1,2 consultas médicas hab/ano. Se for considerada a população SUS dependente (70%) a meta atingida foi de 0,4 no trimestre projetando-se para o ano 1,7 consultas médicas hab/ano.

Tabela 26- Produção de consultas médicas nas especialidades básicas por GDS

GDS	2º trim 2011	2º trim 2010o	Variação	
			Nº	%
Centro	39.603	30.575	9.028	29,52
GCC	45.551	52.694	-7.143	-13,55
LENO	32.452	46.763	-14.311	-30,61
NHNI	33.092	32.266	826	2,55
NEB	43.929	73.025	-29.096	39,85
PLP	41.974	27.514	14.460	52,55
RES	24.167	26.900	-2.733	10,15
SCS	37.678	32.642	5.036	15,42
Total	298.446	322.379	-23.933	-7,42

Fonte: DATASUS SIA

A diminuição das consultas médicas nas especialidades básicas nas GDS GCC, LENO, NEB e RES justificam-se pelas aposentadorias, licenças premio em decorrência das aposentadorias e licenças saúde prolongadas.

Tabela 27-Comparativo da Produção da ESF

Gerências	2º TRI 2011	2º TRI 2010	Variação
Consultas Médicas Geral	85221	81658	3563
Total de Pessoas Cadastradas	264079	255592	8487
Atendimento Individual Enfermeiro	41064	36207	4853
VD ACS	106072	98812	7260

Fonte : SIAB

Ao analisar a tabela nº 27 encontramos um valor de 0,32 consulta por pessoa cadastrada (nº de consultas medicas realizadas/ total de pop cadastrada) projeta-se a cobertura de 1,29 consultas médicas da população cadastrada. A meta pactuada no PROESF II é de 1,1 consulta hab/ano. Também se constatou uma média de visitas domiciliares por Agente Comunitário de Saúde (ACS) de 273,3 no trimestre. Considerando 20 dias úteis por mês, a média diária foi de 4,55 visitas domiciliares por ACS. Verifica-se um aumento significativo na produção geral da estratégia - ESF – em consonância com ao aumento da cobertura ocorrida neste trimestre de 3,45%, de 28,57% para 32,02%.

9.2 Assistência Farmacêutica

Tabela 28-Receitas atendidas e recurso financeiro utilizado

GERÊNCIAS	FARMÁCIAS DISTRITAIS	Total GD+FD 2º Trim. 2011	Total GD+FD 2º Trim 2010	Variação
GD CENTRO	FD Santa Marta	89.888	90.482	-594
	FD Farroupilha			
GD NHNI	FD IAPI	72.557	65.161	7.396
	FD Navegantes			
GD NEB	FD Sarandi	68.498	76.084	-7.586
GD GCC	FD.CSVC	95.025	96.735	-1.710
GD LENO	FD Bom Jesus	51.685	83.442	-31.757
GD PLP	FDBananeiras	92.639	77.545	15.094
GD SCS	FD.Camaquã	69.474	57.622	11.852
GD RES	FD MACEDÔNIA	48.433	35.393	13.040
Total de receitas		588.199	582.464	5.735
Total de unid. distribuídas		58.341.849	49.651.682	8.690.167
Recurso financeiro utilizado		R\$ 2.878.114,31	R\$ 2.330.730,63	R\$ 547.384

- As variações observadas na GD NHNI e GD NEB sugerem circulação de usuários;
- A variação da GD LENO está relacionada à dificuldade do levantamento de dados;
- O aumento de recursos financeiros é proporcional ao aumento de unidades distribuídas.

9.3 Transporte Clínico:

Tabela 29 Transporte Social - Demandas (Marcadas – Reprimidas 2º trimestre 2011)

<i>Transporte Social</i>	<i>CENTRO</i>		<i>SCS</i>		<i>PLP</i>		<i>LENO</i>		<i>GCC</i>		<i>NEB</i>		<i>NHIN</i>		<i>RES</i>		<i>Total</i>	
	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R
Demandas (Marcadas - Reprimidas)																		
Consultas	20	0	31	06	37	21	19	0	62	51	27	01	9	6	17	10	222	95
Exames	01	0	9	0	6	0	05	0	24	10	06	01	0	2	2	4	53	17
Fisioterapia	52	0	44	41	20	32	0	05	38	16	26	22	119	18	39	17	338	151
Quimioterapia	0	0	06	2	7	7	02	0	0	0	07	03	2	2	4	5	28	19
Radioterapia	0	0	03	0	10	4	0	0	3	0	02	04	4	4	24	7	46	19
Hemodiálise	0	0	28	8	26	10	02	0	0	0	45	11	4	4	16	8	121	41
Total	73	0	121	57	106	74	28	05	127	77	113	42	138	36	102	51	808	342

Fonte: gerencias distritais

Avaliando a tabela acima encontramos 808 transportes agendados, sendo que a maior demanda é por fisioterapia seguidos de consultas. Já as demandas reprimidas no total de 309, 166 são de fisioterapia seguidos de consultas 87. Identificam-se demandas reprimidas por quimioterapia e radioterapia, que deveriam ser priorizadas.

Não há dados comparativos ao trimestre correspondente do ano de 2010 já que foi acrescido este item no relatório de gestão de 2011.

Em relação à gerência Distrital da Restinga, houve uma diminuição ao número total de marcações e um aumento em relação às demandas reprimidas. A região centro não realiza a anotação das demandas reprimidas.

9.3.1 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.

Até o mês de julho de 2010, esse transporte era realizado com 09 kombis, sendo 04 locadas e 05 oficiais, a partir de agosto do mesmo ano o serviço passou a ser realizado com 06 vans locadas, 02 kombis locadas e 01 kombi oficial, o que nos possibilitou qualificar o atendimento a essas crianças.

Os registros cadastrais do atendimento nos apontam que neste segundo trimestre foram atendidas 71 (setenta e uma) crianças e adolescentes na faixa etária de 01 a 18 anos, indicando uma redução na ordem de 16% em relação ao primeiro trimestre, em virtude do desligamento de crianças que completaram a maior idade. A Assessoria

Comunitária está realizando entrevistas e visitas para a inclusão de novos pacientes, a fim de utilizarmos a capacidade máxima de atendimentos.

9.3.2 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.

Até julho de 2010 as remoções eram realizadas pela empresa Remoções Cristal Ltda que disponibilizava, por força contratual, 03 (três) ambulâncias para o atendimento das remoções geradas pelas Gerências Distritais. Em agosto do mesmo ano a Empresa Rio Grande Emergências Médicas Ltda, Ecco Salva, passou a operar o contrato de remoções disponibilizando assim, 04 (quatro) ambulâncias para as remoções simples e 01 (uma) para as remoções do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

Os dados levantados para o período de abril a junho de 2011 demonstram que , conforme quadro abaixo, foram realizados 886 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 realizados pelas Gerências que compõem a estrutura da SMS.

Tabela 30- Usuários e Atendimentos realizados 2º trimestre de 2011 e 2º trimestre de 2010

GD		2º trim/2011	2º trim /2010	Variação %	
				Nº	%
GDC	Usuários	15	11	4	
	Atendimentos	84	149	-65	
	Média atendimento/usuário	5,6	13,5		-59%
GDLN	Usuários	30	34	-4	
	Atendimentos	120	146	-26	
	Média atendimento/usuário	4,0	4,3		-7%
GDSCS	Usuários	25	22	3	
	Atendimentos	118	151	-33	
	Média atendimento/usuário	4,7	6,9		-
GDGCC	Usuários	32	31	1	
	Atendimentos	101	140	-39	
	Média atendimento/usuário	3,2	4,5		-
GDNEB	Usuários	33	39	-6	
	Atendimentos	106	132	-26	
	Média atendimento/usuário	3,2	3,4		-6%
GDPLP	Usuários	36	11	25	
	Atendimentos	123	133	-10	
	Média atendimento/usuário	3,4	12,1		-
GDNHNI	Usuários	12	19	-7	
	Atendimentos	123	156	-33	
	Média atendimento/usuário	10,3	8,2		26%
GDRES	Usuários	17	19	-2	
	Atendimentos	111	134	-23	
	Média atendimento/usuário	6,5	7,1		-9%

Fonte: EQUIPE DE TRANSPORTES/CGATA/SMS

10. AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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

Tabela 31-Relação de notificações, investigações e confirmações dos casos de hepatites virais

Notificar casos suspeitos de Hepatites Virais no SINAN e com diagnóstico laboratorial por sorologia. (PAVS 38)		Meta PAVS/ SISPACTO	2ºTrim/2011	2ºTrim/2010	Varição
Hepatite B Pacto pela Vida – prior IV -13	Notificado	80%	23	15	53,3
	Investigado	notificação	23	15	53,3
	Confirmado	(PAVS) e	23	15	53,3
	% da meta atingida	90 %	100%	100%	
		diagnóstico laboratorial (SISPACTO)			
Hepatite C	Notificado	80%	94	136	- 30,8
	Investigado	notificação	94	136	- 30,8
	Confirmado		94	136	- 30,8
	% da meta atingida		100%	100%	

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET

Tabela 32-Sífilis Adquirida e Corrimento Uretral Masculino

Nº casos de Sífilis e corrimento uretral *		Meta PAVS/ SISPACTO	2ºTrim 2011	2ºTrim 2010	Varição
Casos	Nº de casos Sífilis	*NP	89	NA	
	Nº de casos corrimento uretral		7	NA	

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

A meta estabelecida na PAS foi de implantar a notificação da sífilis adquirida e corrimento uretral masculino a partir de janeiro/2011 nos serviços especializados em DST e a partir de abril em toda a Rede de Saúde foi alcançada.

Considerando a implantação da notificação no ano de 2011, não é possível calcular a variação com o mesmo período do ano anterior..

Tabela 33- Exames contagem de linfócitos CD4/CD8 e Carga Viral

Exames	Período		Varição %
	2º TRIM	2º TRIM	
Contagem de Linfócitos CD8 realizados	5883	6130	- 4,2
Carga Viral realizados	5378	3580	50,2

Fonte: DATASUS /Tabwin

Tabela 34- Exames Anti-HIV e Confirmatórios Realizados

Exames		Período		Variação
		2º TRIM 2011	2º TRIM 2010	
ANTI HIV	Total de Exames Elisa realizados	22022	21678	1,6
	Anti-HIV Imunofluorescência	368	459	-24,8
	Anti-HIV Western Blot	102	93	9,7

Fonte: DATASUS /Tabwin

Tabela 35-Número absoluto de dispensas de antirretrovirais nas UDM CSI-API e CSV-C

Dispensação de Antirretrovirais	Período		Variação %
	2º TRIM/2011	2º TRIM 2010	
Adulto	6692	6026	11,1
Gestante	78	68	14,7
Criança	81	79	2,5

Fonte: dados fornecidos pelas UDM

HANSENÍASE

Tabela 36- Relação dos casos notificados, investigados, confirmados e proporção de cura para hanseníase

Notificar e investigar imediatamente casos de Hanseníase		Meta S/ SISPACTO	2ºTrim	2ºTrim	Variação %
Nº. Casos Novos	Notificado	NP	2	3	66,67
	Investigado		2	3	66,67
	Confirmado		2	3	66,67
	% investigado		100	100	
Proporção de casos curados dentre os casos diagnosticados Pacto pela Vida – prior IV -9	Nº. casos curados	85 %	4	1	400,00
	* Coorte atingido		4	1	400,00
	Percentil % da meta atingida		100	100	
			100	100	

Fonte: EVDT/CGVS/SINAN NET. *Casos analisados retroativos há um ano, referente às formas clínicas paucibacilares e dois anos para as formas clínicas classificadas para multibacilares.

LEPTOSPIROSE

Tabela 36 - Relação dos casos notificados e investigados de leptospirose.

<i>Notificar e investigar casos de leptospirose</i>		<i>Meta PAVS/ SISPACTO</i>	<i>2ºTrimestre</i>	<i>2ºTrimestre</i>	<i>Varição</i>
Casos	Notificado	NP	23	22	4,54
	Investigado		23	22	4,54
	Confirmado		5	1	500,00
	% Investigados		100	100	

Fonte: EVDT/CGVS/SINAN NET

Os casos confirmados neste trimestre não possuem uma variável relevante entre si. Observa-se uma tendência de estabilidade dos casos e incidência da Leptospirose em Porto Alegre.

SARAMPO E RUBÉOLA

Tabela 37- Relação dos casos notificados e investigados em até 48 horas de sarampo e rubéola.

<i>Investigar casos notificados de Sarampo e Rubéola em até 48 horas. (PAVS 95)</i>		<i>Meta PAVS/ SISPACTO</i>	<i>2ºTrimestre</i>	<i>2ºTrimestre</i>	<i>Varição</i>
Casos	Notificado	90 %	24*	10	240,00
	Investigado		24*	10	240,00
	% Investigado em até 48h		100	100	
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	

Tabela 38 Relação dos casos de doenças exantemáticas encerrados por critério laboratorial.

<i>Encerrar os casos notificados de doenças exantemáticas – sarampo e rubéola- por critério laboratorial (PAVS 96)</i>		<i>Meta PAVS/ SISPACTO</i>	<i>2ºTrimestre</i>	<i>2ºTrimestre</i>	<i>Varição</i>
Casos	Nº absoluto casos	95 %	24	10	240,00
	% com diagnóstico laboratorial		100	100	
	% meta atingida		Meta atingida	Meta atingida	

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

No mês de março foi detectado casos de sarampo importado no Brasil nos estados de Rio de Janeiro, São Paulo, Foz do Iguaçu (Cascavel) e Campo Grande a partir da passagem de uma medica infectada com o vírus vinda da França.

Buscando uma maior sensibilização dos profissionais foi emitido um Alerta Epidemiológico para a rede de serviços da capital.

Portanto, observa-se uma maior notificação de casos de doenças exantemáticas e na capital ocorreram 2 casos confirmados de sarampo importado no mês de maio com a identificação do vírus (D4), o mesmo que circula na Europa, com surto de 7.324 casos confirmados até o momento.

Os dados referente a campanha de vacinação serão informados no relatório do 3º trimestre, tendo em vista que a mesma teve inicio a partir da 2ª quinzena de junho.

VÍRUS DA INFLUENZA

Tabela 39- Número de coletas preconizadas e realizadas na rede sentinela para influenza.

<i>Realizar avaliação de desempenho da rede sentinela de INFLUENZA PAVS 35 e</i>	<i>de</i>	<i>Meta PAVS/ SISPACTO</i>	<i>2ºTrimestre</i>	<i>2ºTrimestre</i>	<i>Varição</i>
Coletas	Nº coletas de amostras preconizadas	5/coletas por semana	120	60	8,33
	nº coletas realizadas		34	130	-73,85
	% atingido		52,31	113,67	

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Tabela 40- Proporção de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado.

<i>Proporção amostras clínicas para diagnóstico do vírus INFLUENZA em relação ao preconizado Pacto pela Vida – prior IV -12</i>	<i>Meta PAVS/ SISPACTO</i>	<i>2ºTrim/</i>	<i>2ºTrim/</i>	<i>Varição</i>	
Coletas	Nº casos notificados	65% das amostras preconizadas	65	60	8,33
	nº amostras realizadas		34	130	-73,85
	% atingido		52,31	113,67	

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

No ano de 2009 com a introdução do vírus pandêmico H1N1 as coletas de vírus respiratório foram suspensas nas unidades sentinelas que eram as unidades de saúde do GHC.

No ano de 2010 a meta não foi atingida, pois as informações contidas estão com resquícios de 2009; coletas no âmbito hospitalar e não como preconiza a unidade sentinela.

Diante do exposto, a proposta é de realizar avaliação no próximo ano, pois no 2º trimestre deste ano é que as unidades sentinelas voltaram a coletar o vírus da influenza como é preconizado pelo MS.

No 1º trimestre deste ano foi retomada a unidade sentinela da influenza do GHC e também foi fortalecida nova unidade sentinela do vírus influenza, no Hospital Mãe de Deus. Ambas unidades sentinelas estão sensibilizadas para a monitoria do vírus da influenza.

DENGUE

Tabela 41- Relação dos casos notificados, investigados e confirmados de dengue.

<i>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</i>		Meta PAVS/ SISPACTO	2ºTrim/	2ºTrim/	Varição
Casos	Notificado		131	42	211,90
	Investigado		131	42	211,90
	Confirmado	100%	27	15	180,00
	% da meta		Meta	Meta	
	ida		ida	ida	
Casos Graves (PAVS 21)	Notificado		0	0	
	Investigado		0	0	
	Confirmado	100%	0	0	
	% da meta				
	ida				
Óbitos /Letalidade (PAVS 21)/ Pacto Vida – prior IV -8	Notificado	Investigação	0	0	
	Investigado	% -PAVS e 1,9	0	0	
	Confirmado	de letalidade	0	0	
	% da meta	(ACTO)			
	ida				

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

MENINGITE

Tabela 42-Relação dos casos notificados e investigados em relação ao diagnóstico laboratorial.

<i>Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningites bacteriana por meio das técnicas de cultura contra imunoelctroforese e látex (PAVS 100)</i>		Meta PAVS/ SISPACTO	2ºTrim/ 2011	2ºTrim/ 2010	Varição
Meningite Bacteriana	Notificado e investigado		13	18	-72,22
	Nº. absoluto	40% com	9	13	-69,23
	Diag. Lab.	diagnóstico	69,2	72,2	-4,15
	Percentil atingido	laboratorial	Meta	Meta	
	% da meta		ida	ida	
	ida		ida	ida	

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NE

TETANO ACIDENTAL E NEONATAL

Nos trimestres avaliados não houveram notificações de casos de tétano acidental e tétano neonatal

TUBERCULOSE

Casos novos

Tabela 43- Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre.

Gerência Distrital	2ºTrim/ 2011*	2ºTrim/ 2010	Varição %
Centro	61	56	+ 8,9
Leste / Nordeste	43	55	- 21,8
Norte / Eixo Baltazar	43	40	+ 7,5
Noroeste/Navegantes//Humaitá/Ilhas	31	28	+ 10,7
Glória / Cruzeiro / Cristal	37	37	0
Restinga / Extremo-Sul	19	15	+ 26,7
Sul / Centro-Sul	30	46	- 34,8
Partenon / Lomba do Pinheiro	43	54	- 20,4
Presídio Central de Porto Alegre	35	17	+ 105,9
Total	342	348	-1,7

* Dados sujeitos a alteração

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Observa-se comportamento diferente nas diversas regiões da cidade com aumento do número de casos registrados nas regiões central, norte e extremo sul/Restinga. No entanto, o aumento mais significativo foi registrado no Presídio Central, em função da qualificação da atenção à saúde daquela população e intensificação das ações de controle da tuberculose naquela unidade prisional. Cabe ressaltar que é entre a população privada de liberdade que está a maior taxa de incidência de tuberculose, quando comparados com a incidência na população geral e população em situação de rua, outro grupo de altíssima taxa de incidência.

O aumento significativo do nº de casos identificados no Presídio Central é considerado positivo, pois reflete a intensificação das ações de identificação de casos suspeitos e diagnósticos de casos de tuberculose naquela instituição.

Tabela 44- Número de casos novos de tuberculose, casos bacilíferos, entre residentes em Porto Alegre.

Gerência Distrital	2ºTrim/ 2011*	2ºTrim/e 2010	Varição %
Centro	28	25	+ 12
Leste / Nordeste	22	26	- 15,4
Norte / Eixo Baltazar	29	21	+ 38,1
Noroeste/Navegantes//Humaitá/Ilhas	13	15	- 3,3
Glória / Cruzeiro / Cristal	24	20	+ 20,0
Restinga / Extremo-Sul	9	8	+ 12,5
Sul / Centro-Sul	12	31	- 61,2
Partenon / Lomba do Pinheiro	26	33	- 21,2
Presídio Central de Porto Alegre	20	09	+ 122,2
Total	182	188	- 3,2

* **Dados sujeitos a alteração**

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Destaca-se o aumento da incidência de casos de tuberculose pulmonar bacilífera, a forma contagiante da doença, especialmente nas Gerências Distritais Norte/Eixo Baltazar, Glória Cruzeiro/Cristal e Restinga/Extremo Sul, assim como no Presídio Central. Isto demonstra uma preocupação crescente com a confirmação diagnóstica da tuberculose através do exame de baciloscopia de escarro, representando uma qualificação na atenção prestada.

A queda no registro de casos de tuberculose de todas as formas e, especialmente, da forma pulmonar positiva, em determinadas áreas, destacando-se as Gerências Leste/Nordeste, Sul/Centro Sul e Partenon/Lomba do Pinheiro serão alvo de atenção especial por parte da Coordenação do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT), pois podem ter significados diferentes. No caso das Gerências Leste/Nordeste e Partenon/Lomba do Pinheiro, onde já existem ações de busca e acompanhamento de casos de uma forma mais descentralizada e organizada, a redução no registro dos casos pode ser positiva, significando a melhora real da situação de saúde da população em relação à tuberculose como consequência direta desta ação. No entanto, na Gerência Sul/Centro Sul, onde não há assistência descentralizada até o presente momento em relação ao tratamento da tuberculose, uma queda no nº de casos pode ter um significado negativo. Esta será a região prioritária para monitoramento pelo PMCT

Tabela 45-Proporção de casos de doença de notificação compulsória encerradas oportunamente.

Proporção de casos de doenças de notificação compulsórias (DNC) encerrados oportunamente* (Pacto de Gestão – 30)			Meta PAVS/SISPACTO	1º Sem 2011	2º Sem 2010	Variação %
Nº. Casos notificados	Notificados		80% de	466	1245	-62,57
	Nº casos encerrados oportunamente		encerramento oportuno	446	1129	-60,49
	% casos encerrados oportunamente			95,71	90,68	5,55
	% meta atingida			Meta atingida	Meta atingida	

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

- Este dado é de análise **semestral** –

10.2 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 2º trimestre de 2011 com o 2º trimestre de 2010, analisando a variação das ações dentro do mesmo período sazonal.

Núcleo de Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde – NVPIS

Tabela 46-Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas na NVPIS.

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. (CIB 250)	Meta PAVS/SISPACTO/	2º Trim 2011	2º Trim/2010*	Variação %
Recebidas		7	NA	
Atendidas		3	NA	
% atendidas em relação as recebidas	70% de	42,85	NA	
% meta atingida	atendimento das reclamações	60,00	NA	
Nº. Reclamações e Denúncias	Nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta	5	NA	

Fonte: Banco de dados do NVPIS/CGVS * Dados do ano de 2010 estavam juntos com os do Núcleo de Serviços de Interesse à Saúde

O Núcleo de Vigilância de Produtos é responsável pela fiscalização de Drogarias, Farmácias de Manipulação, Distribuidoras de Medicamentos, Distribuidoras de Produtos para Saúde, Saneantes e Cosméticos e Controladoras de Pragas.

As atividades são desenvolvidas tendo em vista solicitações de Relatórios de Inspeção, exigidos pela ANVISA para concessão de AFES e AES, liberação de Alvarás Sanitários e atendimento de denúncias oriundas do Ministério Público, Secretaria Estadual de Saúde e do contribuinte.

Núcleo de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde - NVSIS

Tabela 47- Relação entre o número de reclamações recebidas e atendidas na NVSIS.

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. (CIB 250)		Meta PAVS/ SISPACTO/	2ºTrim 2011	2ºTrim 2010	Varição
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas na CGVS		67	87	-22,99
	Recebidas por processo		20	N/C	
	Total recebidas		87	87	
	Atendidas		40	6	666,66
	% atendidas em relação às recebidas	70% de atendimento das reclamações	45,98	6,89	
	% meta atingida		65,57% da meta	9,84 % da meta	Meta não atingida 2011
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		61	61	

Nesse trimestre, foram incluídas as vistorias realizadas por solicitação do Ministério Público e da Delegacia de Polícia de Proteção ao Idoso, que se referem as denúncias encaminhadas a estes órgãos, que nos encaminha a demanda referente às adequações à legislação sanitária.

Tabela 48- N° de laboratórios clínicos e de anatomia patológica e citológica inspecionados

<i>Indicador Anual</i>	<i>Meta Pactuada</i>	<i>2ºTrim/ 2011</i>	<i>2ºTrim/ 2010</i>	<i>Varição %</i>
N° de laboratórios clínicos e de anatomia patológica e citológica inspecionados (PAVS SANITÁRIA) - N 25 ¹	50 % (13) dos laboratórios inspecionados no mínimo 1x ao ano	7	8	-12,25
% da meta atingida		53,85	62,50	

¹percentil de cumprimento de meta referente somente ao trimestre em análise e em vistorias realizadas neste período, tendo como referência os 25 estabelecimentos cadastrados. Meta é **anual**.

Laboratórios Clínicos - A Equipe fiscaliza todas as atividades realizadas pelos laboratórios clínicos (análises clínicas, citologia e anatomia patológica, biologia molecular, radioimunoensaio) intra e extra hospitalares e os postos de coleta (não pactuados). Verificamos os processos e procedimentos realizados de acordo com a legislação da ANVISA (RDC nº 302/05) e da PMPA/SMS/CGVS (Resolução nº 03/06). Esta última elaborada para ter critérios mais rígidos, principalmente no setor de microbiologia, extremamente exigido devido ao crescente número de microorganismos resistentes e multiresistentes (KPC, MCR, entre outros) encontrados em nossos ambientes hospitalares e comunidade. A equipe técnica realiza relatórios com indicadores de qualidade para que o serviço possa adequar os itens imprescindíveis, necessários e recomendáveis apontados no relatório, facilitando assim, a melhora continuada dos estabelecimentos. Neste ano a equipe foi indicada pela ANVISA para realizar uma revisão no Manual Técnico de Laboratórios que ainda não foi publicado.

Tabela 49- N° de Inspeções sanitárias em serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança

<i>Indicador Anual</i>	<i>Meta Pactuada</i>	<i>2ºTrim/ 2011</i>	<i>2ºTrim/ 2010</i>	<i>Varição %</i>
N° de Inspeções sanitárias em serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança (PAVS 9 e PAVS SANITÁRIA) - N: 23	100 % dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano	11	6	83,33
% da meta atingida		47,83	26,08	

¹percentil de atingimento de meta referente somente ao trimestre em análise e em vistorias realizadas neste período, tendo como referência os 23 estabelecimentos cadastrados. Meta é **anual**.

Serviços Hospitalares de atenção ao parto e à criança – Decorrente da pactuação da área materno-infantil foram realizadas, nesse 2º trimestre, 06 vistorias,

sendo 01 UTI Pediátrica, 01 Centro Obstétrico, 04 Unidades de Neonatologia (UTI Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários).

A equipe de serviços também está priorizando outras áreas críticas da assistência hospitalar, incluindo Bloco Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização e UTI Adulto. Estes setores envolvem atendimento e/ou processo de trabalho muito elaborado, necessitando de uma atenção especial da vigilância em saúde. Foram realizadas nesse período vistorias em 08 Centro de Materiais e Esterilização, 04 Blocos Cirúrgicos e 02 UTIs Adulto, além de outras demandas.

Além dessas áreas, 19 outros serviços, com internação ou cirurgias ou serviço de odontologia com raio X foram inspecionadas.

A equipe também 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.

Tabela 50- N° de serviços de Quimioterapia inspecionados

<i>Indicador Anual</i>	<i>Meta Pactuada</i>	<i>2ºTrimestre</i>	<i>2ºTrimestre</i>	<i>Varição %</i>
N° de serviços de Quimioterapia inspecionados (PAVS SANITÁRIA) - N 26 ¹	100 % dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano	5	9	-44,44
% da meta atingida		19,23	34,61	

¹percentil de atingimento de meta referente somente ao trimestre em análise e em vistorias realizadas neste período, tendo como referência os 26 estabelecimentos cadastrados. Meta é **anual**.

Serviços de Quimioterapia – Aspectos de alto risco e de relevância para a fiscalização: contaminação química dos pacientes, dos trabalhadores, dos familiares e do ambiente por agentes tóxicos carcinogênicos, mutagênicos e teragênicos; contaminação biológica de pacientes e de trabalhadores; manejo das situações de urgência e de emergência (capacitação da equipe, protocolos, equipamentos, medicamentos e produtos, condições arquitetônicas para a saída de macas); estrutura física do serviço (dimensões e áreas mínimas e distribuição das atividades nos espaços adequados) e controle rigoroso das medicações preparadas, transportadas e administradas aos pacientes.

Tabela 51-Nº de serviços de Hemoterapia inspecionados

<i>Indicador Anual</i>	<i>Meta Pactuada</i>	<i>2ºTrimestre</i>	<i>2ºTrimestre</i>	<i>Varição %</i>
Nº de serviços de Hemoterapia inspecionados (PAVS 36 e SANITÁRIA) – N 22 ¹	100 % dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano	4	13	- 69,23
% da meta atingida		18,18	59,09	

¹percentil de atingimento de meta referente somente ao trimestre em análise e em vistorias realizadas neste período, tendo como referência os 22 estabelecimentos cadastrados. Meta é **anual**.

Hemoterapia – A fiscalização da equipe de serviços na atividade de hemoterapia é no mínimo anual em todos os serviços (Núcleo de Hemoterapia, Unidade de Coleta e transfusão, Agência Transfusional, Central laboratorial de triagem de Doadores e Hemocentro) e compreende desde a coleta de sangue, processamento, armazenamento, provas imunohematológicas e sorológicas até a transfusão de sangue e as reações transfusionais adversas que podem ocorrer. Os serviços recebem um relatório técnico com as não conformidades apontadas para que possa haver uma melhora contínua dos seus procedimentos e processos de trabalho. O controle de informações é realizado pelo HEMOPROD (ANVISA), que é um relatório técnico das atividades do serviço de hemoterapia, pelo sistema NOTIVISA (ANVISA) de informações sobre reações adversas e pelo Sistema do Estado HEM 131 (coleta de sangue) e HEM 133 (transfusão de sangue) entregue através de planilha na CGVS e repassado ao Estado a fim de ser inserido no sistema informatizado da PROCERGS. O TROCADO e o VGS mais recentemente, são sistemas informatizados que estão sendo utilizados pelo Estado para repasse direto do serviço de hemoterapia ao sistema através da Internet.

Atualmente existem no município de Porto Alegre 22 serviços de hemoterapia: 01 Hemocentro Coordenador, 07 Núcleos de Hemoterapia, 12 Agências Transfusionais, 01 Unidade de Coleta e Transfusão e 01 Central Laboratorial de Triagem de Doadores. Até o final do ano serão realizadas 100% das inspeções.

Tabela 52- Nº de serviços de Diálise e Nefrologia inspecionados

<i>Indicador Anual</i>	<i>Meta Pactuada</i>	<i>2ºTrim/ 2011</i>	<i>2ºTrim/ 2010</i>	<i>Varição %</i>
Nº de serviços de Diálise e Nefrologia inspecionados (PAVS 37 e SANITÁRIA) – N 14	100 % dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano	17	4	266,67
% da meta atingida		57,14	21,42	

¹percentil de cumprimento da meta referente somente ao trimestre em análise e em vistorias realizadas neste período, tendo como referência os 14 estabelecimentos cadastrados. Meta é **anual**.

Serviços de Diálise e Nefrologia – Os aspectos de alto risco e, portanto de alta relevância para a fiscalização são: verificação da capacitação profissional, utilização de luvas limpas e higienização do aparelho; estrutura física do serviço (dimensões e áreas mínimas e distribuição das atividades nos espaços adequados); registros nos equipamentos, prontuários e exames dos pacientes para verificação da eficácia do tratamento; limpeza e desinfecção do aparelho e do filtro de cânulas utilizadas; a qualidade da água circulante, através da análise das coletas e testes biológicos e químicos diários, mensais e semestrais realizados; o manejo das situações de urgência e emergência (capacitação da equipe, protocolos, equipamentos, medicamentos e produtos, condições arquitetônicas para a saída de macas); os equipamentos de diálise e os equipamentos de tratamento da água para diálise e os concentrados químicos para a diálise, (registro na ANVISA e armazenagem).

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

Tabela 53 -Nº de serviços de imagem Mamografia inspecionados

<i>Indicador Anual</i>	<i>Meta Pactuada</i>	<i>2ºTrim/ 2011</i>	<i>2ºTrim/</i>	<i>Varição %</i>
Nº de serviços de imagem Mamografia inspecionados (PAVS SANITÁRIA) SUS N:11	100% SUS (11) dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano	5	10	-50,00
% da meta atingida		45,45	90,91	
Nº de serviços de imagem Mamografia inspecionados (PAVS SANITÁRIA) – PRIVADO N 39	50 % (20) dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano	4	16	-75,00
% da meta atingida		20,00	80,00	

¹percentil de cumprimento da meta referente somente ao trimestre em análise e em vistorias realizadas neste período, tendo como referência os 11 estabelecimentos SUS e 39 Privados. Meta é **anual**.

Serviços de Imagem Mamografia - As vistorias são realizadas para atendimento de denúncias, rotina anual ou para liberação de alvará de saúde. Nas inspeções verifica-se o cumprimento das legislações vigentes, dentre outras RDC 050/02, Portaria 453/98, Portaria 3523/98 que incluem itens como: testes de qualidade da imagem, laudo radiométrico e de fuga de cabeçote e procedimentos operacionais, adequação da área física, controle de infecção, ventilação e qualidade do ar, lixo infectante, prevenção de incêndio, acessibilidade entre outros.

Tabela 54- N° de serviços de Radioterapia inspecionados

<i>Indicador Anual</i>	<i>Meta Pactuada</i>	<i>2ºTrim/ 2011</i>	<i>2ºTrim/ 2010</i>	<i>Varição %</i>
N° de serviços de Radioterapia inspecionados (PAVS SANITÁRIA) - N 5	100 % dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano	2	5	-60,00
% da meta atingida		40,00	100,00	

¹percentil de cumprimento da meta referente somente ao trimestre em análise e em vistorias realizadas neste período, tendo como referência os 5 estabelecimentos cadastrados. Meta é **anual**.

Tabela 55- N° de serviços de Medicina Nuclear inspecionados

<i>Indicador Anual</i>	<i>Meta Pactuada</i>	<i>2ºTrim/ 2011</i>	<i>2ºTrim/ 2010</i>	<i>Varição %</i>
N° de serviços de Medicina Nuclear inspecionados (PAVS SANITÁRIA) – N 11	100 % dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano	2	9	-77,78
% da meta atingida		18,18	81,82	

¹percentil de cumprimento da meta referente somente ao trimestre em análise e em vistorias realizadas neste período, tendo como referência os 11 estabelecimentos cadastrados. Meta é **anual**.

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

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

Tabela 56- Relação de denúncias recebidas e atendidas pela EVA.

Atendimento das denúncias e mações recebidas. (CIB 250)		Meta PAVS/ SISPACTO/	2ºTrim/ 2011	2ºTrim/ 2010	Variação %
	Recebidas		105	106	- 0,94
	Atendidas		132	67	+ 97,02
	% atendidas em relação às recebidas		125,71	63,20	+ 98,91
Nº. de Reclamações e Denúncias	% meta atingida	70% de atendimento das reclamações	179,59%	90,29%	Meta não atingida no 2º trimestre de 2010
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		74	74	

A falta de qualificação das denúncias é um complicador para o atendimento da meta, por exemplo endereços equivocados, identificação que não possibilitem a localização do estabelecimento ou da irregularidade, contam para o não atendimento da meta. As denúncias são recebidas por e-mail ou individualmente na sede da CGVS.

A EVA considera que a denúncia é atendida quando o estabelecimento está adequado sanitariamente. Em muitas situações os estabelecimentos não têm alvará de saúde ou de localização, além de irregularidades sanitárias, por exemplo, no armazenamento das matérias-primas, falta de qualificação por parte dos manipuladores, entre outras, portanto uma denúncia para ser encerrada pode levar até 4 meses ou mais. Aliado a isto a EVA apresenta um quadro enxuto para a necessidade sempre crescente da cidade, atualmente atuam na equipe 10 agentes de fiscalização, 1 assistente administrativo, 5 médicos veterinários e 1 químico.

Ao analisar o 2º trimestre percebe-se que houve um cumprimento além da meta no atendimento das denúncias, o que ficou estranho é que entraram 105 denúncias e foram atendidas 132, tal fato se deve que a contagem do número de denúncias atendidas são as arquivadas, e como já foi explicado anteriormente uma denúncia pode levar muito tempo

para ser encerrada, com isso tem denúncias que entraram em janeiro e foram encerradas em maio por exemplo.

Tabela 57- Número de inspeção em restaurantes e similares, cozinhas indústrias e hospitalares.

Indicador	Meta Pactuada	2ºTrim/ 2011	2ºTrim/ 2010	Variação %
Nº. de Restaurantes e Similares inspecionados* (PAVS 43) e (PAVS SANITÁRIA) N – 3.000 (estimado)	20 % (600) dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano	412	327	79,36
% da meta atingida		68,66%	54,5%	
Nº. de Cozinhas industriais (PAVS SANITÁRIA) – N 98 industriais –	50 % (49) dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano	19	28	147,36
% da meta atingida		38,77%	57,14%	
Nº. de Cozinhas Hospitalares Inspeccionadas N 25 (PAVS SANITÁRIA)	50%(13) dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano	0	1	-100,00
% da meta atingida		0%	7,69%	

N – número de estabelecimentos e serviços cadastrados/estimados.

*Não são considerados estabelecimentos similares distribuidoras, depósitos, armazéns, bombonierie.

Ao analisar os dois trimestres pode-se perceber que no trimestre de 2011 houve um aumento do número de vistorias em restaurantes e similares. Devemos nos concentrar as ações nas cozinhas hospitalares que estão praticamente sem vistorias e dar uma incrementada nas cozinhas industriais. Durante as ações são apreendidas e inutilizadas, quantidade significativa de alimentos, que são condenados em função de validade vencida, sem procedência, mal acondicionados, com alterações organolépticas. Alimento estes que se não fosse a ação da fiscalização da Equipe de Vigilância de Alimentos, seria consumida pela população desta forma sendo exposta a ter uma DTA (Doença Transmissível por Alimento). A seguir a Tabela com o quantitativo dos dois trimestres.

Tabela 58- Quantidades de alimentos apreendidos e inutilizados no 2º trimestre de 2011 e 2010

	2º Trimestre 2011	2º Trimestre 2010
Quantidade	4.710 unidades	311 unidades
Peso	3.588,42 Kg	1.465,99 Kg

Outras Atividades: a 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, seja por meio do correio eletrônico, por telefone ou mesmo nas dependências da própria equipe.

Surtos de DTAS: É uma síndrome caracterizada quando duas ou mais pessoas, após a ingestão dos mesmos alimentos, manifestam o mesmo sintoma. Sendo os mais comuns: náuseas, vômitos, cólicas, diarreia, dores de cabeça e febre.

A Equipe tem por objetivo investigar 100% dos surtos notificados, pois as bactérias patogênicas responsáveis pelos sintomas acima relatados têm tropismo por produtos de origem animal, ou que tenha ingrediente de origem animal, pois esses produtos possuem atividade de água alta e proteína nobre, que são substratos essenciais para multiplicação bacteriana.

Faremos um relato sobre as notificações de surtos no 1º e 2º trimestre de 2010 e 1º e 2º trimestre 2011.

No 1º trimestre de 2010: foram notificados 6 surtos, sendo que 2 foram descartados após investigação, 3 após investigação e coleta de materiais não foi possível identificar o agente causal. Um após investigação, identificou-se o agente como sendo a bactéria *Escherichia coli*, o alimento envolvido foi filé de peixe congelado comprado em Supermercado. Os surtos ocorreram foram 2 em residência (descartados), 1 em restaurante, 1 em refeitório de Órgão Público, 1 em Supermercado e 1 em confeitaria.

Total de pessoas envolvidas foram 34.

No 2º trimestre de 2010: foi notificado um surto, investigado, ocorreu em Escola Estadual, envolvendo 100 crianças, os agentes responsáveis foram *Estafilococos aureus coagulase-positiva* e *Escherichia coli*, os alimentos envolvidos foi massa e almôndega.

No 1º trimestre de 2011: foram notificados 7 surtos, sendo que 1 foi descartado após investigação, 1 não foi identificado o agente causal, 1 após investigação identificaram-se as bactérias *Bacillus cereus*, encontrado leite, pão, suco, farofa com linguiça e *Escherichia coli* na água da torneira, na cenoura e vagem e na farofa com linguiça. Em outro investigado foi identificada a bactéria *Escherichia coli*, no sanduíche de frango com maionese. Em outro investigado foi identificada a bactéria *Escherichia coli*, no molho de mostrada com maionese, espetinho de bovino e bife de filé. Em outro

investigado foi identificada a bactéria *Escherichia coli*, na salada de maionese. Em outro foi identificados coliformes totais na água de torneira.

Os surtos acima descritos: 3 ocorreram em restaurante, 2 em lancherias e 1 em refeitório de Órgão Público.

Total de pessoas envolvidas: 83.

No 2º trimestre de 2011: foram notificados 3 surtos, sendo que um está em aberto, 1 o agente causal não foi identificado e o outro foi o *Bacillus cereus*, encontrado em bife recheado com molho de queijo. Os surtos ocorreram 2 em restaurante e 1 em residência.

Total de pessoas envolvidas: 9

Considerações: Ao analisar as informações relatadas verifica-se que no período ocorreu o maior número de notificações é em janeiro/fevereiro/março (1º trimestre), tal fato deve-se a estação do ano que é o verão, o qual em função da temperatura que muitas vezes chega a 40°C, favorecendo a multiplicação das bactérias patogênicas. Os locais da ocorrência são em estabelecimento comercial, residência e Órgão Público. As bactérias mais envolvidas são *Escherichia coli* e *Bacillus cereus*. A presença de *Escherichia sp.* em alimento é um indicador de falhas nas boas práticas de produção, como por exemplo lavagem correta das mãos, higienização de bancadas, indica de alguma forma contaminação por fezes. O *Bacillus cereus* é uma bactéria formadora de esporos, que podem sobreviver ao processo de cocção, crescem bem em alimentos cozidos devido à inativação da microflora competitiva. Esta bactéria também indica falha nas boas práticas, como desde a escolha da matéria-prima, o seu armazenamento, forma de preparo e acondicionamento pós-preparo, bem como o binômio tempo-temperatura em que com grandes variações levam ao favorecimento da multiplicação desta bactéria.

Feito esta análise cabe a Equipe como indicador para a mudança do quadro descrito, trabalhar com questões educacionais junto ao consumidor, por meio de divulgação na mídia com algumas dicas, eventos em Parques da cidade e no comércio teria a questão educacional que atualmente é feita por meio do curso de boas práticas de 16 horas em várias instituições de ensino credenciadas pela Secretaria Estadual de Saúde, também podemos usar a mídia e ao vistoriarmos principalmente restaurantes e lancherias exercermos, além das atividades de fiscais, também educadores.

Demonstrativo das ações desenvolvidas pela Equipe de Vigilância de Zoonoses – EVZ

Núcleo de Vigilância de População Animal – NVPA

Tabela 59- Relação das atividades realizadas pela NVPA.

Indicador	Meta Pactuada	2º Trim/ 2011	2º Trim/ 2010	Varição
Nº de amostras caninas e felinas enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva (não pactuado-LE 13193-09) (PAVS 81)	NP	1	2	-50,00
% da meta atingida				
Nº de amostras de quirópteros enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva (PAVS 84)	100 % das amostras colhidas	3	1	300,00
% da meta atingida				
Nº de bloqueios com vacinação anti-rábica canina e felina (VARC) em caso de raiva animal	100% bloqueios realizados	0	1	-100,00

Fonte: banco de dados NVPA/EVZ/CGVS

Microchips em Cães: foram microchipados 296 no segundo trimestre de 2011.

Ações comunitárias de controle parasitário: foram realizadas 13 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 842 animais medicados contra parasitas com potencial zoonóticos.

Vistorias Técnicas Zoossanitárias: foram realizadas 12 vistorias técnicas no 2º trimestre.

Inquéritos de Mordedura: foram realizados no 2º trimestre 74 inquéritos de mordedura, avaliando as condições zoossanitárias, etológicas e de riscos à saúde.

Ações Fiscais Zoossanitárias: foram realizadas 488 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.

Leishmaniose Visceral Canina

O NVPA vem realizando a atividade de investigação dos casos de LVC (Leishmaniose Visceral Canina), desde 2010, quando foi diagnosticado o primeiro caso autóctone em Porto Alegre. A partir desse, outros casos foram diagnosticados no mesmo bairro, porém no extremo oposto, onde surgiu o primeiro, especificamente no beco dos

Nunes. Além disso, a notificação de casos importados, determinou a realização de outros inquéritos sorológicos.

No inquérito sorológico de LVC, do total de 100 colheitas realizadas no Beco dos Nunes, Bairro Lajeado, 93 ocorreram no segundo trimestre de 2011. Das 141 colheitas restantes, realizadas no segundo trimestre, sendo 107 na Glória, 26 na Bom Jesus e 8 na Estrada Jacques da Rosa no bairro Lageado.

Dos resultados recebidos neste período – 297, sendo destes 02 animais provenientes do Beco dos Nunes, Bairro Lajeado, foram considerados reagentes.

Os casos autóctones se concentraram no Bairro Lajeado, situado em região com características rurais e presença de mata nativa.

Ao contrário da medida adotada nos casos da Estrada Jacques da Rosa, onde determinamos a colocação de coleira repelente em todos os cães coletados, nos outros casos positivos, em outras áreas optamos por determinar a colocação de coleira somente nos cães das residências onde existiam animais positivos para a LVC. A medida embasa-se nos seguintes motivos: quantidade insuficiente de coleiras repelentes para o número de cães coletados e na necessidade de confirmação de casos autóctones, em área de relato de cães positivos importados, associados à não captura do vetor.

10.3 Ações de Vigilância Ambiental especificamente da Dengue¹

Prevenção e controle do vetor da dengue:

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

Visitas domiciliares:

As visitas domiciliares são realizadas pelos agentes de combate a endemias e o supervisor responsável, que orientam o morador para os cuidados de prevenção e controle do mosquito *Aedes aegypti*. Ao longo do ano, são visitados os 81 bairros da cidade, sendo que em alguns locais, essas visitas são repetidas com maior frequência, de

acordo com o histórico de infestação. As visitas domiciliares são pactuadas com o nível estadual.

Tabela 60- Visitas domiciliares/DENGUE

Imóveis inspecionados	2º trim/ 2011	2º trim/ 2010	Varição %
Residenciais	48.129	32.225	49,35
Comerciais/outros	15.706	9.747	61,14
Terrenos baldios	863	463	86,39
Total (Sispacto 340.000 eis no ano)	64.698	42.435	52,46
Fechados/recusados	40.613	28.532	42,34
Depósitos eliminados	32.162	23.407	37,40
Bairros visitados*	24	Não Disponível	0

Fonte;NVRV/EVZ/CGVS *exceto os do LIRA

Verifica-se que o número de imóveis fechados/recusados é ainda representativo. Além de ser uma situação em que não foi viável o contato do agente de combate a endemias com o morador, com a oportunidade de vistoria e repasse de orientações, mesmo assim houve o esforço de tempo e deslocamento dos agentes para esses endereços.

Realização de Pesquisa Vetorial Especial (PVE):

A Pesquisa Vetorial Especial é realizada quando é repassado ao NVRV a notificação de um caso suspeito de dengue pela EVDT. Em períodos não-epidêmicos, a PVE é realizada rotineiramente nos casos suspeitos de dengue. Consiste em visita domiciliar em um raio de 150 metros da residência e local de trabalho ou estudo do paciente com suspeita da doença, para eliminação de criadouros do mosquito. É também realizada investigação com o paciente, para identificar possível local de contaminação e outras pessoas com sintomas (busca ativa). Em períodos epidêmicos, a PVE é realizada quando se trata de caso importado ou que está em área sem circulação viral.

Tabela 61- Acompanhamento de casos notificados e PVEs realizadas

Casos	2º trimestre 2011	2º trimestre 2010	Varição %
Notificados	145	48	202,08
Com PVE	38	27	40,74
Sem PVE	107	21	409,52

Fonte;NVRV/EVZ/CGVS

Controle Químico:

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

Tabela 62- Aplicações de Inseticida

Aplicações de Inseticida	2º trimestre 2011	2º trimestre 2010	Varição %
Peridomiciliar	2.627	3.017	-12,93
A partir da via pública	8.710	0	0

Fonte: NVRV/EVZ/CGVS

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

O LIRAA é a metodologia de referência para o monitoramento da densidade de infestação do mosquito vetor da dengue, conforme indicação do Ministério da Saúde. Esse levantamento permite determinar, no espaço de 5-6 dias úteis, a presença do mosquito em toda a área da cidade, sendo portanto um importante elemento para gerar informações para o controle do vetor. Desde 2008 tem sido realizados quatro LIRAA's ao ano em Porto Alegre, com o objetivo de verificar a sazonalidade e densidade do mosquito. Como mostra a figura 4, nos meses de inverno (julho e agosto), as densidade de larvas são muito baixas, não fornecendo uma informação relevante para o período de maior risco, que ocorre a partir de outubro, com o aumento das temperaturas. Nesse sentido, a partir de 2011 optou-se em realizar esse levantamento apenas nos meses de janeiro, maio e outubro, quando os dados obtidos refletem com maior propriedade as vulnerabilidades dos bairros.

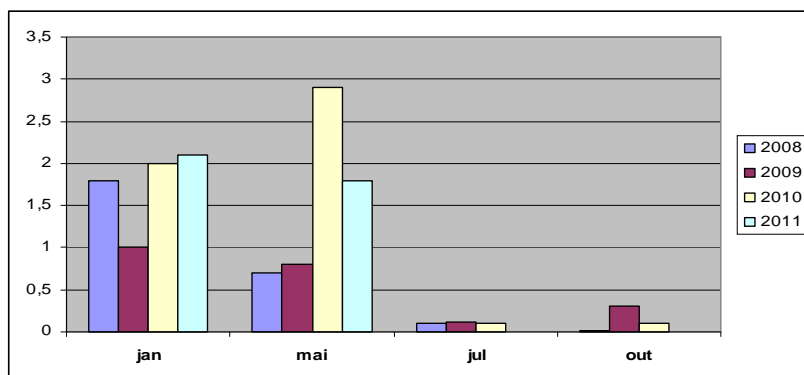


Figura 4Gráfico : Resultados de índice de infestação predial (IIP) de 2008 a 2011.

Em 2011, já foram realizados os LIRAs de janeiro e maio. Foram obtidos IIP médios para a cidade que indicam condições de médio risco para a transmissão da dengue. Os resultados comparativos estão apresentados na Tabela 63.

Tabela 63- Relação das atividades de vigilância ambiental realizadas com vistas a prevenção e controle da dengue.

Indicador	Meta Pactuada	2ºTrim/ 2011	2ºTrim/ 2010	Variação %
Realizar levantamento de Índice Rápido para <i>Aedes aegypti</i> (LIRAs) PAVS 17	4 LIRAS por ano	1	1	
% da meta atingida		25	25	
Bairros com IIP < 1%		14	9	55,55
Bairros com IIP > 1% e < 3,9%		55	50	10
Bairros com IIP > 3,9%		1	14	-92,85
Bairros sem <i>A. aegypti</i>		11	5	120
Número de estratos sem <i>A.aegypti</i>		2	ND	
Número de estratos com IIP < 1%		4	5	-20
Número de estratos com IIP > 1% e < 3,9%		23	5	360
Número de estratos com IIP > 3,9%		1	17	-94,12
Índice de infestação máximo registrado (%)		4,1	8,9	-53,93
Número de estratos sem <i>A. aegypti</i>		2	8	-75
Número de imóveis visitados (SISPACTO INDICADORES RS – 5)	340.000/ANO	15.291	8.605	77,70
% da meta atingida		4,5		
Número de imóveis positivos para <i>A .aegypti</i>		266	249	6,83
Número de criadouros positivos para <i>A. aegypti</i>		306	289	5,88
IIP médio do município (%)		1,8	2,9	-37,93
Índice de Breteau do município		2,0	3,4	-41,18

Realizar atividades educativas sobre a temática da Dengue para população (PAVS 22 e PAVS Sanitária) 170 pessoas capacitadas (servidores e população em geral)

Fonte: NVRV/CGVS/SMS.

Produtividade do Laboratório de Entomologia Médica do NVRV, em relação à demanda do Programa Municipal de controle da Dengue:

Tabela 64-Produção do Laboratório de Entomologia Médica -Dengue

Laboratório de Entomologia Médica	2º trim/2011	2º trim/ 2010	Variação %
Número total de amostras	1.176	902	30,38
Número de espécimes de <i>Ae. aegypti</i>	4.375	ND	0
Número de espécimes de <i>Ae. albopictus</i>	829	ND	0
Número de espécimes de outras espécies	2.199	3.487	-36,94

Fonte: NVRV/EVZ/CGVS ND: Dado Não disponível

10.4 Ações de Vigilância Ambiental realizadas pelo Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores (Chagas, Leishmaniose, Leptospirose)

Tabela 65- Produção do Laboratório de Entomologia Médica – outros vetores

Indicador	Meta Pactuada	2º Trim/ 2011	2º Trim/ 2010	Variação %
Realizar pesquisa de Triatomíneos. (PAVS 85)	12 PIT ao mês	12	3	0
% da meta atingida		100	100	
Visitas domiciliares para prevenção da Doença de Chagas	NP	474	0	0
% da meta atingida				
Realizar vigilância e estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose (LTA e LV) * (PAVS 80)	Em 100 % dos s confirmados*	0	0	0
% da meta atingida				
Capturas LV Canina	NP	9	10	-10
Amostras analisadas LV Canina	NP	27	30	-10
Flebotomíneos identificados LV Canina	NP	81	1.770	-95,42

Fonte: NVRV/EVZ/CGVS

- não houve caso humano notificado d LA e LV

Vigilância do Vetor da Doença de Chagas

Realizar pesquisa de Triatomíneos.

Atualmente há 4 Postos de Informação de Triatomíneos (PITs) em Porto Alegre, instalados estrategicamente, em áreas de mata nativa, na UBS Belém Novo, na ESF Ponta Grossa, na ESF Paulo Viaro e na ESF Pitinga. A meta pactuada foi a visita mensal de cada PIT. (PAVS 85):

Ainda foram realizadas inspeções em 2 residências (nos meses de fevereiro e maio de 2011) e efetuadas orientações aos moradores, devido ao encontro do barbeiro silvestre *Panstrongylus megistus* nessas habitações. No laboratório de Entomologia Médica do NVRV foram analisadas as fezes dos dois exemplares e foi constatada a infecção por *Trypanosoma cruzi* em ambos.

Realizar visitas domiciliares

Visando divulgar a possibilidade de ocorrência de barbeiros nas residências próximas das áreas de mata, e domiciliação desta espécie, visitas domiciliares foram realizadas pelos agentes de saúde das ESFs supracitadas, de janeiro a junho, no sentido de orientar medidas de prevenção da doença de Chagas à população dessas áreas de risco.

Vigilância e estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose (LTA e LV).

Meta pactuada: Em 100 % dos casos confirmados. (PAVS 80)

Em relação à LTA, no primeiro e no segundo trimestre de 2011, não houve notificação de caso humano suspeito da doença e, portanto, não foram efetuadas coletas de flebotomíneos para corroboração da autoctonia de caso.

Entretanto, no que diz respeito à LV Canina, no primeiro e segundo trimestre (com exceção de março) foram realizadas capturas e estudos de flebotomíneos, com armadilhas luminosas, tipo CDC, em três noites consecutivas, por mês, objetivando monitorar área com comprovação de casos em 2010 e incriminar as espécies vetoras. Até o presente momento, no município de Porto Alegre não foi encontrada a espécie de flebotomíneo *Lutzomyia longipalpis*, principal vetor da LV no Brasil.

Fiscalizações e atendimento a denúncias:

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

Tabela 66- Dados de fiscalização

Fiscalizações	2º trimestre	2º trimestre 2010	Variação %
Número de Vistorias	742	483	53,62
Notificações	151	90	67,77
Autos de Infração	20	21	-4,76

Fonte: NVRV/EVZ/CGVS

Produtividade do Laboratório de Entomologia Médica do NVRV, em relação à demanda do Programa Municipal de controle da Dengue

Vigilância da Leptospirose e Controle de Roedores

As ações de vigilância da leptospirose e o controle de roedores são realizados de forma contínua e permanente ao longo do ano pelo NVRV. Os casos de leptospirose e de mordedura de rato desencadeiam ações a partir de sua notificação ao Núcleo. As desratizações são solicitadas através do sistema Fala Porto Alegre, através do telefone 156. Desratizações comunitárias são solicitadas por equipes da ESF ou Centros Administrativos Regionais ou Associações de Moradores. As visitas domiciliares são realizadas durante as desratizações comunitárias.

Tabela 67- Dados da vigilância de leptospirose e controle de roedores

Leptospirose e Controle de Roedores	2º trim/ 2011	2º trim/ 2010	Variação %
Vigilância de Leptospirose	17	11	54,54
Vigilância Mordedura de Rato	8	3	166,66
Desratizações	576	726	-20,66
Desratizações Comunitárias	14	ND	0
Visitas Domiciliares	310	ND	0

Fonte: NVRV/EVZ/CGVS

ND: dado não disponível

Demonstrativo das ações desenvolvidas pela Equipe de Vigilância de Águas

Tabela 68- Relação das reclamações recebidas e atendidas pela EVÁgua.

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. (CIB 250)		Meta PAVS/ SISPACTO/ CIB	2ºTrim/2011	2ºTrim/ 2010	Variação %
Nº. de Reclamações e Denúncias	Recebidas		211	202	4,45
	Atendidas		224	307	-27,03
	% atendidas em relação às recebidas		106,16	151,98	-30,15
	% meta atingida	70% de atendimento das reclamações	Meta	Meta atingida	
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta		148	141	

Fonte: Banco de dados do EVÁguas/CGVS

Tabela 69- Relação das metas pactuadas e realizadas pela EVÁgua.

Indicador	Meta Pactuada	2ºTrim/ 2011	2ºTrim/ 2010	Variação
Nº de análises de cloro residual livre, turbidez e bacteriológicas para fins de vigilância e monitoramento da qualidade da água realizada (SISPACTO-PACTO DE GESTÃO 33)	1908/ano - 50% (954) de realização de análises	477	477	NA
% da meta atingida		25	25	
Envio de relatório semestral com informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIAGUA, conforme modelo padronizado pela CGVAM e adaptado pela DVAS/CEVS/SES/RS (PAVS 64)	2 relatórios/ ano	0	0	NA
% da meta atingida				
Nº de relatórios mensais de controle da qualidade da água dos SAA cadastrados, recebidos e digitados no SISAGUA conforme Portaria nº 518/2004. (PAVS 65)	Alimentar em 50 % os dados no SISAGUA	72	72	NA
% da meta atingida		100	100	

Fonte: Banco de dados do EVÁguas/CGVS

10.5 Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador

Tabela 70- Relação das reclamações recebidas e atendidas pela EVESAT.

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. (CIB 250)	Meta PAVS/ SISPACTO/	2ºTrim/ 2011	2ºTrim/ 2010	Variação %
Recebidas		18	9	100
Atendidas		18	9	100
% atendidas em relação as recebidas	70% de atendimento das reclamações	100	100	NA
Nº. de Reclamações e Denúncias	% meta atingida N – nº. atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta	100	100	NA
		13	7	Meta atingida

Fonte: Banco de dados da EVESAT/CGVS

Tabela 71- Participação no licenciamento ambiental de ERB*

Indicador	2º trim/ 2011	2º trim/ 2010
Participação no licenciamento ambiental de ERB*	3	13
Participação nas reuniões das câmaras técnicas do COMAM	1	03
Licenciamento ambiental de projetos especiais	2	0
Inspeção em posto de combustível projeto eno	2	0

Fonte: Banco de dados da EVESAT/CGVS

Tabela 72- Nº de ficha de notificação do VIGIAR – unidade sentinela

Indicador	2º trimestre 2011	2º trimestre 2010
Nº de ficha de notificação do VIGIAR – unidade sentinela	101	0

Fonte: Banco de dados da EVESAT/CGVS

Nº de ficha de notificação do VIGIAR – unidade sentinela: Este trabalho foi introduzido neste ano, e no monitoramento realizado percebe-se bom engajamento da atenção básica. Está prevista para início do segundo semestre oficina com as equipes envolvidas para devolução de informações.

Visita Domiciliar a todos os óbitos com motocicleta ocorridos em Porto Alegre

– Durante o ano de 2011 ocorreram 9 óbitos com motocicleta identificados no SIM. Foram realizadas VD's a todos os endereços dos falecidos para investigar se a morte tem relação com o trabalho, já que os motoboys são um grupo vulnerável á acidente de trânsito. Temos sentido bastante dificuldade em encontrar os endereços, pois muitos não são informados corretamente. Assim, realizamos várias VD's até conseguimos contatar com um familiar para obtermos a informação sobre o óbito.

Demonstrativo das ações desenvolvidas pela equipe de Apoio Administrativo – EAA

Tabela 73- Demonstrativo do número de processos administrativos sanitários que resultam na penalidade de multa

Indicador		2ºTrim/ 2011	2ºTrim/2010	Variação %
Multas Aplicadas	EÁguas	1	23	- 95,65
	EVA	112	398	- 71,86
	EVSPIS	4	125	- 96,80
	NVRV	1	11	- 90,91
Multas Pagas	NVPA	7	45	- 84,44
		121	97	24,47
Alvarás Retirados		225	458	- 50,87
Alvarás Renovados		448	476	5,88

Fonte: Banco de dados do EAA/CGVS

10.6 Vigilância, prevenção e controle de Doenças Não Transmissíveis e outros agravos

Tabela 74- Relação das unidades notificadoras de violência doméstica, sexual ou outras violências.

Ampliar a cobertura da ficha de notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências (PAVS 54)	Meta PAVS/ SISPACTO	2ºtrim/ 2011	2ºtrim/ 2010	Variação %
Número de unidades notificadoras*	23unidades notificadoras em 2011 (3 hospitais e 20 UBS)	47	35	34,29

Fonte: EVEV/CGVS/SMS/SINAN NET

Apresentamos neste item o total de serviços que notificam violências no referido período (2º trimestre de 2010 e 2º trimestre de 2011).

A partir de 25 de janeiro de 2011, pela Portaria MS / GM 104, a notificação de violência tornou-se compulsória para todos os serviços. Isto exigirá uma programação de implantação progressiva nos demais serviços de saúde da cidade. Para esta implantação será necessário a integração de ações do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, Equipe de Eventos Vitais e Coordenação da Rede de Atenção a Saúde

Tabela 75- Relação percentual das famílias beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF) acompanhadas pela atenção básica.

Percentual de famílias com perfil saúde, beneficiárias do programa bolsa família, acompanhadas pela atenção básica (SISPACTO 22)		Meta PAVS/ 1º SISPACTO 2011	1º 2010	Variação %	
% Famílias beneficiárias	Nº. famílias a serem acompanhadas	30% das famílias cadastradas pela PAS	28.447	24.998	13,80-
	Nº. famílias acompanhadas	beneficiárias do PBF	13.669	11.273	21,25-
	% da meta atingida	acompanha das	48,1%	45,1 %	6,65

Fonte: EVEV/CGVS/SMS/SISVAN

*A medição deste indicador deve ser semestral

O resultado do 1º semestre de 2011 foi de 48,1% das famílias cadastradas beneficiárias do Programa Bolsa Família, sendo a meta atingida no período, porém mais baixa que o percentual atingido no 2º semestre de 2010 (50,1 %) e mais alto que o primeiro semestre de 2010 (45,1 %).

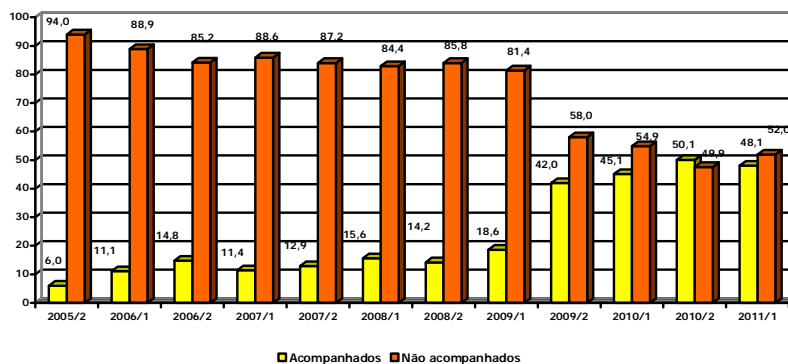


Figura 5-Gráfico Distribuição proporcional das famílias beneficiárias, totalmente acompanhadas, pelo Programa Bolsa Família, Porto Alegre, 2005-2011/1.

Tabela 76- Relação dos envios de dados ao sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Garantir o envio de dados do SIM com regularidade (PAVS 59)		Meta PAVS/SISPACTO	2 trim 2011	2 trim 2010	Variação %
Dados	Nº dados enviados % da meta atingida	12/ano – 1/mês	3 100%	3 100%	0 Meta atingida

Fonte: EVEV/CGVS/SMS/SIM

Tabela 77- Número de óbitos e declarações emitidas por trimestre.

Intensificar a coleta das declarações de óbitos – DO (PAVS 58)		Meta PAVS/SISPACTO	2º trim 2011	2º trim 2010	Variação %
Nº Coletas	Nº óbitos	100% das DO adas	2.341	2.669	-12,29
	Nº declarações		2.341	2.669	-12,29
	% da meta atingida		100%	100%	Meta atingida

Fonte: EVEV/CGVS/SMS/SIM

A variação % não tem nenhuma relação com a coleta. O aumento/diminuição dos óbitos, que pode ter algum significado epidemiológico, não fica explicitado/analísado na tabela, até porque podem ainda não estar digitado.

Tabela 78- Número de óbitos notificados, investigados e percentual de óbitos mal definidos.

Aprimorar a qualidade da notificação e classificação das causas básicas de óbito. (R00 - R99) no SIM (PAVS 60 e SISPACTO 31)		Meta PAVS/SISPACTO	2º trim 2011	2º trim 2010	Variação %
Casos dos Óbitos	Óbitos notificados		2.341	2.669	-12,29
	Óbitos Investigados	Máximo de 5% dos óbitos	2.341	2.669	-12,29
	Número óbitos mal definidos	investigados com causas básicas mal definidas	40	32	25,00
	% de óbitos mal definidos		1,7%	1,2%	41,67
	% da meta atingida		100%	100%	Meta atingida

Fonte: EVEV/CGVS/SMS/SIM

Programa de Controle do Tabagismo

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

Dia 31 de Maio foi alusivo ao Dia Mundial Sem Tabaco. Em Porto Alegre foi realizado evento no Parque da Redenção em parceria com o Hospital de Clínicas e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), voltada à divulgação da convenção-quadro.

Durante o evento, foram realizados testes para avaliação da capacidade pulmonar e do grau de dependência à nicotina e outras atividades educativas.

Abaixo analise das Metas estabelecidas no PMS /PAS -2010

Meta 62 e 63: “Ampliar 10% Unidades de Saúde com programa implantado, de 33 para 43 unidades”. Meta superada, pois estão cadastradas 81 unidades habilitadas para realizar Abordagem Cognitivo Comportamental para o tratamento do Tabagismo.

Meta 128: “25% das escolas da rede municipal participando do Programa Escola Livre do Tabaco em 2011”. Esta meta está sendo alinhada ao Programa da Saúde da Criança através do PSE (Programa Saúde do Escolar).

Tabela 79-Produção comparativo 2ª trimestre 2011 e 2º trimestre de 2010

<i>Grupo de Abordagem Cognitivo Comportamental para parar de fumar</i>	<i>2ºTrim/ 2011</i>	<i>2ºTrim/ 2010</i>	<i>Varição %</i>
Pacientes atendidos	462	316	31,6
Pacientes sem fumar	182	125	31,3

Fonte Coordenação do Programa de Controle do Tabagismo

Foram atendidos 462 pacientes no 2º trimestre de 2011 e 182 deixaram de fumar, o que representa 39% do total dos pacientes que participaram dos grupos. Esse é um dado esperado, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Foi identificado sub registro das informações procedentes de algumas unidades de saúde. A falta desses dados compromete o recebimento dos medicamentos procedentes do Ministério da Saúde.

No trimestre não houve falta de medicamentos.

11. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

As Informações relativas em relação a alimentação de todos os sistemas de informação serão fornecidas no relatório anual.

12. REGULAÇÃO DO SUS

A Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde é setor 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 (APACS), setor de auditoria, faturamento e apoio administrativo.

12.1 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 há a regulação de 100% das internações), e em processo de implantação na central de marcação de consultas e exames especializados, núcleo de autorização de contas hospitalares, auditoria e procedimentos de alta complexidade (APAC).

12.2 Auditorias, vistorias e supervisões realizadas

a) Análise das AIH's para bloqueios dos homônimos 143 e de divergências 589 dos hospitais abaixo relacionados: Banco de Olhos, Parque Belém, Beneficência, Cardiologia, GHC, Divina Providencia, Espírita, HCPA, HPS, HPV, ISCMPA, Partenon, Petrópolis, PUC, São Pedro, Vila Nova.

b) Auditoria das AIHs bloqueadas por esta equipe.

c) Auditoria em 238 contas de pacientes internados em hospitais privados por falta de vagas na rede SUS. d) Auditorias operativas:

- HCPA – contas de despesas laboratoriais de pacientes do HPS que realizaram exames laboratoriais no HCPA;
 - Beneficência Portuguesa - cobrança administrativa de 136 contas;
 - GHC – visita técnica no setor de Otorrinolaringologia;
 - Banco de Olhos – auditoria operativa;
 - Auditoria nos procedimentos da oncologia do Complexo Santa Casa;
 - Início da auditoria na área de cirurgia cardíaca do Complexo Santa Casa (marcapasso)
- e) Seleção e divulgação das Portarias do Ministério da Saúde.

12.3 Atenção hospitalar

Tabela 80 -Produção por quantidade de procedimentos em internações do 2º trimestre de 2011

HOSPITAIS POA	2011	2010
CONCEICAO	10.553	11.041
FEMINA	3.408	3.119
CRISTO REDENTOR	1.918	2.239
CLINICAS	8.713	7.672
TOTAL PÚBLICO FEDERAL	24.592	24.071
PARTENON	278	259
TOTAL PÚBLICO ESTADUAL	515	537
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO	1.985	2.358
HOSPITAL PRESIDENTE VARGAS	1.402	1.422
TOTAL PÚBLICO MUNICIPAL	3.387	3.780
PUCRS	4.305	4.599
BANCO DE OLHOS	117	114
DIVINA PROVIDENCIA	22	69
BENEFICENCIA PORTUGUESA	707	340
PETROPOLIS		340
PARQUE BELEM	931	1.315
ESPIRITA	946	842
SANTA CASA	6.189	6.510
VILA NOVA	3.829	3.547
CARDIOLOGIA	1.425	1.333
UNIDADE SAO CARLOS	0	3
UNIDADE SAO RAFAEL	189	157
TOTAL NÃO PÚBLICO	18.660	19.169
TOTAL GERAL	47.154	47.557

FORNE DATASUS/TABWIN

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

12.3.2 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 em 10 prestadores) obteve-se um aumento significativo na regulação dos leitos de UTI.

12.3.3 Regulação de 100% das internações hospitalares oriundas das emergências

Os 10 prestadores integrados 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.

12.3.4 Programação da regulação de 100% de todas as internações hospitalares até 2013

O sistema AGHOS foi implantado em janeiro de 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 100% dos leitos SUS já estão regulados.

Tabela 81- Pacientes atendidos regulados pelo Sistema AGHOS (incluindo transferências externas)

CARACTERÍSTICA	ABRIL	MAIO	JUNHO	TOTAL
UTI NEONATAL	13	35	69	117
UTI PEDIÁTRICA	16	37	90	143
UTI ADULTO	83	85	118	286
INFECTOLOGIA	18	26	31	75
PSIQUIATRIA	203	307	338	848
ENFERMARIA CLÍNICA	148	204	246	598
ENFERMARIA PEDIÁTRICA	16	55	199	270
TRAUMATOLOGIA	21	9	66	96
TOTAL	518	758	1157	2433

Fonte Sistema AGHOS

12.3.5 Adequação do Nº de internações com caráter urgente para 40% e de caráter eletivo para 60% do total das internações até 2013

Com a implantação do sistema Aghos em todos os hospitais, teremos os dados reais das internações de caráter urgente e eletivo, podendo assim trabalhar para atingir a meta o mais breve possível. Com a informatização e a devida regulação, o gestor pode recusar, previamente, o ingresso de pacientes eletivos e/ou não referenciados para Porto Alegre via emergência e desta forma, esperamos reverter este índice.

12.4 Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados – CMCE

A Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados é a unidade da GRSS responsável pelo agendamento das primeiras consultas e exames especializados. Após a marcação da primeira consulta, é responsabilidade dos prestadores a marcação das re-consultas, inter-consultas (consultas com especialidades afins com a especialidade demandada pelo agendamento), e de exames solicitados por seus especialistas, exceto aqueles exames e especialidades médicas que o prestador não tiver competência legal para realizar (competência baseada nas portarias de habilitações publicadas regularmente pelo SUS).

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 chamada 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.

12.5 Regulação de 100% do total de 1^{as} consultas ofertadas pelos prestadores, através da implantação de sistema de informatização de regulação.

12.6 Controle de 100% das transferências de consultas

12.7 Regulação de 100% das inter e re-consultas hospitalares

Quanto às metas dos itens 12.5, 12.6, 12.7 serão passíveis de regulação a partir do momento em que o sistema Aghos estiver integralmente ativo na CMCE. Condição que esta sendo trabalhada para que até dezembro de 2011 esteja totalmente em funcionamento. Atualmente o Aghos já esta em funcionamento em todos os centros de saúde do município e em fase de implantação nos demais prestadores hospitalares.

12.8 Redução de 15% para 5% dos bloqueios de agendas, pelos prestadores conforme estabelecido na contratualização.

Nos novos contratos de contratualização e em renovação do plano operativo a meta de bloqueio é de no máximo 5% ao ano das 1^a 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 82- Comparativo de consultas

DESCRIÇÃO	2º TRIM 2011	2º TRIM 2010	VARIAÇÃO
DISPONIBILIZADAS	74.519	64.812	9.7%
AGENDADAS	60.859 (81%)	55.741 (86%)	5%
BLOQUEADAS	3.185 (4%)	4.692 (7%)	- 3%

Fonte : Central de Marcação de Consultas

12.9 Redução de 20% no tempo de espera para o agendamento das 1^{as} consultas especializadas da rede primária de atenção a saúde através da CMCE.

A redução do tempo de espera depende da oferta de serviços contratados 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.

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).

12.10 Redução de 10% o tempo de espera dos exames especializados de pacientes atendidos na rede de atenção primária de saúde.

Essa meta será cumprida a partir do momento em que a oferta dos serviços contratados suprirem a demanda da população que necessita desse tipo de atenção ou for ampliada a fim de reduzir o tempo de espera. Na renovação dos contratos e em novos serviços contratados está sendo orientado o plano operativo em consonância com as demandas reprimidas .

12.11- Realização da contratualização de 100% dos prestadores de serviços hospitalares de saúde

Atualmente 90% dos prestadores de serviços hospitalares estão contratualizados.

12.12 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.

12.13 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 realizando acompanhamento e avaliação.

12.14 Revisão de 100% das contas hospitalares que ingressarem no NACH dentro do mês de competência

O NACH (núcleo de avaliação e controle hospitalar) 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.

12.15 Redução em 50% os bloqueios de pagamento das contas hospitalares devido ao atendimento de pacientes sem a devida regulação até início de 2012

Até o momento esse índice ainda não é mensurável. Poderá ser medido após a implantação do Aghos no faturamento hospitalar, que atualmente está sendo integrado em dois prestadores.

12.16 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.

12.17 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.

13. HOSPITAIS PRÓPRIOS

13.1. Pronto Socorro Municipal

Tabela 83-Total de pacientes atendidos, período 2º Trim 2011.

	Período		Variação 2011/2010	
	2º Trim			
	2011	2010	Nº	%
	Nº	Nº		
Total de boletins emitidos	45343	46696	-1353	-2,90
Total de boletins efetivamente atendidos	41041	42426	-1385	-3,26

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO

Tabela 84- Procedência do paciente atendido no HPS , período 2º Trim 2011.

Procedência	Período		Variação 2011/2010	
	2º Trim			
	2011	2010	Nº	%
	Nº	Nº		
município	39629	40989	-1360	-3,32
outros municípios	5714	5707	7	0,12
Total	45343	46696	-1353	-2,90

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO

Tabela 85- Demonstrativo dos atendimentos realizados por unidades, período 2011.

Setor ¹	Período		Variação 2011/2010	
	2º Tri			
	2011	2010	Nº	%
	Nº	Nº		
BUCO	1633	1696	-63	-3,71
CARDIO	296	335	-39	-11,64
CIRURGIA	1082	1314	-232	-17,66
ECG	213	290	-77	-26,55
ECO	359	423	-64	-15,13
GESSO	13944	15566	-1622	-10,42
LAB	1373	1534	-161	-10,50
NEURO	1206	1233	-27	-2,19
OFTALMO	4846	4860	-14	-0,29
OTORRINO	3358	2994	364	12,16
PLAS	679	717	-38	-5,30
POLI	544	610	-66	-10,82
RADIOLOGIA	16988	18843	-1855	-9,84

SAE2	10982	11157	-175	-1,57
SAE6	11904	12860	-956	-7,43
SERV.SOCIAL	328	693	-365	-52,67
TOMO	1857	2230	-373	-16,73
Outros	143	334	-191	-57,19
Total	71735	77689	-5954	-7,66

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - SIHO
1 Atendimentos Ambulatoriais

Tabela 86 Materiais Adquiridos no período

RECURSO	MATERIAIS PERMANENTES ADQUIRIDOS PELA PMPA 2010	QTD	SOLICITANTE	VALOR EMPENHADO
2º trimestre 2010				
FAEC	Aparelho de anestesia completos (uso pediátrico e adulto)ET-020	1	Anestesia	98.000,00
FAEC	Craniótomo - memo 2008 no proc.	1	Neuro	95.000,00
FAEC	MICROCOMPUTADOR	2	Direção Adm.	4.360,00
FAEC	Perfurador tipo pistola com motor pneumático para cirurgia ET 164, 167 e 166	3	Traumato	124.500,00
COREDES 2003/2004 reformulado	Secador de ar comprimido - memo 30/09	1	Manutenção	10.000,00
COREDES 2003/2004	Ventilador umidificador ET-159 (climatizador)	4	HPS	8.316,00
	subtotal			340.176,00
2º trimestre de 2011				
CONTRATO 282	Armário baixo - Arquivo metálico com 4 gavetas com fechadura	2	BC em substituição	1.350,00
CONTRATO 282	Cadeira alta (tipo p/caixa)	3	BC Substituição de bens enviados para conserto mas que não compensam pelo estado precário	867,00
CONTRATO 282	Estante baixa ou móvel para material CME	1	CME / BC em substituição	943,00
vinculo 40	Fibrobronquioscópio terapêutico ET 169	1	Manutenção	26.400,00
CONTRATO 282	Fotóforo c/lâmpada frontal	1	OTORRINO	475,00
CONTRATO 282	Lampada de fenda aumento 2x, filtro azul cobalto com mesa motorizada	1	OFTALMO - substituição do atual com sobrecarga de uso tem apresentado muitos consertos, suspendendo o atendimento oftalmo	11.390,00
CONTRATO 282	Microcomputador	2	Engenharia	7.000,00

CONTRATO 282	Monitor de pressão digital	1	COORD. ÁREAS INTENSIVAS	6.715,00
FAEC	Motor cirúrgico elétrico c/ caneta cirúrgica	1	Substituição dos atuais sem condições	12.000,00
CONTRATO 282	Oxímetro ET 023	1	BUCO FACIAL	5.600,00
			UTI PEDIÁTRICA	Reposição dos atuais
subtotal				72.740,00

Tabela 87-Indicadores de Desempenho - 2º Tri mestre 2011

Indicador	Unidade de medida	Período		Variação 2011/2010	
		2º Trim		Nº	%
		2011	2010		
		Nº	Nº	Nº	%
Taxa de ocupação de leitos/dia ¹	Nº pacientes internados pelo nº leitos Total 140 leitos	137,96	144,83	- 6,8	-4,74
Media de permanência	Dias de permanência	6,43	6,65	- 0,22	-
Boletins de atendimentos efetivamente atendidos/dia	Nº boletins atendimentos efetivamente atendidos /dia	498,27	513,14	-14,87	-2,90
Cobertura do atendimento para Porto Alegre	Índice percentual de atendimentos oriundos de Porto Alegre	87,40	87,78	-0,38	-0,43
Produção Geral/ dia	Número de atendimentos gerais efetivos/dia	793,46	858,52	-65,06	-7,58
Atendimentos Sala Emergência/dia	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	477,87	491,90	-14,03	-2,85
Cirurgias/dia	Número de cirurgias realizadas /dia	6,76	8,29	-1,53	-18,46
Pacientes na UTI/dia ²	Número de Pacientes UTI/dia	31,40	34,13	-2,73	-8,00
Exames Radiodiagnósticos/paciente	Número de exames radiod. realizados /paciente/dia	0,8997	0,8690	0,0028	0,31
Exames patologia clinica/pacientes	Número de exames patologia clinica realizados /paciente/dia	1,31	1,41	-0,10	-7,09
Procedimentos de enfermagem/pacientes ³	Número de procedimentos de enfermagem realizados/paciente/dia	0,8950	0,8210	0,0740	9,01
Média de refeições distribuídas/ Comensais	nº de refeições distribuídas por comensais	0,94	0,86	0,08	9,30
Execução de projetos do plano diretor do HPS	Número de projetos implantados - valor inteiro.	1	-	1	100
Ensino e pesquisa	Nº de publicações em meios de divulgação-valor Inteiro	1	-	1	100

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - SIHO

¹ Fechamento de 04 leitos da Enfermaria de Face no 2º tri/2011, por falta de funcionários de Enfermagem, além disso evidencia-se que a enfermaria de traumatologia tem apresentado ocupação média de 30% acima de sua capacidade instalada. Observou-se que no 2º trimestre /2010 a UTI/Clinica internava em média 70% acima de sua capacidade instalada, no 2º trimestre /2011 houve uma medida de restrição na internação de pacientes, a fim de adequar a capacidade instalada passando a 20% além de sua capacidade; 2 UTIs de Trauma, Clínica, Pediátrica, Queimados e Cardiológica, todas as UTI's com exceção da UTI PED atendem em sua capacidade máxima, incluindo o leito de parada; 3 Valores de referência obtidos com a fatura de procedimentos ambulatoriais; 4 Valores empenhados com referência no Orçamento 2º Tri .

13.2 Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

Tabela 88- Capacidade do Hospital

ENFERMARIA	Nº DE LEITOS	ESPECIALIDAD	SITUAÇÃO
Sala de Observação Pediátrica – SOP	20	Pediatria	Ativos
UTI Pediátrica – 3º andar	10	Pediatria	Ativos
Pediatria – 4º andar	38	Pediatria	Ativos
Psiquiatria – 5º andar	19	Psiquiatria	Ativos
Ginecologia Internação – 7º andar	18	Ginecologia gica	Ativos
Casa da Gestante – 7º andar	11	Clín. Obstétrica	Ativos
Alojamento Conjunto – 8º andar	22	Obstetrícia	Ativos
UTI Neonatal – 9º andar	20	Neonatologia	Ativos
Centro Obstétrico – 10º andar	8	Obst. Cirúrgica.	Ativos
Sala de Recuperação – 11º andar	11	Cirúrgico	Ativos
TOTAL DE LEITOS	177	Contabilizado o aumento de leitos da Operação Inverno	

Tabela 89- Procedência dos atendimentos ambulatoriais no HMIPV

Procedência	Município de	2º trim de 2011		2º trim/ 2010	
		Nº	%	Nº	%
	POA	18.211	66,51	22.622	70,72
	Outros municípios	9.170	33,49	9.364	29,28
Total		27.381	100	31.986	100

Fonte: Programa Procedência do AMB/SIHO*.

Tabela 90- Procedência das internações no HMIPV

Procedência	Município de	2º trimestre de 2011		2º trimestre de 2010	
		Nº	%	Nº	%
	POA	1.275	68	1.174	66
	Outros municípios	598	32	596	34
Total		1.873	100	1.770	100

Fonte: Programa Procedência do AMB/SIHO*.

Tabela 91 Demonstrativo do nº de atendimentos* realizados, por atividade assistencial

<i>Unidades/ Nº de atendimentos</i>	<i>2º Trim/ 2011</i>	<i>2º Trim/ 2010</i>	<i>Varição</i>
	<i>Nº</i>	<i>Nº</i>	
Ambulatório	28.173	33.658	-16,3
Bloco Cirúrgico	506	504	0,4
Internações	1.873	1.770	5,8
Emergência Pediátrica	5.722	5.011	14,2
Triagem Obstétrica	1.104	1.397	-21
Serviços Apoio Diagnóstico	53.103	48.299	9,9
Total	90.481	90.639	-0,17

Fonte: Programa Estatística Geral AMB/SIHOS SIA- 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 92- Demonstrativo de atendimentos hospitalares realizados, por serviço

<i>Serviços</i>		<i>2º Trim/ 2011</i>	<i>2º Trim/ 2010</i>	<i>Varição</i>
		<i>Nº</i>	<i>Nº</i>	
Centro Obstétrico	Partos normais	211	246	-14,2
	Cesarianas	168	140	20
Bloco Cirúrgico-cirurgias/ Procedimentos Internações	Ginecológicas	206	241	-14,5
	Pediátricas (0 a 12 anos)	57	52	9,6
	UTI Neonatal	102	92	10,9
	UTI Pediátrica (até 12 anos)	95	56	69,6
	Alojamento conjunto**	703	700	0,4
	Interação Pediátrica (até 12 anos)	320	219	46,1
	Interação psiquiátrica	60	56	7,1
	Interação adulto mulheres*	376	292	28,8
Outros	Exames laboratoriais	30.624	40.453	-24,3
	Exames radiodiagnósticos	2.377	2.967	-19,9
	Diagnóstico por Imagem (Ecografia)	1.763	2.090	-15,6
	Hemoterapia	799	546	46,3
	Exames diagnósticos em Especialidades	2.249	2.611	-13,9
Total	47.046	59.420	-20,8	

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

Serviços Especializados

Os dados serviços especializados começaram a serem contabilizados neste ano de 2011, por isso em alguns deles não há comparativo com 2010.

Tabela 93 Indicadores de Produtividade

Indicadores	unidade de medida	2º trim/ 2011			2º trim/ 2010			Variação
		Nº	Meta	%	Nº	Meta	%	
Boletins de Atendimentos /Dia	Nº boletins atendimentos efetivamente atendidos /dia	21.814/91 dias =239,71	280	85	26.840/91 dias =294,95	280	105	-18,7
Produção Geral Dia	Número de atendimento geral efetivo/dia	28.173/91 dias =309,59	250	123	33.657/91 dias =369,86	250	147	-16,3
Procedimentos Ambulatoriais	Número de Procedimentos Ambulatoriais Realizados	93.472	92.000	102	95.924	92.000	104	-1,9
Absenteísmo	Percentual de absenteísmo nas consultas ambulatoriais	17,4	24	72,5	21,6	24	90	-19,4
Atendimentos Sala Emergência/Dia (Em.Ped + T.O.)	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	6.826/91 = 75,01	60	125	6.409/91 43	60	116	7,14
Cirurgias/Dia	Número de cirurgias realizadas/dia	506/62 úteis =8,16	18	45	504/63 úteis =8	18	44	2,00
Pacientes UTI/Dia (UTI Neonatal e UTI Pediátrica)	Número de Pacientes UTI/dia	-	20	-	20,31	20	101,5	-
Internações Hospitalares	Número de Internações hospitalares realizadas	1.873	1.770	106	1.770	1770	100	5,8%
Exames Radiodiagnósticos/Paciente	Número de exames radiodiagnósticos realizados /paciente/dia	2.377/91 =26,12	25	104	2.967/91 =32,6	25	128	-18,7%
Aleitamento Materno	Índice percentual de crianças que receberam LM na primeira hora de vida.	61,2	60	102	66,5	60	111	-8%
Cobertura do Atendimento para Porto Alegre	Índice percentual de atendimentos oriundos de Porto Alegre	66	70	94	70	70	100	-5,7%

Fontes: Programa Estatística Geral AMB/SIHO e TABWIN, ASSEP E ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO DO HMIPV.

Tabela 94- Indicadores de Qualidade

Indicadores	Unidade de medida	2º trim/ 2011			2º trim/ 2010			Variação
		Nº	Meta Pactuada	% da meta	Nº	Meta Pactuada	% da meta	
Média de Permanência	Tempo médio de permanência das internações hospitalares	5,95	3,5	59	5,61	3,5	62	- 6,06
Taxa de Ocupação	Indica o grau de utilização do leito	89*	70	127	54	70	77	65
Mortalidade Institucional	Nº óbitos ocorridos em pacientes atendidos em unidades de internações e emergência	10	10	100	12	10	83,4	16,6
Infecção Hospitalar	Nº de infecções ocorridas em pacientes	35	80	43,7	59	80	73,7	-40
Consultas ambulatoriais	nº de consultas realizadas nos ambulatórios	34.78	23.000	151,23	42.507	23.000	184,81	-18,17
Média de Dietas Distribuídas	nº de dietas distribuídas	15.94	13.000	122,6	12.728	13.000	97,9	25,2
Média de Refeições Distribuídas	nº de refeições distribuídas	6.720	6.000	112	6.065	6.000	101,1	10,8

Fontes: TABWIN e BMH, CCIH, Serviço de Nutrição do HMIPV, Comitê de Aleitamento Materno do HMIPV

*Dado do mês de junho – em abril e maio o dado não conseguiu ser computado, por dificuldades técnicas.

Tendo em vista que a reforma elétrica do hospital ainda não foi concluída, é possível na vigência da reforma de fachadas do Bloco A., haverá alguns bloqueios temporários de leitos, em várias unidades.

Por conta da demissão dos funcionários de vínculo Fugast, em março de 2011, permanecemos em processo de substituição gradativa desses profissionais. Ocorreram muitas nomeações, e muitos cargos ainda estão cobertos por processo seletivo emergencial, com todas as dificuldades conseqüentes desse cargo temporário. Desde o início, não conseguiu-se completar todas os postos necessários, como é o caso da Ginecologia e Obstetrícia. Além disso, com o passar do tempo, muitos profissionais se demitiram ou não renovaram o processo seletivo. Nos últimos dias de julho foi aberto o Edital para Técnico de Enfermagem; o concurso está marcado para setembro. Aguardamos os concursos para Médicos e outros profissionais.

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 insuficiente 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 produtividade hospitalar.

14. ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E TRANSPORTE DE PACIENTES

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

14.1 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 avaliação da acessibilidade aos usuários nos Pronto-Atendimentos, foram analisados o número de consultas realizadas e desistências nas especialidades de clínica

médica e pediatria em todos os PA e comparados o 2º trimestre de 2011 com o 2º trimestre de 2010 (tabelas 94, 95 e 96).

Os atendimentos em geral dos PAs tiveram queda no PACS e PA Bom Jesus enquanto que nos PAs Lomba do Pinheiro e Restinga teve um incremento de 8,6% e 4,2% respectivamente na comparação do 2º trimestre de 2011 com o 2º trimestre de 2010. Em relação às desistências, o PA Bom Jesus mantém uma tendência de queda com a proporção de -22,3% no comparativo do 2º trimestre de 2011 em relação ao 2º trimestre de 2010. No mês de junho, o PABJ iniciou a implantação do Protocolo de Manchester cujos resultados poderão ser medidos a partir do 3º trimestre.

No PACS, ainda persiste o impacto da metodologia de contagem das desistências em 2010 e, conseqüente aumento da proporção no 2º trimestre em 2011 para 2.9%. Nos PAs Restinga e Lomba do Pinheiro houve maior demanda e conseqüente acréscimo nas consultas resultando no aumento das desistências, principalmente nos atendimentos em pediatria. Essa situação pode indicar que os serviços estão atendendo próximo do limite da sua capacidade instalada.

É importante destacar que os pacientes que são encaminhados as unidades básicas de saúde também são considerados desistências o que justifica o aumento da proporção.

Observa-se, em todos os prontos 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 95 e 96).

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

Tabela 94 – Distribuição do número de atendimentos e desistências em pediatria e clínica médica das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo do 2º Trimestre dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

Ano do Trimestre	2º Trimestre 2011			2º Trimestre 2010			Comparativo entre 2011 e (%)	
	Nº At	Desistência	¹ Desistência	Nº At	Desistência	¹ Desistência	Atendimentos	Desistências
Atendimento Geral								
PACS	22.984	3.720	13,9	23.790	125	0,5	-3,4%	² 2.876,0%
PA Bom Jesus	20.135	1.949	8,8	23.979	2509	9,5	-16,0%	-22,3%
PA Lomba do Pinheiro	18.397	2.088	10,2	16.938	1.802	9,6	8,6%	15,9%
PA Restinga	19.177	1.418	6,9	18.406	854	4,4	4,2%	66,0%

Fonte: SIHO/AMB

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

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

Tabela 95 Distribuição do número de atendimentos e desistências em clínica médica das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo do 2º Trimestre dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

Ano do Trimestre	2º Trimestre 2011			2º Trimestre 2010			Variação	
	Nº At	Desistência	¹ Desistência	Nº At	Desistência	¹ Desistência	Atendimentos	Desistências
Atendimentos Clínicos								
PACS	14.394	3.245	18,4	15.420	87	0,6	-6,7%	² 3.629,9%
PA Bom Jesus	11.548	1.724	13,0	14.914	2.173	12,7	-22,6%	-20,7%
PA Lomba do Pinheiro	10.869	1.674	13,3	10.295	1.462	12,4	5,6%	14,5%
PA Restinga	11.286	842	6,9	10.416	587	5,3	8,4%	43,4%

Fonte: SIHO/AMB

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

² 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 96- Distribuição do número de atendimentos e desistências em pediatria das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo do 2º Trimestre dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

Período	2º Trimestre 2011			2º Trimestre 2010			Variação	
	Nº At	Desistência	¹ Desistência	Nº At	Desistência	¹ Desistência	Atendimentos	Desistências
PACS	8.590	475	5,2	8.370	38	0,5	2,6%	² 1.150,0%
PA Bom Jesus	8.587	225	2,6	9.065	336	3,6	-5,3%	-33,0%
PA Lomba do Pinheiro	7.528	414	5,2	6.643	340	4,9	13,3%	21,8%
PA Restinga	7.891	576	6,8	7.990	267	3,2	-1,2%	115,7%

Fonte: SIHO/AMB

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

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

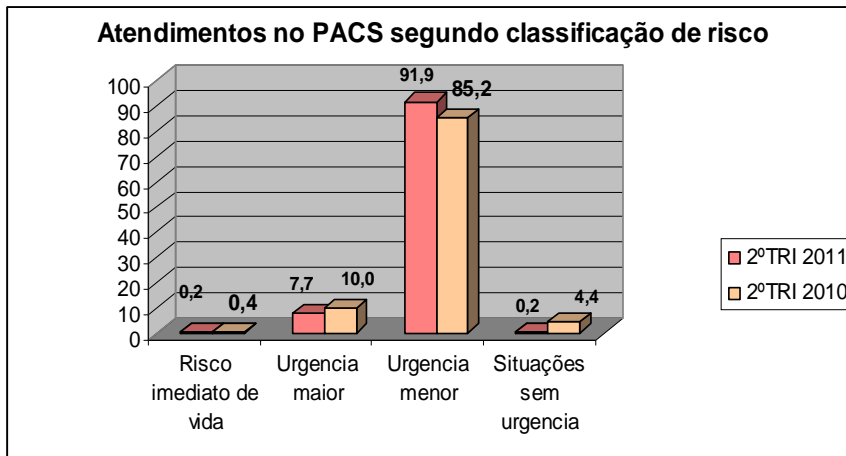
Classificação de Risco nos Prontos – Atendimentos (PAs)

Para analisarmos o perfil do paciente atendido nos Pronto-Atendimentos, segundo o critério de gravidade, avaliamos o percentual de pacientes atendidos em cada nível de Classificação de Risco, comparando o 2º trimestre dos anos de 2010 e 2011, conforme figuras (6 a 9)

O PACS apresenta decréscimo nos atendimentos em todas as categorias de classificação de risco principalmente nas situações sem urgência (95,9%) e emergência com risco imediato de vida com -68,6%. Do mesmo modo, os PAs Lomba do Pinheiro e Restinga apresentam uma tendência semelhante em relação a diminuição de atendimentos nos casos sem urgência. Parte dessa situação no PACS se explica pela proximidade da unidade básica de saúde onde são encaminhados os pacientes sem urgência.

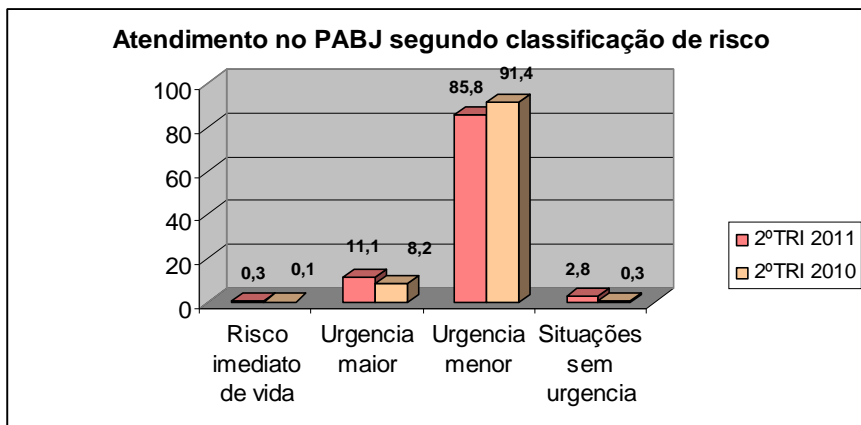
Em contrapartida o PABJ apresenta situação oposta com aumento de 887,8% nas situações sem urgência (azuis) e de 166,7% de incremento na emergência com risco imediato de vida (vermelhos).

Dentro desta mesma análise, foi calculado o Grau de Risco Global de cada PA 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.



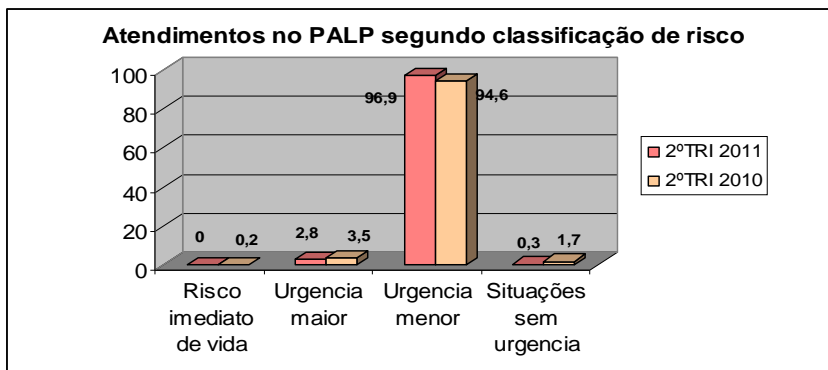
Fonte: SIHO/AMB

Figura 6–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.



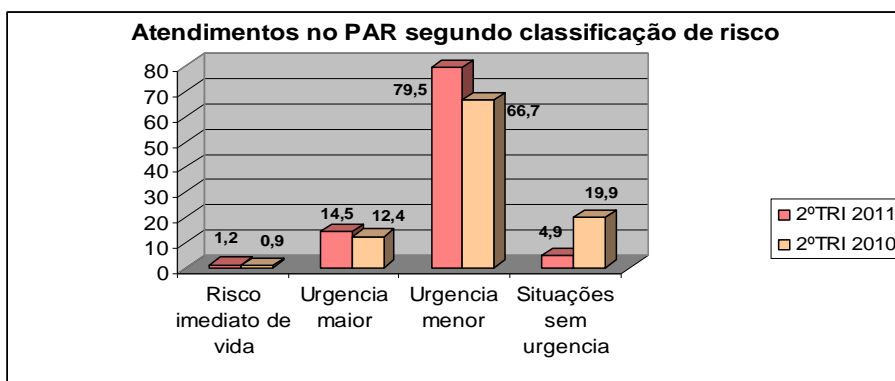
Fonte: SIHO/AMB

Figura 7– 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

Figura 8 - Gráfico comparativo da proporção dos atendimentos na clínica e pediatria, segundo Classificação de Risco, no Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (PALP) no 2º Trimestre entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.



Fonte: SIHO/AMB

Figura 9 - 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 2010 e 2011, Porto Alegre, RS.

Tabela 97-Distribuição da Classificação de Risco (CR) segundo o Grau de Risco Global (GRG) por Pronto Atendimento (PA) do 2º trimestre dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

GRAU DE RISCO GLOBAL *	2º TRI 2011	2º TRI 2010
PACS	2,1	2,1
PA Bom Jesus	2,1	2,1
PA Lomba do Pinheiro	2,0	2,0
PA Restinga	2,1	1,9

*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.

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.

Os PAs Restinga e Lomba do Pinheiro apresentam maior demanda nos atendimentos e conseqüente aumento nas desistências podendo indicar que estão trabalhando no limite da sua capacidade instalada.

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.

14.1.1 Pronto – Atendimentos de Saúde Mental (PESM)

Em relação aos atendimentos da Psiquiatria foram analisados os dados referentes aos Pronto-Atendimentos de Saúde Mental do PACS e IAPI e comparados os 2º trimestres de 2010 e 2011.

No Plantão de Emergência em Saúde Mental do PACS (PESM-PACS) houve uma redução de 9,7% do número de atendimentos na comparação do 2º trimestre do ano de 2011 com o mesmo período de 2010 (quadro 1), provavelmente devido à consolidação do PESH-IAPI, implantado em meados de 2009. O índice de atendimentos a pacientes menores de 18 anos é de aproximadamente 8,2%, 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 ficam em sala de observação (SO) no PESH-PACS manteve-se em torno de 31,3 % e o tempo médio de permanência foi de dois dias. Os diagnósticos mais freqüentes dos pacientes de SO foram Dependência Química (48,9%), Transtorno de Humor Bipolar (12,4%) e Esquizofrenia (13,2%).

Dos pacientes admitidos em SO na psiquiatria no 2º trimestre de 2011, 25,0% foram transferidos para internação hospitalar, com um aumento de 17,7% de transferências na comparação com o mesmo período de 2010 (21,2%), podendo ser atribuído ao aumento da oferta de leitos psiquiátricos na rede hospitalar.

O Plantão de Emergência em Saúde Mental do IAPI (PESH-IAPI) não pode disponibilizar os dados do 2º trimestre de 2010, e por esse motivo, não foi possível

realizar a avaliação comparativa entre os anos de 2011 e 2010. O percentual de atendimento de menores de 18 anos é semelhante ao PACS (8,5%) e os principais tipos de atendimentos são por dependência química (33,5%) e depressão (21,7%).

Quadro 4-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, no 2º trimestre dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

Psiquiatria PACS	2º TRIM/ 2011	2º TRIM/ 2010	Variação
Total de boletins emitidos	3.619	3.621	-0,1%
Desistências	253	4	² 6.225,0%
¹ Desistências (%)	7,0%	0,1%	² 6.236,8%
Total Paciente Atendidos	3.266	3.617	-9,7%
Atendimentos < 18 anos	268	290	-7,6%
% de Pacientes < 18 anos atendidos	8,2%	8,0%	2,3%
Total Paciente em SO	1.023	942	8,6%
% de Pacientes atendidos que permanecem em SO	31,3%	26,0%	20,2%
Tempo Médio de Permanência / dias	2,1	2,5	-16,0%
Dependência Química (DQ) em SO	500	195	156,4%
% DQ em SO	48,9%	20,7%	-136,1%
Transtorno de Humor Bipolar (THB) em SO	127	119	6,7%
% THB em SO	12,4%	12,6%	-1,7%
Esquizofrenia em SO	135	119	13,4%
% de Esquizofrenia em SO	13,2%	12,6%	-4,5%
Nº de Transferências para Internação Hospitalar	816	768	6,3%
% de Transferências para Internação Hospitalar	25,0%	21,2%	17,7%

Fonte: SIHO/AMB

¹¹Percentual de desistências = Total de desistências / total de atendimentos + total de desistências x 100. ²Em 2010 o número de desistência foi subestimado devido ao método de contagem adotado originando um acréscimo superestimado de desistência em relação a 2011

Quadro 5- Distribuição do número do total de atendimentos e desistências em Psiquiatria, menores de 18 anos, temas específicos da Sala de Observação e comparativo no PESM-IAPI, no 2º trimestre dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

Psiquiatria PESM-IAPI	2º TRIM/2011	2º TRIM/ 2010	variação
Total de boletins emitidos	2207	*	*
Total Paciente Atendidos	2184	*	*
Atendimentos < 18 anos	186	*	*
% de Pacientes < 18 anos atendidos	8,5	*	*
Total Paciente em SO	662	*	*
% de Pacientes atendidos que permanecem em SO	30,3	*	*
Tempo Médio de Permanência / dias	1	*	*
Dependência Química (DQ) em SO	732	*	*
% DQ em SO	33,5	*	*
Depressão em SO	475	*	*
% Depressão em SO	21,7	*	*
Psicose em SO	0	*	*
% de Psicose em SO	0	*	*
Nº de Transferências para Internação Hospitalar	659	*	*
% de Transferências para Internação Hospitalar	30,2	*	*

Fonte: HMD-PESM-IAPI

* Dados do 2º trimestre de 2010 não foram disponibilizados

14.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Para análise dos serviços prestados pelo SAMU 192, foi avaliado 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 2011 e 2010.

O 2º trimestre do ano de 2011, mantém uma tendência de redução de ligações ao SAMU 192 (-35,6%), expressada principalmente na diminuição da proporção dos trotes (-14,6%) quando comparado com o 2º trimestre de 2010. Em contrapartida houve pequeno

aumento do percentual de regulações (1,7%). A diminuição das ligações interrompidas (-98,8%) e repetidas (-77,5%) pode estar relacionada com a alteração da versão do software.

Observa-se que a proporção de ligações pertinentes no 2º trimestre de 2011 foi maior que no ano de 2010 nesse mesmo período. Verifica-se, no entanto, que no 2º trimestre dos anos 2011 e 2010 predomina as ligações por trotes (36,3% e 27,4%, respectivamente).

Os atendimentos segundo a causa mantém a mesma configuração apresentando os casos clínicos (42,8%) e o trauma (36,1%) como principais causas de atendimento em 2011. Houve acréscimo de atendimento de causas clínicas de 7,8% em relação ao 2º trimestre de 2010, diferente dos traumas que tiveram uma redução de 3,5%. Destaca-se o aumento de 24,2% de atendimentos em psiquiatria de 2011 (tabela 99)

Em relação ao coeficiente de mortalidade dos atendimentos pré-hospitalares (quadro 6) realizados pelo SAMU, observa-se que houve aumento para 29,4 óbitos para cada 1000 atendimentos no 2º semestre de 2011.

Tabela 98- Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações e comparativo do 2º trimestre entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

Trimestre Atendimento	2º Trim/ 2011		2º Trim/ 2010		VARIAÇÃO
	n	%	n	%	%
Trotes	25.023	36,3	29.309	27,4	-14,6%
Interrompidas	193	0,3	15.408	14,4	-98,8%
Informações	9.353	13,6	21.507	20,1	-56,5%
Enganos	14.114	20,5	18.934	17,7	-25,5%
Repetidas	359	0,5	1.592	1,5	-77,5%
Fora de Área	669	1,0	1.346	1,3	-50,3%
Regulações	19.271	27,9	18.949	17,7	1,7%
Total de Ligações	68.982	100,0	107.045	100,00	-35,6%

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

Tabela 99-Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a causa, e comparativos do 2º trimestre entre os anos de 2010 e 2011, Porto Alegre, RS.

Trimestre Tipo atendimento	2º Trim/ 2011		2º Trim/ 2010		VARIAÇÃO
	n	%	n	%	%
Outros	179	2,1	331	3,7	-45,9 %
Caso Clínico	3.591	42,8	3.330	36,8	7,8 %
Obstétrico	117	1,4	140	1,5	-16,4 %
Psiquiátrico	764	9,1	615	6,8	24,2 %
Traumático	3.030	36,1	3.140	34,7	-3,5 %
Orientação	0	0,0	34	0,4	-100,0 %
Transporte	716	8,5	1.471	16,2	-51,3 %
Total de APHr	8.397	100,0	9.061	100,0	-7,3 %

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

Quadro 6 - Distribuição dos coeficientes de mortalidade dos Atendimentos Pré Hospitalares (APH) realizados pelo SAMU no 2º trimestre dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

2º TRIM	APH	óbitos	*Coeficiente
	n	n	‰
2011	8.397	247	29,4
2010	9.061	162	17,9

*Óbitos para cada 1000 atendimentos

Mesmo tendo havido redução nos trotes de 14,6% entre os trimestres, os trotes mantêm a maior proporção de ligações.

Houve 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.

Destaca-se o aumento de atendimentos em psiquiatria.

Houve aumento no coeficiente de mortalidade dos atendimentos pré-hospitalares realizados pelo SAMU no 2º trimestre de 2011 quando comparado com o 2º trimestre de 2010.

A análise de indicadores e dados epidemiológicos é fundamental na gestão em saúde pública, porém, a qualidade, a disponibilidade e a agilidade das informações são essenciais para o diagnóstico e o planejamento adequados. A implantação do novo sistema de informações em andamento na Secretaria Municipal de Saúde, com as informações qualificadas obtidas em tempo real possibilitará uma nova perspectiva para saúde do município, com relatórios mais detalhados e precisos, possibilitando o planejamento e as ações mais adequadas.

15. FINANCIAMENTO DO SUS

Quadro 7-RECEITA DE INGRESSOS: 2º Trimestre de 2010 e 2º Trimestre de 2011

2º TRIM			2ºTRIM			VARIAÇÃO
RECEITA DE INGRESSOS:	2010	%	RECEITA DE INGRESSOS:	2011	%	%
Fonte Municipal	R\$ 8.522.364,54	43,34	Fonte Municipal ¹	R\$ 104.375.869,23	44,18	17,91
Fonte Estadual	R\$ 772.436,93	1,85	Fonte Estadual	R\$ 11.661.299,18	4,94	209,12
Fonte Federal	R\$ 0.098,04	54,81	Fonte Federal	R\$ 120.199.385,66	50,88	7,36
Total de Receita de Ingressos	R\$ 54.899,51	100,00	Total de Receita de Ingressos	R\$ 236.236.554,07	100,00	15,66
RECEITA FINANCEIRA 2010			RECEITA FINANCEIRA 2011			%
Fonte Municipal**	R\$		Fonte Municipal ²	R\$		
Fonte Estadual	R\$ 235.769,24		Fonte Estadual	R\$ 398.666,94		69,09
Fonte Federal	R\$ 1.668.275,89		Fonte Federal	R\$ 2.983.385,92		78,83
Total de Receita Financeira	R\$.904.045,13		Total de Receita Financeira	R\$.382.052,86		77,62
TOTAL GERAL RECEITA	R\$ 58.944,64		TOTAL GERAL DA RECEITA	R\$ 239.618.606,93		
DESPESAS			DESPESAS PAGAS			%
	2010	%		2011	%	%
Fonte Municipal	R\$ 2.364,54	45,83	Fonte Municipal	R\$ 104.375.869,23	46,33	17,91
Fonte Estadual	R\$ 633.525,51	0,33	Fonte Estadual	R\$ 7.926.570,99	3,52	1.151,18
Fonte Federal	R\$ 08.856,10	53,84	Fonte Federal	R\$ 113.006.017,31	50,16	8,65
TOTAL GERAL DESPESA	R\$ 64.746,15	100,00	TOTAL GERAL DA DESPESA	R\$ 225.308.457,53	100,01	16,64

Quadro 8- RECEITA DE INGRESSOS: 1º Trimestre e 2º Trimestre de 2011

1º TRIM			2º TRIM			VARIAÇÃO
RECEITA DE INGRESSOS:	2011	%	RECEITA DE INGRESSOS	2011	%	%
Fonte Municipal	R\$ 92.895.528,32	45,21	Fonte Municipal ¹	R\$ 5.869,23	44,18	12,36
Fonte Estadual	R\$ 415.139,19	0,20	Fonte Estadual	R\$ 11.661.299,18	4,94	2.709,01
Fonte Federal	R\$ 112.146.322,09	54,58	Fonte Federal	R\$ 9.385,66	50,88	7,18
<i>Total de Receita de Ingressos</i>	R\$ 205.456.989,60	100,00	<i>Total de Receita de Ingressos</i>	R\$ 16.554,07	100,00	14,98
RECEITA FINANCEIRA	2011		RECEITA FINANCEIRA	2011		%
Fonte Municipal**	R\$ -		Fonte Municipal ²	R\$ -		
Fonte Estadual	R\$ 271.720,37		Fonte Estadual	R\$ 398.666,94		46,72
Fonte Federal	R\$ 2.491.643,75		Fonte Federal	R\$ 2.983.385,92		19,74
<i>Total de Receita Financeira</i>	R\$ 2.763.364,12		<i>Total de Receita Financeira</i>	R\$ 3.382.052,86		22,39
TOTAL GERAL DA RECEITA	R\$ 208.220.353,72		TOTAL GERAL DA RECEITA	R\$ 239.618.606,93		15,08
						VARIAÇÃO
DESPESAS PAGAS	2011	%	DESPESAS PAGAS	2011	%	%
Fonte Municipal	R\$ 92.895.528,32	46,89	Fonte Municipal	R\$ 5.869,23	46,33	12,36
Fonte Estadual	R\$ 422.375,85	0,21	Fonte Estadual	R\$ 7.926.570,99	3,52	1.776,66
Fonte Federal	R\$ 104.812.353,68	52,90	Fonte Federal	R\$ 6.017,31	50,16	7,82
TOTAL GERAL DA DESPESA	R\$ 198.130.257,85	100,00	TOTAL GERAL DA DESPESA	R\$ 18.457,53	100,01	13,72

O detalhado referente ao financiamento do SUS no Município encontra-se no anexo II deste relatório.

16. DESEMPENHO DOS INDICADORES NO CICLO DE VIDA

16.1 Criança

Tabela 100-Taxa de coleta de teste de triagem neonatal no período de 3 a 7 dias (%).

<i>Gerência Distrital</i>	<i>2ºTrimestre 2011</i>	<i>2ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
Centro	56,0	43,3	29,3
NHNI	58,7	45,9	28,0
NEB	57,8	50,6	14,3
LENO	62,6	51,1	22,4
GCC	57,3	50,1	14,3
SCS	57,6	49,7	15,8
PLP	64,0	51,6	24,1
RES	55,0	43,7	25,9
Porto Alegre	56,9	46,3	22,9

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 22,9% no segundo trimestre de 2011 em relação ao mesmo período de 2010. Todas as GDs atingiram 55% ou mais de coleta entre 3 e 7 dias. Essa taxa reflete o momento do início do acompanhamento do recém-nascido nas Unidades de Saúde e pode refletir o grau de acesso à atenção primária e a sensibilidade das famílias à questão da importância do acompanhamento precoce das crianças. A maioria das coletas realizadas nas maternidades ocorreu tardiamente em 2011 (58,4%), porém em proporção inferior a 2010 (83,4%).

Tabela 101-Taxa de cobertura da triagem auditiva neonatal

<i>Porto Alegre</i>	<i>2ºTrimestre 2011</i>	<i>2ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
Procedimentos	116,4	73,8	+57,6

Fonte: SIA e SIH/Datasus.

A análise deste procedimento é realizada pelo número de Emissões Otoacústicas Evocadas -dividido pelo número de AIH de partos ocorridos em Porto Alegre

.Em 11/08/2011, data da consulta ao SIH, havia um número reduzido de AIH de partos do mês de junho tabulados no sistema, muito inferior ao número de Emissões Otoacústicas Evocadas encontradas no SIA no mesmo período. Como resultado, a cobertura de triagem auditiva neonatal no segundo trimestre foi superior a 116%. Em números absolutos, houve um incremento de 110 exames durante o segundo trimestre, passando de 3878 em 2010 para 3988 em 2011.

Tabela 102 - Taxa de aleitamento materno exclusivo e misto em crianças menores de 4 meses acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família (%).

	2º Trimestre 2011	2º Trimestre 2010	Varição %
Aleitamento materno exclusivo			
Abril	73,1	76,7	-4,7
Maio	74,4	76,5	-2,7
Junho	72,0	76,9	-6,4
Aleitamento materno misto			
Abril	26,9	23,3	15,3
Maio	25,6	23,5	9,0
Junho	28,0	23,1	21,2

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.

Tabela 102-Taxa de aleitamento materno exclusivo na primeira consulta do recém-nascido (%).

Gerência Distrital	2º Trimestre 2011	2º Trimestre 2010	Varição %
Centro	73,8	82,5	-10,5
NHNI	86,4	83,2	3,9
NEB	83,2	84,6	-1,5
LENO	82,1	81,9	0,2
GCC	82,7	86,2	-4,1
SCS	80,7	78,4	2,9
PLP	80,1	77,0	4,1
RES	80,6	76,9	4,8
Porto Alegre	81,6	81,0	0,7

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

Tabela 103- Cobertura vacinal Tríplice Viral, BCG e Hepatite B

Porto Alegre	2º Trim/ 2011	2º Trim/ 2010	Varição %
Vacinal BCG	109,0	86,1	26,6
Terceira dose da vacina contra Hepatite B	80,1	76,8	4,3
Vacinal da tríplice viral a partir de 1 ano	103,5	85,7	20,8

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

Tabela 104- Cobertura vacinal Tetravalente - 3ª dose.

Cobertura vacinal com a vacina Tetravalente (DTP+Hib) em de crianças menores de 1 ano - 3ª dose (Sispacto–Pacto De Gestão 32)		Meta PAVS/ SISPACTO	2ºTrim 2011	2ºTrim 2010	Varição
Nº. doses	*População opcional < de um ano para o período		4579*	4579*	-
	Nº. doses aplicadas	95% de cobertura	3644	3475	4,64
	Taxa de cobertura		79,58	75,88	4,64
	% meta atingida		83,77	79,88	4,64

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/API

*Os dados da tabela são as doses aplicadas. A população utilizada é como opcional do SINASC 2010 de Porto Alegre consolidada que é de 18.315 nascidos vivos.

As baixas coberturas vacinais após os 6 meses de vida refletem a existência de problemas estruturais como a insuficiência e a rotatividade dos recursos humanos, e de redução da prioridade da prevenção das doenças infecciosas pelos serviços de saúde e pela sociedade. Esses aspectos se evidenciam nas perdas de oportunidades de vacinação por não avaliação da carteira de vacina nos atendimentos, nas falsas contra-indicações à vacina, no estabelecimento de horários para vacinação, na territorialização da vacinação, no sub-registro nas planilhas do sistema de informação. 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 105-Número de casos de sífilis congênita.

Gerência Distrital	2ºTrimestre 2011	2ºTrimestre 2010	Varição %
Porto Alegre	54	43	25,6

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. Houve elevação nos casos em 2011 em relação ao 2º trimestre de 2010, projetando um número anual superior a 200 casos nesse ano. O aumento do número de casos pode refletir o aprimoramento do processo de vigilância epidemiológica da Sífilis Congênita ocorrido nos últimos meses. A realização do detalhamento dos casos por GD e por raça/cor não tem sido possível para os relatórios trimestrais.

Tabela 106- Número de kits de testes rápidos para HIV utilizados, crianças ativas no Projeto Nascer, latas de fórmula láctea infantil e comprimidos de inibidores da lactação distribuídos.

	2ºTrim/ 2011	2ºTrim/ 2010	Varição %
Kits teste rápido HIV	1.698	1.745	-2,7
Crianças ativas no Projeto Nasc	209	230	-9,1
Latas de fórmula láctea infantil	7.200	8.700	-17,2
Comprimidos de inibidores da ação	8	40	-80,0

Fonte: Projeto Nasc

No Relatório de Gestão do segundo trimestre foi inserido o número de crianças acompanhadas no Projeto Nasc.

Tabela 107-N° de serviços de alimentação em creches/escolas infantis

Indicador Anual	Meta Pactuada	2ºTrim/ 2011	2ºTrim/ 2010	Varição %
N° de serviços de alimentação em creches/escolas infantis (PAVS SANITÁRIA) - N 600 ¹	20 % (120) dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano	58	37	56,76-
% da meta atingida		48,33	30,83	

¹percentil de atingimento de meta referente somente ao trimestre em análise e em vistorias realizadas neste período, tendo como referência os 600 estabelecimentos cadastrados. Meta é **anual**.

Serviços de alimentação em creches/escolas infantis – Em relação às escolas de educação infantil, as áreas vistoriadas referem-se à totalidade dos ambientes, incluindo cozinha, berçários, salas de recreação, despensa, lavanderia, administrativo e área externa. Os riscos relacionados a esses estabelecimentos referem-se, prioritariamente à toxicoinfecção alimentar e traumas relacionados com quedas.

Os atendimento infantis são realizados nos CAPSi do Hospital De Clinicas (HCPA) e no CAPSi Harmonia.

Atendimento em Saúde Mental em Crianças

No período analisado, foram realizados 5.585 atendimentos, apresentando um incremento de 1.631. Deste total 90% foram realizados no CAPSi Casa Harmionia e 10% no CAPSi do HCPA.

Tabela 108- Atendimentos dos Centros de Atenção Psicossocial infantil

CPASi	HCPA			Harmonia		
	2011	2010	Variação%	2011	2010	Variação%
Atendimento/período						
Intensivo	196	235	-12	198	264	-3
Não Intensivo	22	33	-15	312	231	7,4
Semi Intensivo	327	342	-5	4530	3344	26,18
Total	545	610	-12	5040	3839	24,11

Fonte : DATASUS/ SAI

O CAPSi do Hospital de Clínicas realizou 545 atendimentos (10% do total), apresentando inclusive percentuais com variação negativa em relação ao mesmo trimestre do ano anterior onde foram realizado 610 atendimentos.

O CAPSi Casa Harmonia, realizou 5.040 (90% do total de atendimentos). A tendência crescente nos atendimentos do CAPS i Casa Harmonia na modalidade semi-intensivo e não intensivo justifica-se pela inclusão de crianças neste serviço oriundas da clínica SAERME (Serviço de Assistência a Educação e Reabilitação do Menor) descredenciada da prestação de serviços junto a SMS no trimestre analisado.

O quadro abaixo foi elaborado considerando a produção de médico psiquiatra, enfermeiro psiquiátrico, psicólogos clínicos, hospitalar e social, terapeuta ocupacional.

Quadro 9- Atendimentos do Centro de Atenção Psicossocial infantil do Grupo Hospitalar Conceição, 2º trimestre de 2011.

CAPS i GHC	2011
ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	215
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	303
CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	182
TERAPIA EM GRUPO	39
OFICINA TERAPEUTICA I	119
OFICINA TERAPEUTICA II	105
PSICOTERAPIA DE GRUPO	78
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	151
Total	1192

Fonte Datasus SIA

O serviço permanece sem credenciamento como CAPS i junto ao Ministério da Saúde.

16.2 Adolescente 10-19 anos

Tabela 109- Número de consultas de profissionais de nível superior e em saúde mental (psicólogo e psiquiatra) de adolescentes (10 a 19 anos).

Especialidade	2º Trimestre 2011	2º Trimestre 2010	Variação %
Nutricionista	2.005	2.188	-8,4
Enfermeiro	16.373	13.107	24,9
Psicólogo	2.761	4.008	-31,1
Assistente social	1.170	1.546	-24,3
Médico	57.982	64.642	-10,3
Psiquiatra	3.600	4.031	-10,7

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.

Atendimento em Saúde Mental de Adolescentes

Quadro 10- Quadro Consultas em saúde mental, de 10 a 19 anos, por local de residência conforme região de Gerência Distrital em Porto Alegre .

Faixa Etária	10 a 14			15 a 19		
	2011	2010	Variação %	2011	2010	Variação %
Centro	3.424	3.438	-0,40	2.143	1.506	42,29
GCC	48	97	-50,51	48	219	-78,08
LENO	132	146	-9,58	94	106	-11,32
NHNI	159	210	-24,28	65	85	-23,52
NEB	0	0	0	0	0	0
RES	666	1461	-54,41	65	346	-81,12
SCS	368	423	-13,00	174	211	-17,53
NI	0	0	0	7	16	-56,25
Total	4.797	5.775	-16,93	2.596	2.489	4,22

Fonte: DATASUS SIA

Segue a maior frequência de consultas na região Centro, onde há maior concentração de serviços e ambulatórios especializados em saúde mental. Tais serviços são referência de atendimento para toda a cidade, o que pode explicar parte dos dados zerados ou de baixa frequência em outras regiões.

Destaca-se a frequência entre as idades de 11 e 16 anos na GD Centro, padrão que não se repete nas demais regiões e que cai acentuadamente nas idades de 18 e 19 anos

A variação negativa nos atendimentos e esta diferença que inicialmente se relaciona à capacidade instalada serão avaliadas qualitativamente junto à rede assistencial, uma vez que podem indicar a necessidade de atendimento por agravos relacionados a violências, atos infracionais, situação de rua, entre outros.

Os dados da GD NEB estão zerados no quadro acima, pois permanecem sem acesso ao SIA. Essa dificuldade de acesso aos dados secundários prejudica a implementação de estratégias que poderiam se basear na avaliação dos dados da região.

Na região centro houve uma variação positiva (1,18%), no número de consultas para pessoas com idade de 19 anos, em relação ao trimestre correspondente ao ano de 2010. Entretanto, observa-se uma variação negativa nas demais regiões, em relação ao trimestre corresponde no ano de 2010. Esses dados indicam a necessidade de avaliar junto aos serviços os motivos da diminuição das consultas

Conforme relatório do primeiro trimestre, segue em estudo e organização das ações de abordagem para crianças e adolescentes usuários de álcool e drogas. Os dados de produção do Consultório de Rua do GHC, não estão disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial. Essa dificuldade de acesso aos dados secundários prejudica a implementação de estratégias que poderiam se basear na avaliação dos dados da população assistida.

16.3 Adulto - 20 Anos e mais

Tabela 110- Consultas de Saúde Mental Realizadas no período – 20 anos e mais

Período	2º trim 2011	2º trim 2010	Variação	
Consultas	2.294	4.065	Nº 1.771	-43,00

Fonte DATASUS - SIA

Foram considerados para esta análise os dados referentes à produção de terapeuta ocupacional, psicólogos e enfermeiro psiquiátrico.

A faixa etária avaliada é a população entre 20 e 96 anos.

Verifica-se que não houve variação significativa na quantidade de consultas, nessa faixa etária, em relação ao mesmo trimestre no ano de 2010. Foram registradas 2.294 consultas no período e 4.065 consultas no mesmo período de 2010.

Houve uma variação de menos - 43,% na frequência de consultas, registrados nessa faixa etária, no trimestre em relação ao mesmo período no ano de 2010. Esse dado pode indicar alguns fatores a serem levantados junto às equipes de saúde mental como, por

exemplo: acesso ao serviço, número de desistências, falta de profissionais, sub registro, entre outros.

O Nº de usuários atendidos nas residências terapêuticas foi de 8030. A produção dos Serviços Residenciais Terapêuticos (Pensão Nova Vida, Gomes Jardim e Cristiano Fischer) referem-se a dados quantitativos dos relatórios trimestrais enviados à Gerencia Distrital Centro. O serviço ainda não conta com funcionário administrativo, nem te acesso a Internet para efetivar os devidos registros

A Produção da Oficina de Geração de Renda foi de 38 neste trimestre para 42 em 2010.

A Produção compreende o total de visitas domiciliares e institucionais realizada por profissionais de nível superior, terapias de grupo, terapias individuais e oficinas terapêuticas

A Oficina de Geração de Renda atende todos os distritos da cidade. A equipe é constituída por terapeutas ocupacionais, assistente social e psicóloga. Observa-se que não houve uma variação significativa na frequência de atendimentos no trimestre, em relação ao mesmo período do ano de 2010.

16.3.1 Programa de Redução de Danos (PRD)

No segundo semestre de 2011 o Programa de Redução de Danos deu continuidade ao processo de reorganização e reestruturação das atividades de Redução de Danos realizadas nas Gerencias Distritais Glória/Cruzeiro/Cristal, Partenon/Lomba do Pinheiro e Restinga.

No processo de reorganização e reestruturação, o Programa de Redução de Danos tem como prioridade a ação do PAS: *Construção de novas estratégias para pensar a questão do crack em rede*. Para a realização da ação, a equipe de campo do PRD realizou o mapeamento das cenas de uso de álcool e outras drogas na Gerencia Distrital Centro em abril, maio e junho de 2011. Na metade do mês de junho a equipe de campo iniciou o mapeamento na região da Cruzeiro, da GD Glória/Cruzeiro e Cristal. Após o termino do mapeamento, a equipe vai dar continuidade a esta atividade nas Gerencias Distritais Partenon/Lomba do Pinheiro e Restinga.

O objetivo do mapeamento é observar e identificar as cenas de uso de drogas e as demandas e necessidades para o planejamento das ações de Redução de Danos em

campo, de acordo com a realidade de cada região que já trabalha com as ações de Redução de Danos.

No mês de julho também foi definido junto a ASSECOM o material informativo que será utilizado na abordagem de rua e foi construída a nova ficha cadastral para o relatório quantitativo e qualitativo.

As próximas atividades do PRD têm como foco as seguintes ações do PAS.

- - Construção de novas estratégias de abordagem para pensar a questão do crack em rede. A partir do mapeamento e resgate da abordagem de campo nas cenas de uso.
- Identificar e cadastrar os usuários de álcool e outras drogas nas GDS.

16.3.2 Saúde do trabalhador

Os indicadores em saúde do trabalhador, relativos a notificação pelo SINAN (PACTO PELA VIDA- PRIORIDADE VII ST 23) e a notificação pelo SIST-RS (SISPACTO-INDICADORES –RS 15), possuem metas anuais de 150 notificações/ano para o SINAN e 400 notificações /ano para o SIST, sendo estes dados disponibilizados anualmente.

O CEREST-Regional /POA juntamente com a EVESAT/CGVS estão iniciando o processo de capacitação e treinamento dos profissionais dos serviços da rede básica de saúde das Gerências Glória/ Cruzeiro/ Cristal e Leste/Nordeste, a fim de que estes serviços identifiquem, realizem ações e notifiquem os agravos em saúde do trabalhador pelo SIST (Sistema de Informação de Saúde do Trabalhador) excetuando-se o trabalho infantil e riscos biológicos que são notificados pelo SINAN.

Ainda em relação ao SIST, está previstos reunião com os SESMT'S de todos os hospitais da cidade para retomar a notificação compulsória nestes locais.

Durante os anos de 2010 e 2011 está se reforçando a notificação pelo SINAN, através da implantação das Unidades Sentinelas, que notificam por este Sistema, tendo sido implantado em 2010 a 3º Unidade Sentinela Notificadora, já sendo atingido a meta de 03 Unidades implantadas.

Para o ano de 2011, a meta é a implantação da notificação no HPS/SMS/PMPA. O início da notificação está na dependência da implantação da informatização dos serviços municipais. Neste momento, com o sistema existente, não há como se obter os dados necessários. Foi ampliada a notificação no Hospital de Clínicas de Porto Alegre para o ambulatório e SESMT.

Tabela 111- Tabela: relação da meta pactuada e realizada

<i>INDICADOR</i>	<i>Meta Pactuada</i>	<i>2° tri 2011</i>	<i>2° Trim 2011</i>	<i>Variação</i>
N° de Unidades Sentinelas notificando doenças e agravos relacionados ao trabalho no SINAN. (PAVS 49)	3 sentinelas	03+ 1 (Processo de implantação no HPS)	2	100

16.3.3 Saúde Nutricional

As tabelas abaixo informam a produção referente aos procedimentos de nutrição realizados no segundo trimestre de 2011 e 2010, incluindo a variação entre os períodos. Os procedimentos de nutrição avaliados são consultas, atividades educativas, antropometria e atendimento domiciliar.

Tabela 113 - Total de Procedimentos de Nutrição 2º TRIM/2011 e 2º TRIM/ 2010

GERÊNCIAS DISTRITAIS	2º TRIM/ 2011	2º TRIM/ 2010	Variação %
CENTRO	1258	853	47
GLORIA - CRUZEIRO - CRISTAL	774	1018	-24
LESTE - NORDESTE	1315	1732	-25
NOROESTE - HUMAITA - NAVEGANTES AS	3050	1670	87
NORTE - EIXO - BALTAZAR	1307	1997	-34,5
PARTENON - LOMBA - PINHEIRO	1293	1101	17
RESTINGA - EXTREMO SUL	725	-	
SUL - CENTRO SUL	1436	1185	21
Total	11.158	10.237	9

Fonte: SIA/DATASUS

Tabela 114 - Total de Consultas Realizadas no período - 2º tri/2011 e 2º tri/ 2011

GERÊNCIAS DISTRITAIS	2º Trim/ 2011	Trim/ 2010	Variação%
CENTRO	1257	823	53
GLORIA - CRUZEIRO - CRISTAL	768	1689	-54,5
LESTE - NORDESTE	1191	1660	-28
NOROESTE - HUMAITA - NAV-ILHAS	2822	1469	92
NORTE - EIXO - BALTAZAR	1273	1936	-34
PARTENON - LOMBA - PINHEIRO	846	835	1
RESTINGA - EXTREMO SUL	353	-	-
SUL - CENTRO SUL	1282	1185	8
Total	9.792	9.597	2

Fonte: SIA/DATASUS

Nos procedimentos em geral de Nutrição houve um incremento de 9% em 2011, em relação ao ano anterior.

Nas consultas do profissional, não houve variação significativa no período, na totalidade das GDs.

Porém houve uma redução no número de consultas da GD GCG, LENO e NEB. A LENO um profissional em férias em junho.

A GD NEB está com 2 profissionais em licença de saúde e 1 profissional aposentado a partir de abril de 2010.

GD Extremo Sul não houve registros em 2010, devido à ausência do profissional nutricionista na GD.

Nas GDS Gloria cruzeiro Cristal, Leste Nordeste e Norte Eixo Baltazar o quantitativo de consultas diminui (54, 5%, 28% e 34%). Na GD NEB está com 1 profissional com licença de saúde por um período indeterminado.

Tabela 112 Total de Atividades Educativas

GERÊNCIAS DISTRITAIS	2º Trim/ 2011	2ºTrim/2010	Variação %
CENTRO	1	30	-97
GLORIA - CRUZEIRO - CRISTAL	6	10	-40
LESTE - NORDESTE	8	72	-89
NOROESTE - HUMAITA – NAV-ILHAS	70	74	-5
NORTE - EIXO – BALTAZAR	34	61	-44
PARTENON - LOMBA - PINHEIRO	447	489	-8,5
RESTINGA - EXTREMO SUL	19	-	-
SUL - CENTRO SUL	-	-	-
Total	585	736	-20,5

Fonte: SIA/DATASUS

As Atividades Educativas apresentaram um decréscimo de 20% na totalidade das gerências.

Embora a avaliação antropométrica seja uma atividade de rotina do nutricionista, a maioria das Gerências não apresentou registros em 2010 e 2011. Somente a GD NHNI apresentou registro de visita domiciliar com 158 atendimentos em 2011.

Os resultados apresentados neste trimestre sugerem que muitos dados não são registrados, indicando a necessidade de qualificar os registros de todos os procedimentos do nutricionista junto aos serviços.

Em relação aos Serviços de Nutrição e Dietética da atenção hospitalar, o HPS está gerenciando as refeições do PA Lomba, a partir de abril de 2011.

16.3.4 Saúde Bucal

O segundo trimestre de 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 três dos cinco indicadores propostos pelo Ministério da Saúde, pois a variação trimestral destes três indicadores tem relevância para a análise da produção de procedimentos preventivos, curativos e reabilitadores em saúde bucal.

Os três indicadores são:

- Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática
- Cobertura da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada
- Proporção de Exodontias em Relação às Ações Odontológicas Básicas Individuais

Conforme divulgado no relatório anterior, o detalhamento sobre estes indicadores e informação adicional sobre seus conceitos, usos e limitações pode ser acessada na Internet através do endereço:

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

A tabela 115 abaixo resume os resultados de dois indicadores, quais sejam:

Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática

Cobertura da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada

Tabela 113-Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada

Indicadores	Base Populacional Total	2º Trim 2011		2º Trim 2010		Variação	Meta do Trimestre
		N	Resultado	N	Result		
Cobertura de Primeira Consulta Programática	1.409.351	28.643	1,99%	19.265	1,34%	+48,5%	3,95 %
Cobertura de Ações de Promoção		13.496	0,93%	14.625	1,01%	-7,92%	3 %

Fonte :DATASUS -SIA

O número de primeiras consultas odontológicas programáticas permite inferir o grau de acesso da população a tratamento odontológico. Houve um acréscimo de consultas programáticas em comparação com o segundo trimestre de 2010. Esta variação positiva pode ser atribuída em parte ao acréscimo de cirurgiões-dentistas na Rede de Atenção Primária à Saúde e também pode ser atribuída à melhoria dos registros deste procedimento.

A meta trimestral apontada de 3,95% refere-se à parcela a ser atingida no segundo trimestre, considerando uma projeção de cobertura de 12,5 % da população a ser alcançada até dezembro de 2011. Assim como no primeiro trimestre, neste segundo também não houve alcance da meta. Este resultado é ainda reflexo da baixa quantidade de profissionais da saúde bucal na rede pública de saúde com relação à população de Porto Alegre.

Para o aprimoramento dos registros deste procedimento, desde o início do segundo semestre de 2011, os cirurgiões-dentistas da rede de APS estão participando de discussões nas suas regiões sobre o correto registro dos procedimentos odontológicos. Além disso, está prevista para o final do mês de agosto de 2011 uma capacitação sobre registro de procedimentos com a participação de toda a rede de APS em saúde bucal.

No segundo trimestre de 2011, o segundo indicador (Cobertura da Ação de Escovação Dental Supervisionada), que contribui para o monitoramento do grau de acesso da população às ações coletivas de prevenção de doenças bucais, teve um leve decréscimo com relação ao mesmo trimestre de 2010. O incremento de profissionais da saúde bucal na rede de APS (cirurgiões-dentista, técnicos em saúde bucal e auxiliares) não teve reflexo significativo no registro do aumento das ações de prevenção e promoção da saúde bucal.

Com relação à meta trimestral, onde 3% da população deveriam estar coberta pela ação de escovação dental supervisionada, o resultado de 0,93% mostra que a discrepância é alta.

A variação negativa, apesar do incremento de profissionais e mais um trimestre com alta discrepância da meta, levantou a necessidade de uma abordagem mais consistente em termos de capacitação da rede de APS para as ações de prevenção e promoção de saúde bucal. Para isso foi organizado um curso sobre desenvolvimento de projetos de prevenção e promoção de saúde bucal coletiva a ser ministrado para os profissionais da rede de APS das várias regiões de saúde. As equipes selecionadas para esta primeira edição do curso têm necessariamente na sua composição o Técnico em Saúde Bucal. O curso acontecerá em setembro de 2011 e o produto do curso será o projeto de saúde bucal desenvolvido especificamente para cada região da cidade, com seus indicadores próprios de monitoramento e avaliação de resultados. Os projetos desenvolvidos durante o curso serão imediatamente implementados pelos próprios alunos.

O resultado do terceiro indicador (Proporção de Exodontias em Relação às Ações Odontológicas Básicas Individuais) é representado na tabela 116 abaixo.

Tabela 114-Proporção de Exodontias em Relação às Ações Odontológicas Básicas Individuais

Indicadores	2º Trim 2011			2º Trim 2010			Variação	Meta do Estado
	N	Base Proced individuais	Resulta do	N	Base Proced Individuais	Resultado		
Proporção	4.88	135.459	3,60%	6.174	162.981	3,78%	-4,76%	Máximo de 5 %
Exodontias								

Espera-se que este indicador seja reduzido a cada ano na cidade de Porto Alegre, pois se pode inferir uma melhoria da saúde bucal de uma população quando ocorre uma diminuição nas extrações de dentes permanentes com relação aos demais procedimentos odontológicos realizados.

O resultado dos serviços públicos de Porto Alegre já mostrava desde trimestres anteriores que a meta pactuada tinha sido alcançada. No entanto os 3,60 % alcançados devem ser vistos com cuidado, pois pode representar a falta de acesso de novos usuários aos serviços públicos de saúde bucal da cidade, ou seja: um grupo limitado da população tem seu tratamento odontológico completado (sendo as extrações necessárias já tendo sido realizadas) e este mesmo grupo permanece recebendo procedimentos básicos em saúde bucal no serviço. Além disso, considerando-se o incremento de serviços básicos de saúde na cidade, onde várias equipes novas de saúde bucal foram implantadas em áreas anteriormente pouco assistidas, seria de se esperar que o número de extrações aumentasse nestes próximos meses, não como resultado da piora do estado de saúde bucal da população de Porto Alegre, mas como resultado da melhora no acesso.

A variação de -4,78% de 2010 para 2011 podem ser um indicativo da situação de falta de novos usuários nos serviços, pois quando o percentual já está abaixo de 5%, espera-se a ocorrência de uma pequena variação anual negativa, ou seja: em torno de somente -0,5%.

Uma análise mais detalhada do processo de trabalho das equipes de saúde bucal se faz necessária para uma interpretação mais apurada deste indicador.

16.3.5 Saúde da Mulher

Assistência ao Pré Natal (PN)

O, Percentual de gestantes que iniciaram pré-natal até 120 dias da DUM, no trimestre avaliado conforme registros do Sistema de informação Pré-Natal (Fonte: Sis Pre-natal) foi de 72,5% (1.276) mulheres permanecendo o mesmo percentual em comparação com o mesmo período do ano anterior onde foram registradas 1.727 (72,5%) mulheres com entrada precoce no pré- natal. Conforme o Ministério da Saúde, o mínimo aceitável é de 70% das gestantes com ingresso no PN até 120 da DUM ou 16 semanas de gestação.

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 atrasando os registros do ano corrente.

Assim, qualquer número aqui apresentado está sujeito a alteração conforme ocorre a alimentação do sistema.

Este é um indicador que necessita de qualificação e que pode ser melhorado a partir da informatização plena do sistema de saúde no município e com a ampliação de equipamentos de saúde na cidade.

O percentual de gestantes com cobertura da rotina de exames pré-natal concluída foi de 1.759, no mesmo período de 2010 foram registradas 2.382 mulheres com rotina de exames pré-natal concluídas, apresentado uma diferença de 623 mulheres.

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 básicos.

Segundo informações da coordenação do SISPRENATAL, o número de gestantes cadastradas é um dado parcial, tendo em vista que ainda há cadastros de 2010 e 2011 a serem digitados, portanto esta avaliação é pouco significativa neste momento.

Saúde Sexual e Reprodutiva

Tabela 115- Procedimentos realizados e contraceptivos utilizados no período.

Método Contraceptivo	2ºTrim 2011	2ºTrim 2010	Varição
Anticoncepcional Oral (Cartelas)			
Noretisterona 0,35 mg (minipílula)	3.348	2.387	28,7%
Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel mg	35.163	66.242	- 88,4%
Levonorgestrel 0,75mg (contracepção de emergência)	105	22	79%
Anticoncepcional injetável			
Anticoncepcional injetável (uso mensal)	11	12.106	-12.095
Anticoncepcional injetável (uso mensal)	8.375	0	100%
DIU (dispositivo intra-uterino)	266	239	10%
Ligadura de Trompas –	190	175	7,9%
Vasectomia - -	179	233	-30,2%

Dados: Assistência Farmacêutica e SIA

É observada uma redução de 88,4% no número de cartelas de anticoncepcionais orais distribuídos. A minipílula teve um aumento na distribuição, assim como a contracepção de emergência.

Com relação ao injetável trimestral a redução significativa na distribuição no ano de 2011, é justificada, pois este 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.

Em decorrência a distribuição do injetável mensal, que no 2º trimestre de 2010 não foi distribuída, neste trimestre registrou 8.375 ampolas aplicadas.

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

A oferta de todos os métodos mantém regularidade 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.

Os dados acima demonstram 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.

Tabela 116-Total de insumos adquiridos/comprados, em 2010 / 2011.

Método	Período	
	2ºTrim 2011	2ºTrim 2010
Noretisterona 0,35 mg (minipilula)		7.438
Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg	27.608	ms
Anticoncepcional injetável Medroxiprogesterona	4.550 (MS)	14.000
ato) 150mg /ml,inj		20.000 (MS)
Levonorgestrel 0,75mg (contraceção de gência)	ms	

Fonte -EMAT

Conforme tabela a SMS realizou a compra de contraceptivos no 2ºTrimestre de 2011. Não foi possível comprar o contraceptivo injetável trimestral, apesar na demanda, em função do que já foi explicado acima.

Prevenção e Rastreamento precoce do Câncer de Colo do Útero Câncer de Mama

Tabela 117- Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Colo do Útero.

Tipo de Exames	2ºTrim 2011	2ºTrim 2010	Varição
Total de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa de 25 a 59 anos	15.386	14.704	4,4%
Razão entre 25-59 anos	0,16	0,15	6,2%
Total de exames na população de 10-69 anos	21.930	21.420	2,3%
Razão entre 10-69 anos	0,12	0,12	0%
Colposcopias	5220	3865	26%

Fontes: SISCOLO e TABWIN

Avaliando a tabela acima verifica-se que no total de exames citopatológicos realizados, 70% se encontra na faixa etária de 25 a 59 anos onde deve ser priorizada a coleta.

Observa-se um aumento de 2,3% do número de exames de citopatológicos coletados no 2º trimestre de 2011 em relação a 2010. A justificativa para este fato é de que apesar das equipes ainda estarem incompletas muitos ESFs e UBS estão se organizando em relação as metas de coleta de citopatológico.

O número de exames de colposcopia teve aumento de 1.355 , 26%.exames, a mais em comparação com o mesmo período de 2010. Considerando que este exame deve ser realizado preferencialmente quando o exame de citopatológico está alterado (3-4% dos exames), em casos com inspeção visual alterada e outras condições clínicas (não mensurável), verifica-se que 23% dos exames citopatológicos estão gerando colposcopia, uma porcentagem adequada, considerando o exposto acima.

Tabela 118- Nº de ecografias mamárias e mamografias realizadas no período.

Exames realizados	2ºTrim/ 2011	2ºTrim 2010	Variação
Ecografias mamárias	3835	3318	13,5%
Mamografias Total	10.225	11.284	10,3%
Razão	0,13	0,14	7,7%
Mamografias 50-69 anos	6.877	7.081	- 3%
Razão	0,17	0,17	0%

Fonte: TABWIM/SISMAMA e Núcleo Mama POA

É observada uma redução de 10% no número de MMG, mas 67% delas estão sendo realizadas no grupo de maior risco que é a faixa etária dos 50-69 anos. Ocorreu aumento de 13,5% no número de ecografias mamárias.

Em relação às atividades realizadas no período analisado citam-se:

Finalização e impressão da Diretriz Para a Assistência á Saúde de Lésbicas, Mulheres Bissexuais e que fazem sexo com outras Mulheres.

Divulgação para a Rede das metas de coleta do exame de citopatológico do colo do útero e mamografia por Unidade e USF.

- Capacitação de 223 Técnicos de Enfermagem em Saúde da Mulher.
- Reuniões mensais do Comitê de Mortalidade Materna.

Abaixo no Item 18 o relatório detalhado do comite de mortalidade materna referente o ano de 2010.

16.6 Idoso

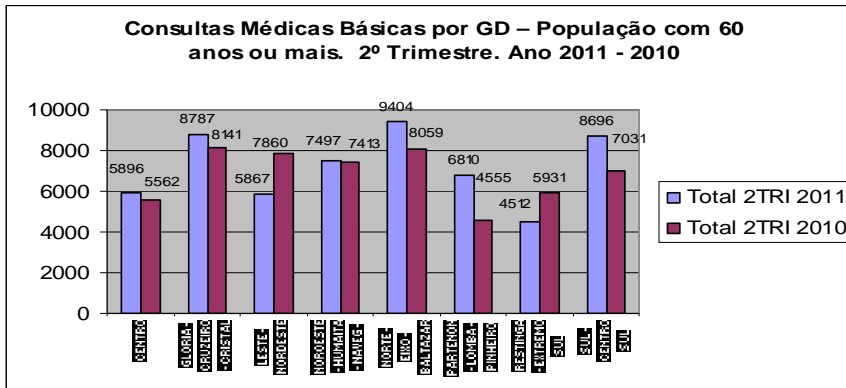


Figura 10 - Gráfico – Consultas Médicas Básicas por GD – População com 60 anos ou mais. 2º Trimestre. Ano 2011 - 2010

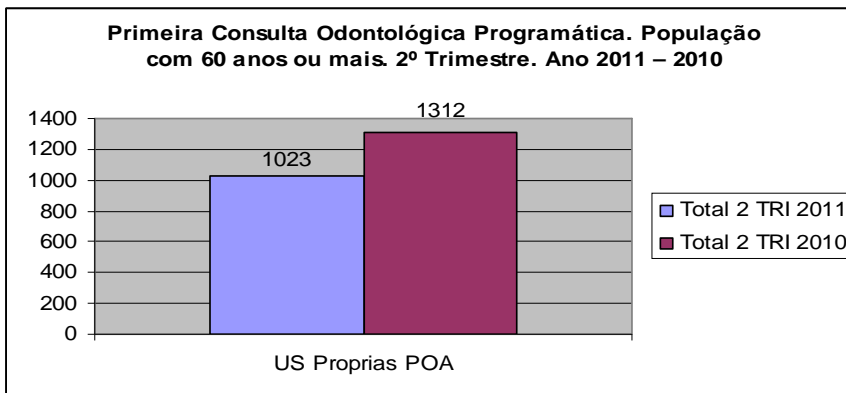


Figura 11- Gráfico – Primeira Consulta Odontológica Programática em Próprios. População com 60 anos ou mais. 2º Trimestre. Ano 2011 – 2010

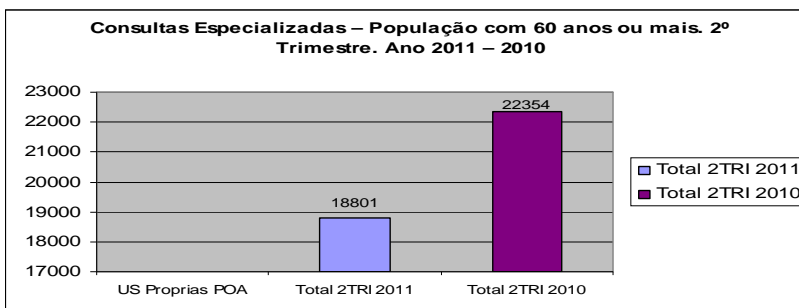


Figura 12-Gráfico – Consultas Especializadas – População com 60 anos ou mais. 2º Trimestre. Ano 2011 – 2010

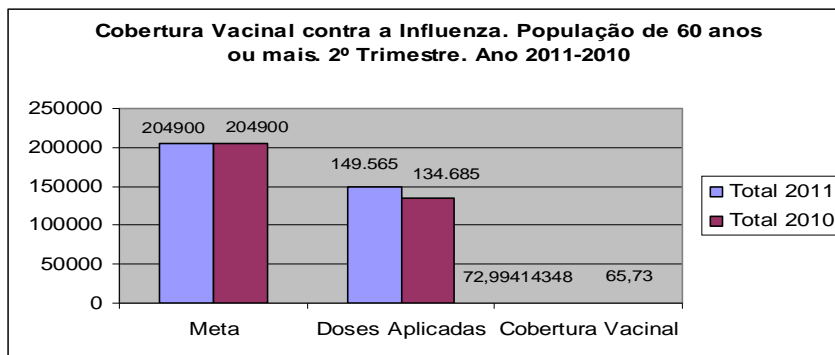


Figura 13-Gráfico – Cobertura Vacinal Influenza. População com 60 anos ou mais. 2º Trimestre. Ano 2011 – 2010

Na figura 10, percebe-se que houve pouca variação no número de consultas médicas básicas por Gerência Distrital entre o 2º trimestre de 2010 e mesmo período de 2011. Na GD Partenon - Lomba do Pinheiro e GD Leste - Nordeste o número de consultas foi menor no 2º Trimestre de 2011, contudo, nas demais Gerências observa-se um aumento no número de casos absolutos. De acordo com a figura 12, observa-se um número menor de consultas especializadas para a população com mais de 60 anos no 2º Trimestre de 2011, se comparado ao mesmo período do ano anterior, contabilizando um total de 3.553 consultas a menos. Em relação à Primeira Consulta Odontológica Programática, de acordo com a figura 11, observa-se pouca variação entre o 2º Trimestre de 2010 e 2011.

No 2º trimestre de cada ano serão apresentados os indicadores da Cobertura Vacinal contra a Influenza. A meta a ser atingida é o número total de idosos do município. A Cobertura Vacinal em 2011 foi de 72,99%, um número maior se comparado ao mesmo período do ano passado no qual registrou 65,73%.

17. ATUAÇÃO DE COMITÊS E NÚCLEOS INSTITUCIONAIS

17.1 Comitê Municipal de Estudos e Prevenção da Mortalidade Materna de Porto Alegre - Relatório de Mortalidade Materna Ano - 2010

No segundo trimestre de cada ano será apresentado o relatório completo tendo em vista que o Comitê de estudos e prevenção da Mortalidade Materna de Porto Alegre, conclui o relatório no mês de maio. O dia 30 de maio é dia internacional de combate à mortalidade Materna.

A Organização Mundial da Saúde – OMS estima que, no mundo, 585 mil mulheres morrem a cada ano em consequência de complicações ligadas à gravidez, parto ou puerpério e que apenas 5% destas mortes maternas ocorrem em países desenvolvidos. No Brasil, estima-se que o número anual de mortes varie entre 3 e 5 mil, sendo o número exato desconhecido.

Mortalidade materna é, portanto, um bom indicador da realidade sócio econômica de um país e da qualidade de vida de sua população. Além disso, a mortalidade materna está diretamente relacionada à desestruturação familiar e ao aumento dos índices de mortalidade infantil. A OMS considera ideal um coeficiente de mortalidade materna de 10 mortes por 100.000 nascidos vivos e, aceitável, de até 20 mortes por 100.000 nascidos vivos.

A mortalidade materna é subestimada em função do sub-registro, que ocorre pelas seguintes razões: existência de cemitérios clandestinos, ocorrência de partos domiciliares na zona rural, dificuldades de acesso a cartórios, preenchimento incorreto das Declarações de Óbitos – DO, e desconhecimento da importância do atestado de óbito.

A estratégia mais conhecida para investigação de mortalidade materna e avaliação da qualidade da assistência oferecida à saúde da mulher tem sido a criação dos denominados “Comitês de Mortalidade Materna -CMM”. A implantação desse tipo de comitê é recomendada internacionalmente por ser um valioso instrumento de análise dos óbitos maternos e para intervenção na redução das ocorrências. Por essa razão, observa-se que, nos estados onde os comitês de morte materna são estruturados e mais atuantes, registram-se Coeficientes de Mortalidade Materna maiores do que naqueles onde esses comitês possuem atuação fraca ou inexistente.

Para apoiar um melhor entendimento e aproveitamento das informações contidas neste relatório, achamos conveniente a inclusão de alguns conceitos básicos considerados na sua confecção:

Morte Materna - é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez. Não é considerada morte materna a que é provocada por causas acidentais ou incidentais.

Morte Materna Obstétrica Direta - é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

Morte Materna Obstétrica Indireta - é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante este período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas por efeitos fisiológicos da gestação.

Mortalidade Materna Não Obstétrica - é a resultante de causas acidentais ou incidentais, não relacionadas à gravidez e seu manejo.

Morte Materna Tardia - é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez.

Morte Materna Declarada - é quando as informações registradas na DO permitem classificar o óbito materno.

Mulher em Idade Fértil - no Brasil considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 e 49 anos.

Cálculo da Razão da Mortalidade Materna –

$$\frac{\text{Nº de óbitos maternos (diretas, indiretas e não especificadas)}}{\text{Nº de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Em Porto Alegre, no ano de 2010, morreram 555 mulheres em idade fértil, sendo que 17 destas se encontravam no ciclo gravídico-puerperal:

Mortes Diretas:

Abortamento séptico: 1

Obesidade + BCP: 1

Mortes Indiretas:

Lúpus Eritematoso Sistêmico:1

SIDA + toxicidade medicamentosa: 1

Edema Agudo de Pulmão: 1

Dependência Química: 1

Mortes tardias:

SIDA: 3

AVC: 2

CA de colo:1

CA de sítio desconhecido:1

Tumor Cerebral: 1

Causas Externas:

Homicídio por arma de fogo: 2

Politraumatismo:1

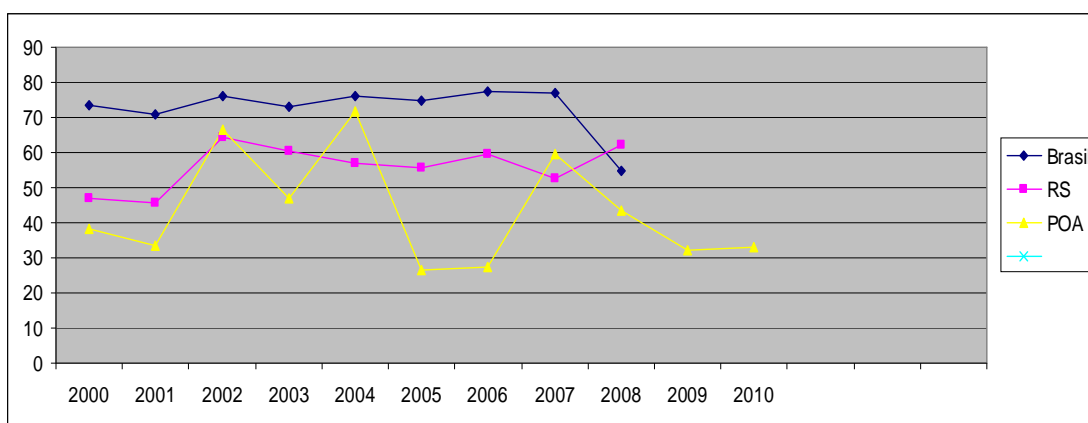


Figura 14-Gráfico Serie histórica de Mortalidade Materna 2000 a 2010

Fonte SIM Sistema de Informação de mortalidade -

A razão de mortalidade materna para o ano de 2010 ficou em 32,9, sendo que no número de nascidos vivos na cidade foi de 18.204. $(17/18.204 \times 100.000)$

A redução na mortalidade materna ocorreu devido à diminuição dos óbitos decorrentes de causas diretamente relacionadas à gravidez e parto. Pode-se inferir que este fato deve-se a melhoria na qualidade da assistência obstétrica em Porto Alegre. Analisando esses dados, conclui-se que as mulheres estão engravidando com fatores de risco prévios à gestação, sem um adequado planejamento e avaliação do risco reprodutivo. As doenças clínicas que têm levado ao óbito mulheres no ciclo reprodutivo são preveníveis e controláveis, representando um potencial de óbitos evitáveis. Entre elas cita-se as doenças cardiovasculares, a SIDA, as doenças respiratórias e infecções urinárias. Desta forma salienta-se a necessidade de intensificar as ações de planejamento familiar de forma eficaz, bem como um adequado tratamento e orientação pré-

concepcional. Doenças como Sida e Tuberculose, necessitam ações específicas, pois são bastante prevalentes na população e estão refletindo-se inclusive na mortalidade materna.

A qualidade da assistência pré-natal, com detecção precoce do alto risco e tratamento adequado, são aspectos fundamentais para a prevenção desses óbitos.

A doença hipertensiva ainda tem uma grande prevalência no nosso meio, representando a 3ª causa mais importante de óbito materno nesses últimos 12 anos. No Brasil é a 1ª causa de óbito materno. Embora esta seja uma doença com alta letalidade devido a sua gravidade, ela é considerada evitável. Para isto é fundamental diagnóstico e tratamento precoces na rede básica, com referências secundárias ágeis que dispense adequado e pronto tratamento.

Porto Alegre tem um perfil epidemiológico de mortalidade materna misto, mesclando causas similares a dos países desenvolvidos, como as doenças cardiovasculares, doenças hipertensivas da gestação e embolia pulmonar, com causas de países em desenvolvimento como um pouco Sida, tuberculose, aborto e infecção puerperal.

As mulheres vítimas de morte materna são as de maior vulnerabilidade social, reflexo das condições sócio-econômico-culturais, da exclusão social, da desigualdade e da qualidade de vida desta população.

As mortes maternas podem ser evitadas em um grau expressivo. Para tanto é necessário o comprometimento de vários setores da sociedade e não só de questões relacionadas à saúde, pois as condições sócio-econômicas da população estão diretamente implicados na gênese dos eventos que levam as mulheres à morte durante o ciclo gravídico-puerperal.

A qualidade da assistência obstétrica será sempre um ponto fundamental, mas isoladamente não é suficiente para ter impacto na redução da mortalidade materna. É preciso um sistema de saúde organizado com referências e contra-referências, ágil e eficaz em todas as etapas da assistência, desde a atenção pré-concepcional com planejamento da gravidez, a captação precoce da gestante, vinculação ao serviço básico de saúde, qualidade de assistência pré-natal, referência para alto risco e parto, detecção precoce de risco reprodutivo, e principalmente um efetivo planejamento familiar.

18. POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Saúde da População Prisional

Com aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde em 10/02/2011, do Plano Operativo Municipal de Saúde Prisional, atendendo portaria interministerial 1777/03, iniciou-se o processo para a implantação das unidades prisionais, onde as equipes, sendo 02 no Presídio Central de Porto Alegre - PCPA e 01 no Presídio Feminino Madre Pelletier – PFMP, realizam ações de atendimento e diagnóstico da situação da população carcerária, expresso no presente relatório.

Sendo assim, as atividades dos profissionais que compõem as equipes de saúde prisional, vinculados ao Hospital Vila Nova (HVN), este último contratualizado com a SMS, tiveram o início a partir do 2º trimestre do corrente ano. Justificando-se assim, a inexistência dos atendimentos no 1º trimestre de 2011.

Tabela 119- Nº de Atendimentos Presídio Central

<i>Atendimentos</i>	<i>2º trimestre de 2011</i>
Médicos	3010
Laudos	142
Odontológico	711
Psiquiatra	224
Radiologia	2132
Enfermagem	16493
Psicologia	621
Serviço Social	640
Total	23.973

Fonte: dados fornecidos pelo HVN

Tabela 120- Nº de Atendimentos PRESÍDIO FEMININO MADRE PELLETIER

<i>ATENDIMENTOS</i>	<i>2º trimestre de 2011</i>
Enfermagem	2363
Médico	1678
Dentista	539
Psiquiatra	174
Laudos	50
Psicóloga	280
Serviço Social	300
Total	5.384

Fonte: dados fornecidos pelo HVN

No mês de maio foi realizada a vacinação da H1N1 nas detentas dando prioridade a faixa etária de 60 anos ou mais, gestantes, crianças de 6 meses até 2 anos de idade e profissionais da saúde. As vacinas foram cedidas pelo PAM 3 na qual 3 técnicas de enfermagem realizaram a aplicação das doses vacinais.. Foram aplicadas 18 doses da vacina para gestantes, 1 dose para uma criança com idade entre 6 meses e 2 anos, 7 doses para mulheres acima de 60 anos e 1 dose para profissional de saúde totalizando 27 doses de vacinas:

19. CONTROLE SOCIAL

O processo de desenvolvimento da 6ª Conferência Municipal de Saúde iniciou no mês de janeiro de 2011, com início da discussão quanto à composição da Comissão Organizadora e demais necessidades organizacionais para o acontecimento e ampliação da participação popular desde as Pré-Conferências que a antecederam. As Pré-Conferências ocorreram de 07 de maio a 11 de junho de 2011, uma em cada região de Gerência Distrital, e contaram com o envolvimento de usuários, trabalhadores e gestores na sua organização e execução local.

A Portaria de convocação, o regimento, bem como a composição da Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde estão dispostos nos anexos III e IV e V..

A 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre ocorreu de 30 de junho a 02 de julho de 2011, no Salão de Atos da PUCRS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Relatório de Gestão do 2º trimestre sintetiza as atividades realizadas pelas diversas áreas que compõem a Secretaria Municipal de Saúde estabelecendo uma correlação entre as metas pactuadas no Plano Municipal de Saúde e demais pactuações federativas. Oportuniza, ainda, a avaliação quali-quantitativa dos serviços ofertados, o acompanhamento da aplicação dos recursos à programação aprovada, favorecendo o controle social.

Nesse sentido, a estrutura apresenta maior uniformidade em sua apresentação permitindo a realização de uma análise mais adequada das necessidades e indicadores em saúde de seus municípios, permitindo maior participação dos profissionais no envio das informações, na busca das mesmas através dos sistemas oficiais, na elaboração dos relatórios específicos e na qualidade dos mesmos.

A Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre passou a integrar a Assessoria de Comunicação visando o fortalecimento do processo de participação da comunidade no Sistema Único de Saúde, auxiliando na construção coletiva das instâncias gestoras e do controle social, cumprindo assim com a sua missão institucional para favorecer uma efetiva gestão participativa com qualidade.

Destacam-se como progressos no processo de integração ensino-serviço: a Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço, avanço na consolidação da Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço como instância coordenadora das ações de ensino-pesquisa-assistência na SMS; a consolidação dos Distritos Docentes-Assistenciais em parceria com as Universidades.

No que diz respeito ao acesso da população à atenção primária, observa-se alterações na rede de saúde com ampliação de 28,57% para 32,02% ou 3,45 % da cobertura das equipes de saúde da Família e das oito Equipes de Saúde Bucal.

Na grande maioria, as metas pactuadas estão sendo atingidas assim como consultas e procedimentos tiveram incremento nos seus resultados. Engajada nesta nova filosofia de trabalho por metas as equipes de saúde foram orientadas a se organizarem em relação às metas para coleta de citopatológico, observando-se melhora significativa do número de exames de citopatológicos coletados em relação a 2010.

Em relação às doenças transmissíveis permanecem grandes desafios a serem enfrentados como a **Tuberculose e a Sífilis Congênita**.

Mesmo com a queda no registro de casos de tuberculose de todas as formas e, especialmente, da forma pulmonar positiva, cabe ressaltar que é entre a população privada de liberdade e entre a população em situação de rua que está a maior taxa de incidência.

Quanto a **Sífilis Congênita**, o aumento do número de casos pode refletir o aprimoramento do processo de vigilância epidemiológica ocorrido nos últimos meses, porém preocupa, pois reflete diretamente na qualidade da assistência pré-natal, prestada as gestantes.

Por sua vez, as baixas coberturas vacinais após os 6 meses de vida refletem a existência de problemas estruturais como a insuficiência e a rotatividade dos recursos humanos, e de redução da prioridade da prevenção das doenças infecciosas pelos serviços de saúde e pela sociedade. Esses aspectos se evidenciam nas perdas de oportunidades de vacinação por não avaliação da carteira de vacina nos atendimentos, nas falsas contra-indicações à vacina, no estabelecimento de horários para vacinação, na territorialização da vacinação, no sub-registro nas planilhas do sistema de informação. 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.

Em contrapartida como fator positivo verifica-se incremento no momento do início do acompanhamento do recém-nascido nas Unidades de Saúde, podendo refletir o grau de acesso à atenção primária e a sensibilidade das famílias à questão da importância do acompanhamento precoce das crianças.

Ao se analisar os Prontos Atendimentos de uma maneira geral a acessibilidade aos usuários tem melhorado nos últimos anos, considerando o aumento do número de consultas e a diminuição do índice de desistências.

Persiste a maioria dos casos de pacientes atendidos nos Pronto-Atendimentos de baixa complexidade, com classificação de risco verde, pouco urgente, não variando significativamente entre os serviços. É necessário incidir com estratégias para a ampliação do acesso e da qualificação na atenção primária.

Destaca-se o aumento significativo nos atendimentos de psiquiatria. Os diagnósticos mais frequentes dos pacientes de sala de observação foram: Dependência Química, Transtorno de Humor Bipolar e Esquizofrenia.

Chama atenção o percentual de atendimento de menores de 18 anos nos prontos atendimentos, registrando como principais tipos de atendimentos dependência química e depressão.

Os hospitais que já foram integrados ao sistema Aghos 100% dos leitos SUS, já estão regulados. A Central de Marcação de Consultas e Exames está sendo estruturada para integrar o sistema Aghos no âmbito das primeiras consultas, para posteriormente iniciar a regulação das re-consultas, interconsultas e exames especializados, assim regulando 100% das consultas ambulatoriais realizadas nos centros de saúde e na rede hospitalar. Após toda integrada ao sistema Aghos será possível ter uma visão mais ampla de onde estão as maiores necessidades da população no setor ambulatorial.

A análise de indicadores e dados epidemiológicos é fundamental na gestão em saúde pública, porém, a qualidade, a disponibilidade e a agilidade das informações são essenciais para o diagnóstico e o planejamento adequados. A implantação do novo sistema de informações em andamento na Secretaria Municipal de Saúde, com as informações qualificadas obtidas em tempo real possibilitará uma nova perspectiva para saúde do município, com relatórios mais detalhados e precisos, possibilitando o planejamento e as ações mais adequadas.

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 é imprescindível aproximar servidores, usuários, conselheiros municipais e distritais, prestadores, gestores e demais representações locais e regionais para a gestão e consolidação do Sistema Único de Saúde no município.

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.

_____ **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.

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**.

ANEXO I - CAPACITAÇÕES REALIZADAS NO PERÍODO

NOME DA CAPACITAÇÃO	PROMOÇÃO	CARGA ÁRIA	Nº PARTICI- PES	CARGA ÁRIA * Nº DE PICIP.
Capacitação em Rastreamento e Detecção do Câncer de Colo do Útero e Câncer de a, pré-natal, planejamento familiar e violência	CGVS	08 h/a	381	3048
Capacitação sobre preenchimento dos s de Acompanhamento do Programa Bolsa lia	CGVS	02 h/a	107	214
IV Semana da Enfermagem do PABJ	PABJ/ CGRAPS	15 h/a	60	900
Capacitação para lavagem otológica	GD PLP/ CGRAPS	04 h/a	06	24
Lavagem de Ouvido	GD GCC/ CGRAPS	03 h/a	18	54
Seminário – Inauguração do auditório	GD GCC/ CGRAPS	10 h/a	120	1200
Área Técnica de Saúde Nutricional/Assepla Oficina de Trabalho em Aleitamento no Da Rede Amamenta Brasil	ASSEPLA	08 h/a	35	280
Curso De Ventilação Mecânica	NEP-ENF/ HPS	10 h/a	36	360
Tratamento de Feridas Agudas	NEP-ENF/ HPS	06 h/a	83	498
Cuidados de Enfermagem a Pacientes ológicos	NEP-ENF/ HPS	01 h/a	06	06
Cuidados relacionados a medicações: omicina, Fenitoína e Cimetidina	NEP-ENF/ HPS	01 h/a	06	06
Estudos de Caso AVCI	NEP-ENF/ HPS	01 h/a	06	06
Sopro Cardíaco	NEP-ENF/ HPS	01 h/a	07	07
Cuidados de Enfermagem ao Paciente utado	NEP-ENF/ HPS	01 h/a	09	09
Acesso Venoso Central e Algoritmo de (ACLS)	NEP-ENF/ HPS	02 h/a	19	38
Cuidados na Hemotransfusão de entração de Hemáceas	NEP-ENF/ HPS	01 h/a	06	06
Lixo Hospitalar	NEP-ENF/ HPS	01 h/a	06	06
Administração de Medicamentos	NEP-ENF/ HPS	01 h/a	06	06
A Importância da Higiene Oral em entes Intubados	NEP-ENF/ HPS	01 h/a	07	07
Estudo de Caso: Humanização do Cuidado	NEP-ENF/ HPS	01 h/a	05	05
Dieta para Pacientes Neurológicos	NEP-ENF/ HPS	01 h/a	07	07
Encontro Científico: Perspectivas da ção Médico Paciente	HMIPV	01 h/a	59	59
Encontro Científico: Caso Clínico: convulsoterapia ação na Gestação e Repercussões no m-Nascido	HMIPV	01 h/a	68	68
Encontro Científico: Ações Integradas	HMIPV	01 h/a	65	65

a as Drogas e a Violência: Apresentação do plano nacional e aspectos no HMIPV				
23º Curso de Aleitamento Materno – 2011	HMIPV	20 h/a	83	1660
XI Semana de Enfermagem do HMIPV – Educação e Valorização	HMIPV	12 h/a	148	1776
Dia Mundial da Saúde e da Segurança no Trabalho	HMIPV	04 h/a	68	272
Repensando a Prevenção das Infecções Hospitalares	HMIPV	03 h/a	58	174
Capacitação Risco Biológico	DirCientifica/HP	04 h/a	20	80
Seminário de Técnicas Radiológicas	DirCientifica/HP	02 h/a	12	24
Capacitação Técnicos Enfermagem SAMU	DirCientifica/HP	06 h/a	15	90
Capacitação Nutrição	DirCientifica/HP	03 h/a	60	180
Apresentação Sistema Aghos de internação hospitalar	DirCientifica/HP	02 h/a	30	60
Apresentação Plano Diretor de Obras	DirCientifica/HP	02 h/a	20	40
Apresentação Sistema de Materiais	DirCientifica/HP	02 h/a	20	40
Aula Enfermagem UTI do Trauma	DirCientifica/HP	01 h/a	12	12
Curso Multiprofissional Trauma	DirCientifica/HP	03 h/a	65	195
Palestra Higienização	DirCientifica/HP	02 h/a	15	30
Discussão de óbito (mensal)	DirCientifica/HP	01 h/a	20	20
Curso Mapa de Risco	DirCientifica/HP	04 h/a	20	80
Seminário sobre Políticas de Proteção e Promoção da Saúde Social	DirCientifica/HP	02 h/a	10	20
TOTAL			1804	11632

Capacitação Programa da Tuberculose	Carga horária	Nº participantes	Organizador
Teste de Mantoux	16 h/a	02	SMS / PMCT EPLA
Tratamento Diretamente Observado para Tuberculose - Público - Enfermeiros	16 h/a		SES / MS
Tuberculose Multiresistente	16 h/a		SES/MS
Sistema de Informação Laboratorial para Tuberculose	16 h/a		LACEN / MS
Oficina de co-infecção TB x HIV	16 h/a	05	SES / MS
Curso de SINAN-Tuberculose	40h/a	01	SES / MS

- Capacitação para notificação da sífilis e corrimento uretral nos dias 12, 13, 14 e 18 de abril.
- Capacitação em hepatites virais para Atenção Primária em Saúde no dia 10 de maio (parceria CGVS);

- Apoio na realização da Oficina de Manejo do Diagnóstico de Tuberculose em pessoas vivendo com HIV/Aids – projeto TB – HIV para região Sul do Brasil, em parceria com DN de DST/Aids e Hepatites Virais nos dias 27 e 28 de junho.
- Foram capacitados 46 novos profissionais de nível superior em Abordagem Cognitivo Comportamental para tratamento do fumante.
- Realizado reuniões com os técnicos capacitados em Abordagem Cognitivo Comportamental no tratamento do tabagismo e farmacêuticos das farmácias distritais, totalizando 52 participantes.

**ANEXO II - CONCURSOS / NOMEAÇÕES CONTRATAÇÕES PLANEJADOS OU
EM ANDAMENTO, POR CATEGORIA PROFISSIONAL/ TRIMESTRE**

CARGO	Nº CP	ÁREA	1º TRIM/2011	2º TRIM/ INGRESSOS	2º TRIM/ REMANEJOS INTERNOS, INGRESSOS EGRESSOS
ADMINISTRADOR	429		-	-	1
AGENTE DE FISCALIZAÇÃO	428		-	8	
ARQUITETO	430		-	-	
ATENDENTE *			-	-	3
ASSESSOR PARA ASSUNTOS DICOS	462		-	-	
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	431		14	6	24
ASSISTENTE SOCIAL	432		-	1	5
AUXILIAR DE COZINHA	449		-	-	2
AUXILIAR DE ENFERMAGEM			-	-	27
AUXILIAR DE GABINETE NTOLÓGICO	456		3	11	
AUXILIAR DE LABORATÓRIOS E LISES	450		-	-	4
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS *			-	-	4
CIRURGIÃO DENTISTA	464		-	-	7
COZINHEIRO	451		-	-	
ELETRICISTA *			-	-	3
ENFERMEIRO	457		29	12	12
FARMACÊUTICO	452	BIOQUÍMICO	1	1	
FARMACÊUTICO	452	FARMACÊUTICO	-	5	4
FISIOTERAPEUTA	453		-	1	1
MÉDICO	439	CARDIOLOGIA	-	-	31
MÉDICO	439	CARDIOLOGIA INFANTIL	-	-	
MÉDICO	439	CIRURGIA GERAL	1	1	
MÉDICO	439	CIRURGIA PEDIÁTRICA	8	2	
MÉDICO	439	CIRURGIA TORÁCICA	-	-	
MÉDICO	439	CIRURGIA VASCULAR	-	-	
MÉDICO	439	ENDOCRINOLOGIA	-	-	
MÉDICO	439	GASTROENTEROLOGIA	-	-	
MÉDICO	439	GENÉTICA	-	-	
MÉDICO	439	GERIATRIA	-	-	
MÉDICO	439	GINECOLOGIA OBSTETRICIA	4	-	
MÉDICO	439	HEMATOLOGIA	-	-	

MÉDICO	439	HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA	-		
MÉDICO	439	HEMOTERAPIA	-		
MÉDICO	439	INFECTOLOGIA	-		
MÉDICO	439	MEDICINA INTENSIVISTA	-		
MÉDICO	439	LTO MEDICINA INTENSIVISTA	3	3	
MÉDICO	439	ÍATRICO MEDICINA INTERNA	-		
MÉDICO	439	NEFROLOGIA ADULTO	-		
MÉDICO	439	NEFROLOGIA PEDIATRICO	-		
MÉDICO	439	NEONATOLOGIA	-		
MÉDICO	439	NEUROCIRURGIA	-		
MÉDICO	439	NEUROLOGIA	-		
MÉDICO	439	OFTALMOLOGIA	-	1	
MÉDICO	439	ONCOLOGIA CLINICA	-		
MÉDICO	439	OTORRINOLARINGOLOGIA	-		
MÉDICO	439	PNEUMOLOGIA	-		
MÉDICO	439	PROCTOLOGIA	-		
MÉDICO	439	PSIQUIATRIA	1	1	
MÉDICO	439	PSIQUIATRIA INFANTIL	-		
MÉDICO	439	REUMATOLOGIA	-		
MÉDICO	439	UROLOGIA	-		
MÉDICO	439	UTI CARDIOLÓGICA	-		
MÉDICO	465	ANESTESIOLOGIA		2	
MÉDICO	465	CARDIOLOGIA			
MÉDICO	465	CIRURGIA PLÁSTICA			
MÉDICO	465	HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA			
MÉDICO	465	INFECTOLOGIA		6	
MÉDICO	465	MEDICINA DE FAMÍLIA E UNIDADE		4	
MÉDICO	465	MEDICINA DO TRABALHO			
MÉDICO	465	MEDICINA EMERGENCISTA	2	9	
MÉDICO	465	MEDICINA INTERNA	-	1	
MÉDICO	465	NEONATOLOGIA	-	2	
MÉDICO	465	ORTOPEDIA E JMATOLOGIA	-	2	
MÉDICO	465	PSIQUIATRIA	-		
MÉDICO	465	RADIOLOGIA	-		
MÉDICO VETERINÁRIO	446		-		
MONITOR	436		-	-	2
MOTORISTA	458		-		1
NUTRICIONISTA	454		-		1
OPERÁRIO ESPECIALIZADO *			-	-	2
PSICÓLOGO	436		-	1	8
RECEPCIONISTA *					2
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	445		967	84	651
TÉCNICO EM HIGIENE E SAÚDE	467		-	2	
TÉCNICO EM RADIOLOGIA	455		8	2	
TERAPEUTA OCUPACIONAL	448		-		1
PROCESSOS SELETIVOS		CARGOS			

PS 01/2011 - FUGAST	ENFERMEIROS	15	
	MÉDICO GINECOLOGISTA	11	
	MÉDICO PEDIATRA	2	
PS 02/2011 - PROGRAMA DE IBATE À DENGUE	TÉCNICOS EM ENFERMAGEM	76	24
	AG. DE COMBATE ÀS EMIAS		132
	SUPERVISOR DE CAMPO		14
	AUXILIAR DE FARMÁCIA		
	ENFERMEIRO - PA / HMIPV		13
PS 03/2011 - OPERAÇÃO INVERNO	ENFERMEIRO - REDE		18
	MÉDICO - FAM E COMUNIDADE		1
	MÉDICO - INTENS PEDIÁTRICO		2
	MÉDICO - PEDIATRA		1
	TÉC. ENFERMAGEM - PA / HPV		107
	TÉC. ENFERMAGEM - REDE		44
TOTAL		104	356
* NÃO HÁ CONCURSO EM VALIDADE			

ⁱ Vagas gerais da Secretaria (SMS) que não precisam ser renovadas. Um estagiário substitui o outro.

ⁱⁱ Projetos que precisam ser renovados, possuem validade.

ANEXO III – CONVOCAÇÃO DA 6ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PORTARIA N° 199, de 21 de fevereiro de 2011

Dispõe sobre a convocação da VI Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre e dá outras providências

O **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**, Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Orgânica do Município, e cumprindo o que determinam as diretrizes do SUS, preceituadas na Lei 8142/90, em seu art 1º §1º, resolve:

Art. 1º - Fica convocada a 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, conforme anunciado em plenária do Conselho Municipal de Saúde, em 10 de fevereiro de 2011.

§ 1º A Conferência referida no *caput* deste artigo será realizada nos dias 30 de junho, 01 e 02 de julho de 2011, no município de Porto Alegre.

§ 2º A 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre terá como tema geral “*Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro*”, em concordância com o tema deliberado para a 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Art. 2º - A Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre será coordenada pelo Secretário Municipal de Saúde e pela coordenadora do Conselho Municipal de Saúde.

Parágrafo Único. A composição e a organização da Comissão Organizadora será determinada em parceria entre os seus coordenadores, explicitados no *caput* deste artigo, e terão publicidade em Portaria pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 3º - As normas de organização e funcionamento da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, deliberadas pela Comissão Organizadora, deverão ser aprovadas em plenária do Conselho Municipal de Saúde e ter publicidade em Portaria, pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 4º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 21 de fevereiro de 2011.

CARLOS HENRIQUE CASARTELLI
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO IV - REGIMENTO DA 6ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

CAPÍTULO I: DO OBJETIVO DA CONFERÊNCIA

Art. 1º - A 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, convocada pelo Secretário Municipal de Saúde através da Portaria nº 199/2011, publicada no Diário Oficial de Porto Alegre em 15 de março de 2011, realizar-se-á nesta capital e será promovida pela Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.

Art. 2º - Em consonância a 14ª Conferência Nacional de Saúde, a 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre reproduzirá seus objetivos na esfera local do SUS, sendo eles:

I. Impulsionar, reafirmar e buscar a efetividade dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde garantidos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, na perspectiva do fortalecimento da Reforma Sanitária;

II. Avaliar o SUS e propor condições de acesso à saúde, ao acolhimento e à qualidade da atenção integral;

III. Definir diretrizes e prioridades para as políticas de saúde, com base nas garantias constitucionais da Seguridade Social, no marco do conceito ampliado e associado aos Direitos Humanos.

IV. Fortalecer o Controle Social no SUS e garantir formas de participação dos diversos setores da sociedade em todas as etapas da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre.

CAPÍTULO II: DO TEMA

Art. 3º - A 6ª Conferência Municipal de Saúde, como foro municipal aberto de debates sobre as Políticas de Saúde e em consonância com as etapas Estadual e Federal da 14ª Conferência Nacional de Saúde, terá como tema central "**Todos Usam o SUS! Acesso e Acolhimento em Porto Alegre**", composto os seguintes eixos:

I - Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS;

II - Política de Saúde na Seguridade Social;

III - Participação da Comunidade e Controle Social;

IV - Financiamento e Relações Público x Privado;

V - Gestão do Sistema e Pacto pela Saúde;

VI - Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

CAPÍTULO III: DA REALIZAÇÃO

Art. 4º - A 6ª Conferência conta com uma Comissão Organizadora coordenada pelo Secretário Municipal de Saúde e pela Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde, instituída com responsabilidades paritárias entre Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.

Art. 5º - As 8 (oito) Pré Conferências, etapas constituintes da 6ª Conferência Municipal de Saúde, deverão ocorrer no perímetro das respectivas regiões das Gerências Distritais de Saúde e terão a duração máxima de 01 (um) dia.

Parágrafo Único. Informações sobre os locais de realização das Pré Conferências integrarão o material de divulgação do evento.

Art. 6º - As Pré Conferências realizar-se-ão entre os meses de maio e junho de 2011.

Art. 7º - A 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre realizar-se-á nos dias 30 de junho, 01 e 02 de julho de 2011, em Porto Alegre, RS.

CAPÍTULO IV: DOS PARTICIPANTES

Art. 8º - Poderão inscrever-se para participar da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre todos os munícipes de Porto Alegre maiores de dezesseis (16) anos interessados em participar da Conferência, incluindo membros de associações, sindicatos, organizações não-governamentais, instituições públicas e privadas e de demais segmentos.

§ 1º A participação se dará somente mediante inscrição.

§ 2º Os participantes serão classificados como: delegados, com direito à voz e voto; ouvintes e convidados, com direito à voz.

§ 3º Os participantes deverão ter, no mínimo, 75% de presença registrada nas Pré Conferências para certificação, bem como para garantir a inscrição e delegação na etapa municipal da 6ª Conferência.

Art. 9º - Os participantes das Pré Conferências que optarem em participar como Delegado na 6ª Conferência Municipal deverão informar a intenção no momento da retirada do certificado.

CAPÍTULO V - DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS

Art. 10º - Serão consideradas instâncias deliberativas da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre:

I - As Pré Conferências;

II - A Plenária de Abertura;

III – Votação das diretrizes e propostas;

IV – Eleição dos delegados para a etapa estadual;

V – A Plenária Final.

§ 1º - As Pré Conferências terão o objetivo de construir e eleger as diretrizes e propostas que serão encaminhadas à etapa municipal.

§ 2º - A Plenária de Abertura da 6ª Conferência Municipal de Saúde terá como objetivo deliberar sobre o regulamento da mesma e contará com uma mesa paritária entre coordenação do Conselho Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, todos indicados pela Comissão Organizadora.

§ 3º - O processo de votação das diretrizes e propostas do Relatório Consolidado da Etapa das Pré Conferências será realizado durante a etapa municipal da Conferência.

§ 4º – A eleição dos delegados será realizada no último dia da etapa municipal da Conferência.

§ 5º - A Plenária Final terá como objetivos aprovar as moções apresentadas até a Conferência, homologar as diretrizes e propostas votadas e divulgar os nomes dos delegados eleitos para a etapa estadual.

CAPITULO VI: DA ORGANIZAÇÃO DAS PRÉ CONFERÊNCIAS

Art 11 - A 6ª Conferência Municipal de Saúde será precedida de 8 (oito) Pré Conferências, uma (01) por região de Gerência Distrital de Saúde, objetivando garantir a participação de toda a população do município de Porto Alegre.

Art. 12 - As inscrições para as Pré Conferências deverão ocorrer através do *site* do evento, via *Internet*, e no dia da Pré Conferência, conforme a programação do evento.

§ 1º Os participantes poderão inscrever-se em apenas uma Pré Conferência.

§ 2º Os participantes, para serem considerados delegados da 6ª Conferência Municipal de Saúde, deverão assinalar a intenção ao final da Pré Conferência, durante a retirada do certificado.

Art. 13 - As Pré Conferências serão organizadas pelas Gerências Distritais e Conselhos Distritais de Saúde, coordenadas pela Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde.

Art. 14 - Os temas abordados durante as Pré Conferências deverão ser os mesmos definidos para a 6ª Conferência Municipal de Saúde, organizados, elaborados e divulgados pela Comissão Organizadora.

Art. 15 – As Pré Conferências serão compostas por uma abertura oficial, apresentação da metodologia de trabalho e apresentação dos temas da Conferência, desenvolvimento dos trabalhos em grupo, apresentação dos trabalhos dos grupos, votação das diretrizes e propostas, apresentação dos resultados e encerramento, de acordo com o caderno metodológico.

Art. 16 - Os grupos de trabalho nas Pré Conferências terão livre participação aos inscritos, serão conduzidos por um facilitador e um relator previamente orientados pela Comissão Organizadora e terão as seguintes responsabilidades:

I – Debater os temas e definir as diretrizes e propostas que serão apresentadas e submetidas à votação dos participantes da Pré Conferência;

II - Elaborar o Relatório de Atividades de Grupo a ser entregue à Comissão Organizadora da Pré Conferência.

Art. 17 - A Comissão Organizadora regional deverá encaminhar relatório contendo as decisões da Pré Conferência à Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde em até 3 (três) dias úteis após o final do evento.

Parágrafo Único. A Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde publicará os relatórios das Pré Conferências no *site* da Conferência e nas pastas dos Delegados.

CAPÍTULO VII: DA ORGANIZAÇÃO DA 6ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Art. 18 – A 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre será coordenada pelo Secretário Municipal de Saúde e pela Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 19 – A normatização dos trabalhos obedecerá ao Regulamento, a ser aprovado na plenária de abertura da Conferência.

Art. 20 – A programação oficial prevista para a 6ª Conferência inclui painéis de discussão, apreciação e votação das diretrizes e propostas encaminhadas pelas Pré Conferências, eleição dos Delegados para a etapa estadual e votação das moções.

Art. 21 – As moções deverão ser aprovadas na Plenária Final e deverão ser encaminhadas através das Pré Conferências ou entregues à Coordenação da Conferência até 4 horas antes do início da Plenária Final, não cabendo defesa nem contestações.

§ 1º - As moções deverão ser apresentadas por escrito e em formulário específico disponíveis nas pastas dos participantes do evento.

§ 2º - Serão aceitas as moções assinadas por, no mínimo, 5% do total de delegados da Conferência, entregues em formulário específico elaborado pela Comissão Organizadora.

Art. 22 – Poderão ser aceitas inscrições de ouvintes, somente se houver disponibilidade de infraestrutura no local do evento.

Art. 23 – Não serão escolhidos novos delegados para a 6ª Conferência Municipal de Saúde, obedecendo-se apenas o que está definido no § 3º, do Art. 8º.

CAPÍTULO VIII: DA ELEIÇÃO DOS DELEGADOS À 6ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

Art. 24 - A composição da delegação para a etapa Estadual obedecerá ao critério da paridade entre Usuários (50%), Gestores Públicos e Prestadores de Serviços (25%) e Trabalhadores em Saúde (25%).

Art. 25 - O número de delegados eleitos na etapa municipal para a etapa estadual será de 88, conforme o Regimento da 6ª Conferência Estadual de Saúde.

§ 1º – Os delegados municipais votarão nos candidatos do seu segmento;

§ 2º – Todos os delegados da Conferência Municipal poderão se candidatar à delegação da Conferência Estadual;

§ 3º - O sistema de votação será com urnas eletrônicas cedidas pelo Tribunal Regional Eleitoral, uma por seguimento.

Art. 26 – Os delegados eleitos à 6ª Conferência Estadual de Saúde deverão representar o resultado das deliberações da 6ª Conferência Municipal.

CAPÍTULO IX: DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Art. 27 – Cabe à Comissão Organizadora dimensionar e executar as atividades necessárias à efetivação plena do evento, conteúdo temático e metodologia de trabalho, bem como delegar funções a pessoas vinculadas ao Conselho Municipal de Saúde, Conselhos e Gerências Distritais de Saúde ou a demais espaços da Secretaria Municipal de Saúde para participar da organização do evento.

Art. 28 – A Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde terá a seguinte composição:

Coordenação Geral: Maria Letícia de Oliveira Garcia – Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde; Carlos Henrique Casartelli – Secretário Municipal de Saúde.

Subcomissão de Infraestrutura: Juliana Lopes Porto (Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde), Oscar Rissieri Paniz (Conselho Municipal de Saúde).

Subcomissão de Divulgação: Kátia Camargo de Oliveira (Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde); Neusa Heizelmann (Conselho Municipal de Saúde).

Subcomissão de Documentação, Registros e Arquivo: Oscar Rissieri Paniz (Conselho Municipal de Saúde), Heraida Cyreli Raupp (Assessoria de Planejamento e Programação da Secretaria Municipal de Saúde).

Subcomissão de Temário: Heloísa Helena Rousselet Alencar (Conselho Municipal de Saúde), Miriam Gizele Medeiros Weber (Assessoria de Planejamento e Programação da Secretaria Municipal de Saúde).

Subcomissão de Articulação das Pré Conferências: Gerci Salette Rodrigues (Coordenação Geral da Rede de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde), Joana Olívia Fernandes (Conselho Municipal de Saúde).

Subcomissão de Relatoria: Heloísa Helena Rousselet Alencar (Conselho Municipal de Saúde), Juliana Maciel Pinto (Gabinete do Secretário Municipal de Saúde).

Parágrafo único. Todos os colaboradores na organização do evento receberão certificados de participação.

Art. 29 – As Subcomissões descritas acima terão as seguintes atribuições gerais:

I - Subcomissão de Infra-estrutura: Responsável pelo levantamento da necessidade de espaço para a realização da Conferência, bem como pela elaboração de projeto para contratação de infra-estrutura de equipamentos, recursos humanos, alimentação, e materiais para a Conferência e preparatórias. Acompanhamento e fiscalização da disposição de materiais e de equipamentos nas Pré Conferências, bem como datas e horários dos eventos. Acompanhamento dos eventos, bem como da montagem e desmontagem da infra-estrutura. Captação de parceiros. Monitoramento das inscrições.

II - Subcomissão de Divulgação: Responsável por todas as atividades referentes à divulgação da conferência e das preparatórias, como: criação do logotipo; elaboração, levantamento e acompanhamento da produção das peças gráficas e da elaboração do *site*; confecção e divulgação de notícias para boletim *on-line* da SMS, *site* e imprensa; elaboração de rede eletrônica de divulgação para distribuição do material de divulgação; captação de parceiros; monitoramento de inscritos.

III - Subcomissão de Documentação, Registros e Arquivo: a) Elaboração e publicidade dos aspectos legais e normas de organização e funcionamento (regulamento e regimento) da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, incluindo as Pré Conferências. b) Definição dos formatos e dados dos registros para o processo de inscrições, bem como sobre o arquivamento dos mesmos; c) Organização do documento final, com as deliberações da Conferência, em parceria com a Subcomissão de temário e relatoria.

VI - Subcomissão de Temário: a) Articulação entre os diversos segmentos da SMS e do Controle Social, com vistas à elaboração ou disponibilização de textos de apoio

coerentes com a realidade do sistema de saúde de Porto Alegre e que serão utilizados nas Pré Conferências; b) pela metodologia a ser empregada nos debates das Pré Conferências e da Conferência, definida em caderno metodológico orientador; e c) em agregar profissionais de saúde, estudiosos e pessoas com reconhecida apropriação sobre os temas elencados para participar dos painéis da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre.

IV - Subcomissão de Articulação das Pré Conferências: Responsável por mobilizar e articular as oito Gerências Distritais de Saúde e respectivos Conselhos Distritais de Saúde, em relação às Pré-Conferências: às demais Subcomissões da Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde e em relação às definições de data, horário, previsão de público, local e infra-estrutura necessária.

V - Subcomissão de Relatoria: a) definir formas de compilação e disponibilização das relatorias; b) organizar o pessoal de apoio, relatores das pré-conferências nas regiões distritais, para fazer as relatorias e auxiliar na sistematização, digitação e finalização dos cadernos para o debate da Conferência; c) disponibilizar as relatorias aos participantes da Conferência – nas pastas, junto ao material de apoio; e d) confeccionar as relatorias das palestras e da Plenária Final.

CAPÍTULO X: DA INFRA-ESTRUTURA E RECURSOS FINANCEIROS

Art. 30 – É de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde garantir a infraestrutura para a concretização da Conferência.

Art. 31 – Os recursos financeiros para a realização da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre e Pré-Conferências que a antecedem serão advindos do FMS, Tesouro Municipal e/ou outras fontes patrocinadoras.

CAPÍTULO XI: DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 32 – Serão conferidos certificados aos participantes da 6ª Conferência Municipal de Saúde, com a especificação de: a) delegado; b) ouvinte; c) convidado; d) membro da Comissão Organizadora.

Parágrafo Único. Um mesmo participante poderá receber mais de um certificado, conforme as formas de participação nas Pré-conferências e Conferência.

Art. 33 - O Relatório, aprovado na Plenária Final da 6ª Conferência Municipal de Saúde, será encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde, à Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Estadual de Saúde.

Art. 34 – Os casos não previstos neste Regimento Interno serão resolvidos pela Comissão Organizadora, cabendo recurso ao plenário.

ANEXO V – COMISSÃO ORGANIZADORA DA 6ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

PORTARIA Nº 469 DE 24 DE MAIO DE 2011.

Designa a Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o parágrafo único do Art. 2º da Portaria nº 199/2011, que convoca a 6ª Conferência Municipal de Saúde, e o Regimento da 6ª Conferência Municipal de Saúde, aprovado em reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, realizada no dia 28 de abril de 2011, resolve:

Art. 1º Designar a Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde:

I - Coordenação Geral: Maria Letícia de Oliveira Garcia – Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde; Carlos Henrique Casartelli – Secretário Municipal de Saúde.

II - Subcomissão de Infraestrutura: Juliana Lopes Porto (Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde), Oscar Rissieri Paniz (Conselho Municipal de Saúde).

III - Subcomissão de Divulgação: Kátia Camargo de Oliveira (Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde); Neusa Heizelmann (Conselho Municipal de Saúde).

IV - Subcomissão de Documentação, Registros e Arquivo: Oscar Rissieri Paniz (Conselho Municipal de Saúde), Heraida Cyreli Raupp (Assessoria de Planejamento e Programação da Secretaria Municipal de Saúde).

V - Subcomissão de Temário: Heloísa Helena Rousselet Alencar (Conselho Municipal de Saúde), Miriam Gizele Medeiros Weber (Assessoria de Planejamento e Programação da Secretaria Municipal de Saúde).

VI - Subcomissão de Articulação das Pré Conferências: Geraci Salete Rodrigues (Coordenação Geral da Rede de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde), Joana Olívia Fernandes (Conselho Municipal de Saúde).

VII - Subcomissão de Relatoria: Heloísa Helena Rousselet Alencar (Conselho Municipal de Saúde), Juliana Maciel Pinto (Gabinete do Secretário Municipal de Saúde).

Art. 2º Os efeitos desta portaria serão retroativos a 28 de abril de 2011.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor a partir de sua publicação.

CARLOS HENRIQUE CASARTELLI